

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 =

Optique =

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

Sivoussouhaitezrediscuterdevosbesoinsavecunconseiller, contacteznousparmailàmutuelle@leralliement.frou par téléphone 02 47 64 12 64

Fait à :

Le :

REGLEMENT GENERAL DE PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES 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 : RGPD@intellie.fr 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.



Bulletin d'adhésion

Étudiants

Date d'adhésion : / /



leralliement.fr
mutuelle@leralliement.fr

10 rue Littré - BP3815 - 37000 TOURS GRAND TOURS
02 47 64 12 64

Adhérent principal

Mlle ☐ Mme ☐ M. ☐

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, le n° adhérent et la date de naissance sera envoyé à Medaviz pour bénéficier de la téléconsultation prise en charge à 100% par la mutuelle

- ☐ 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 / Cotisations 2025 (1) : 0,88% | Les taxes « Médecin Traitant » de 0,80%, « TSCA » de 13,27% sur les contrats responsables, 20,27% sur les contrats non responsables et, la taxe complémentaire à partir du 1er janvier de 2,05% sont intégralement reversées par votre mutuelle au service de l'URSSAF

Frais de gestion 2025 (2) (3) : Frais d'acquisitions : 4,04% | Autres charges techniques : 2,40% | Frais de liquidation des prestations : 3,18% | Frais d'administration : 1,21%

(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 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 : RGPD@intellie.fr 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 08 juin 2024

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 L'adhésion implique l'affiliation pour 12 mois minimum. • 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. La garantie pour l'adhérent et celle de ses ayants droits ou ses bénéficiaires peuvent être différentes. Dans ce cas la gratuité du troisième enfant intervient sur la plus petite garantie choisie entre les enfants. • 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. • 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, correspond au jour de la souscription 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. **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 après 12 mois minimum d'adhésion. 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. La résiliation prendra effet à la fin du mois au cours duquel la demande a été faite. 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 réception - par acte extrajudiciaire - par courriel à l'adresse suivante : mutuelle@leralliement.fr La résiliation du contrat collectif, qui ne peut être faite que par l'employeur y ayant souscrit, seulement après 12 mois minimum de souscription, 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. 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 soient payées en respectant l'article 12 des Statuts **Article 4 • Modification de contrat** • Ajout de bénéficiaire : La date d'effet de l'inscription des ayant droit est fixée à la date de demande de souscription à la Mutuelle. Concernant les nouveau-nés ou les enfants adoptés, l'inscription se fait au jour de la naissance ou au jour de l'adoption, dès lors que la demande d'affiliation, l'extrait d'acte de naissance et le justificatif d'adoption parviennent dans les 3 mois suivants la naissance au service de gestion de la Mutuelle. Au-delà de ce délai, la prime naissance ou d'adoption ne pourra pas être réclamée. • Modification de garantie : La demande de changement de garantie doit être effectuée par écrit et prend effet le 1er du mois suivant la date de réception de la demande modification pourra se faire uniquement après 12 mois d'ancienneté sur la garantie initiale. Les membres d'une même famille peuvent choisir des garanties différentes.

MODALITÉS DE PAIEMENT : PRESTATION ET COTISATION

Article 5 • 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. En cas de refus de connexion une demande doit être faite par mail à mutuelle@leralliement.fr ou par courrier à l'adresse du siège. Dans le cas où la mutuelle le Ralliement intervient en sur complémentaire, les décomptes de la sécurité sociale et une attestation de prise en charge de la première mutuelle sont obligatoires pour le remboursement. Les prestations sont payées soit par flux informatiques NOEMIE soit en envoyant la facture à l'adresse mail ci-dessus ou par courrier. Dans les deux cas, et dans le principe de lutte contre la fraude, les gestionnaires peuvent vous demander tous justificatifs complémentaires pour la bonne prise en charge de votre dossier. Les factures et les justificatifs doivent être exprimés en euros. La forclusion intervient dans un délai de 2 ans à compter de la date des soins. Le paiement des prestations s'effectue par virement bancaire. Les prestations 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 cotisations 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 novembre 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. Le fonds social est ouvert aux adhérents ayant 12 mois d'ancienneté au sein 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-droits, 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 BP 3815 37000 Tours Grand 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-droits 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 Intérieur, du Règlement Mutualiste et des garanties. Ces documents sont aussi consultables sur le site internet de la Mutuelle : leralliement.fr **Article 14 - Cas de fraude avérées** En cas de détection de fraudes avérées de la part d'un adhérent ou de ses bénéficiaires ou de ses ayants droits, par le biais de tous faux documents (factures, décompte de sécurité sociale, carte d'identité, attestation) la Mutuelle le Ralliement ne règlera pas les prestations demandées, et résiliera le contrat sans préavis. Les cotisations versées resteront acquises. **Article 15 - Prime fidélité** Une prime fidélité est attribuée à l'adhérent du groupe « Familles et Particuliers » ayant au minimum une année civile complète de cotisation. Elle correspond à une remise de 1% par année d'ancienneté sur les cotisations versées au cours de l'année de référence, limitée à 20% et à 300€ maximum. Afin d'assurer l'équilibre des dépenses en prestations avec les ressources en cotisations, cette remise de 1% pourra être réduite momentanément jusqu'à 0,30% par année d'ancienneté. Elle est versée à l'adhérent en juillet de l'année qui suit l'année de référence.

GARANTIES Etudiants 2026

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et incluent les remboursements du régime obligatoire. La garantie Giga + est conforme au contrat responsable. Les garanties n'interviennent pas sur les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés. Les remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise annuelle de l'assuré qui reste à sa charge. Les forfaits sont versés en année civile par assuré et dans la limite des frais réellement engagés.

					Giga		Giga +	
			Mini	Méga	France	Etranger	France	Etranger
Hospitalisation	Honoraires	Frais de séjour	100% BR	100% BR	100% BR	300% BR	100% BR	300% BR
		Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
		Forfait patient urgence						
		Participation forfaitaire actes lourds						
		Honoraires OPTAM OPTAM-CO	100% BR	100% BR	150% BR	300% BR	150% BR	300% BR
		Honoraires non OPTAM OPTAM-CO	100% BR	100% BR	130% BR	●	130% BR	●
		Frais d'accompagnement	●	30€/jour	30€/jour	30€/jour	30€/jour	30€/jour
	Chambre particulière	Chambre particulière	●	30€/j max 7j/an	40€/j max 7j/an	40€/j max 7j/an	40€/j max 7j/an	40€/j max 7j/an
		Chambre particulière maternité	●	65€/jour	90€/jour	90€/jour	90€/jour	90€/jour
		Chambre particulière ambulatoire	●	●	●	●	●	●
Soins courants	Honoraires médicaux	Consultations généralistes et spécialistes OPTAM OPTAM-CO	100% BR	100% BR	150% BR	300% BR	150% BR	300% BR
		Consultations généralistes et spécialistes non OPTAM OPTAM-CO	100% BR	100% BR	130% BR	●	130% BR	●
		Séance d'accompagnement psychologique remboursée par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
		Imagerie médicale, échographie, actes techniques médicaux OPTAM OPTAM-CO	100% BR	100% BR	150% BR	300% BR	150% BR	300% BR
		Imagerie médicale, échographie, actes techniques médicaux non OPTAM OPTAM-CO	100% BR	100% BR	130% BR	●	130% BR	●
	Analyses et examens de laboratoire		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	Transport		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
	Honoraires paramédicaux	Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapie...)	100% BR	100% BR	100% BR	300% BR	100% BR	300% BR
	Médicaments	Médicaments SMR majeur	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
		Médicaments SMR modéré						
		Médicaments SMR faible						
		Homéopathie et pharmacie prescrites et non remboursées par le RO	●	●	30€/an	30€/an	30€/an	30€/an
		Orthopédie (semelles, collier cervical...)	100% BR	100% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR

	Matériel médical	Appareillages et autres prothèses remboursés par le RO (hors prothèses dentaires, auditives et optique)	100% BR	100% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
					Giga		Giga +	
			Mini	Méga	France	Etranger	France	Etranger
Optique	Equipements 100% santé		●	●	●	●	FR dans la limite des PLV	●
	Autres équipements optiques (monture et verres)	Equipement 2 verres simples (1)*	100% BR	100 €	200 €	200 €	200 €	200 €
		Equipement 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe (1)*	100% BR	150 €	250 €	250 €	250 €	250 €
		Equipement 2 verres complexes ou très complexes (1)*	100% BR	200 €	300 €	300 €	300 €	300 €
		Suppléments et prestations optiques*	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
		Bonus fidélité pour un renouvellement de l'équipement optique après 3 ans sans consommation du forfait (sous réserve d'une adhésion à la mutuelle de 3 ans minimum à compter de la date des soins et dans la limite de la dépense engagée)	●	●	●	●	●	●
	Lentilles remboursées ou non remboursées par le RO (sous réserve d'une prescription valide)*		●	100% BR + 50€/an	100% BR + 150€/an	100% BR + 150€/an	100% BR + 150€/an	100% BR + 150€/an
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO (opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatie, de la presbytie par laser)*		●	●	400€/œil/an	400€/œil/an	400€/œil/an	400€/œil/an	
Dentaire	Soins et prothèses 100% santé		●	●	●	●	FR dans la limite des HLF	●
	Soins dentaires	Soins, actes et consultations	100% BR	100% BR	150% BR	300% BR	150% BR	300% BR
		Inlay-onlay*	100% BR	100% BR	270% BR	270% BR	270% BR	270% BR
		Parodontologie (maladie parodontale)	●	●	●	●	●	●
	Prothèses dentaires	Prothèses dentaires remboursées par le RO*	●	●	270% BR	270% BR	270% BR	270% BR
		Limitées à	●	●	1200€/an	1200€/an	1200€/an	1200€/an
		Prothèses dentaires non remboursées par le RO (limitées à 3 par an)*	●	●	290,25 €	290,25 €	290,25 €	290,25 €
	Orthodontie	Orthodontie remboursée par le RO*	●	100% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
		Orthodontie non remboursée par le RO*	●	●	290,25€/an	290,25€/an	290,25€/an	290,25€/an
Implantologie dentaire (limitée à 3 par an)*, un forfait max par dent		●	●	161,25 €	161,25 €	161,25 €	161,25 €	
Audio	Equipements 100% santé (tous les 4 ans)		●	●	●	●	FR dans la limite des PLV	●
	Prothèses auditives	Prothèses auditives 20 ans et plus (remboursement par oreille tous les 4 ans, remboursement RO non inclus)*	●	160 €	560 €	560 €	560 €	560 €
		Prothèses auditives -20 ans (remboursement par oreille tous les 4 ans, remboursement RO non inclus)*	●	560 €	860 €	860 €	860 €	860 €
	Piles et accessoires*		●	100% BR	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR

Bien être	Médecines alternatives (ostéopathie, chiropractie, microkinésie, acupuncture, homéopathie, psychologie...) (2)		•	50€/an	75€/an	75€/an	75€/an	75€/an
	Pédicure/podologue non remboursés par le RO (2)		•	•	•	•	•	•
					Giga		Giga +	
			Mini	Méga	France	Etranger	France	Etranger
Prestations diverses	Cures thermales	Frais de cure	•	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
		Hébergement	•	55 €	55 €	55 €	55 €	55 €
	Prime de naissance ou d'adoption par enfant (3)		•	•	•	•	•	•
	Assistance à domicile (sous conditions)		•	•	•	•	Oui	•
	Secours exceptionnel (sous réserve d'un an d'ancienneté et de validation de la Commission)		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Médecin direct		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Réseau Optilys (4)		Oui	Oui	Oui	•	Oui	•
Kit prévention	Actes de prévention : voir détail ci-après		•	•	•	•	100% BR	•
	Vaccination anti-grippe		•	•	•	•	•	•
	Vaccination internationale		•	•	30€/an	30€/an	30€/an	30€/an
	Ostéodensitométrie		•	•	•	•	•	•
	Homéopathie, huiles essentielles		•	•	•	•	•	•
	Aide à l'arrêt du tabac		•	45€/an	45€/an	45€/an	45€/an	45€/an
	Contraception		30€/an	30€/an	40€/an	40€/an	40€/an	40€/an
	Protection hygiéniques lavables et réutilisables		10€/an	30€/an	40€/an	40€/an	40€/an	40€/an
	Activité physique (pour un abonnement d'un an) (5)		10€/an	20€/an	30€/an	30€/an	30€/an	30€/an
	Consultation du bilan nutritionnel		•	•	•	•	•	•

* Une carence de 3 mois est appliquée à compter de la date d'adhésion pour les garanties Mini, Méga et Giga.

(1) La prise en charge est limitée à un équipement (monture et 2 verres) tous les deux ans, sauf dans certains cas, par exemple pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Vous pouvez retrouver tous ces cas dans l'art. L.165-1 du code de la Sécurité sociale. Le montant de remboursement de la monture ne peut excéder les 100€. Les forfaits annoncés inclus RO et TM.

(2) Sous réserve de présentation d'une facture nominative acquittée, tamponnée et signée précisant le numéro ADELI ou RPPS.

(3) Sous réserve d'inscription de l'enfant dans les 3 mois suivants la naissance ou l'adoption de celui-ci. Le montant de la prime dépend de la garantie souscrite par l'enfant.

(4) Sous réserve de choisir un praticien partenaire du réseau Optilys.

(5) Prise en charge de 50% de l'abonnement sportif annuel dans la limite de 100€.

La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;

b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;

c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;

d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;

e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;

b) Coqueluche : avant 14 ans ;

c) Hépatite B : avant 14 ans ;

d) BCG : avant 6 ans ;

e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;

f) Haemophilus influenzae B ;

g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Lexique :

BR : Base de remboursement du régime obligatoire

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée

OPTAM-CO: Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique

FR : Frais réels

HLF : Honoraires limites de facturation

PLV : Prix limites de vente

RO : Régime obligatoire

SMR : Service médical rendu

TM : Ticket modérateur

Tarifs mensuels 2026	Mini	15,40 €
	Méga	25,05 €
	Giga	41,10 €
	Giga +	46,80 €

REGLEMENT GENERAL DE PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Nous vous informons que nous utilisons vos données personnelles uniquement pour la gestion de votre contrat, le traitement des prestations qui vous sont dues et pour vous informer de la vie de votre Mutuelle. Conformément au « Règlement Général sur la Protection des Données », entrée en vigueur le 25 mai 2018, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'oubli et d'opposition. Vous pouvez à tout moment demander à faire respecter vos droits soit en nous contactant par téléphone au 02 47 64 12 64, soit par mail mutuelle@leralliement.fr. Vous pouvez aussi vous adresser directement auprès de notre DPO : rgpd@intellie.fr ou bien directement auprès de l'autorité de contrôle Française (CNIL) à l'adresse suivante : <http://www.cnil.fr> ou par téléphone : 01 53 73 22 22. Votre demande sera traitée dans les délais imposés par la Commission Nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et du RGPD.

Prestations / Consommations 2024 (1) : 0.87%

Frais de gestion 2024 (2) (3) :

Frais d'acquisitions : 4,38%

Autres charges techniques : 2,59%

Frais de liquidation des prestations : 3,34%

Frais d'administration : 1.20%

(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.

Le Ralliement

10 rue Littré BP 3815 37000 Tours Grand Tours

Tél :02 47 64 12 64 email : mutuelle@leralliement.fr



Assurance Complémentaire Santé



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 de 2 mois.
- En cas d'augmentation des cotisations, dans un délai de 20 jours 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. La résiliation prendra effet 1 mois après réception de la demande.

Assurance Complémentaire Santé



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 de 2 mois.
- En cas d'augmentation des cotisations, dans un délai de 20 jours 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. La résiliation prendra effet 1 mois après réception de la demande.

Assurance Complémentaire Santé



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 de 2 mois.
- En cas d'augmentation des cotisations, dans un délai de 20 jours 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. La résiliation prendra effet 1 mois après réception de la demande.

Assurance Complémentaire Santé



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 de 2 mois.
- En cas d'augmentation des cotisations, dans un délai de 20 jours 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. La résiliation prendra effet 1 mois après réception de la demande.

Assurance Complémentaire Santé



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 de 2 mois.
- En cas d'augmentation des cotisations, dans un délai de 20 jours 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. La résiliation prendra effet 1 mois après réception de la demande.

Assurance Complémentaire Santé



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.

Assurance Complémentaire Santé



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 de 2 mois.
- En cas d'augmentation des cotisations, dans un délai de 20 jours 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. La résiliation prendra effet 1 mois après réception de la demande.