Guide de gestion - janvier 2026

Régime de remboursements Frais Médicaux

Salariés non Cadres*

* Salariés et assimilés salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des non cadres.

SOMMAIRE

Site internet Gerep p. 3

Frais de Santé p. 4
Votre contrat Santé p. 5
Tiers payant – Devis – Prise en charge hospitalière p. 7
Vos garanties Santé p. 9
Le lexique des remboursements Santé p. 16
Comprendre les remboursements p. 17
Les justificatifs pour vos demandes de prestations p. 18
Comment s'affilier p. 19
La carte de tiers payant p. 19

Faire une réclamation p. 20
Vos informations essentielles p. 21

RETROUVEZ VOS INFORMATIONS SUR VOTRE ESPACE ASSURE WWW.GEREP.FR

Découvrez et utilisez les services de votre espace assuré :

- Suivre en temps réel vos dossiers et vos remboursements : ils sont actualisés quotidiennement
- Mettre à jour vos informations personnelles
- Effectuer vos demandes de simulation de remboursements et de prise en charge hospitalière,
- Consulter les formalités de remboursement,
- Localiser les professionnels de santé proches de chez vous pratiquant le tiers payant (géolocalisation),
- Poser toutes vos questions à nos équipes dans votre Espace assuré / Nous contacter

Vos identifiants et mot de passe vous sont communiqués par courrier dès validation de votre adhésion. A la première connexion vous pouvez modifier votre mot de passe.

En cas de perte :

1. Connectez-vous sur www.gerep.fr / Espace assuré
2. Sur l'écran d'authentification, cliquez sur obtenir vos identifiants
3. Renseignez les informations demandées et cliquez sur Envoyer

Vous recevrez votre mot de passe par courrier ou par email si vous l'avez renseigné.

LES SERVICES GEREP EVOLUENT CONTINUELLEMENT

Un espace personnel afin de pouvoir suivre vos remboursements

Une actualisation quotidienne des données

Impression et téléchargement de la carte de tiers payant

Possibilité de recevoir vos relevés, via internet : e-relevé

L'envoi de vos devis de frais de santé directement effectué depuis le site

Formulaire de prise en charge hospitalière, à compléter sur le site

N'hésitez pas à vous connecter régulièrement pour découvrir les nouvelles fonctionnalités du site

FRAIS DE SANTÉ

VOTRE CONTRAT SANTÉ

Votre société a souscrit au profit de ses collaborateurs un régime de remboursements frais médicaux, maladie, chirurgie, maternité, à adhésion obligatoire, assuré par UMANENS, mutuelle régie par le code de la mutualité.
Ce guide a pour objet de vous faire connaître l'ensemble des garanties maladie, chirurgie, et maternité 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.

Pour maintenir votre couverture santé à son niveau actuel, il est important que chacun prenne conscience que la qualité et le coût du régime Frais Médicaux sont directement liés à une consommation médicale raisonnable.

Les informations contenues dans ce guide ne constituent qu'un résumé du contrat d'assurance, qui seul précise les droits et obligations de chacune des parties concernées, auxquels le présent guide ne peut ajouter ni faire novation.

COMMENT FONCTIONNE MON CONTRAT ?

Les bénéficiaires du contrat

- Vous-même
- Votre conjoint non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle,
- A défaut votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) exerçant ou non une activité professionnelle, à défaut votre concubin célibataire, divorcé ou veuf exerçant ou non une activité professionnelle sous réserve qu'il réside sous le même toit, justificatif à l'appui,
- Vos enfants à charge et ceux de son conjoint, de votre partenaire ou de votre concubin remplissant l'une des conditions suivantes :
    - âgés de moins de 28 ans, n'exerçant aucune autre activité professionnelle autre que temporaire (emploi saisonnier,...) ou accessoire (petit travail d'appoint,...). En outre, l'enfant âgé de 21 ans ou plus devra justifier de la poursuite d'études. S'il ne se trouve pas sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du travail ou s'il n'est pas inscrit au régime de la Sécurité sociale des étudiants, il devra être à la charge du foyer fiscal de l'affilié ou de son concubin en raison de sa prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu.
- Toute personne titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du Code de l'action sociale et des familles fiscalement à charge de l'adhérent.

Formalités d'affiliation

L'ensemble des salariés figurant à l'effectif de l'entreprise bénéficie de l'intégralité du régime décrit ci-après.
Les salariés nouvellement embauchés sont rattachés au contrat dès leur premier jour au sein de l'entreprise sous réserve que Gerep ait bien reçu le bulletin d'adhésion.
La date d'effet de l'affiliation de vos ayants droit 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.

A Savoir

En cas de changement de composition familiale (mariage, PACS, naissance, divorce, décès d'un ayant droit …) vous devez prévenir votre service du personnel par courrier ou tout autre moyen dans les 30 jours, pour une prise en compte dès la date de l'événement. A défaut, la date de prise d'effet est la date de réception de la demande.
En cas de changement d'adresse ou d'organisme bancaire vous devez prévenir Gerep, soit dans votre Espace Assuré, rubrique « nous consulter », soit par courrier ou tout autre moyen et joindre un RIB ou RICE.

