



Guide de gestion
Régime de remboursement
des frais médicaux

Régime Panier de soins

Gerep, votre gestionnaire d'assurance santé

Votre société a fait appel à Gerep pour la gestion de votre complémentaire santé. Gerep est expert de la protection sociale depuis 30 ans. Mieux nous connaître en quelques chiffres :

1989 année de
création

60 collaborateurs à
votre service

+ de 1 000
entreprises
clientes

200 000 salariés
couverts

132 500
bénéficiaires gérés
en frais de santé

Votre guide de gestion

Dans ce guide de gestion, vous retrouverez l'extrait des conditions du contrat souscrit par votre employeur avec vos garanties « frais de santé » et comment en bénéficier. Découvrez également les services fournis par Gerep, comme IRIS, votre espace assuré en ligne qui vous permet de gérer votre profil et vos remboursements à tout moment avec un traitement prioritaire en 48H. Vous retrouverez toutes les informations au sujet de votre carte de tiers-payant, de vos demandes de prises en charge hospitalière, des éventuelles options et réseaux de soins disponibles et bien d'autres.



Gerep s'emploie à maintenir son meilleur niveau de services et à garantir votre satisfaction. Nous vous remercions de votre confiance.

Votre employeur a souscrit au profit de ses collaborateurs un régime de remboursements frais médicaux, maladie, chirurgie, maternité, à adhésion obligatoire.

Ce guide a pour objet de vous faire connaître l'ensemble des garanties dont vous bénéficiez et de vous servir de guide pratique concernant les modalités d'application de ces garanties ainsi que les formalités à accomplir pour être remboursé.

TABLE DES MATIÈRES

• IRIS, VOTRE ESPACE ASSURÉ EN LIGNE.....	4
• VOS GARANTIES SANTÉ (1 / 2).....	5
• VOS GARANTIES SANTÉ (2 / 2).....	6
• EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS.....	7
• MODALITES D'ADHESION A L'OPTION.....	8
• VOS REMBOURSEMENTS.....	9
• DEVIS.....	11
• PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE.....	11
• TIERS-PAYANT.....	12
• RESEAU DE SOINS.....	13
• TELECONSULTATION MEDICALE.....	14
• VOS GARANTIES D'ASSISTANCE.....	15
• COMMENT S'AFFILIER ?.....	16
• LE LEXIQUE 100 % SANTÉ.....	19
• LE LEXIQUE DES REMBOURSEMENTS SANTÉ.....	20
• LE LEXIQUE DENTAIRE.....	21
• PREVOYANCE : DESIGNATION DE BENEFICIAIRES.....	22
• CONSULTER LA FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ).....	23
• EFFECTUER UNE RÉCLAMATION.....	23
• NOTRE POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PRIVÉES (RGPD).....	24
• NOUS CONTACTER.....	25

IRIS, VOTRE ESPACE ASSURÉ EN LIGNE

IRIS (services.gerep.fr), c'est l'espace assuré en ligne de Gerep. Depuis votre espace personnel, retrouvez vos informations clés. Simple, pratique et complet, IRIS vous permet de gérer votre complémentaire santé en toute autonomie. **Les demandes adressées via l'espace IRIS sont traitées en 48H :**



L'envoi de demandes de remboursements et de prise en charge hospitalière



La transmission directe des justificatifs



Le téléchargement de la carte de Tiers-Payant



Le suivi des demandes sur les 3 derniers mois



L'historique des remboursements versés sur 24 mois



Les demandes d'ajout ou de suppression des bénéficiaires



La modification des informations et coordonnées



Et bien d'autres fonctionnalités...



Connectez-vous à votre espace IRIS

Votre espace en ligne IRIS est disponible à l'adresse services.gerep.fr.

Si vous possédez déjà un compte IRIS : renseignez vos identifiants et cliquez sur « Connexion ». Vous pouvez choisir de les mémoriser en cochant la case « Rester connecté » au préalable. En cas d'oubli, vous pouvez effectuer une demande de mot de passe au lien « Mot de passe oublié ? ».

S'il s'agit de votre première connexion sur IRIS : cliquez sur « S'inscrire » et renseignez les informations demandées. Cliquez ensuite sur « Confirmer » pour finaliser votre inscription. Vous recevrez un message de validation de votre adresse e-mail dans lequel se trouve un lien de suivi vers IRIS. Renseignez les identifiants indiqués dans le formulaire précédent et profitez des avantages de votre espace IRIS !

The screenshot shows the 'Connexion Espace Assuré' page. It features the Gerep logo in the top right. Below the title, there are two input fields: 'IDENTIFIANT' and 'MOT DE PASSE', each with an eye icon for visibility. A checkbox labeled 'Rester connecté' is present, along with a link for 'Mot de passe oublié?'. A large orange button labeled 'Connexion' is positioned below the fields. At the bottom, there is a section titled 'Première visite?' with a paragraph of text and an orange button labeled 'S'inscrire'.

VOS GARANTIES SANTÉ (1 / 2)

Garanties exprimées en complément des prestations de la Sécurité sociale, sauf mention contraire

