

Fiche d'informations et de conseils

N° de proposition :

Etablie le :

Pour :

QU'EST CE QUE LE FICHE D'INFORMATION ET DE CONSEIL ?

Conformément aux articles L520-1 et R520-2 du code des assurances, cette fiche personnalisée vous est remise préalablement à la conclusion éventuelle de votre contrat de complémentaire santé avec la Mutuelle Le Ralliement. C'est un document qui permet de retracer vos besoins et exigences en matière de couverture santé.

Il permet donc de :

- préciser votre situation personnelle et familiale
- définir vos souhaits et objectifs en matière d'assurance santé
- mettre en évidence la cohérence de notre offre à votre situation

SITUATION PERSONNELLE ET FAMILIALE

Les bénéficiaires du contrat :

Qualité	Nom	Prénom	Date de naissance	Régime
Assuré(e)				
Conjoint(e)				
Enfant 1				
Enfant 2				
Enfant 3				
...				

RECUEIL DU BESOIN

Je n'ai pas de Complémentaire solidaire ou je souhaite avoir une mutuelle supplémentaire

J'ai déjà une complémentaire santé depuis plus d'un an :

NON

OUI et je m'occupe de la résiliation

OUI et je souhaite que Le Ralliement s'occupe de ma résiliation

Date d'effet de la garantie souhaitée :

Quels sont vos besoins sur les 4 postes clés ci-dessous (niveau de couverture de 1 à 5) ?

Hospitalisation =

Dentaire =

Soins courants =

Otpique =

PROPOSITION DE COUVERTURE SANTE

Au regard des besoins que vous avez exprimés, nous vous conseillons la garantie suivante :

GARANTIE	OPTION	COTISATION MENSUELLE
		€

J'ai bien pris connaissance de ce document et vous retourne donc mon bulletin d'adhésion

Si vous souhaitez rediscuter de vos besoins avec un conseiller, contactez nous par mail à mutuelle@leralliement.fr ou par téléphone 02 47 64 12 64

Fait à :

Le :

REGLEMENT GENERAL DE PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES Le Règlement Général sur la Protection des Données à caractère personnel (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 impose une acceptation claire, explicite et licite du consentement des données à caractère personnel que vous nous confiez. Les données collectées sont traitées par LE RALLIEMENT et ne sont utilisées et conservées que lors d'une relation commerciale. Nous sommes très attaché au respect de cette réglementation vous pouvez à tout moment demander à faire respecter vos droits conformément aux articles 15 à 21 du RGPD (droit d'accès, rectification, suppression, oubli, opposition, restriction, portabilité). Cette demande peut être demandée soit : par mail à mutuelle@leralliement.fr par courrier au 10 Rue Littré 37000 Tours directement sur notre site via le lien « Gestion des droits » Votre demande sera traitée dans les délais imposés par le RGPD et la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) Une réclamation ou des informations complémentaires peuvent être adressées soit à notre DPO qui est l'Agence RGPD à l'adresse suivante : dpo@agencergpd.eu soit directement auprès de l'autorité de contrôle Française (CNIL) à l'adresse suivante : <https://www.cnil.fr/> ou par téléphone : 01 53 73 22 22.

**Adhérent principal**

M. Mme Mlle

Nom..... Prénom.....

Date de naissance...../...../..... Téléphone.....

E-mail.....

Adresse.....

CP Ville.....

N° sécurité sociale

Formule choisie : MINI MEGA GIGA GIGA+

Option : Prévention OUI NON

Je souhaite que la Mutuelle le Ralliement s'occupe de la résiliation de ma mutuelle actuelle OUI NON

*L'échéance de votre contrat est au 31 décembre de l'année en cours. Il est reconduit tacitement. Aucune résiliation ne sera automatique, même si vous trouvez un emploi, vous devez en informer les services du Ralliement.***Vous bénéficiez d'un mois gratuit sur votre contrat !****MODALITÉS D'ADHÉSION À LA MUTUELLE**

Sauf avis contraire, votre n° adhérent sera communiqué à MédecinDirect pour vous permettre de bénéficier de la téléconsultation prise en charge à 100%

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et du règlement mutualiste

J'accepte l'utilisation de mon adresse mail et de mon numéro de téléphone pour l'envoi des informations de la Mutuelle

Je reconnais avoir pris connaissance du document d'information sur le produit d'assurance (DIPA)

J'atteste ne pas être une personne politiquement exposée

PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR

Attestation de Droits de la Sécurité Sociale (Attention, ce n'est pas la copie de la carte vitale)

Mandat de prélèvement complété et signé

Une copie de votre RIB (Attention, si le RIB pour le paiement des mensualités est différent de celui pour les remboursements, merci de nous le signaler)

Une copie de votre carte d'identité

Date et signature de l'adhérent principal, précédées de la mention « lu et approuvé »

Date et signature du représentant légal si l'adhérent principal est mineur lors de la demande d'affiliation, précédées de la mention « lu et approuvé »

PARRAINAGE : identifiants de la personne vous ayant recommandé Le Ralliement

Nom : Prénom : N° adhérent :

Prestations / Consommations 2021 (1) : 0.99 % | Les taxes « Médecin Traitant » de 0.80%, et « TSCA » de 13.27% sur les contrats responsables et 20.27% sur les contrats non responsables sont intégralement reversées par votre mutuelle au service de l'URSSAF | taxe COVID 2.6%

Frais de gestion 2021 (2) (3) : Frais d'acquisitions : 7.00% | Autres charges techniques : 3.67% | Frais de liquidation des prestations : 4.14% | Frais d'administration : 1.45%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation de frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

(3) Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

REGLEMENT GENERAL DE PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES Le Règlement Général sur la Protection des Données à caractère personnel (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 impose une acceptation claire, explicite et licite du consentement des données à caractère personnel que vous nous confiez. Les données collectées sont traitées par LE RALLIEMENT et ne sont utilisées et conservées que lors d'une relation commerciale. Nous sommes très attaché au respect de cette réglementation vous pouvez à tout moment demander à faire respecter vos droits conformément aux articles 15 à 21 du RGPD (droit d'accès, rectification, suppression, oubli, opposition, restriction, portabilité). Cette demande peut être demandée soit : par mail à mutuelle@leralliement.fr par courrier au 10 Rue Littré 37000 Tours directement sur notre site via le lien « Gestion des droits » Votre demande sera traitée dans les délais imposés par le RGPD et la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) Une réclamation ou des informations complémentaires peuvent être adressées soit à notre DPO qui est l'Agence RGPD à l'adresse suivante : dpo@agencergpd.eu soit directement auprès de l'autorité de contrôle Française (CNIL) à l'adresse suivante : https://www.cnil.fr/ ou par téléphone : 01 53 73 22 22.

RÈGLEMENT MUTUALISTE (mis à jour le 15 novembre 2022)

Le présent règlement mutualiste est établi par la MUTUELLE LE RALLIEMENT, régie par le livre 2 du code de la Mutualité et immatriculée sous le numéro 302 856 240. Il est susceptible d'être modifié par l'Assemblée Générale, compte tenu de ses décisions, suite aux propositions du Conseil d'Administration et de l'évolution des textes législatifs ou réglementaires. Il a pour but de préciser les relations entre la Mutuelle et ses membres participants (personnes physiques bénéficiant des prestations de la Mutuelle et en faisant bénéficier leurs ayant droit en leur qualité d'adhérents) et honoraires (personnes morales souscriptrices d'un contrat collectif) tel que prévu à l'article 4-1 des Statuts.

CONDITIONS D'ADMISSION, DE RADIATION ET MODIFICATION DE CONTRAT

Article 1 • Conditions d'Adhésion et d'Admission

- Pour nos contrats individuels, « Familles et Particuliers »
- La limite d'âge à l'adhésion, sans mutation d'une autre mutuelle est de 50 ans. Lors d'une mutation d'une autre mutuelle, il n'y a pas de limite d'âge.
- Pour nos contrats Jeunes en formation / Étudiants

L'adhérent doit être en formation en France ou à l'étranger et présenter un justificatif chaque année. La souscription est limitée à 28 ans. L'âge limite pour bénéficier de ces contrats est fixé au 31 décembre de l'année du 28e anniversaire ; il est alors proposé à l'adhérent de modifier son contrat selon son choix effectué dans la gamme "Familles et particuliers".

Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d'adhésion en lui adressant son bulletin d'adhésion signé accompagné des pièces demandées. Elle acquiert ainsi la qualité de membre participant à la date de son adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation par l'adhérent de toutes les dispositions des Statuts, du Règlement Mutualiste et des droits et obligations définis par le ou les Règlements Intérieurs. L'adhésion implique l'affiliation pour 12 mois minimum.

- Pour nos contrats collectifs à adhésion facultative :

L'adhésion, dont les règles sont définies par le contrat écrit conclu entre la personne morale souscriptrice et la Mutuelle, est constatée par la signature du bulletin d'adhésion.

- Pour nos contrats collectifs à adhésion obligatoire :

Les conditions d'adhésion sont définies par l'acte fondateur du contrat collectif à adhésion obligatoire rédigé par la personne morale souscriptrice en conformité avec les dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles et par les Conditions Générales et les Dispositions Particulières du contrat. L'adhésion est constatée par la signature du bulletin d'adhésion. Les garanties souscrites par un membre participant pour son propre compte ou pour celui de ses ayant droit à titre facultatif dans le cadre d'un contrat collectif sont soumises aux mêmes règles que celles souscrites par un membre participant à titre individuel, étant entendu qu'elles sont préalablement conditionnées par l'adhésion du membre participant au contrat collectif.

Article 2 • Prise d'effet, durée, renouvellement

La date d'effet de la garantie, et de l'option est le 1er jour du mois au cours duquel la demande du membre participant parvient à la Mutuelle.

- Pour nos contrats « Familles et Particuliers » et « Étudiants »

La garantie arrive à échéance le 31 décembre de chaque année, elle est tacitement renouvelée pour une année, sauf résiliation ou radiation dans les conditions prévues ci-après.

- Pour nos contrats « Jeunes en formation à l'AOCDF »

La garantie arrive à échéance le 30 juin de chaque année, elle est tacitement renouvelée pour une année, sauf résiliation ou radiation dans les conditions prévues ci-après.

En cas de radiation pour non-paiement des cotisations, la réinscription ne pourra notamment intervenir que si la totalité des cotisations et des frais dus est payée en application de l'article 12 des Statuts.

Article 3 • Résiliation et Radiation

- À l'initiative du membre participant ou honoraire :

La demande de résiliation peut être effectuée à la date d'échéance du contrat. Elle est effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au siège de la Mutuelle au minimum deux mois avant l'échéance anniversaire.

Durant la première année d'affiliation, et dans le cas d'une demande de résiliation du fait de l'affiliation à un contrat collectif à adhésion obligatoire, en tant que salarié ou d'ayant droit, la demande, adressée au siège de la Mutuelle par lettre ou tout autre support durable, doit être justifiée par une attestation de l'employeur mentionnant ce caractère obligatoire.

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, le membre peut dénoncer l'adhésion ou résilier le contrat sans frais ni pénalité, à tout moment. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation du contrat prend effet un mois après que la Mutuelle Le Ralliement en a reçu notification par l'adhérent.

Cette notification peut être effectuée soit :

- par lettre ou tout support durable
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle contre récépissé
- par acte extrajudiciaire
- par courriel à l'adresse suivante : mutuelle@leralliement.fr

La résiliation du contrat collectif, qui ne peut être fait que par l'employeur y ayant souscrit, entraîne de fait la radiation de l'ensemble des membres participants qui lui sont liés tant pour la part obligatoire que pour la part facultative des garanties et affiliations.

- À l'initiative de la Mutuelle :

La radiation est prononcée par la Mutuelle dans les conditions prévues par le présent Règlement et par les Statuts et ceci, conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, notamment :

- en cas de non-paiement des cotisations,
- en cas de fausse déclaration intentionnelle du membre participant.

Article 4 • Modification de contrat

- Ajout de bénéficiaire :

La date d'effet de l'inscription des ayant droit est fixée au premier jour du mois au cours duquel la demande parvient à la Mutuelle. Concernant les nouveau-nés, l'inscription se fait au jour de la naissance dès lors que la demande d'affiliation et l'extrait d'acte de naissance parviennent dans les 3 mois suivants la naissance.

- Modification de garantie :

La demande de changement de garantie doit être effectuée par écrit et prend effet le 1er jour du mois suivant sa réception par la Mutuelle dans le cas où la garantie choisie est d'un niveau de remboursement supérieur à celle déjà en place. Dans le cas où la garantie choisie est d'un niveau inférieur à celle déjà en place, la modification pourra se faire après un an d'ancienneté sur la garantie actuelle.

Les membres d'une même famille peuvent choisir des garanties différentes.

MODALITÉS DE PAIEMENT : PRESTATION ET COTISATION

Article 5 • Prestations

- Règlement des prestations :

Pour percevoir leurs prestations, les membres doivent être à jour de leurs cotisations. À défaut, le paiement des prestations est suspendu jusqu'au paiement de la cotisation.

Le paiement des prestations sera également bloqué tant que la Mutuelle n'est pas connectée avec la caisse de sécurité sociale (sauf dans le cas d'une double mutuelle et dans ce cas il faudra nous fournir le justificatif adéquate à la demande de refus de connexion clairement justifiée et envoyée à mutuelle@leralliement.fr).

Les prestations sont payées soit par flux informatiques soit sur présentation des pièces justificatives demandées par les gestionnaires. Dans le cas d'une double affiliation auprès de deux organismes différents, le justificatif indiquant la prise en charge de l'autre mutuelle, sera obligatoire.

La clousure intervient dans un délai de 2 ans à compter de la date des soins. Le paiement des prestations s'effectue par virement bancaire quotidiennement. Les prestations prévues au contrat souscrit s'ajoutent à celles servies par la Sécurité Sociale et par un ou plusieurs organismes de complémentaire santé. Elles sont versées dans la limite des frais restant à la charge effective du membre participant ou de ses ayants droit. La Mutuelle n'intervient pas pour les événements dont la date de réalisation est antérieure à la date d'ouverture des droits, ni postérieure à la date d'effet de résiliation du contrat. Conformément aux Statuts, les garanties peuvent être modifiées après avoir été notifiées aux adhérents.

Article 6 • Cotisations

- Cotisation annuelle de membre :

La cotisation peut varier en fonction de la garantie souscrite par le membre participant, du nombre et de la qualité de ses ayant droit inscrits, et de l'âge et, dans le cadre d'un contrat collectif, des Dispositions Particulières de celui-ci. Conformément aux Statuts, les cotisations peuvent être modifiées après avoir été notifiées aux adhérents.

- Paiement de la cotisation :

Les appels de cotisation sont établis par la Mutuelle et adressés au membre participant (le cas échéant par l'intermédiaire de la personne morale souscriptrice du contrat collectif auquel il est affilié) lors de son adhésion et courant du mois de décembre de chaque année. L'absence de réception de ces appels par l'adhérent ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci peut être réglée de manière fractionnée, semestriellement d'avance par chèque, virement bancaire ou postal dès réception de l'avis d'appel. La cotisation peut faire l'objet d'un prélèvement automatique à périodicité mensuelle ou trimestrielle (le 10 du mois) sur compte bancaire ou postal.

DÉCLARATION ET ENGAGEMENT DE L'ADHÉRENT

Article 7 - Obligations du membre participant

Le membre participant est tenu de déclarer à la Mutuelle tout changement de domicile, de situation familiale, de situation professionnelle, de changement de régime de Sécurité Sociale, de départ en retraite. Il doit également déclarer les changements de situation concernant ses ayants droit.

Article 8 - Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre victime d'un accident dans son action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses qu'elle a supportées.

Article 9 - Pluralité d'assurance

En cas de pluralité d'assurance, la Mutuelle n'est tenue qu'au versement des prestations dans la limite de ses engagements.

DIVERS

Article 10 - Fonds social

Le membre participant peut demander l'intervention du fonds social, dans le cas où il se trouve dans des conditions difficiles, pour une prestation non prise en charge, ou seulement partiellement, ou non prévue dans la garantie souscrite. Dans ce cas, le dossier est soumis à l'examen par la Commission Sociale de la Mutuelle.

Article 11 - Informatique et libertés

La Mutuelle recueille auprès de ses membres les données personnelles les concernant, strictement nécessaires au traitement des demandes d'adhésions et de leurs suites, savoir principalement le nom, le prénom du membre, ceux de leurs ayants-droit, adresse, courriel, numéro de téléphone, relevé d'identité bancaire pour le prélèvement des cotisations et le paiement des prestations, NIR.

Les informations collectées conditionnent la bonne exécution des prestations assurées par la Mutuelle.

Les données personnelles collectées sont destinées uniquement à la Mutuelle et éventuellement à ses mandataires, partenaires et réassureurs.

Elles ne sont pas vouées à être vendues, partagées ou communiquées à des tiers à des fins commerciales ou de prospection. Elles peuvent être utilisées aux fins d'études statistiques, de recherches scientifiques ou historiques.

Le responsable du traitement desdites données est la Mutuelle du Ralliement dont le siège est situé au 10 Rue Littré 37000 Tours.

Les données personnelles peuvent être stockées et traitées dans tous les pays de l'Union européenne soumis au RGPD n° 2016/679.

Chaque membre ainsi que ses ayants-droit dispose d'un droit de demander au responsable du traitement l'accès aux données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, ou la limitation du traitement relatif à la personne concernée, ou du droit de s'opposer au traitement et du droit à la portabilité des données, ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Les données personnelles collectées ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaire par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales).

Article 12 - Modification du Règlement Mutualiste

Toute modification du Règlement Mutualiste est portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires.

Article 13 - Information du membre participant

La Mutuelle met gratuitement à la disposition de tout membre participant ou honoraire une copie des Statuts, du Règlement Mutualiste et des garanties. Ces documents sont aussi consultables sur le site internet de la Mutuelle : leralliement.fr.

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 : **Mini**

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 n'est pas éligible aux conditions légales des contrats responsables.



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
- ✓ **Accouchement** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, actes techniques médicaux
- ✓ **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)
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : petit appareillage
- ✓ **Kit prévention** : contraception, protections hygiéniques lavables et réutilisables, activité physique

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

- ! **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
- ! **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 : Méga

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 n'est pas éligible aux conditions légales des contrats responsables.



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
- ✓ **Accouchement** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, chambre particulière, frais d'accompagnement, actes techniques médicaux
- ✓ **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
- ✓ **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** : médecines alternatives
- ✓ **Kit prévention** : contraception, aide à l'arrêt du tabac, protections hygiéniques lavables et réutilisables, activité physique

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** : 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 : Giga

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 n'est pas éligible aux conditions légales des contrats responsables.



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
- ✓ **Accouchement** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, chambre particulière, frais d'accompagnement, actes techniques médicaux
- ✓ **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** : médecines alternatives
- ✓ **Kit prévention** : contraception, aide à l'arrêt du tabac, vaccination internationale, protections hygiéniques lavables et réutilisables, activité physique

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** : 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 : Giga à l'étranger

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 n'est pas éligible aux conditions légales des contrats responsables.



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
- ✓ **Accouchement** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, chambre particulière, frais d'accompagnement, actes techniques médicaux
- ✓ **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** : médecines alternatives
- ✓ **Kit prévention** : contraception, aide à l'arrêt du tabac, vaccination internationale, protections hygiéniques lavables et réutilisables, activité physique

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** : 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 : Giga +

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.



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 technique médicaux
- ✓ **Accouchement** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, chambre particulière, frais d'accompagnement, actes techniques médicaux
- ✓ **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** : médecines alternatives
- ✓ **Kit prévention** : contraception, aide à l'arrêt du tabac, vaccination internationale, protections hygiéniques lavables et réutilisables, activité physique

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** : 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 : Giga + à l'étranger

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.



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 technique médicaux
- ✓ **Accouchement** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire, transport sanitaire, actes de laboratoire et d'imagerie, chambre particulière, frais d'accompagnement, actes techniques médicaux
- ✓ **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** : médecines alternatives
- ✓ **Kit prévention** : contraception, aide à l'arrêt du tabac, vaccination internationale, protections hygiéniques lavables et réutilisables, activité physique

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** : 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.