Choix de l'option

A souscription à l'option peut se faire le 1er jour de chaque mois, Lors d'une adhésion à une option celle-ci est valable pour une durée minimale d'un an.
Si vous souhaitez résilier votre option, la radiation prend effet le 31 décembre sous réserve d'en avoir fait la demande au plus tard le 31 octobre de la même année.

LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENTS

Les remboursements peuvent être effectués, selon votre choix, soit par virement sur le compte de l'assuré principal (joindre un relevé d'identité bancaire ou postal), soit par lettre chèque. Les règlements sont effectués au jour le jour, quel que soit leur montant ; les règlements par chèque sont déclenchés à partir d'un montant de prestations égal à 11 euros et au plus tard au bout de 30 jours si ce montant n'est pas atteint.
Les décomptes vous sont adressés selon votre choix :

- par e-relevé : une alerte par courriel vous informe de sa mise à disposition
- par courrier : un décompte détaillé des prestations servies
  accompagné d'une carte de liaison portant vos références vous est envoyé à votre domicile tous les 30 jours

Dans votre espace assuré

Vous avez la possibilité de consulter vos garanties, vos décomptes de remboursement et les informations concernant votre affiliation.

Vos identifiant et code d'accès vous sont communiqués dès votre affiliation.

La télétransmission nous permet de régler immédiatement la part complémentaire sans que vous ayez à nous adresser les relevés de la sécurité sociale.
Vous serez informé de la télétransmission lorsqu' apparaîtra sur vos relevés de Sécurité sociale la mention :
« Nous avons transmis ces informations à votre organisme complémentaire Gerep ».
Si toutefois vous ne souhaitiez pas bénéficier de la télétransmission, pour obtenir vos remboursements, il vous suffira d'agrafer ensemble :

- la carte de liaison Gerep (en partie haute des décomptes de prestations Gerep),
- par les originaux des décomptes de la Sécurité sociale indiquant les frais engagés,
- par les originaux des décomptes de l'assurance complémentaire ou mutuelle de votre conjoint s'il y a lieu.

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

LA CESSATION DE CES GARANTIES

Votre garantie cesse à la date de votre départ de la société ou en cas de résiliation du contrat d'assurances.

LA PORTABILITÉ DES DROITS AU TITRE DE L'ANI

Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013

- Article L 911-8 du CSS (issu de l' ANI du 11 janvier 2013).

En application de ces textes, les anciens salariés concernés peuvent bénéficier du maintien du régime frais de santé sous réserve de remplir les conditions énoncées.

Après la période ANI, conformément aux dispositions de la loi 891009 dite Evin du 31.12.89, vous pouvez néanmoins souscrire, pour les frais de santé, 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.

ATTENTION

Que vous soyez ou non en télétransmission, il est indispensable d'envoyer à Gerep les factures détaillées, pour l' optique, les prothèses dentaires, les inlays-onlays et ce, dès l'envoi de vos feuilles de soins à la Sécurité sociale.
Pensez à en garder une copie !

TIERS PAYANT

Le tiers payant est le mécanisme par lequel votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie et/ou votre assurance complémentaire règle directement les dépenses de santé. Il repose sur 3 grandes expertises déclinées en lignes de service :

- le conventionnement de près de 170 000 professionnels de santé,
- le tiers payant simple pour la prise en charge de l'ambulatoire et les soins externes,
- le tiers payant régulé pour les dépenses optiques, dentaires et audioprothèses.

Chacun de vos bénéficiaires, dès lors qu'ils disposent de leur propre numéro de Sécurité sociale, recevra également une attestation de tiers payant, à condition d'avoir adressé à Gerep une copie de leur attestation de droit à la Sécurité sociale.
Votre attestation de tiers payant SP Santé vous permet de bénéficier de la dispense d'avance de frais auprès des praticiens ayant un accord dans les domaines suivants :

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

Pour bénéficier du tiers payant, vous devez présenter la carte vitale, l'attestation de tiers payant Gerep et la prescription s'il y a lieu.
En cas de départ de l'entreprise (démission, licenciement, retraite, etc.) ou de résiliation du contrat, l'attestation de tiers payant en cours de validité, doit être restituée à Gerep par le salarié dans un délai de quinze jours suivant son départ, ou la résiliation du contrat.

ATTENTION

Lorsque vous ne présentez pas votre attestation de tiers payant Gerep, vous devez directement régler la part complémentaire au praticien. Dans ce cas, le praticien doit vous remettre un justificatif de votre règlement. Vous devez alors transmettre le justificatif de votre paiement à Gerep pour obtenir le remboursement du ticket modérateur.

DEVIS

Afin de connaitre 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.
N'hésitez pas à demander un devis à votre dentiste ou à votre chirurgien afin de le soumettre à Gerep, par email : devis@gerep.fr

PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

Gerep délivre également 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, y compris la chambre particulière et le forfait hospitalier. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en compte.
Cette demande de prise en charge est disponible dans votre Espace Assurés, à la rubrique « demande de documents ».
Il conviendra de mentionner :

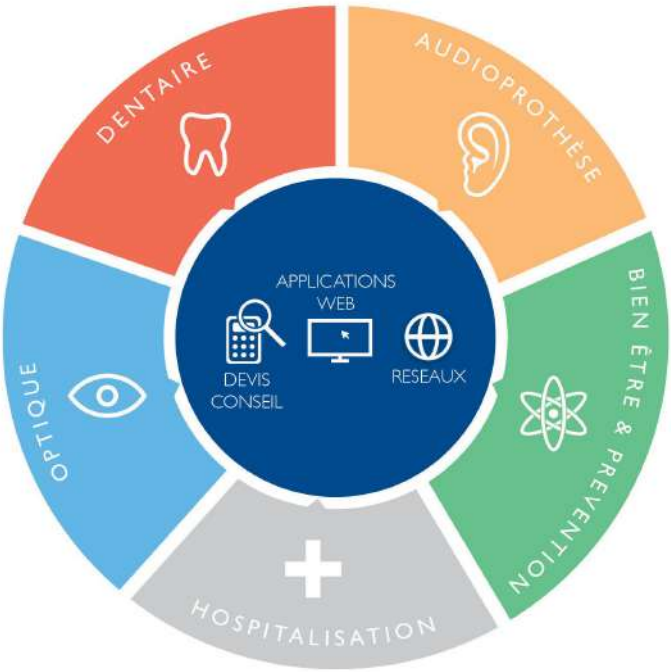
- vos NOM et PRENOM, et votre n° de Sécurité sociale,
- les NOM et PRENOM de la personne hospitalisée, en précisant s'il s'agit de l'assuré (vous-même), de votre conjoint ou d'un enfant à charge,
- les COORDONNEES de l'établissement concerné (adresse exacte de l'établissement, le service et numéro de fax, n° de FINESS),
- la DATE de l'hospitalisation.

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

Santéclair
Informations & réseaux de soins

15 À 50 % MOINS CHER, QU'EST-CE QUE ÇA VEUT DIRE ?

Santéclair a négocié avec des professionnels de santé partenaires des tarifs maximum sur toutes les prestations proposées. Par exemple en optique, pour un verre strictement identique, le tarif négocié est en moyenne 40 % moins cher chez les opticiens du réseau Santéclair que chez les autres opticiens.
Pour information : le tiers payant est exclusivement dédié aux praticiens du réseau Santéclair. En dehors de ce réseau, vous serez amené à avancer les frais.



3 050 opticiens	60 centres de chirurgie réfractive	3 000 chirurgiens dentistes	35 implantologues dentaires	700 centres auditifs	280 diététiciennes	280 ostéopathes et chiropracteurs
-40 % *	-30 % *	-20 % *	-50 % *	-50 % *	-15 % *	-15 % *

* Tarifs moyen négociés par Santéclair

RETROUVEZ LE DÉTAIL DE L'OFFRE DANS VOTRE ESPACE ASSURÉ

Comment accéder au réseau et services Santéclair ?

Pour connaître les adresses des praticiens du réseau Santéclair les plus proches de chez vous, munissez-vous de vos identifiants, puis :

- Consultez l'outil de géolocalisation des partenaires sur votre espace assuré : www.gerep.fr
- Ou composez le : 0810 818 001 en indiquant le numéro de contrat figurant sur votre carte. Rendez-vous chez le praticien partenaire de votre choix et présentez votre carte de tiers payant. Demandez à bénéficier des tarifs et avantages Santéclair qui vous sont réservés.

Comment joindre Santéclair ?

N'hésitez pas à poser vos questions avant de faire vos choix au : 0810 818 001
Pour toute information et pour des conseils Santéclair personnalisés, les conseillers sont à votre disposition :
du lundi au vendredi de 9h à 19h30, et le samedi de 9h à 17h.

VOS GARANTIES COMPLEMENTAIRE RESPONSABLE SANTÉ

Les remboursements des frais interviennent sous déduction de ceux effectués par la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et dans la limite des frais réellement engagés.

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS Sous déduction des remboursement de la Sécurité Sociale
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ	**Non Cadres* - Complémentaire Responsable**
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Frais de séjour et fournitures diverses	100% FR - Remboursement SS dans la limite de 400% BR
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Honoraires OPTAM/OPTAM-CO	100% FR - Remboursement SS dans la limite de 400% BR
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Honoraires hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR - Remboursement SS
Forfait journalier hospitalier (1)	100% FR
Chambre particulière (y compris maternité) sans limitation de durée	2% du PMSS/J
Frais d'accompagnement (enfant - 18 ans)	1% du PMSS/J
Lit d'accompagnement	1% du PMSS/J
ACTES MÉDICAUX COURANTS	
Consultations et visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO	150% BR - Remboursement SS
Consultations et visites généralistes hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR - Remboursement SS
Consultations et visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	200% BR - Remboursement SS
Consultations et visites spécialistes hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR - Remboursement SS
Consultations ostéopathe, chiropracteur et étiophate, acupuncture, pédicurie-podologie an / bénéficiaire	300€
Soins d'auxiliaires médicaux, Frais de déplacement, Frais d' analyses et de laboratoire	200% BR - Remboursement SS
Electroradiologie OPTAM/OPTAM-CO	200% BR - Remboursement SS
Electroradiologie hors OPTAM/OPTAM-CO	130% BR - Remboursement SS
Actes de spécialités OPTAM/OPTAM-CO	200%BR - Remboursement SS
Actes de spécialités HORS OPTAM/OPTAM-CO	180% BR - Remboursement SS
Frais de transport	100% BR - Remboursement SS
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques	100% BR - Remboursement SS
Pilule et patch contraceptif non remboursés par la S.S. (an/ bénéficiaire)	3% PMSS
DENTAIRE	
Soins et prothèse 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (3)	150% BR - Remboursement SS
Prothèses (paniers libre et maîtrisé) (4)	
Panier maîtrisé	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)
Panier libre :	Actes remboursés par la sécurité sociale
Inlay / onlay remboursée par la S.S.	275% BR - Remboursement SS
Inlay / onlay non remboursée par la S.S.	275% BR - Remboursement SS
Dents du sourire remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (5)	310% BR - Remboursement SS
Dents du sourire non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant)(5) ***	250% BR - Remboursement SS
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S.(6) (y compris prothèse sur implant)	310% BR - Remboursement SS
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (6) ***	250% BR - Remboursement SS
Orthodontie remboursée par la S.S.	335% BR - Remboursement SS
Orthodontie non remboursée par la S.S.	105% BR - Remboursement SS
Implants dentaires	15% PMSS / an / bénéficiaire
Pilier ou inlay core sur implant	5% PMSS / an / bénéficiaire

VOS GARANTIES COMPLEMENTAIRE RESPONSABLE SANTÉ

Les remboursements des frais interviennent sous déduction de ceux effectués par la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et dans la limite des frais réellement engagés.

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS Sous déduction des remboursement de la Sécurité Sociale
AUTRES PROTHÈSES	**Non Cadres* - Complémentaire Responsable**
Orthopédie et appareillage remboursées par la S.S.(2)	300% BR - Remboursement SS
Accessoires (2)	300% BR - Remboursement SS
OPTIQUE ****	
Equipement 100% santé - verre	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Equipement 100% santé - monture	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Prestation d'adaptation et d'appairage 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Verres du panier libre	Voir Grille Optique
Monture du panier libre	100 €
Prestation d'adaptation et d'appairage du panier libre	100% BR - Remboursement SS
Lentilles remboursées ou non par la S.S. (y.c. jetables) /an/bénéficiaire	10% PMSS / an / bénéficiaire
Chirurgie de la myopie (/œil/an/bénéficiaire)	16% PMSS / œil
PROTHÈSES AUDITIVES	
Equipement 100% santé **	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Prothèses auditives du panier libre / prise en charge plafond à hauteur du Prix Limite de Vente / 1 équipement par oreille tous les 4 ans	300% BR (Prise en charge maximum à hauteur du prix limite de vente)
MATERNITÉ - ADOPTION	
Indemnité forfaitaire (doublée en cas de naissance multiples)	13% PMSS
CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA S.S	
Cures thermales	150% BR - Remboursement SS
PRÉVENTION	
Sevrage tabagique an/bénéficiaire	2,6% PMSS / an / bénéficiaire
Ostéodensitométrie	200% BR - Remboursement SS
ALLOCATION OBSEQUES	
Indemnité	50% PMSS

(*) Salariés et assimilés salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des non cadres.
(**) Dans la limite de 4 prothèses par an, au delà remboursement sur la base de 240% de la BR (***) Sur la base d'un SPR 30 OU HBLD418. (****) Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) par période de 2 ans pour les assurés de 16 ans et plus, par période d'un 1 an pou les assuré de moins de 16 ans, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur (exception aux périodes de renouvellement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières).
Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et elles les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. (sauf prestations exprimées en euros). Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).
Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire, sauf stipulation contraire. (1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. (2) Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. (3) Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie. (4) : Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixe / Réparation sur prothèses. (5) : dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 /35/41 / 42 / 43 / 44/ 45. (6) : dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 36 / 37 / 38 / 46 / 47 / 48. »
BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - FR : Frais Réels - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée aux médecins exerçant en Chirurgie et en Obstétrique - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - S.S. : Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur.

PMSS 2026 : 4005 €

VOS GARANTIES COMPLEMENTAIRE RESPONSABLE SANTÉ

Les remboursements des frais interviennent sous déduction de ceux effectués par la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et dans la limite des frais réellement engagés.

FORFAIT PAR VERRE			
Verres simple foyer, sphériques :			
Verre simple	sphère comprise entre -6 à +6	A	160 Euros par verre
Verre complexe	sphère hors zone - 6 à +6	C	250 Euros par verre
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques :			
Verre simple	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	160 Euros par verre
Verre simple	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	160 Euros par verre
Verre complexe	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	288 Euros par verre
Verre complexe	sphère < -6 et cylindre >= +0,25	C	300 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	300 Euros par verre
Verres multifocaux ou progressifs sphériques :			
Verre complexe	sphère comprise entre -4 à +4	C	288 Euros par verre
Verre très complexe	sphère hors zone de -4 à + 4	F	311 Euros par verre
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :			
Verre complexe	sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= + 4	C	288 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 8	C	288 Euros par verre
Verre très complexe	sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > + 4	F	311 Euros par verre
Verre très complexe	sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	311 Euros par verre
Verre très complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > + 8	F	311 Euros par verre
Equipement Mixte constitué de deux verres de catégories distinctes :			
Equipement Verre composé de catégories distinctes		B	plafond : contrat responsable
Equipement Verre composé de catégories distinctes		D	plafond : contrat responsable
Equipement Verre composé de catégories distinctes		E	plafond : contrat responsable

Catégorie ACF (équipement homogène) et BDE (équipement hétérogène) remboursement conforme contrat responsable

Equipement Homogène :
CLASSE A / VERRE SIMPLE / sphère -6 à +6 et cylindre inf ou égal à +4
CLASSE C / VERRE COMPLEXE / VERRE simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre sup +4 à verre multifocal ou progressif
CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphero cylindrique sphère hors zone - 8 + 8
CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphero cylindrique sphère hors zone - 4 + 4

Equipement mixte :
Verre Simple + Verre Complexe (A+C) B
Verre Simple + Verre Très Complexe (A+F) D
Verre Complexe + Verre Très Complexe (C+F) E

Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) au terme d'une période minimale : de 2 ans, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, de 1 an, pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, de 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Renouvellement anticipé de l'équipement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières, tels que défini par arrêté.

VOS GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRE NON RESPONSABLE SANTÉ

Les remboursements des frais interviennent sous déduction de ceux effectués par la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et dans la limite des frais réellement engagés.

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS Sous déduction des remboursement de la Sécurité Sociale
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ	**Non Cadres* - Surcomplémentaire non responsable**
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Frais de séjour et fournitures diverses	100% FR - Remboursement SS dans la limite de 500% BR
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Honoraires OPTAM/OPTAM-CO	100% FR - Remboursement SS dans la limite de 500% BR
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Honoraires hors OPTAM/OPTAM-CO	100% FR - Remboursement SS
Forfait journalier hospitalier (1)	100% FR
Chambre particulière (y compris maternité) sans limitation de durée	4% du PMSS/J
Frais d'accompagnement (enfant - 18 ans)	2% du PMSS/J
Lit d'accompagnement	2% du PMSS/J
ACTES MÉDICAUX COURANTS	
Consultations et visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO	200% BR - Remboursement SS
Consultations et visites généralistes hors OPTAM/OPTAM-CO	200% BR - Remboursement SS
Consultations et visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	400% BR - Remboursement SS
Consultations et visites spécialistes hors OPTAM/OPTAM-CO	400% BR - Remboursement SS
Consultations ostéopathe, chiropracteur et étiophate, acupuncture, pédicurie-podologie an / bénéficiaire	300€
Soins d'auxiliaires médicaux, Frais de déplacement, Frais d' analyses et de laboratoire	400% BR - Remboursement SS
Electroradiologie OPTAM/OPTAM-CO	400% BR - Remboursement SS
Electroradiologie hors OPTAM/OPTAM-CO	400% BR - Remboursement SS
Actes de spécialités OPTAM/OPTAM-CO	300% BR - Remboursement SS
Actes de spécialités HORS OPTAM/OPTAM-CO	300% BR - Remboursement SS
Frais de transport	300% BR - Remboursement SS
PHARMACIE	
Frais pharmaceutiques	100% BR
Pilule et patch contraceptif non remboursés par la S.S. (an/ bénéficiaire)	3% PMSS
DENTAIRE	
Soins et prothèse 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (3)	300% BR - Remboursement SS
Prothèses (paniers libre et maîtrisé) (4)	
Panier maîtrisé	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)
Panier libre :	Actes remboursés par la sécurité sociale
Inlay / onlay remboursée par la S.S.	570% BR - Remboursement SS
Inlay / onlay non remboursée par la S.S.	275% BR - Remboursement SS
Dents du sourire remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (5)	570% BR - Remboursement SS
Dents du sourire non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant)(5) ***	400% BR - Remboursement SS
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S.(6) (y compris prothèse sur implant)	570% BR - Remboursement SS
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (6) ***	400% BR - Remboursement SS
Orthodontie remboursée par la S.S.	450% BR - Remboursement SS
Orthodontie non remboursée par la S.S.	150% BR - Remboursement SS
Implants dentaires	20% PMSS / an / bénéficiaire
Pilier ou inlay core sur implant	10% PMSS / an / bénéficiaire

VOS GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRE NON RESPONSABLE SANTÉ

Les remboursements des frais interviennent sous déduction de ceux effectués par la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et dans la limite des frais réellement engagés.

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS Sous déduction des remboursement de la Sécurité Sociale
AUTRES PROTHÈSES	**Non Cadres* - Surcomplémentaire non responsable**
Orthopédie et appareillage remboursées par la S.S.(2)	560% BR - Remboursement SS
Accessoires (2)	300% BR - Remboursement SS
OPTIQUE ****	
Equipement 100% santé - verre	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Equipement 100% santé - monture	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Prestation d'adaptation et d'appairage 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Verres du panier libre	Voir Grille Optique
Monture du panier libre	7% PMSS
Prestation d'adaptation et d'appairage du panier libre	100% BR - Remboursement SS
Lentilles remboursées ou non par la S.S. (y.c. jetables) /an/bénéficiaire	13% PMSS / an / bénéficiaire
Chirurgie de la myopie (/œil/an/bénéficiaire)	20% PMSS / œil
PROTHÈSES AUDITIVES	
Equipement 100% santé **	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Prothèses auditives du panier libre / prise en charge plafond à hauteur du Prix Limite de Vente / 1 équipement par oreille tous les 4 ans	560% BR (Prise en charge maximum à hauteur du prix limite de vente)
MATERNITÉ - ADOPTION	
Indemnité forfaitaire (doublée en cas de naissance multiples	15% PMSS
CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA S.S	
Cures thermales	200% BR - Remboursement SS
PRÉVENTION	
Sevrage tabagique an/bénéficiaire	3% PMSS / an / bénéficiaire
Ostéodensitométrie	400% BR - Remboursement SS
ALLOCATION OBSEQUES	
Indemnité	50 % PMSS

(*) Salariés et assimilés salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des non cadres.
(**) Dans la limite de 4 prothèses par an, au delà remboursement sur la base de 240% de la BR (***) Sur la base d'un SPR 30 OU HBLD418. (****) Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) par période de 2 ans pour les assurés de 16 ans et plus, par période d'un 1 an pou les assuré de moins de 16 ans, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur (exception aux périodes de renouvellement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières).
Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et elles les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. (sauf prestations exprimées en euros). Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).
Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire, sauf stipulation contraire. (1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. (2) Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. (3) Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie. (4) : Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixe / Réparation sur prothèses. (5) : dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 /35/41 / 42 / 43 / 44/ 45. (6) : dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 36 / 37 / 38 / 46 / 47 / 48. »
BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - FR : Frais Réels - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée aux médecins exerçant en Chirurgie et en Obstétrique - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - S.S. : Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur.

PMSS 2026 : 4005 €

VOS GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRE NON RESPONSABLE SANTÉ

Les remboursements des frais interviennent sous déduction de ceux effectués par la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et dans la limite des frais réellement engagés.

FORFAIT PAR VERRE			
Verres simple foyer, sphériques :			
Verre simple	sphère comprise entre -6 à +6	A	220 Euros par verre
Verre complexe	sphère hors zone - 6 à +6	C	300 Euros par verre
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques :			
Verre simple	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	220 Euros par verre
Verre simple	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	220 Euros par verre
Verre complexe	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	300 Euros par verre
Verre complexe	sphère < -6 et cylindre >= + 0,25	C	300 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	300 Euros par verre
Verres multifocaux ou progressifs sphériques :			
Verre complexe	sphère comprise entre -4 à +4	C	300 Euros par verre
Verre très complexe	sphère hors zone de -4 à + 4	F	320 Euros par verre
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :			
Verre complexe	sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= + 4	C	340 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 8	C	340 Euros par verre
Verre très complexe	sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > + 4	F	350 Euros par verre
Verre très complexe	sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	350 Euros par verre
Verre très complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > + 8	F	350 Euros par verre
Equipement Mixte constitué de deux verres de catégories distinctes :			
Equipement Verre composé de catégories distinctes		B	2V + 1M NON RESPONSABLE
Equipement Verre composé de catégories distinctes		D	2V + 1M NON RESPONSABLE
Equipement Verre composé de catégories distinctes		E	2V + 1M NON RESPONSABLE

Catégorie ACF (équipement homogène) et BDE (équipement hétérogène) remboursement conforme contrat responsable

Equipement Homogène :
CLASSE A / VERRE SIMPLE / sphère -6 à +6 et cylindre inf ou égal à +4
CLASSE C / VERRE COMPLEXE / VERRE simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre sup +4 à verre multifocal ou progressif
CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphero cylindrique sphère hors zone - 8 + 8
CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphero cylindrique sphère hors zone - 4 + 4

Equipement mixte :
Verre Simple + Verre Complexe (A+C) B
Verre Simple + Verre Très Complexe (A+F) D
Verre Complexe + Verre Très Complexe (C+F) E

Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) au terme d'une période minimale : de 2 ans, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, de 1 an, pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, de 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Renouvellement anticipé de l'équipement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières, tels que défini par arrêté.

VOS GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRE SANTÉ

Les remboursements des frais interviennent en complément par la Sécurité sociale, du régime socle et d'éventuels organismes complémentaires et dans la limite des frais réellement engagés.

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTÉTRICALE	Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3	Renfort 4
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux OPTAM/OPTAM-ACO	+ 40% BR	+ 70% BR	+ 100% BR	+ 100% BR
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux Hors OPTAM/OPTAM-ACO	+ 100% FR	+ 100% FR	+ 100% FR	+ 100% FR
Chambre particulière (limitée à 90 jours en MCO et 30 Jours en Psychiatrie)	+ 20€/J	+ 30€/J	+ 40€/J	+ 40€/J
Frais de séjour	+ 50% BR	+ 75% BR	+ 150% BR	+ 200% BR
Transport	+ 50% BR	+ 75% BR	+ 150% BR	+ 200% BR
Frais d'accompagnement enfant de moins de 12 ans	+ 20€/J	+ 30€/J	+ 40€/J	+ 40€/J
PHARMACIE				
Médicaments, vaccins ou homéopathie prescrits par un médecin, non remboursés par la S.S	+ 80€ / an	+ 80€ / an	+ 100€ / an	+ 100€ / an
SOINS COURANTS				
Consultations et visites de généralistes OPTAM/OPTAM-ACO	+ 40% BR	+ 70% BR	+ 80% BR	+ 100% BR
Consultations et visites de spécialistes et neuropsychiatres Hors OPTAM/OPTAM-ACO	+ 70% BR	+ 100% BR	+ 150% BR	+ 225% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie OPTAM/OPTAM-ACO	+ 20% BR	+ 30% BR	+ 40% BR	+ 50% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-ACO	+ 80% BR	+ 80% BR	+ 120% BR	+ 150% BR
Analyses médicales et travaux de laboratoire	+ 100% BR	+ 120% BR	+ 150% BR	+ 150% BR
Imagerie médicale	+ 20% BR	+ 35% BR	+ 80% BR	+ 100% BR
OPTIQUE				
Forfait supplémentaire adulte par verre ou lentille prescrit et remboursé par le RO (Forfait 2 verres ou 2 lunettes tous les 2 ans*)	+ 80 €	+ 100 €	+ 160 €	+ 160 €
Forfait supplémentaire enfant par verre ou lentille prescrit et remboursé par le RO (Forfait 2 verres ou 2 lunettes tous les 2 ans*)	+ 60 €	+ 80 €	+ 120 €	+ 120 €
Chirurgie réfractive (par oeil/bénéficiaire/an)	+ 100 €	+ 100 €	+ 200 €	+ 250 €
DENTAIRE				
Prothèses dentaires (Dents du sourire) remboursées par le RO	+ 80% BR	+ 120% BR	+ 120% BR	+ 160% BR
Prothèses dentaires (Dents du fonds) remboursées par le RO	+ 40% BR	+ 60% BR	+ 80% BR	+ 80% BR
Orthodontie remboursée par la S.S.	+ 40% BR	+ 60% BR	+ 80% BR	+ 80% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO, implantologie, Parandotologie (Limité à 3 forfaits/par an/bénéficiaire)	+ 100 €	+ 150 €	+ 200 €	+ 200 €
APPAREILLAGE				
Grand appareillage et Prothèse auditives (Forfait annuel)	+ 200 €	+ 200 €	+ 200 €	+ 200 €
PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES				
Forfait bandelettes d'autosurveillance glycémique (Forfait annuel)	+ 40 €	+ 60 €	+ 80 €	+ 80 €
Contraception non remboursée (pilules) sur prescription médicale (Forfait annuel)	+ 40 €	+ 60 €	+ 80 €	+ 80 €
TAUX DE COTISATIONS				
Adulte	15,00 €	20,00 €	25,00 €	30,00 €
Enfant	7,50 €	10,00 €	12,50 €	15,00 €

En complément de la Sécurité Sociale et du régime complémentaire.
(*) Prise en charge limitée à un équipement optique (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique du bénéficiaire, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue (1 équipement tous les ans). La part de prise en charge pour la monture dans l'équipement optique ne peut excéder 150 €. (1) Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries. (2) Verres simple foyer, dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs. (3) Verres multifocaux ou progressifs sphèro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.
BR : Base de remboursement de la Séc. Soc. - FR : Frais réels - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-ACO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, pour les médecins exerçant en Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - S.S. : Sécurité sociale.

LE LEXIQUE DES REMBOURSEMENTS SANTÉ

Ayant droit : personne qui a droit à des prestations du fait de ses liens avec l'assuré cotisant : enfant, conjoint. 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.

DPTAM : Le DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO…).

Les médecins ayant souscrit au CAS devraient progressivement adhérer au nouveau dispositif OPTAM/OPTAM-CO. Attention, cela ne modifie en rien les limitations des garanties liées à ces dispositifs. Les conditions de prise en charge des dépassements d'honoraires pratiqués par ces médecins seront identiques.

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 qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie 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 qui sont facturés.

Norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs (NOEMIE) : système de télétransmission par flux informatique des dossiers de remboursement entre la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. Système accélérant le traitement des dossiers de remboursement des assurés.

Médecin traitant : médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient 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.

Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) : tarif de référence fixé par l'assurance maladie 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 remboursements par la procédure d'échange informatique, dite NOEMIE entre votre caisse primaire et Gerep.

Ticket modérateur (TM) : différence entre la base de remboursement et le remboursement effectué par l'assurance maladie obligatoire.

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.

N'OUBLIEZ PAS

PARCOURS DE SOINS

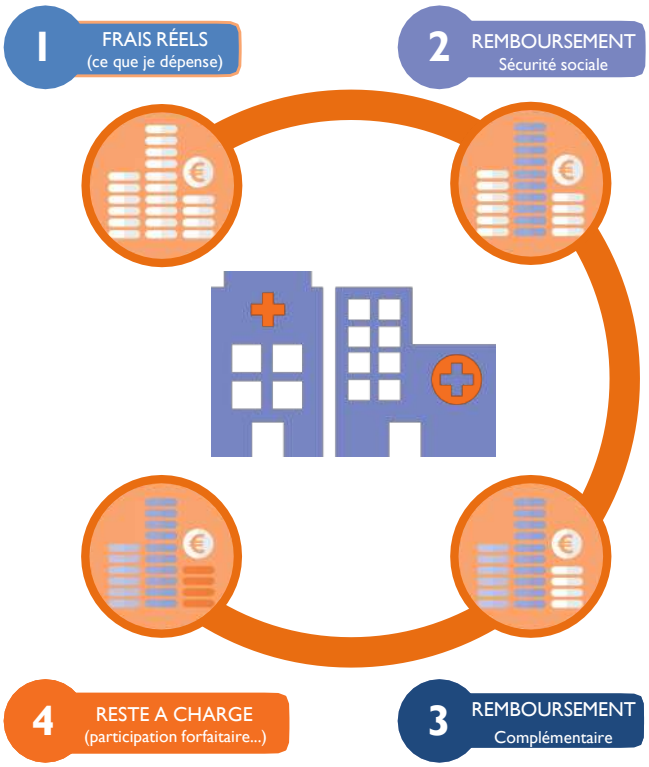
Lorsque l'assuré ou un de ses ayants droit de 16 ans et plus ne respecte pas le parcours de soins, la Sécurité sociale diminue son taux de remboursement.
Conformément au décret sur les « contrats responsables », cette diminution, ainsi qu'une partie des dépassements d'honoraires, ne pourront être prises en charge par votre régime Frais Médicaux.

COMPRENDRE LES REMBOURSEMENTS

Les remboursements de santé ne sont pas toujours évidents à comprendre. Entre les remboursements de la Sécurité sociale et les remboursements de la complémentaire santé, quelle est la part restant à la charge de l'assuré ?
Les notions ci-après ont pour vocation de vous expliquer les modalités de remboursement de la Sécurité sociale et de la complémentaire santé, en fonction des actes médicaux effectués.

VOS DÉPENSES SANTÉ

Pour chaque acte et chaque médicament, l'Assurance maladie détermine une base de remboursement, exprimée en euros. C'est en quelque sorte un tarif de référence.
Pour les médicaments, il s'agit du tarif de responsabilité, pour les honoraires des médecins, c'est le tarif de convention… On parle également de Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS ou BR). Le montant de la prise en charge de l'Assurance maladie correspond rarement à cette base de remboursement. En effet, un taux est appliqué en fonction de la prestation. C'est pourquoi, les couvertures proposées par la suite sont exprimées en %. (BR n'est pas égal aux Frais Réels).



ATTENTION

L'Assurance maladie ne prend jamais en charge les dépassements d'honoraires. Selon le tarif pratiqué par le professionnel de santé et la complémentaire santé à laquelle vous avez adhéré, votre dépense peut être supérieure aux remboursements de l'Assurance maladie et de votre complémentaire santé, même si elle prend en charge les dépassements d'honoraires. Avant votre rendez-vous, vérifiez si le médecin consulté pratique des dépassements d'honoraires et dans quelle mesure.
Pensez également à évaluer votre reste à charge.

LES JUSTIFICATIFS POUR VOS DEMANDES DE PRESTATIONS

ACTES NