



Notice d'information

Contrat Alan v23743-c - [Notice v23743-c](#)

Votre employeur a choisi **Alan** pour couvrir votre santé. Grâce à Alan, vous bénéficiez d'une complémentaire santé 100% digitale, simple et efficace.

En quelques clics, vous et vos proches êtes couverts !

1. Les inscriptions chez Alan

A. Inscription

Pour finaliser votre affiliation au contrat d'assurance souscrit par votre employeur (le **Contrat**), **vous devez suivre l'ensemble des étapes de notre processus d'inscription**. Cela ne prendra que quelques minutes. Le Contrat précise vos droits et garanties, que nous vous résumons dans cette notice d'information. En cas de contradiction, c'est le Contrat qui prévaut.

Votre entreprise a l'obligation de vous couvrir, sous réserve des cas de dispense admis par la réglementation et mentionnés dans l'**accord collectif**.

Pour demander à être dispensé, vous devez suivre le parcours de dispense proposé par Alan et fournir les éventuels justificatifs demandés dans les délais impartis. Si l'objet de la dispense n'existe plus, vous serez considéré comme affilié et deviendrez Assuré de plein droit.

Si vous êtes considéré comme mandataire social assimilé aux salariés en application de l'article L311-3 du code de la Sécurité sociale, vous pouvez également vous inscrire en ligne au Contrat, sous réserve :

- d'y avoir été dûment autorisé par l'organe compétent ;
- d'être affilié à un régime de Sécurité sociale français.

- Le Conjoint est la personne mariée à l'assuré.
- Le Concubin la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil).
- Le Partenaire de Pacs est la personne avec laquelle l'assuré a conclu un Pacte civil de solidarité (Pacs, article 515-1 du Code civil).

B. Couvrir votre conjoint et les enfants

Vos ayants droit sont :

- votre conjoint, partenaire ou concubin,
- les enfants à votre charge au sens fiscal, jusqu'à leur 25ème anniversaire et sans limite d'âge pour les enfants titulaires de la carte mobilité inclusion mention invalidité prévue à l'article L241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

Selon le choix fait par votre entreprise, que vous trouverez également dans l'accord collectif, vos ayants droit sont couverts à titre obligatoire ou non.

Si vos ayants droit, ou certains d'entre eux, ne sont pas obligatoirement couverts par votre entreprise, vous pouvez néanmoins les ajouter au Contrat. **La totalité de leurs cotisations sera alors à votre charge.**

Vos ayants droit doivent être affiliés à un régime de Sécurité sociale français. Dès lors qu'ils sont inscrits au Contrat, grâce aux outils en ligne mis à votre disposition par Alan, vous les retrouvez sur votre espace personnel.

Les ayants droit couverts sont appelés Bénéficiaires. L'ajout d'un Bénéficiaire prend effet immédiatement. **La suppression d'un Bénéficiaire affilié à titre facultatif est possible à tout moment après 12 mois continus de couverture.** La suppression prend effet au plus tôt le jour où vous l'avez notifiée à Alan sur votre espace personnel.

Par exception, la suppression est possible avant la fin du 12ème mois en cas d'augmentation de la cotisation du Bénéficiaire, la suppression prenant effet à la date du renouvellement de l'affiliation.

Le bénéficiaire ne peut être assuré par Alan en tant qu'assureur sur-complémentaire pour le même risque santé couvert au titre d'un autre contrat frais de santé assuré par Alan.

Dès lors que vous n'êtes plus, en tant que salarié, assuré par Alan, la couverture cesse également pour vos Bénéficiaires.

2. Les garanties de votre Contrat

A. Territorialité et monnaie

La garantie « Frais de santé » prend en charge les actes et soins de santé engagés en France. Les actes et soins de santé engagés à l'étranger sont couverts sur la base de la garantie applicable aux médecins spécialistes Non-Optam précisée au tableau des garanties, **à condition que le régime d'assurance maladie obligatoire de l'Assuré ou du Bénéficiaire ou un organisme de sécurité sociale d'un Etat membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Suisse, les prenne en charge.**

Les prestations seront toujours remboursées sur un compte en euros domicilié dans l'Union européenne et ouvert au nom de l'Assuré ou du Bénéficiaire.