	Panier de soins		Confort		Premium		Excellence	
	Médecin OPTAM-CO	Médecin NON OPTAM-CO	Médecin OPTAM-CO	Médecin NON OPTAM-CO	Médecin OPTAM-CO	Médecin NON OPTAM-CO	Médecin OPTAM-CO	Médecin NON OPTAM-CO
Hospitalisation								
Médecine, chirurgie								
Frais de séjour en secteur conventionné	TM		TM		TM		100% Frais réels	
Frais de séjour en secteur non conventionné	TM		TM		TM		500% BRSS	
Honoraires	TM	TM	TM + 240% BRSS	TM + 70% BRSS	TM + 340% BRSS	TM + 70% BRSS	500% BRSS	500% BRSS
Forfait journalier	100% Frais réels		100% Frais réels		100% Frais réels		100% Frais réels	
Forfait actes lourds	100% Frais réels		100% Frais réels		100% Frais réels		100% Frais réels	
Chambre particulière	-		2% PMSS / jour		3% PMSS / jour		5% PMSS / jour	
Frais d'accompagnement pour hospitalisation d'un enfant de - 12 ans	-		2% PMSS / jour		3% PMSS / jour		5% PMSS / jour	
Frais de transports acceptés SS	TM		TM		TM		TM	
Maternité								
Forfait maternité/adoption (double en cas de naissances multiples)	Frais réels - SS limité à 5% PMSS		Frais réels - SS limité à 10% PMSS		Frais réels - SS limité à 20% PMSS		Frais réels -SS limité à 25% PMSS	
Médecine courante								
	Médecin OPTAM	Médecin NON OPTAM	Médecin OPTAM	Médecin NON OPTAM	Médecin OPTAM	Médecin NON OPTAM	Médecin OPTAM	Médecin NON OPTAM
Consultation d'un généraliste	TM		TM + 240% BRSS	TM + 70% BRSS	TM + 240% BRSS	TM + 70% BRSS	500% BRSS	500% BRSS
Consultation d'un spécialiste	TM		TM + 240% BRSS	TM + 70% BRSS	TM + 430% BRSS	TM + 70% BRSS	500% BRSS	500% BRSS
Petite chirurgie et acte de spécialité	TM		TM + 230% BRSS	TM + 60% BRSS	TM + 230% BRSS	TM + 60% BRSS	500% BRSS	500% BRSS
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie	TM		TM + 240% BRSS	TM + 70% BRSS	TM + 240% BRSS	TM + 70% BRSS	500% BRSS	500% BRSS
Auxiliaire médicaux	TM		TM + 170% BRSS		TM + 170% BRSS		500% BRSS	
Frais d'analyse et de laboratoire acceptés SS	TM		TM + 170% BRSS		TM + 170% BRSS		500% BRSS	
Les séances d'ostéopathie, de chiropraxie, d'acupuncture, d'étiopathie, de psychomotricité, de pédicurie, de podologie, de diététique, de psychologie, de tabacologie et de substituts nicotiques	1% PMSS par séance, dans la limite de 4 / an		1,30% PMSS par séance, dans la limite de 4 / an		1,70% PMSS par séance, dans la limite de 4 / an		3,5% PMSS par séance, dans la limite de 4 / an	
Prévention								
Consultation en diététique d'un enfant de - 12 ans non prise en charge par la Sécurité Sociale	1,25% PMSS		1,25% PMSS		1,25% PMSS		1,25% PMSS	
Les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	6% PMSS / an		6% PMSS / an		6% PMSS / an		6% PMSS / an	
Le test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250	600 €		600 €		600 €		600 €	
Détartrage sus et sous gingival	TM		200% BRSS		250% BRSS		400% BRSS	
Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (test HPV)	TM		210% BRSS		210% BRSS		210% BRSS	
Cure thermique								
Forfait global (transport, hébergement, honoraires)	-		10% PMSS		20% PMSS		30% PMSS	
Optique	Une paire de lunettes tous les deux ans. La limite est ramenée à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans ainsi que pour les adultes dont la correction aurait évolué d'au moins +0,50 dioptrie pour un verre ou +0,25 dioptrie sur chacun des verres							
Panier 100% Santé (prise en charge intégrale de la dépense)								
Monture + Verres	100% du prix limite de vente		100% du prix limite de vente		100% du prix limite de vente		100% du prix limite de vente	
Panier à tarifs libres								
Monture + Verres simples	100 €		310 €		420 €			
Monture + Verres complexes	200 €		460 €		700 €		1 000 €	
Monture + Verres très complexes	200 €		560 €		800 €			
Monture (limitation)	80 €		100 €		100 €		300 €	
Lentilles acceptées ou refusées SS	5% PMSS / an / bénéficiaire		7,5% PMSS / an / bénéficiaire		10% PMSS / an / bénéficiaire		15% PMSS / an / bénéficiaire	
Implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte	200 €		560 €		850 €		950 €	
Chirurgie réfractive de l'œil	-		300 € / Œil / An		600 € / Œil / An		1 000 € / Œil / An	

BR : Base de remboursement,

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2020 : 3 428 €).

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (cette mention s'applique au Contrat d'Accès aux Soins, à l'OPTAM et OPTAM-CO)

VOS GARANTIES SANTÉ (2 / 2)

	Panier de soins	Confort	Premium	Excellence
Dentaire				
Panier 100% Santé (prise en charge intégrale de la dépense)				
Soins, Prothèses fixes, amovibles, provisoires, Inlays core	100% du prix limite de vente	100% du prix limite de vente	100% du prix limite de vente	100% du prix limite de vente
Paniers à tarifs maîtrisés et à tarifs libres				
Consultation, soins courants, radiologie et chirurgie	TM	200% BRSS	250% BRSS	500% BRSS
Inlay - Onlay, Inlay-core	TM + 25% BRSS	300% BRSS	400% BRSS	500% BRSS
Orthodontie acceptée SS (enfant)	TM + 25% BRSS	175% BRSS	275% BRSS	500% BRSS
Orthodontie refusée SS (adulte)	-	-	-	970 € / semestre
Prothèses dentaires remboursées SS	TM + 25% BRSS	300% BRSS	400% BRSS	500% BRSS
Piliers de bridges sur dent saine	-	8% PMSS / prothèse (max 3 / an / bénéficiaire)	11% PMSS / prothèse (max 3 / an / bénéficiaire)	15% PMSS / prothèse (max 3 / an / bénéficiaire)
Implantologie	-	15,75% PMSS par implant (max 3 implants / an / bénéficiaire)	19,95% PMSS par implant (max 3 implants / an / bénéficiaire)	25,2% PMSS par implant (max 3 implants / an / bénéficiaire)
Parodontologie non remboursée SS	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	1 000 € / an / bénéficiaire
Appareillage				
Panier 100% Santé (prise en charge intégrale de la dépense)				
Prothèses auditives	100% du prix limite de vente (une paire tous les 4 ans)	100% du prix limite de vente (une paire tous les 4 ans)	100% du prix limite de vente (une paire tous les 4 ans)	100% du prix limite de vente (une paire tous les 4 ans)
Panier à tarifs libres				
Prothèses auditives	3% PMSS / Oreille / an (TM minimum)	15% PMSS / Oreille / an (TM minimum)	20% PMSS / Oreille / an (TM minimum)	30% PMSS / Oreille / an (TM minimum)
Orthopédie et autres prothèses	3% PMSS / an TM au-delà	7,5% PMSS / an TM au-delà	10% PMSS / an TM au-delà	20% PMSS / an TM au-delà
Assistance				
Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui

BR : Base de remboursement,

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2020 : 3 428 €).

