

Document d'information sur le produit d'assurance

Ce contrat est assuré par la Mutuelle Le Ralliement, SIREN 302 856 240

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité

Produit : **Basique**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'assurance complémentaire santé est destiné à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Ce produit respecte les conditions légales des contrats responsables et sont éligibles au dispositif fiscal Madelin.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, actes technique médicaux, frais d'accompagnement
- ✓ **Accouchement** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, chambre particulière, actes techniques médicaux
- ✓ **Prime de naissance** : versée lors de l'inscription de l'enfant, si celle-ci intervient au plus tard 3 mois après la naissance
- ✓ **Soins courants** : consultations médecins généralistes et spécialistes, pharmacie remboursée par la Sécurité sociale, auxiliaires médicaux, actes de laboratoire et d'imagerie, transport sanitaire, actes techniques médicaux
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses
- ✓ **Cures thermales** : frais de cure remboursés par le régime obligatoire
- ✓ **Bien être** : médecine douce
- ✓ **Kit prévention** : vaccination anti-grippe, contraception, aide à l'arrêt du tabac, prévoyance

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Espace adhérent pour suivre vos cotisations et vos remboursements
- ✓ Tiers payant

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités journalières versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins afférentes aux séjours dans une unité de soins longue durée ou dans les établissements médico-sociaux tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

- ! La participation forfaitaire d'un euro et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière** : sur option
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement (monture et 2 verres) tous les 2 ans, réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Dentaire** : pas de forfait complémentaire
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à un appareil par oreille tous les 4 ans
- ! **Bien être** : remboursement limité à un forfait par an et par bénéficiaire
- ! **Kit prévention** : remboursement limité à un forfait par an et par bénéficiaire



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger, sous réserve de l'intervention du régime obligatoire d'assurance maladie.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription :

- Être affilié à un régime obligatoire français
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion
- Fournir l'ensemble des justificatifs demandés

Durant le contrat :

- Payer la cotisation prévue au contrat
- Fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins
- Signaler tout changement de situation (régime de Sécurité sociale d'une des personnes garanties, changement de domicile ou de situation familiale, etc...) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires à la modification du contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification du contrat et de la cotisation initialement prévue.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle est due à l'échéance jusqu'à la résiliation du contrat. Les cotisations peuvent être réglées par chèque, par prélèvement ou par virement. Le fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel est possible.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Le contrat prend effet à la date fixée d'un accord commun indiquée sur les justificatifs d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement à sa date d'échéance sauf résiliation par l'une des parties, dans les cas et conditions du contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- A l'échéance annuelle, moyennant un préavis d'un mois avant le 31 décembre de l'année en cours.
- En cas d'augmentation des cotisations, notamment à la suite d'une modification de votre situation, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du nouvel avis d'échéance (loi Châtel).
- En cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, à la fin du mois de réception de l'ensemble des documents stipulés dans le règlement mutualiste.
- A tout moment à l'issue d'un délai d'un an de souscription.

Document d'information sur le produit d'assurance
Ce contrat est assuré par la Mutuelle Le Ralliement, SIREN 302 856 240
Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité
Produit : Essentielle

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'assurance complémentaire santé est destiné à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Ce produit respecte les conditions légales des contrats responsables et sont éligibles au dispositif fiscal Madelin.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, actes techniques médicaux, frais d'accompagnement
- ✓ **Accouchement** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, chambre particulière, actes techniques médicaux
- ✓ **Prime de naissance** : versée lors de l'inscription de l'enfant, si celle-ci intervient au plus tard 3 mois après la naissance
- ✓ **Soins courants** : consultations médecins généralistes et spécialistes, pharmacie remboursée par la Sécurité sociale, auxiliaires médicaux, actes de laboratoire et d'imagerie, transport sanitaire, actes techniques médicaux
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, implantologie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses
- ✓ **Cures thermales** : frais de cure remboursés par le régime obligatoire
- ✓ **Bien être** : médecine douce, pédicure/podologue
- ✓ **Kit prévention** : vaccination anti-grippe, contraception, aide à l'arrêt du tabac, prévoyance

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Espace adhérent pour suivre vos cotisations et vos remboursements
- ✓ Tiers payant

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités journalières versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins afférentes aux séjours dans une unité de soins longue durée ou dans les établissements médico-sociaux tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

- ! La participation forfaitaire d'un euro et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière** : sur option
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement (monture et 2 verres) tous les 2 ans, réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée à un plafond annuel
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à un appareil par oreille tous les 4 ans
- ! **Bien être** : remboursement limité à un forfait par an et par bénéficiaire
- ! **Kit prévention** : remboursement limité à un forfait par an et par bénéficiaire



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger, sous réserve de l'intervention du régime obligatoire d'assurance maladie.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription :

- Être affilié à un régime obligatoire français
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion
- Fournir l'ensemble des justificatifs demandés

Durant le contrat :