B. Vos garanties

Le détail de vos garanties

Vous trouverez le détail de vos garanties dans le tableau de garanties figurant en annexe à votre notice d'information.

Limitation aux frais réels

Vous ne serez jamais remboursé(e) au-delà des dépenses que vous avez engagées; au maximum vous êtes remboursé(e) de tout ce que vous avez dépensé.

Contrat solidaire et responsable

Votre Contrat est qualifié de « **solidaire** » et « **responsable** ». Il suit un ensemble d'obligations auxquelles les assureurs se soumettent pour faire bénéficier aux assurés d'avantages sociaux et fiscaux mais qui en contrepartie limite certains remboursements.

A ce titre, Alan ne peut prendre en charge :

- **la participation forfaitaire appliquée par les caisses de Sécurité sociale,**
- **les franchises pratiquées par les régimes obligatoires d'assurance maladie et laissées à la charge des assurés,**
- **la baisse du taux de remboursement liée au non-respect du parcours de soins.**

C. Ce qu'Alan ne rembourse pas

Outre les exclusions spécifiques à chacune des garanties, Alan ne prend pas en charge :

- sauf cas expressément visés dans le **tableau de garanties**, les actes et frais d'hospitalisation non remboursés par votre régime obligatoire d'assurance maladie,
- les interdictions de prise en charge prévues dans le cadre des contrats responsables,
- les soins prescrits et pratiqués par un professionnel de santé ne disposant pas d'un numéro ADELI ou numéro RPPS ni d'un diplôme d'Etat dans sa spécialité,
- les frais liés aux séjours dans les établissements sociaux ou médico-sociaux (par exemple les maisons de retraite) ainsi que dans les unités de soins de longue durée (USLD),
- les transports et frais d'hébergements liés aux cures ainsi qu'aux traitements esthétiques sauf si l'intervention envisagée est consécutive à un accident,
- les soins médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits après la radiation d'un Assuré ou d'un Bénéficiaire.

3. En cas de sinistre

A. Les formalités

Les demandes de remboursement nous parviennent par différents canaux :

- Via les dispositifs de tiers payant et de télétransmission auxquels vous avez accès : Une fois mis en place, c'est automatique et vous n'avez rien à faire ! Vous pouvez en plus suivre l'état d'avancement de vos remboursements sur votre espace personnel.
- Par vous, via la messagerie électronique ou au travers des services en ligne mis à disposition par Alan (alan.com). O papier, tout se passe de façon dématérialisée (par exemple en nous envoyant la photo de vos factures).

Dans la majorité des cas, **dès lors que vous bénéficiez de la télétransmission, vous n'avez rien à faire**. Néanmoins, la Sécurité sociale ne nous donne pas toujours toutes les informations nécessaires au traitement de votre dossier, en particulier dans le cas de l'optique et du dentaire.

Pensez donc à conserver vos justificatifs (décomptes de la Sécurité sociale, factures acquittées auprès de professionnels de santé, décomptes de remboursement de vos autres complémentaires santé, le cas échéant) tant que vous n'avez pas été remboursé(e) !

Si, quand nous vous le demandons, vous n'êtes pas en mesure de justifier le montant des frais réellement engagés, vous serez remboursé(e) sur la base d'un forfait correspondant à la base de remboursement de la Sécurité sociale. Pour certaines dépenses, cela peut vous désavantager.

B. Les remboursements

Nous nous engageons à vous régler **sous 48 heures**, dès lors que l'ensemble des pièces et justificatifs nous auront été fournis (ce délai ne tient pas compte des durées de paiement bancaire).

Attention, seuls les soins engagés après l'inscription et avant votre radiation ou celles de l'un de vos ayants droit peuvent faire l'objet d'un remboursement. Les soins engagés après la radiation ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur.

En cas de manquement de votre employeur à ses obligations de paiement des cotisations, les droits au remboursement sont suspendus 30 jours après la date d'émission de la première facture impayée, et jusqu'à régularisation par l'employeur.