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (cette mention s'applique au Contrat d'Accès aux Soins, à l'OPTAM et OPTAM-CO)

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Dans la limite des frais réels facturés, hors 100% Santé et non contractuel dans la mesure où les bases de remboursement de la Sécurité sociale varient d'un acte à l'autre :

 <p>Généraliste</p>	<p>Panier de soins</p> <p>OPTAM : 24 € Non OPTAM : 22 €</p>	<p>Confort</p> <p>OPTAM : 84 € Non OPTAM : 38,10 €</p>	<p>Premium</p> <p>OPTAM : 84 € Non OPTAM : 38,10 €</p>	<p>Excellence</p> <p>OPTAM : 141,50 € Non OPTAM : 130,10 €</p>
 <p>Spécialiste</p>	<p>Panier de soins</p> <p>OPTAM : 24 € Non OPTAM : 22 €</p>	<p>Confort</p> <p>OPTAM : 84 € Non OPTAM : 38,10 €</p>	<p>Premium</p> <p>OPTAM : 131,10 € Non OPTAM : 38,10 €</p>	<p>Excellence</p> <p>OPTAM : 141,50 € Non OPTAM : 130,10 €</p>
 <p>Médecine Douce</p>	<p>Panier de soins</p> <p>34 € par séance 4 séances / an</p>	<p>Confort</p> <p>44 € par séance 4 séances / an</p>	<p>Premium</p> <p>58 € par séance 4 séances / an</p>	<p>Excellence</p> <p>119 € par séance 4 séances / an</p>
 <p>Lentilles</p>	<p>Panier de soins</p> <p>171 € par an</p>	<p>Confort</p> <p>257 € par an</p>	<p>Premium</p> <p>342 € par an</p>	<p>Excellence</p> <p>514 € par an</p>
 <p>Lunettes <i>(Monture + verres)</i></p>	<p>Panier de soins</p> <p>Simple : 100 € Complexe : 200 € Très complexe : 200 €</p>	<p>Confort</p> <p>Simple : 310 € Complexe : 460 € Très complexe : 560 €</p>	<p>Premium</p> <p>Simple : 420 € Complexe : 700 € Très complexe : 800 €</p>	<p>Excellence</p> <p>Simple : 1 000 € Complexe : 1 000 € Très complexe : 1 000 €</p>
 <p>Chirurgie laser</p>	<p>Panier de soins</p> <p>non prévu</p>	<p>Confort</p> <p>300 € / Œil</p>	<p>Premium</p> <p>600 € / Œil</p>	<p>Excellence</p> <p>1 000 € / Œil</p>
 <p>Prothèse dentaire remboursées</p>	<p>Panier de soins</p> <p>Dent visible : 134 € Dent non visible : 134 €</p>	<p>Confort</p> <p>Dent visible : 397 € Dent non visible : 397 €</p>	<p>Premium</p> <p>Dent visible : 505 € Dent non visible : 505 €</p>	<p>Excellence</p> <p>Dent visible : 612 € Dent non visible : 612 €</p>
 <p>Implant dentaire</p>	<p>Panier de soins</p> <p>non prévu</p>	<p>Confort</p> <p>539 € 3 implants par an</p>	<p>Premium</p> <p>683 € 3 implants par an</p>	<p>Excellence</p> <p>863 € 3 implants par an</p>
 <p>Orthodontie Enfant</p>	<p>Panier de soins</p> <p>241 € / semestre</p>	<p>Confort</p> <p>532 € / semestre</p>	<p>Premium</p> <p>725 € / semestre</p>	<p>Excellence</p> <p>1 161 € / semestre</p>

MODALITES D'ADHESION A L'OPTION

Quand et comment adhérer à l'option ?

L'adhésion au régime optionnel mis en place par votre entreprise est possible :

- A la date d'embauche
- Au 1^{er} janvier de chaque année
- En cas de changement de situation de famille (décès, naissance, mariage, divorce), au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande. Pour être effective, celle-ci doit être adressée dans un délai d'un mois suivant la date de l'évènement accompagnée des justificatifs correspondants.

L'adhésion du salarié à l'option implique automatiquement l'adhésion de ses ayants-droit affiliés à celle-ci.

Vous pouvez souscrire l'option directement depuis votre [espace IRIS](#), en décembre de chaque année.

Quand et comment résilier l'option ?

L'adhésion se renouvelle automatiquement chaque année. Toutefois, le salarié peut résilier son option au 31 décembre de chaque année également, pour lui et ses bénéficiaires

Vous pouvez résilier l'option directement depuis votre [espace IRIS](#), en décembre de chaque année.

VOS REMBOURSEMENTS



Les modalités de remboursement

Les remboursements sont effectués par virement sur votre compte (joindre un relevé d'identité bancaire ou postal). Les règlements sont effectués au jour le jour, quel que soit leur montant.

Les décomptes vous sont adressés selon votre choix :

- Par e-relevé : une alerte par e-mail vous informe de sa mise à disposition. Vous pouvez télécharger votre relevé sur IRIS sur la période de votre choix.
- Par courrier : le décompte accompagné d'une carte de liaison portant vos références vous est envoyé à votre domicile tous les 90 jours.

Les demandes de remboursements doivent être présentées dans les 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Si vous, votre conjoint ou vos enfants, bénéficiez d'une première mutuelle : transmettez-nous le relevé de remboursement de cette mutuelle et les factures acquittées via votre espace IRIS à la rubrique « Mes remboursements » ou par courrier (agrafer dans ce cas la carte de liaison Gerep à l'ensemble des documents).

LES PLUS D'IRIS

Les demandes de remboursements (y compris pour les actes de bien-être et médecine douce) adressées via IRIS sont traitées en priorité sous 48H. Depuis IRIS vous pouvez à tout moment :

- Consulter vos garanties santé,
- Consulter le détail et l'historique de vos remboursements,
- Ajouter un RIB par bénéficiaire pour répartir les remboursements comme vous le souhaitez.

La télétransmission

La télétransmission nous permet de régler immédiatement la part complémentaire sans que vous ayez à nous adresser les relevés de la sécurité sociale.







