

# LES PLUS DE MON CONTRAT GAN SANTÉ

**SANTÉ**  
Individuelle

## Mes services en ligne<sup>1</sup>

**Accès direct aux services en ligne, 24h/24 & 7J/7**

- ✓ Votre attestation de tiers payant,
- ✓ Le détail de vos garanties,
- ✓ Vos remboursements,
- ✓ Sévéane<sup>2</sup>, nos praticiens partenaires.



**Appli Gan Santé**  
(Android & iOS)

**SCANNEZ LE QR CODE SUIVANT** avec votre téléphone pour télécharger directement l'appli →



**Ou téléchargez l'appli sur Google Play ou App Store**



**Espace Client sécurisé**

Accessible depuis [www.gan.fr](http://www.gan.fr)  
ou directement à partir de : <https://www.espaceclient.gan.fr>  
(avec les mêmes identifiants que pour l'appli Gan Santé)

## Mes avantages<sup>1</sup>



**Consultation médicale à distance via Qare**

**6 consultations médicales à distance via Qare**, par an et par bénéficiaire, incluses au contrat et prises en charge à 100% par Gan Assurances (sans contribution du régime obligatoire). 3 moyens à votre disposition pour se connecter : 1. Via l'espace client, dans l'onglet Santé ; 2. Directement depuis le site web de Qare : [www.qare.fr](http://www.qare.fr) ; 3. Via l'application mobile Qare, disponible sur Google Play ou App Store.



**Réseau de partenaires de santé Sévane**

**Des soins et des prestations à des tarifs avantageux auprès d'un réseau de 15 000 professionnels de santé partenaires sur toute la France<sup>2</sup>.**



**Médecines douces**

**Jusqu'à 180 euros par an par bénéficiaire<sup>3&4</sup>.**

Prise en charge des consultations de médecines douces (ostéopathe, étiope, chiropracteur, hypnothérapeute, homéopathe, sophrologue, psychothérapeute, psychologue, psychomotricien, acupuncteur)<sup>4</sup>.



**Garanties d'assistance<sup>5</sup>**

**De nombreux services d'assistance accessibles par téléphone 24H/24 et 7J/7 :** services d'information santé et d'accompagnement, assistance santé à domicile et assistance santé aux personnes en déplacement.

**Pour vos proches<sup>6</sup>, même non assurés au contrat, 4 garanties d'assistance à domicile :** aide-ménagère, téléassistance (pour les personnes de 60 ans et plus), livraison des repas et des médicaments<sup>7</sup>, garde à domicile.



**Attestation de tiers payant**

**Pas d'avance de frais partout en France<sup>8</sup>.**



**Aide financière via l'Association DEMAIN<sup>9</sup>**

**Un fonds social pour vous aider en cas de difficulté :** participation financière ponctuelle pour des soins ou équipements de santé, soumise à conditions<sup>9</sup>.

**Et, pour bénéficier d'un accompagnement au quotidien et d'un suivi personnalisé, votre Agent général reste à votre disposition.**

**Retrouvez toutes les actualités sur [www.gan.fr](http://www.gan.fr)**

<sup>1</sup>Inclus au contrat Gan Santé, pour tout assuré Gan Santé, quel que soit le niveau de garanties choisi. Voir conditions en agence.

<sup>2</sup>Opticiens, chirurgiens-dentistes, implantologues, audioprothésistes... Vous gardez bien-sûr l'entière liberté de choisir votre professionnel de santé.

<sup>3</sup>Selon le niveau de garantie choisi. Voir conditions en agence.

<sup>4</sup>Selon les conditions et limites précisées dans la notice d'information du contrat Gan Santé.

<sup>5</sup>L'assistance santé à domicile s'applique dans les conditions suivantes : en cas d'immobilisation à domicile de plus de 8 jours consécutifs ou faisant suite à une hospitalisation de plus d'une journée ou en cas de décès (voir : Notice d'Information - Vos garanties d'assistance).

<sup>6</sup>Ascendants et descendants directs.

<sup>7</sup>Le coût des repas et des médicaments reste à votre charge.

<sup>8</sup>Auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent le dispositif.

<sup>9</sup>En tant qu'assuré Gan Santé, vous êtes automatiquement adhérent à l'Association DEMAIN. Plus d'informations auprès de votre Agent général.



**Document non contractuel - Pour les conditions et limites des garanties et services présentés dans ce document, se reporter au contrat.**



Gan Assurances • Compagnie française d'assurances et de réassurances - Société anonyme au capital de 216 033 700 euros - RCS Paris 542 063 797 - APE : 6512Z • Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75008 Paris • Tél. : 01 70 94 20 00 • [www.gan.fr](http://www.gan.fr) • Direction Réclamations Clients - Gan Assurances - 3 place Marcel Paul - 92024 Nanterre - Email : [reclamation@gan.fr](mailto:reclamation@gan.fr) Entreprise régie par le Code des assurances.  
Association DEMAIN, 4 Square de l'Opéra Louis Jouvet, 75009 PARIS.



# MES CONTACTS ET DÉMARCHES

**SANTÉ**  
Individuelle

## Mes contacts

**Pour vos démarches, passez en priorité par votre Appli Gan Santé !**

**>> SCANNEZ LE QR CODE SUIVANT avec votre téléphone pour télécharger directement l'appli ->**



|                                |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                          |                                                                                                                        |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Devis                        | <br>Via mon appli Gan Santé<br>ou mon Espace Client | <br>Opérations Prestations Santé<br>TSA 21515<br>35090 RENNES CEDEX 9 | <br>De 8h30 à 18h<br>09.69.32.33.07 |
| • Prise en charge hospitalière |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                          |                                                                                                                        |
| • Demande de remboursement     |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                          |                                                                                                                        |

**Garanties d'assistance – Mutuaide** : pour bénéficier d'assistance à domicile ou lors d'un déplacement, Tél. 24h/24, 7j/7 : 01 45 16 65 00, Courriel : assistance à domicile : [cquotidien@mutuaide.fr](mailto:cquotidien@mutuaide.fr), assistance rapatriement lors d'un déplacement à l'étranger : [medical@mutuaide.fr](mailto:medical@mutuaide.fr)

## Les justificatifs à fournir pour être remboursé

| Si mon contrat prévoit la garantie...                                                                            | Je bénéficie de la télétransmission <sup>1</sup>                                                                                                              | Je ne bénéficie pas de la télétransmission <sup>2</sup>                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| OPTIQUE                                                                                                          |                                                                                                                                                               |                                                                                               |
| Actes pris en charge par le régime obligatoire<br>Verres correcteurs, montures, lentilles                        | Aucun                                                                                                                                                         | Décompte du Régime Obligatoire<br>+ Facture détaillée et acquittée<br>+ Prescription médicale |
| En cas d'évolution de la vue                                                                                     | Décompte du Régime Obligatoire + Facture détaillée et acquittée<br>+ Ancienne + Nouvelle prescription médicale                                                |                                                                                               |
| Actes non pris en charge par le régime obligatoire                                                               |                                                                                                                                                               |                                                                                               |
| Lentilles                                                                                                        | Facture détaillée et acquittée + Prescription médicale                                                                                                        |                                                                                               |
| Opération des défauts visuels                                                                                    | Facture détaillée et acquittée                                                                                                                                |                                                                                               |
| DENTAIRE                                                                                                         |                                                                                                                                                               |                                                                                               |
| Actes pris en charge par le régime obligatoire<br>Soins dentaires, Inlay Onlay, Prothèses dentaires, Orthodontie | 1. J'ai réglé la part Régime Obligatoire et Complémentaire                                                                                                    |                                                                                               |
|                                                                                                                  | Aucun                                                                                                                                                         | Décompte du Régime Obligatoire<br>+ Facture détaillée et acquittée                            |
|                                                                                                                  | 2. J'ai uniquement réglé la part complémentaire <sup>3</sup>                                                                                                  |                                                                                               |
|                                                                                                                  | Facture détaillée et acquittée                                                                                                                                | Décompte du Régime Obligatoire<br>+ Facture détaillée et acquittée                            |
| Actes non pris en charge par le régime obligatoire                                                               | Facture détaillée et acquittée                                                                                                                                |                                                                                               |
| HOSPITALISATION                                                                                                  |                                                                                                                                                               |                                                                                               |
| Honoraires, Frais de séjour, Forfait journalier, Chambre particulière                                            | Hôpital public : Avis des sommes à payer + Attestation de paiement<br>Clinique : Bordereau de facturation acquitté ou Facture détaillée et acquittée          |                                                                                               |
| Frais annexes (Accompagnant, TV, Téléphone, Journaux)                                                            | Facture détaillée et acquittée + Bulletin d'hospitalisation                                                                                                   |                                                                                               |
| ACTES MÉDICAUX                                                                                                   |                                                                                                                                                               |                                                                                               |
| Honoraires médecins généralistes ou spécialistes                                                                 | 1. J'ai réglé la part Régime Obligatoire et Complémentaire                                                                                                    |                                                                                               |
| Frais de transport                                                                                               | Aucun                                                                                                                                                         | Décompte du Régime Obligatoire                                                                |
| Pharmacie, Laboratoire, Radiologie                                                                               | 2. J'ai uniquement réglé la part complémentaire <sup>3</sup>                                                                                                  |                                                                                               |
| Auxiliaires médicaux                                                                                             | Facture détaillée et acquittée                                                                                                                                | Décompte du Régime Obligatoire                                                                |
| Petit appareillage, Appareillage                                                                                 |                                                                                                                                                               | + Facture détaillée et acquittée                                                              |
| ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE                                                               |                                                                                                                                                               |                                                                                               |
| Médecine douce / Consultation diététique /<br>Pédicure, Podologue pour 55 ans et +                               | Facture détaillée et acquittée                                                                                                                                |                                                                                               |
| Pharmacie : vaccins, médicaments et moyens contraceptifs                                                         | Facture détaillée et acquittée + Prescription médicale                                                                                                        |                                                                                               |
| Sevrage tabagique                                                                                                | Facture détaillée et acquittée + Prescription médicale                                                                                                        |                                                                                               |
| Forfait naissance                                                                                                | Acte de naissance ou fiche familiale d'état civil<br>ou copie du livret de famille ou décision du tribunal de Grande Instance<br>dans le cadre d'une adoption |                                                                                               |

<sup>1</sup> Mon décompte de régime obligatoire mentionne « Informations transmises à votre organisme complémentaire Gan Assurances ».

<sup>2</sup> Mon décompte de régime obligatoire mentionne « Informations non transmises à un organisme complémentaire »

<sup>3</sup> Mon décompte de régime obligatoire mentionne « Pour votre information »

**L'assureur se réserve la possibilité de vous demander tous documents complémentaires pour l'appréciation de vos droits aux prestations.**