4. Les services et garanties complémentaires

A. Tiers payant

Avec Alan, vous bénéficiez de la procédure de tiers payant chez beaucoup de professionnels de santé. Cela signifie que **dans un grand nombre de cas vous serez dispensé(e) de faire l'avance des fonds**. Pour bénéficier du tiers payant, vous devez présenter votre **carte VITALE** et votre **carte de tiers payant Alan** (physique ou digitale) au professionnel de santé. Celui-ci vous dira alors si cette procédure est valide chez lui.

Nous vous envoyons votre carte de tiers payant **par courrier**.

Nous espérons que vous l'aimerez ! Une attestation de tiers payant est également téléchargeable depuis notre site (alan.com).

Vous devrez restituer ou détruire votre carte de tiers payant dès que vous n'êtes plus assuré par Alan. Nous nous réservons le droit de vous réclamer toute somme indûment versée du fait de la non-observation de ces dispositions ou en cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant.

B. Assistance

Alan a mis en place des services d'assistance avec un partenaire qui propose de l'aide et de l'accompagnement consécutifs à une maladie ou une hospitalisation. Vous, votre conjoint et vos enfants, couverts par Alan, bénéficient des garanties du contrat "Alan Assistance" souscrit par Alan auprès de **Filassistance International**.

Vous trouverez tous les détails des garanties d'assistance en annexe à ce document.

Filassistance International est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

C. Action sociale

Alan met en place un dispositif d'action sociale pour votre bénéficiaire et celui de vos ayants droit.

Ce dispositif finance notamment :

- des actions de prévention en matière de santé et de consommation médicale;
- la prise en charge partielle ou totale exceptionnelle, en cas de difficulté financière et sous réserve de l'admission de votre dossier, de la cotisation à verser;
- l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aide et de secours individuels.

Les demandes doivent nous être adressées directement.

Ce sont les services d'aide et d'accompagnement dont vous pourriez avoir besoin suite à une maladie ou une hospitalisation. Par exemple de l'aide ménagère, de la garde d'enfant, ou un rapatriement depuis l'étranger.

D. Portabilité des droits et maintien des garanties

Portabilité des droits

En cas de rupture de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à une indemnisation chômage, vous et vos ayants droit pouvez bénéficier du maintien des garanties du Contrat en vigueur dans l'entreprise.

Ce droit est gratuit, dans le sens où ni l'entreprise ni vous ne payez de cotisation lorsque vous bénéficiez du mécanisme de portabilité.

Le maintien des garanties est applicable à compter du lendemain de la date de cessation effective du contrat de travail. Il est accordé pour une durée au moins égale à la durée du dernier contrat de travail, sans pouvoir excéder 12 mois. Il cesserait en cas de reprise d'activité professionnelle ou en cas de fin de versement d'une indemnité par le régime de l'assurance chômage. En tant qu'ancien salarié, vous devez fournir une copie de votre attestation Pôle emploi mensuelle pour nous permettre de vérifier que vous touchez une indemnisation chômage et de continuer à vous faire bénéficier du dispositif

Maintien des garanties des anciens salariés

Selon les dispositions légales en vigueur, les garanties pourront être maintenues, en contrepartie d'une cotisation entièrement à votre charge ou celle de vos ayants droit :

- sans condition de durée, au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement;
- en cas de décès, pendant une durée maximale de douze mois, au profit de vos ayants droit inscrits au Contrat.

Maintien des garanties en cas de suspension indemnisée du contrat de travail

Le bénéfice des garanties du Contrat est maintenu à votre profit, en tant que salarié inscrit à l'effectif et dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle vous bénéficiez, soit :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment l'activité partielle, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

La cotisation employeur sera maintenue pendant tout le temps que dure leur absence. Vous devrez continuer de payer, le cas échéant, la cotisation salariale.

Maintien des garanties en cas de suspension non indemnisée du contrat de travail

En dehors des cas ci-dessus, les garanties peuvent être maintenues sous réserve que vous en fassiez la demande auprès d'Alan dans le mois suivant la suspension du contrat de travail, à titre individuel et pour la période de suspension du contrat de travail restant à couvrir.

Vous devez vous s'acquitter de la cotisation intégrale auprès d'Alan (participation patronale et salariale). Les cotisations seront recouvrées tous les mois par prélèvement SEPA.

Alan dispose de la faculté de suspendre les garanties et de résilier l'adhésion à défaut de paiement d'une cotisation, ou d'une fraction de cotisation, dans les dix jours de son échéance. La résiliation de l'adhésion individuelle intervient au plus tôt 40 jours après la mise en demeure de paiement par Alan.

Ce maintien des garanties cesse :

- à la date de votre reprise du travail, équivalent à la date de fin de suspension du contrat de travail,
- en cas de sortie des effectifs de l'entreprise,
- en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités ci-dessus,
- à la date de résiliation de votre adhésion individuelle, possible à tout moment après 12 mois de couverture à compter de la date d'effet de l'adhésion.
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat collectif obligatoire souscrit par l'employeur.

La cotisation employeur sera maintenue pendant tout le temps que dure leur absence. Vous devrez continuer de payer, le cas échéant, la cotisation salariale.

Anti-sèche !

La subrogation :

Par exemple, si vous êtes renversé(e) par une voiture, nous pourrions attaquer la personne responsable en justice.

La forclusion :

Cela signifie que vous ne pouvez pas nous envoyer une demande de remboursement plus de 2 ans après les dépenses.

La prescription :

Ni l'Assureur, ni le Souscripteur ne peut revenir sur des actions antérieures à deux ans.

E. Subrogation, forclusion, prescription

Subrogation

Alan est subrogé, à concurrence des prestations versées, dans les droits et actions de ses assurés contre tout responsable du sinistre. Cela signifie que nous nous réservons le droit d'attaquer en justice la personne responsable des sinistres que nous avons réglés.

Forclusion

Vous ne pouvez nous envoyer de demande de remboursement plus de 2 ans à compter de la date de remboursement du régime obligatoire. Pour les prestations non liées à l'intervention du régime obligatoire, le délai est de deux ans à compter de la date du fait générateur motivant la demande.

Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, toute action dérivant du Contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les Assurés intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

F. Déchéance des garanties en cas de fraude

En cas de demande de remboursement de prestations fictives, de fausse déclaration sur les prestations de santé, sur le praticien qui a dispensé les prestations, sur le coût des prestations, ou de production de faux documents à l'appui d'une demande de remboursement, l'Assuré sera privé de toute indemnisation, et tenu de restituer l'intégralité des prestations indument perçues.

En outre, l'assuré s'engage à rembourser à Alan une indemnité compensatrice du préjudice causé par les démarches tant internes qu'externes (enquête, expertise...) d'un montant équivalent à celui des prestations frauduleuses.

5. Les prix

Votre entreprise prend en charge au moins 50% du coût de votre couverture et, selon son choix ou ses obligations conventionnelles, de celle de vos ayants droit.

La partie à votre charge est prélevée par votre employeur directement sur votre fiche de paie.

	Cotisation mensuelle
Vous (Salarié)	150,50 €
Votre conjoint(e)	0 €
Pack enfants	0 €

Si vous relevez du régime local d'Alsace-Moselle, la tarification suivante s'applique :

	Cotisation mensuelle
Vous (Salarié)	112,58 €
Votre conjoint(e)	0 €
Pack enfants	0 €

Le Pack enfants couvre l'ensemble des enfants d'un salarié, quel que soit leur nombre.

Retrouvez toutes ces informations sur votre espace personnel !

6. Réclamations

Nous faisons tout notre possible pour vous apporter pleine satisfaction.

Vous avez toujours la possibilité de **nous adresser une réclamation depuis votre espace personnel** en ligne. Nous nous engageons à traiter l'ensemble de votre dossier dans les deux mois. Ce délai peut vous sembler long, mais dans certains cas nous devons nous retourner vers des tiers qui peuvent être lents à nous répondre.

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance, deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite envoyée à l'Assureur ou au délégataire, quel que soit le service sollicité.

La demande doit obligatoirement être formulée par écrit à : **M. le Médiateur de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09**. Elle doit comporter les informations nécessaires à son traitement (dates des principaux événements à l'origine du différend; décisions ou réponses qui sont contestées; numéro de Contrat d'assurance et celui du dossier en cas de sinistre; présentation argumentée du désaccord au regard des éléments de réponse déjà fournis par l'Assureur).

Il est impératif de joindre la copie des échanges avec nous et notamment la dernière réponse qui montrerait au Médiateur que les procédures internes de règlement des litiges sont épuisées.

Le recours au Médiateur est gratuit. Son avis ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux à l'issue de la procédure.

7. Données personnelles

A. Notre utilisation des données collectées

Dans le cadre de la souscription et de la gestion du Contrat, Alan Insurance est amenée à traiter certaines données personnelles vous concernant, ainsi que celles de vos ayants droit. Pour en savoir plus sur les finalités pour lesquelles vos données personnelles sont traitées, sur vos droits ou sur les moyens de réclamation à votre disposition, vous pouvez consulter notre [Politique de confidentialité](#).

Veillez noter que nous nous sommes fixés une règle claire : jamais et en aucun cas Alan Insurance ne vendra les données collectées, ni n'utilisera les données de santé pour appliquer des tarifs différenciés.

Pour toute question relative à vos données personnelles, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse : privacy@alan.com. Nous veillerons à ce qu'une réponse vous soit fournie dans les meilleurs délais.

B. Les échanges avec l'Assurance Maladie Obligatoire

En tant que bénéficiaires des soins, vous êtes référencés dans les fichiers de l'Assurance Maladie Obligatoire et bénéficiez à ce titre des traitements d'échanges informatisés entre votre caisse d'Assurance Maladie Obligatoire et nous.

Ce sont ces échanges qui permettent d'automatiser nos remboursements et qui vous dispensent d'adresser les décomptes de remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire (attention, dans certains cas, nous serons tout de même amenés à vous demander une facture, comme nous l'expliquons précédemment !).

Vous avez la possibilité de renoncer aux échanges entre votre Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire en exprimant votre refus au moyen d'une lettre simple. Dans ce cas, nous communiquerons à votre Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire votre décision dans le mois qui suit sa date de réception. Mais vous devriez alors nous adresser vous-mêmes l'ensemble des décomptes de remboursements effectués par votre Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire. Cela signifierait donc plus de papiers et des délais plus longs pour être remboursé. Petit indice : il est extrêmement rare qu'une personne demande cela !

8. Lutte contre le blanchiment des capitaux, financement du terrorisme et corruption - Gel des avoirs et Sanctions économiques et financières

L'Assureur est soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption, ainsi qu'au respect des mesures de gel des avoirs et sanctions économiques et financières.

Le Souscripteur s'engage à remettre à l'Assureur les éléments d'identification et de connaissance client demandés, à ce que les sommes qui sont versées au titre du Contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et à ne pas participer au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces obligations, l'Assureur peut refuser de procéder à l'opération demandée, voire à mettre fin au Contrat, si les éléments d'identification ou informations ci-dessus ne lui sont pas communiqués.

Annexes

Tableau de garanties

Notes

Une version expliquée et commentée de ce tableau est disponible sur <https://alan.com/coverage/v23743-c>.

Les garanties **incluent les remboursements de la Sécurité sociale**.

Sauf mention contraire, les garanties ne sont enclenchées **que lorsque la Sécurité sociale rembourse une partie des dépenses**.

Quand un pourcentage apparaît, il correspond à **un pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)**.

Soins courants

À savoir :

Le forfait médecines douces correspond à des consultations ou des soins non-pris en charge par la Sécu et remboursés par Alan.

L'étiopathe doit être membre du Registre National des Etiopathes ou de l'Institut Français d'Etiopathie.

*: La Psychologie du forfait médecine douce est la psychologie non remboursée par la sécurité sociale.