Si toutefois vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission, pour obtenir vos remboursements, il vous suffira de nous transmettre les originaux des décomptes de la Sécurité sociale indiquant les frais engagés via votre espace en ligne IRIS ou par courrier (agrafer dans ce cas la carte de liaison Gerep à l'ensemble des documents).

À SAVOIR

Vérifiez sur votre compte en ligne Ameli (www.ameli.fr) que la télétransmission est bien activée.

Les justificatifs pour vos demandes de prestations

Les pièces à fournir varient en fonction de votre régime frais de santé. Cette liste n'est pas exhaustive, l'assureur est en droit de demander tout autre justificatif nécessaire à l'instruction du dossier.

ACTES CONCERNÉS		PIÈCES JUSTIFICATIVES À ENVOYER À GEREPI VIA IRIS
	Lunettes et lentilles cornéennes (y compris jetables si prévu dans le contrat).	Facture détaillée et acquittée Prescription médicale datant de moins de 3 ans.
	Soins dentaires en cas de dépassement d'honoraires et prothèses dentaires.	Facture détaillée et acquittée.
	Hospitalisation en hôpital public.	Avis des sommes à payer et attestation de paiement.
	Hospitalisation en clinique (conventionnée ou non).	Notes d'honoraires des praticiens, acquittées et accompagnées du bordereau de facturation destiné à l'assuré, sur lequel devront figurer les honoraires.
	Part mutuelle des soins réglés directement au professionnel de santé (ex : pharmacie, radiologie, laboratoire, soins à l'étranger, etc.)	Facture détaillée et acquittée.
	Cures thermales.	Attestation de cure et factures justificatives des frais engagés.
	Autres actes non pris en charge par la Sécurité sociale et prévus par votre contrat.	Facture détaillée et acquittée.

DEVIS

Afin de connaître le niveau de vos remboursements, nous vous invitons à demander à Gerep l'établissement d'une simulation de remboursement lorsque vous devez réaliser des soins importants : optique, dentaire, hospitalisation.

LES PLUS D'IRIS

N'hésitez pas à demander un devis à votre dentiste ou à votre chirurgien afin de le soumettre dans votre Espace Assuré IRIS dans la rubrique « Mes Services » puis « Transmettre un devis ». Nous vous répondrons sous 48h.



PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

Gerep délivre des prises en charge des frais en cas d'hospitalisation auprès des établissements hospitaliers conventionnés ou agréés, afin de vous éviter l'avance de frais dans la limite des garanties du contrat. L'accord de prise en charge garantit le paiement direct des frais engagés à l'hôpital ou à la clinique, y compris la chambre particulière (si prévue dans le contrat) et le forfait hospitalier à hauteur des garanties. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en compte.

Dès réception de ces informations, Gerep adresse à l'établissement au maximum 10 jours avant la date de l'intervention, l'attestation de prise en charge hospitalière.

LES PLUS D'IRIS

Adressez vos demandes de prise en charge hospitalière dans votre Espace Assuré IRIS dans la rubrique « Mes Services » puis « Demander une prise en charge hospitalière ». Nous vous répondrons en moins de 48h.

Chacun de vos bénéficiaires, dès lors qu'ils disposent de leur propre numéro de Sécurité sociale, bénéficiera d'une attestation de tiers payant, sous réserve d'avoir adressé à Gerep une copie de leur attestation de droit à la Sécurité sociale. Votre attestation de tiers payant SP Santé vous évite l'avance de frais auprès des praticiens conventionnés SP santé ou ISanté dans les domaines suivants :

- Pharmacie
- Biologie (laboratoire)
- Radiologie
- Auxiliaires médicaux
- Soins externes
- Transports
- Optique
- Centres de soins

La carte de tiers-payant

En présentant aux professionnels votre carte vitale et votre carte de tiers payant, vos bénéficiaires et vous-même êtes dispensés de l'avance de frais, sauf en cas de dépassement d'honoraires ou d'actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

LES PLUS D'IRIS

Votre carte de Tiers-payant ainsi que celles de vos bénéficiaires sont téléchargeables à tout moment depuis votre ordinateur, votre tablette et votre Smartphone sur votre Espace Assuré IRIS, rubrique « Mon compte » puis « Accéder à ma carte de Tiers-payant ».

Vous pouvez télécharger et imprimer votre carte de tiers payant, ou la présenter directement au professionnel de santé sur votre Smartphone.

↑ Votre numéro d'adhérent Gerep, à rappeler dans vos échanges.
↑ Votre numéro de Sécurité sociale.
↑ Période de garantie (sous réserve de bénéficiaire du contrat sur la totalité de la période)

N° AMC : XXXXXXXX
Typ conv : voir colonnes - CSR :
N° adhérent : XXXXXX

ATTESTATION DE TIERS PAYANT
GEREP - 4 rue de Vienne - 75008 PARIS
Tél. : 01 45 22 52 53 - Fax : 01 45 22 15 87

Assuré social : SPECIMEN
N° INSEE : X XX XX XX XXX XXX XX
Code G R : XX XXX Complément G R : N° Contrat : XXXXXXXX X

Période de validité :
01/01/2018 au 31/12/2019

Bénéficiaire du tiers-payant		Dépenses de santé concernées par le tiers-payant										
		PHAR*	LABO*	RADL*	AUXM*	LPPS*	TRAN*	CSTE*	OPT	EXTE	HOSP	
Nom - Prénom	Date naissance	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	IS	OC	
XXXXX XXXXXX	11/12/1946	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC
		(7)		(2)				(2)		(2)		(1)

* Règle de calcul : 029 : Ml RC = 100%TR - MRO
 (1) Prise en charge auprès de GEREP (coordonnées au verso)
 (2) Dans le parcours de soins
 (3) Prise en charge pour les partenaires Santeclair par internet ou fax (cf verso)
 (7) Y compris pharmacie à 15 %

↑ Nom, prénom et date de naissance des bénéficiaires. Vérifiez que ces informations sont identiques à celle mentionnées sur votre carte vitale.
↑ Prestations ouvertes au tiers payant et à l'éventuel réseau de soins.

À SAVOIR

Si le professionnel de santé ne pratique pas le tiers payant ou n'est pas conventionné SP Santé, vous devez régler la totalité des frais. Vous serez remboursé dès que Gerep recevra votre décompte de remboursement Sécurité sociale (soit par télétransmission, soit par courrier de votre part).