- Payer la cotisation prévue au contrat
- Fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins
- Signaler tout changement de situation (régime de Sécurité sociale d'une des personnes garanties, changement de domicile ou de situation familiale, etc...) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires à la modification du contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification du contrat et de la cotisation initialement prévue.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle est due à l'échéance jusqu'à la résiliation du contrat. Les cotisations peuvent être réglées par chèque, par prélèvement ou par virement. Le fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel est possible.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Le contrat prend effet à la date fixée d'un accord commun indiquée sur les justificatifs d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement à sa date d'échéance sauf résiliation par l'une des parties, dans les cas et conditions du contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- A l'échéance annuelle, moyennant un préavis d'un mois avant le 31 décembre de l'année en cours.
- En cas d'augmentation des cotisations, notamment à la suite d'une modification de votre situation, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du nouvel avis d'échéance (loi Châtel).
- En cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, à la fin du mois de réception de l'ensemble des documents stipulés dans le règlement mutualiste.
- A tout moment à l'issue d'un délai d'un an de souscription.

Document d'information sur le produit d'assurance
Ce contrat est assuré par la Mutuelle Le Ralliement, SIREN 302 856 240
Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité
Produit : Sécurité

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'assurance complémentaire santé est destiné à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Ce produit respecte les conditions légales des contrats responsables et sont éligibles au dispositif fiscal Madelin.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, actes techniques médicaux, frais d'accompagnement
- ✓ **Accouchement** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, chambre particulière, actes techniques médicaux
- ✓ **Prime de naissance** : versée lors de l'inscription de l'enfant, si celle-ci intervient au plus tard 3 mois après la naissance
- ✓ **Soins courants** : consultations médecins généralistes et spécialistes, pharmacie remboursée par la Sécurité sociale, auxiliaires médicaux, actes de laboratoire et d'imagerie, transport sanitaire, actes techniques médicaux
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, implantologie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses
- ✓ **Cures thermales** : frais de cure remboursés par le régime obligatoire
- ✓ **Bien être** : médecine douce, pédicure/podologue
- ✓ **Kit prévention** : vaccination anti-grippe, contraception, aide à l'arrêt du tabac, vaccination internationale, prévoyance

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Espace adhérent pour suivre vos cotisations et vos remboursements
- ✓ Tiers payant

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités journalières versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins afférentes aux séjours dans une unité de soins longue durée ou dans les établissements médico-sociaux tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

- ! La participation forfaitaire d'un euro et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière** : sur option
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement (monture et 2 verres) tous les 2 ans, réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Dentaire** : la prise en charge est limitée à un plafond annuel
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à un appareil par oreille tous les 4 ans
- ! **Bien être** : remboursement limité à un forfait par an et par bénéficiaire
- ! **Kit prévention** : remboursement limité à un forfait par an et par bénéficiaire



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger, sous réserve de l'intervention du régime obligatoire d'assurance maladie.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription :

- Être affilié à un régime obligatoire français
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion
- Fournir l'ensemble des justificatifs demandés

Durant le contrat :

- Payer la cotisation prévue au contrat
- Fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins
- Signaler tout changement de situation (régime de Sécurité sociale d'une des personnes garanties, changement de domicile ou de situation familiale, etc...) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires à la modification du contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification du contrat et de la cotisation initialement prévue.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle est due à l'échéance jusqu'à la résiliation du contrat. Les cotisations peuvent être réglées par chèque, par prélèvement ou par virement. Le fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel est possible.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Le contrat prend effet à la date fixée d'un accord commun indiquée sur les justificatifs d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement à sa date d'échéance sauf résiliation par l'une des parties, dans les cas et conditions du contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- A l'échéance annuelle, moyennant un préavis d'un mois avant le 31 décembre de l'année en cours.
- En cas d'augmentation des cotisations, notamment à la suite d'une modification de votre situation, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du nouvel avis d'échéance (loi Châtel).
- En cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, à la fin du mois de réception de l'ensemble des documents stipulés dans le règlement mutualiste.
- A tout moment à l'issue d'un délai d'un an de souscription.

Document d'information sur le produit d'assurance
Ce contrat est assuré par la Mutuelle Le Ralliement, SIREN 302 856 240
Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité
Produit : **Confort**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'assurance complémentaire santé est destiné à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Ce produit respecte les conditions légales des contrats responsables et sont éligibles au dispositif fiscal Madelin.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, chambre particulière, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, actes techniques médicaux, frais d'accompagnement
- ✓ **Accouchement** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, chambre particulière, actes techniques médicaux
- ✓ **Prime de naissance** : versée lors de l'inscription de l'enfant, si celle-ci intervient au plus tard 3 mois après la naissance
- ✓ **Soins courants** : consultations médecins généralistes et spécialistes, pharmacie remboursée par la Sécurité sociale, auxiliaires médicaux, actes de laboratoire et d'imagerie, transport sanitaire, actes techniques médicaux
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, implantologie, parodontologie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses
- ✓ **Cures thermales** : frais de cure remboursés par le régime obligatoire
- ✓ **Bien être** : médecine douce, pédicure/podologue
- ✓ **Kit prévention** : vaccination anti-grippe, contraception, aide à l'arrêt du tabac, ostéodensitométrie, bilan nutritionnel, vaccination internationale, prévoyance