Avec le dispositif MonPsy (dès 3 ans), on couvre 8 séances par an prescrites par le médecin traitant et effectuées auprès d'un psychologue partenaire.

** : Séances de thérapie en vidéo (psychologue ou coach) sur l'application Alan.

Consultation Généraliste

Secteur 1 et OPTAM	370 %, soit 92 €
Hors OPTAM	200 %, soit 46 €

Consultation Spécialiste

Secteur 1 et OPTAM	370 %
Hors OPTAM	200 %

Actes techniques réalisés par un médecin

Secteur 1 et OPTAM	370 %
Hors OPTAM	200 %

Infirmiers / Auxiliaires médicaux

300 %

Analyses

300 %

Radiologie

Secteur 1 et OPTAM	370 %
Hors OPTAM	200 %

Forfait médecines douces

60€ / séance, 4 fois / an
Acupuncture, chiropraxie, diététicien, étiopathie, ostéopathie, pédicurie-podologie, psychologie*

Psychologie remboursée

8 séances / an

Séances thérapeutiques Alan**

2 séances / an

Médicaments

100 %

Matériel médical

200 %

Hospitalisation

Les "frais de séjours" dans les établissements sociaux ou médico-sociaux ainsi que dans les unités de soins de longue durée ne sont pas remboursés.

Les transports et frais d'hébergements liés aux cures et post-cures ainsi qu'aux traitements esthétiques (non consécutifs à un accident) ne sont pas remboursés.

À savoir :

Les dépenses pour le forfait journalier, le forfait maternité, la chambre particulière, le lit accompagnant et la chambre particulière pour la maternité (hors suppléments) sont remboursées par Alan y compris lorsque la Sécu ne rembourse rien.

La chambre particulière n'est prise en charge que pour les séjours hospitaliers en médecine, chirurgie et psychiatrie, ainsi qu'en cas d'accouchement.

Le lit accompagnant n'est pris en charge que pour les séjours hospitaliers en médecine, chirurgie et psychiatrie de votre enfant âgé de moins de 18 ans.

Les garanties pour la chambre particulière et le lit accompagnant ne fonctionnent pas pour la rééducation, la convalescence et la maison de repos.

Les suppléments tels que les boissons, le téléphone, la télévision, et les suppléments alimentaires ne sont pas couverts par les garanties pour la chambre particulière et le lit accompagnant.

Le forfait maternité est versé pour chaque accouchement et adoption. Il est doublé en cas de naissances multiples.

Frais de séjour	400 %
Honoraires et actes des médecins	
Secteur 1 et OPTAM	560 %
Hors OPTAM	200 %
Forfait journalier	Entièrement remboursé
Chambre particulière	100 € / jour
Lit accompagnant	100 € / jour
Maternité - Honoraires d'accouchement	
Secteur 1 et OPTAM	560 %
Hors OPTAM	200 %
Maternité - Chambre particulière	100 € / jour
Forfait maternité	770.0 €
Transport	100 %

Optique

Verre "simple" : c'est un verre unifocal qui corrige :

- une myopie ou une hypermétropie jusqu'à ± 6
- une astigmatie inférieure à +4 et une myopie jusqu'à -6
- une astigmatie et une hypermétropie dont la somme est inférieure à +6

Verre "complexe" : c'est soit un verre unifocal qui corrige :

- une myopie ou une hypermétropie supérieure à ± 6
- un astigmatie supérieure à +4 et une myopie jusqu'à -6
- une astigmatie et une hypermétropie dont la somme est supérieure à +6

soit un verre multifocal ou progressif qui corrige :

- une myopie ou une hypermétropie inférieure à ± 4
- une astigmatie inférieure à +4 et une myopie jusqu'à -8
- une astigmatie et une hypermétropie dont la somme est inférieure à +8

Verre "très complexe" : c'est un verre multifocal ou progressif qui corrige :

- une myopie ou une hypermétropie supérieure à ± 4
- une astigmatie supérieure à +4 et une myopie jusqu'à -8
- une astigmatie supérieure à +0,25 et une myopie au delà de -8
- une astigmatie et une hypermétropie dont la somme est supérieure à +8

En cas d'achat dissocié des composantes de l'équipement d'optique, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond qui s'applique.