RESEAU DE SOINS

PLUS DE 6000 PROFESSIONNELS DE SANTÉ PARTENAIRES PARTOUT EN FRANCE

Itelis vous accompagne :

- Des professionnels de santé partenaires pour permettre aux bénéficiaires d'accéder à des prestations de santé de qualité au meilleur prix
- Des solutions modernes et innovantes pour aider les bénéficiaires à faire le meilleur choix en toute circonstance

Optique

- Jusqu'à 40% d'économie sur les verres
- 15% de remise minimale sur les montures et le para-optique (lunettes de soleil...)
- 10% de remise minimale sur les lentilles
- Tiers payant
- Garantie casse de 2 ans (monture et verres)
- Qualité et traçabilité des verres
- Entretien des équipements et examen annuel de la vue offerts

Dentaire

- Jusqu'à 15% d'économie sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridges)
- Tiers payant sur les prothèses
- Jusqu'à 25% d'économie sur un traitement implantaire
- Tarif à partir de 1400€ pour un acte complet d'implantologie et remplacement en cas de rejet

Chirurgie réfractive

- Jusqu'à 30% d'économie sur les techniques les plus utilisées (PKR, LASIK, FEMTO)
- Tarif à partir de 1400€ pour les deux yeux
- Centres spécialisés et chirurgiens expérimentés

Audioprothèse

- 15% d'économie moyenne sur les aides auditives
- Zéro reste à charge sur les piles*
- Tiers payant
- Qualité et traçabilité des aides auditives
- Suivi complet de l'appareillage
- Garantie panne de 4 ans gratuite et sans franchise

MODE D'EMPLOI

1. Trouver les coordonnées d'un partenaire Itelis grâce à l'outil de géolocalisation disponible dans votre espace personnel assuré GEREP
2. Présenter au partenaire votre carte de tiers payant faisant apparaître la mention Itelis
3. Demander à bénéficier des avantages partenaires



TELECONSULTATION MEDICALE



24/7



par écrit



par téléphone



par vidéo

Points clés

- Consultez un médecin 7j/7 et 24h/24, dans un cadre confidentiel
- Disponible pour vous et vos bénéficiaires affiliés à par la mutuelle
- Le service est gratuit, disponible en France comme à l'étranger
- Ce service ne se substitue pas aux urgences
- Les médecins consultés sont en capacité de vous délivrer une ordonnance

MODE D'EMPLOI

- Contacter le service depuis la France : **01 55 92 27 54**
- Contacter le service depuis l'étranger : **00 33 1 55 92 27 54**
- Lors de votre appel, vous devrez éventuellement indiquer le code GEREP : **00401554**
-

VOS GARANTIES D'ASSISTANCE

Vous et vos ayants-droit affiliés à la mutuelle bénéficient de garanties d'assistance dans les situations suivantes :

- Une hospitalisation de plus de 24h,
- Une immobilisation au domicile de plus de 5 jours,
- Information maternité,

Service d'information et d'écoute

- Informations juridiques (habitation, justice, retraite, fiscalité, etc.)
- Conseil pratique (consommation, vacances, formalités, etc.)
- Soutien psychologique
- Accompagnement social
- Appels de convivialité
- Conseils et informations médicales

En cas d'hospitalisation, de maternité ou d'immobilisation

- Acheminement des médicaments
- Aide à domicile
- Garde d'enfant
- Garde d'animaux
- ...

MODE D'EMPLOI

**CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION, 9H A 18H, DU LUNDI AU VENDREDI
01.72.59.51.60**

- **Nous Vous demanderons les informations suivantes :**
- **vos nom(s) et prénom(s),**
- **l'endroit précis où Vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre,**
- **votre numéro de convention d'Assistance : 7203625**

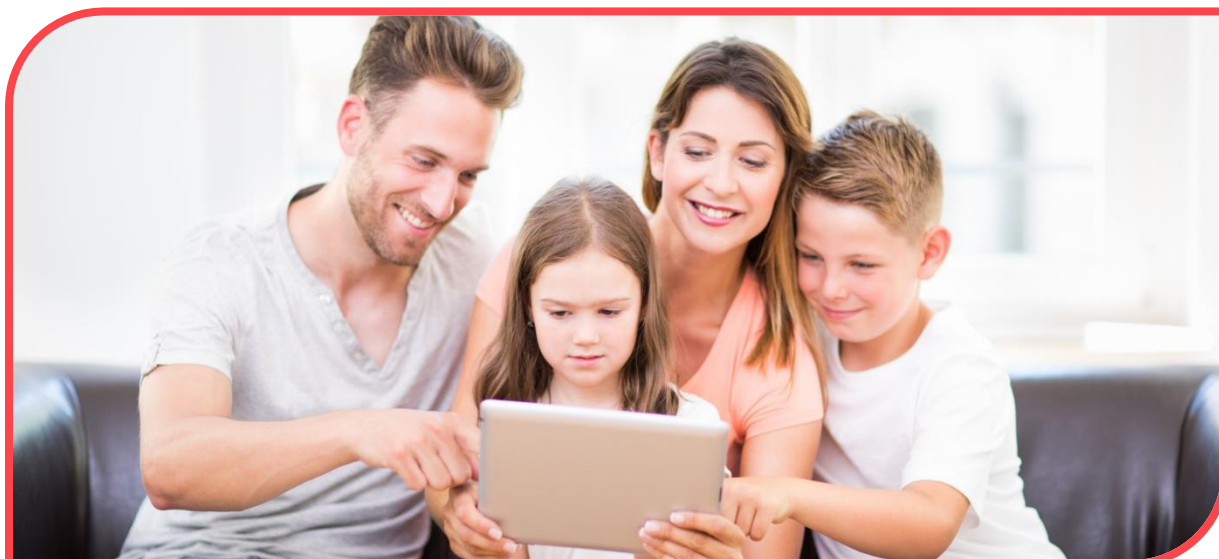
COMMENT S’AFFILIER ?

Pour bénéficier de votre complémentaire santé, Gerep met à votre disposition deux moyens d’affiliation. Selon la méthode choisie par votre société vous recevrez :

Un e-mail d’affiliation en ligne : c’est simple et rapide. Un e-mail vous est transmis par l’interlocuteur référent de votre entreprise avec un code d’accès et un lien vers votre espace d’affiliation en ligne. Suivez simplement ce lien en renseignant le code et renseignez les informations demandées dans les 5 étapes. En quelques clics seulement, votre demande d’affiliation est envoyée.

Un bulletin d’affiliation papier : complétez un bulletin d’affiliation en inscrivant les informations relatives aux personnes qui vont bénéficier des garanties Frais de santé et joignez à ce bulletin :

- Une photocopie de votre attestation Carte Vitale et de celle de vos ayants droit s’ils ont un numéro de Sécurité sociale personnel (ajout de bénéficiaires sur IRIS).
- Un relevé d’identité bancaire.
- En cas d’enfant majeur : un certificat de scolarité ou contrat d’apprentissage / de professionnalisation ou un justificatif d’inscription à Pôle emploi s’il est à la recherche de son premier emploi.
- En cas de PACS : une copie du PACS ou copie intégrale du livret de famille.
- En cas de concubinage : une attestation de vie commune (par exemple une facture aux deux noms).



Les formalités d’affiliation

Les salariés nouvellement embauchés sont rattachés au contrat dès leur premier jour au sein de l’entreprise sous réserve que Gerep ait bien reçu leur bulletin d’adhésion.

La date d’effet de l’affiliation de vos ayants droits mentionnés dans le bulletin est identique à la vôtre. Lors de la modification de votre situation de famille (mariage ou naissance), elle prend effet immédiatement.

LES PLUS D’IRIS

Vous pouvez faire votre changement d’adresse ou d’organisme bancaire directement dans votre espace IRIS à la rubrique « Mon compte » puis « Gérer mes données personnelles », la prise en compte est immédiate. En cas de changement de centre de Sécurité sociale, il vous suffit de nous transmettre une attestation en cliquant sur « Modifier les informations de Sécurité sociale ». Vous éviterez ainsi la rupture de votre télétransmission.

Les bénéficiaires du contrat

- **Vous-même** : le salarié
- **Le conjoint** : est assimilé au conjoint le partenaire lié par un Pacte civil de Solidarité ou le concubin vivant maritalement avec l'assuré,
- **Les enfants** légitimes, reconnus, adoptifs, pupilles de la nation, à charge fiscale de l'assuré affilié ou remplissant l'une des conditions suivantes :
 - d'être âgés de moins de 20 ans,
 - d'être âgés de moins de 28 ans et poursuivre des études secondaires ou supérieures,
 - d'être âgés de moins de 28 ans, sous contrat d'apprentissage ou contrat d'alternance,

 - d'être âgés de moins de 25 ans et à la recherche d'un premier emploi (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi),
 - quel que soit leur âge, s'ils sont handicapés et bénéficiaires d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des adultes handicapés.

Votre conjoint et vos enfants à charge ne peuvent prétendre au bénéfice des garanties que dans la mesure où vous-même êtes bénéficiaire des garanties.

LES PLUS D'IRIS

Via votre Espace Assuré IRIS, actualisez rapidement et à tout moment les informations sur vos bénéficiaires en allant dans « Mon compte » puis « Gérer mes bénéficiaires ».



La cessation des garanties

Vos garanties prennent fin à la date de résiliation du contrat d'assurance conclu entre votre employeur et Gerep mais également dans les cas suivants :

- À la date à laquelle vous ne faites plus partie de la catégorie assurée,
- À la date de rupture du contrat de travail, sauf en cas de maintien de l'assurance tel que prévu au paragraphe « La portabilité des droits »,
- À la date d'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale (ou pension pour inaptitude au travail), sauf lorsque l'assuré bénéficie du dispositif de cumul emploi retraite.

La cessation ou la suspension de l'assurance pour l'assuré s'applique à ses ayants droit à la même date.

La portabilité des droits

En application de l'article L 911-8 du CSS (issu de l'ANI du 11 janvier 2013), les anciens salariés concernés peuvent bénéficier du maintien du régime frais de santé sous réserve de remplir les conditions prévues par la réglementation.

Nous vous informons que les contrats frais de santé et/ou de prévoyance prennent fin en même temps que votre contrat de travail. Si la rupture de votre contrat de travail donne lieu à indemnisation par Pôle Emploi, vous pouvez bénéficier de la portabilité de vos garanties, à concurrence de la durée du dernier contrat de travail avec un maximum de 12 mois et au plus tard jusqu'à la reprise d'une activité ou la liquidation de la retraite.

Par la suite et pour maintenir votre portabilité, vous devrez nous transmettre votre relevé de situation tous les mois.

Après la période de portabilité, conformément aux dispositions de la loi 891009 dite Evin du 31.12.89, vous pouvez souscrire, un régime d'accueil auprès de Gerep. Pour ce faire, vous devez vous adresser à Gerep dans les 6 mois qui suivent la fin de la période de portabilité.

LES PLUS D'IRIS

Pour prolonger la portabilité de vos droits il convient d'envoyer votre inscription à Pôle Emploi ainsi que vos relevés de situations mensuels via votre espace IRIS à la rubrique « Mes services » puis « Bénéficiaire de la portabilité ».

LE LEXIQUE 100 % SANTÉ



Dentaire

100% Santé : tel que défini réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévus à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Facturation : PLF) ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Hors 100% Santé : Pour les prothèses à tarifs limités ou libres dans la limite de prothèses par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, la garantie est réduite à un remboursement maximum à hauteur du TM+25 % BR

Tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tel que prévu à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Facturation : PLF) ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tel que prévu à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale.



Optique

Hors 100% Santé : tel que défini réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que défini au deuxième alinéa de l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L-165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Verre simple : verre simple foyer avec sphère comprise entre -6.00 et +6.00 et avec cylindre inférieur ou égal à +4.00.

Verre complexe : verre simple foyer avec sphère hors zone de -6,00 à + 6,00 ou avec cylindre supérieur à + 4,00 et verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphero-cylindrique avec sphère hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.



Aides auditives

100% Santé : tel que défini réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe I à prise en charge renforcée tel que défini par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale. (MR)



Autres frais

Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° ADELI, RPPS ou le n° FINESS du praticien sera demandé.