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Espace adhérent pour suivre vos cotisations et vos remboursements
- ✓ Tiers payant

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités journalières versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins afférentes aux séjours dans une unité de soins longue durée ou dans les établissements médico-sociaux tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

- ! La participation forfaitaire d'un euro et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : chambre particulière limitée à un nombre de jour par an
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement (monture et 2 verres) tous les 2 ans, réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée à un plafond annuel
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à un appareil par oreille tous les 4 ans
- ! **Bien être** : remboursement limité à un forfait par an et par bénéficiaire
- ! **Kit prévention** : remboursement limité à un forfait par an et par bénéficiaire



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger, sous réserve de l'intervention du régime obligatoire d'assurance maladie.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription :

- Être affilié à un régime obligatoire français
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion
- Fournir l'ensemble des justificatifs demandés

Durant le contrat :

- Payer la cotisation prévue au contrat
- Fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins
- Signaler tout changement de situation (régime de Sécurité sociale d'une des personnes garanties, changement de domicile ou de situation familiale, etc...) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires à la modification du contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification du contrat et de la cotisation initialement prévue.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle est due à l'échéance jusqu'à la résiliation du contrat. Les cotisations peuvent être réglées par chèque, par prélèvement ou par virement. Le fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel est possible.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Le contrat prend effet à la date fixée d'un accord commun indiquée sur les justificatifs d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement à sa date d'échéance sauf résiliation par l'une des parties, dans les cas et conditions du contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- A l'échéance annuelle, moyennant un préavis d'un mois avant le 31 décembre de l'année en cours.
- En cas d'augmentation des cotisations, notamment à la suite d'une modification de votre situation, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du nouvel avis d'échéance (loi Châtel).
- En cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, à la fin du mois de réception de l'ensemble des documents stipulés dans le règlement mutualiste.
- A tout moment à l'issue d'un délai d'un an de souscription.

Document d'information sur le produit d'assurance
Ce contrat est assuré par la Mutuelle Le Ralliement, SIREN 302 856 240
Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité
Produit : **Sérénité**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'assurance complémentaire santé est destiné à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Ce produit respecte les conditions légales des contrats responsables et sont éligibles au dispositif fiscal Madelin.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, chambre particulière, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, actes techniques médicaux, frais d'accompagnement
- ✓ **Accouchement** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, chambre particulière, actes techniques médicaux
- ✓ **Prime de naissance** : versée lors de l'inscription de l'enfant, si celle-ci intervient au plus tard 3 mois après la naissance
- ✓ **Soins courants** : consultations médecins généralistes et spécialistes, pharmacie remboursée par la Sécurité sociale, auxiliaires médicaux, actes de laboratoire et d'imagerie, transport sanitaire, actes techniques médicaux
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, implantologie, parodontologie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses
- ✓ **Cures thermales** : frais de cure remboursés par le régime obligatoire
- ✓ **Bien être** : médecine douce, pédicure/podologue
- ✓ **Kit prévention** : vaccination anti-grippe, contraception, aide à l'arrêt du tabac, ostéodensitométrie, bilan nutritionnel, vaccination internationale, prévoyance

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Espace adhérent pour suivre vos cotisations et vos remboursements
- ✓ Tiers payant

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités journalières versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins afférentes aux séjours dans une unité de soins longue durée ou dans les établissements médico-sociaux tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

- ! La participation forfaitaire d'un euro et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : chambre particulière limitée à un nombre de jour par an
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement (monture et 2 verres) tous les 2 ans, réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée à un plafond annuel
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à un appareil par oreille tous les 4 ans
- ! **Bien être** : remboursement limité à un forfait par an et par bénéficiaire
- ! **Kit prévention** : remboursement limité à un forfait par an et par bénéficiaire



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger, sous réserve de l'intervention du régime obligatoire d'assurance maladie.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription :

- Être affilié à un régime obligatoire français
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion
- Fournir l'ensemble des justificatifs demandés

Durant le contrat :

- Payer la cotisation prévue au contrat
- Fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins
- Signaler tout changement de situation (régime de Sécurité sociale d'une des personnes garanties, changement de domicile ou de situation familiale, etc...) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires à la modification du contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification du contrat et de la cotisation initialement prévue.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle est due à l'échéance jusqu'à la résiliation du contrat. Les cotisations peuvent être réglées par chèque, par prélèvement ou par virement. Le fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel est possible.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Le contrat prend effet à la date fixée d'un accord commun indiquée sur les justificatifs d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement à sa date d'échéance sauf résiliation par l'une des parties, dans les cas et conditions du contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- A l'échéance annuelle, moyennant un préavis d'un mois avant le 31 décembre de l'année en cours.
- En cas d'augmentation des cotisations, notamment à la suite d'une modification de votre situation, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du nouvel avis d'échéance (loi Châtel).
- En cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, à la fin du mois de réception de l'ensemble des documents stipulés dans le règlement mutualiste.
- A tout moment à l'issue d'un délai d'un an de souscription.