À savoir :

Pour les lunettes, si votre vue ne change pas, Alan rembourse un équipement tous les deux ans à partir de la date d'achat du dernier équipement (un an si vous avez moins de 16 ans). Si votre vue change, la limite est d'une paire de lunettes par an (pas de limite pour les verres si vous avez moins de 16 ans).

Les lunettes sont remboursées en fonction de la complexité des verres; elles sont une combinaison de verres simples, complexes et très complexes. Pour connaître le montant exact du remboursement, faites réaliser un devis par un opticien et transférez-le nous depuis votre application Alan !

On rembourse les lentilles y compris celles non prises en charge par la Sécu.

La chirurgie de l'oeil n'est pas prise en charge par la Sécu. Elle concerne la correction de différents défauts optiques: myopie, hypermétropie, astigmatie, presbitie.

* Les équipements 100% Santé sont définis par la réglementation. Ils sont de bonne qualité, avec un choix varié de montures et de verres, à un prix limite de vente négocié par l'Etat. Demandez à votre opticien de vous les présenter.

Verres simples et monture

100 % Santé *

Entièrement remboursé

Hors 100 % Santé

320 €, dont 100 € de monture

Verres complexes et monture

100 % Santé *

Entièrement remboursé

Hors 100 % Santé

550 €, dont 100 € de monture

Verres très complexes et monture

100 % Santé *

Entièrement remboursé

Hors 100 % Santé

750 €, dont 100 € de monture

Lentilles

100 % + 235 € / an

Chirurgie de l'œil

540 € / oeil / an

Dentaire

À savoir :

Pour des soins dentaires complexes, faites toujours réaliser un devis. Nous vous dirons exactement quel sera le montant remboursé.

Les dépenses pour les consultations de parodontologie et les implants sont remboursées même lorsqu'elles ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale.

* Les équipements 100% Santé sont définis par la réglementation, dans la limite des honoraires libres de facturation.

Consultations et soins dentaires	300 %
Inlay-onlay remboursé	450 %
Prothèses dentaires et couronnes remboursées	
Hors 100 % Santé	450 %
Prothèses dentaires et couronnes remboursées (Panier 100% santé)	
100 % Santé *	Entièrement remboursé
Prothèses dentaires et couronnes non remboursées	380 %
Orthodontie remboursée	305 %, soit 590 € / semestre
Orthodontie non remboursée	1000€ / semestre
Implants dentaires	580€ / an
Parodontologie	365€ / an

Autres

À savoir :

Le forfait pour les vaccins correspond à des dépenses non-prises en charge par la Sécu et remboursées par Alan.

* Les équipements 100% Santé sont définis par la réglementation, à un prix limite de vente négocié par l'Etat.

Aides auditives jusqu'à 20 ans	
100 % Santé *	Entièrement remboursé
Hors 100 % Santé	1700€ / oreille / 4 ans
Aides auditives après 20 ans	
100 % Santé *	Entièrement remboursé 1 fois / 4 ans
Hors 100 % Santé	1400€ / oreille / 4 ans
Vaccins	100€ / an
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale	100 % + 400€ / an
Prévention remboursée par la Sécurité sociale	100 %

Contrat d'assistance

Contrat Alan Assistance : api.alan.com/doc/cg-assistance_company.pdf



Alan, votre partenaire santé

Alan Insurance, société anonyme au capital de 150.800.000 € entièrement libéré (RCS Paris 908 311 103) régie par le code des assurances. Siège social : 117 Quai de Valmy - 75010 Paris.

Alan Insurance délègue la distribution et la gestion du Contrat, ainsi que la fourniture de services de santé à Alan Services, société anonyme immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris (n°908 361 314) et en tant qu'intermédiaire d'assurance (n° ORIAS 220 049 25), Siège social : 117 Quai de Valmy - 75010 Paris.
Entités soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4, place de Budapest. CS 92459. 75 436 Paris cedex 09.