Ayant droit : personne qui a droit à des prestations du fait de ses liens avec l'assuré cotisant : enfant, conjoint, etc. Dans certains cas les ayants droits sont aussi appelés bénéficiaires ou personnes protégées.

Base de remboursement (BR ou BRSS) : tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

OPTAM-CO (ou CAS) : contrat signé entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux. Les praticiens signataires s'engagent à ne pas augmenter leurs honoraires libres durant trois ans et à effectuer une partie de leurs consultations aux tarifs conventionnés. Pour connaître les médecins signataires, rendez-vous sur : annuaire.sante.ameli.fr/

Contrat frais de santé : garantit à l'adhérent et à sa famille (si souscription) le versement de prestations complémentaires aux frais de santé remboursés par la Sécurité sociale, à l'occasion d'une maladie ou d'un accident.

Dépassement d'honoraires : part des honoraires d'un professionnel de santé qui se situe au-delà de la base de remboursement de la Sécurité Sociale obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Forfait hospitalier : représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Frais réels (FR) : désigne le montant total des frais de santé facturés par le professionnel de santé.

Médecin traitant : médecin généraliste ou spécialiste déclaré par l'assuré auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée.

Parcours de soins coordonnés : parcours faisant intervenir le médecin traitant, que doit suivre l'assuré pour ne pas supporter certaines pénalités de remboursement de la Sécurité sociale.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) : le plafond de la Sécurité sociale est fixé par voie réglementaire et modifié au 1er janvier de chaque année. Le montant est indiqué sur Ameli.fr.

Remboursement de la Sécurité sociale (RSS) : le remboursement effectué par la Sécurité sociale résulte du taux de remboursement appliqué sur la Base de Remboursement (BR).

Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) : tarif de référence fixé par la Sécurité sociale en France. Il correspond au tarif du médicament générique au prix le plus bas.

Télétransmission : consiste en la transmission directe des informations relatives à vos soins par la procédure d'échange informatique, dite NOEMIE entre la Sécurité sociale et Gerép.

Ticket modérateur (TM) : différence entre la base de remboursement (BR) et le remboursement effectué par la Sécurité sociale. La participation forfaitaire d'1 €, les franchises médicales et les éventuels dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant votre reste à charge.

Tiers payant : système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des professionnels de santé

Plus de définitions sur le glossaire : www.unocam.fr/



Bridge : technique permettant de remplacer une ou plusieurs dents absentes, en s'appuyant sur les dents voisines (dents piliers), une de chaque côté. Il est formé de couronnes soudées les unes aux autres.

Contention : ensemble des procédés et des appareils destinés à stabiliser les corrections orthodontiques obtenues pendant le traitement actif. La période de contention correspond à la phase thérapeutique finale d'un traitement d'orthodontie.

Couronne dentaire : prothèse en forme de "chapeau" que l'on place sur la dent à soigner.

Implant et Implant Racine : généralement il y a deux étapes dans la pose d'un implant. Le dentiste pose dans un premier temps l'implant racine dans la gencive pour une durée d'environ trois à six mois pour s'intégrer dans l'os. Ensuite, la couronne de l'implant sera cimentée après cette période de temps. Il arrive parfois que l'on puisse mettre une couronne sur l'implant en un seul temps.

Inlay, Onlay : reconstitutions d'une partie de la dent en incrustation (inlay) ou en superposition (onlay).

Inlay-core : faux-moignon ancré dans la racine de la dent par un tenon, qui va servir d'ancrage à la couronne.

Inter de bridge : élément prothétique qui remplace une dent absente et qui est fixé de part et d'autre sur les dents adjacentes.

Orthodontie : traitement des malpositions des dents, en particulier chez les enfants.

Soins dentaires : soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et soins chirurgicaux (extraction, etc.).

Parodontologie : partie de la dentisterie qui est spécialisée dans le traitement du parodonte, c'est-à-dire les tissus du soutien de la dent tels que la gencive, l'os alvéolaire, le ciment et le ligament alvéolo-dentaire.

Test salivaire : acte visant à prévenir l'apparition des caries.

Vernis fluoré : technique permettant la création d'un bouclier protecteur à la surface des dents, qui bloque la déminéralisation, et permet de traiter les sensibilités au chaud et au froid.

PREVOYANCE : DESIGNATION DE BENEFICIAIRES

La couverture de Prévoyance mise en place par votre entreprise prévoit le versement de capitaux si vous venez à décéder.

- **En l'absence d'une désignation de bénéficiaires de votre part, les capitaux seront versés par l'assureur aux personnes suivantes :**
 - à votre conjoint si vous n'en êtes pas séparé judiciairement,
 - à défaut, à votre partenaire avec lequel vous êtes lié par un Pacte civil de solidarité
 - à défaut, par parts égales, à vos enfants vivants ou à naître ou représentés et à ceux de votre conjoint si vous en avez la charge,
 - à défaut, par parts égales, à vos parents ou au survivant d'entre eux,
 - à défaut, à vos héritiers selon la dévolution successorale.

- **Vous avez la possibilité de désigner par vous-même vos bénéficiaires.**

Vous pourriez souhaiter protéger votre concubin, revoir l'ordre d'affectation ou protéger une autre personne. Pour cela, il vous faut effectuer votre propre désignation de bénéficiaires.

La démarche est 100% digitalisée, il vous suffit de vous rendre sur le site <https://quijeprotege.fr>.

Une fois la désignation de bénéficiaires réalisée vous recevrez un accusé de réception par email.

**Pensez à mettre celle-ci à jour régulièrement,
notamment en cas de changement de situation de famille.**



<https://quijeprotege.fr>

CONSULTER LA FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ)

Vous trouverez la Foire Aux Questions sur votre Espace Assuré IRIS rubrique « Contact » puis « Questions fréquentes ».



EFFECTUER UNE RÉCLAMATION

En cas de réclamation sur le service qui vous a été apporté par Gerep, contactez-nous via notre formulaire dans la rubrique « Contact - réclamation » de notre site internet : www.gerep.fr ou par courrier mentionnant vos références, accompagné d'une copie des éventuelles pièces justificatives à :

GEREP,
Service Réclamations,
4 rue de Vienne
CS 40001,
75378, Paris cedex 08

Nous nous engageons à :

- Accuser réception de votre réclamation sous 10 jours ouvrables.
- Vous adresser une réponse dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 2 mois, sauf circonstances particulières justifiant d'un délai de traitement plus long.
- Vous tenir informé, dans ce dernier cas, de l'état d'avancement de votre dossier.

Si vous n'êtes toujours pas satisfait de la réponse apportée, vous avez d'autres recours (voir ci-après).

Le médiateur

Si aucun accord n'a pu être trouvé, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur (La Médiation de l'Assurance – Pôle CSCA – TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09). Il exerce sa mission en toute indépendance et impartialité. **Le recours au médiateur est gratuit.** Toutefois, nous vous précisons que le médiateur ne peut être saisi qu'après que le service Réclamations ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse. Le Médiateur intervient après épuisement des procédures internes de règlement des litiges.

NOTRE POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PRIVÉES (RGPD)

Le règlement européen sur la protection des données (RGPD) est entré en vigueur le 25 mai 2018. Il concerne toutes les entreprises à travers le monde qui traitent des données à caractère personnel concernant les citoyens de l'UE. En tant que gestionnaire de protection sociale amené à traiter des données personnelles, Gerep a renforcé ses systèmes de sécurité en place :

1. Un Délégué à la Protection des Données (DPO) a été désigné afin de garantir la conformité de nos processus au RGPD. Au sens de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL), le DPO tient une fonction située au cœur de la RGPD : il conseille et accompagne les organismes qui le désignent dans leur conformité.
2. Les risques sont analysés à partir d'un registre des traitements qui répertorie les flux de données internes, afin de les identifier et de définir des mesures de réduction de ces risques.
3. Les échanges de données avec des tiers de santé sont opérés via une plateforme de dépôt sécurisée pour les transferts de données, utilisant le protocole sécurisé CFT (Cross File Transfer).
4. La sécurité des données qui nous sont confiées passe par l'anonymisation des fichiers santé, l'hébergement de nos serveurs en interne et la mise en place d'un plan de reprise d'activité (PRA) doublé d'un plan de continuité d'activité (PCA).
5. L'ensemble du personnel est sensibilisé à la manipulation des données à caractère personnel et aux bonnes pratiques du RGPD.
6. L'accès à l'ensemble de nos sites est strictement réservé à nos collaborateurs de façon sécurisée : des systèmes d'alarmes sont en place, l'accès des collaborateurs est contrôlé par des badges.
7. La destruction des documents papier est assurée par un professionnel de la gestion des documents confidentiels, attestée par certificat.

Retrouvez le détail de notre politique de protection des données privées sur notre site <http://www.gerep.fr/protection-donnees.html>.

NOUS CONTACTER

L'espace assuré IRIS

Adressez-nous toutes vos demandes de prise en charge, de remboursement ou de modification de vos informations personnelles via IRIS (services.gerep.fr). **C'est simple, facile et rapide, vos demandes seront traitées sous 48 heures.** IRIS, l'espace assuré en ligne par Gerep, est recommandé par 90 % de nos adhérents !



Par téléphone

Pour toute demande particulière, vous pouvez également nous contacter au 01 45 22 52 53 du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h30.

Par e-mail

Plusieurs adresses sont à votre disposition pour nous contacter :

- sante@gerep.fr : pour vos questions relatives à vos remboursement ou prises en charge.
- affiliation@gerep.fr : pour vos questions relatives à votre affiliation, celle de vos bénéficiaires ou vos changements de situation (mariage, PACS, naissance, etc.).

Ces adresses e-mail sont dédiées aux questions particulières. Toute demande accompagnée de documents devra être adressée via IRIS.

Par courrier

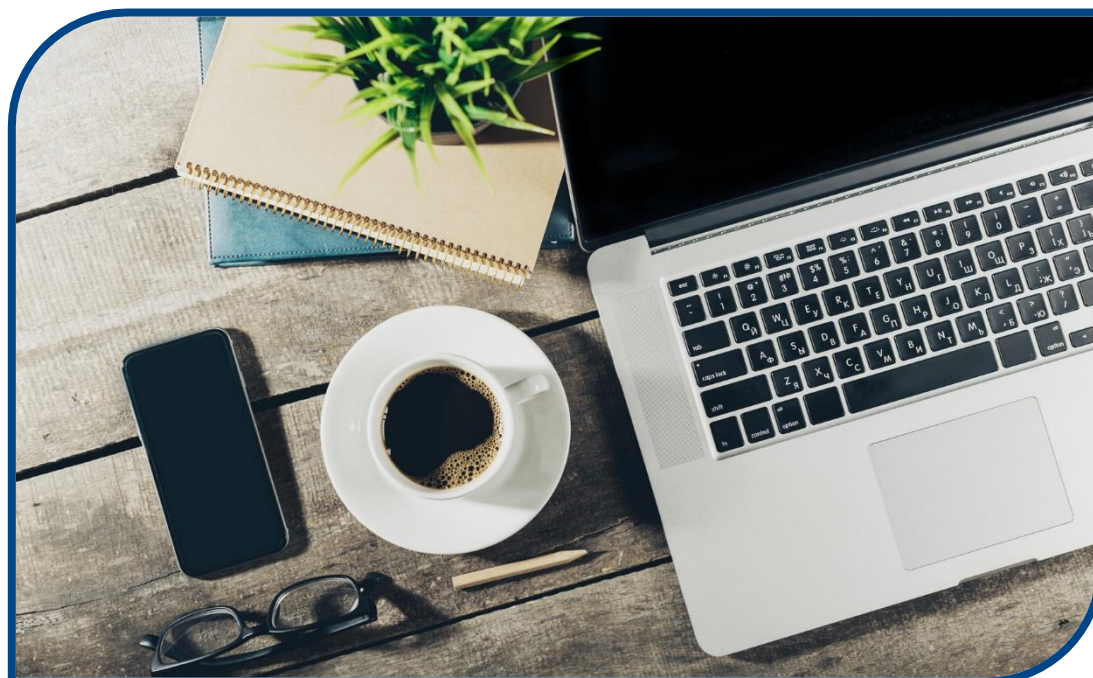
Envoyez vos courriers à l'adresse ci-après :

GEREP

4, rue de Vienne

CS 40001

75378 Paris Cedex 08





4, rue de Vienne
CS 40001
75378 Paris Cedex 08
www.gerep.fr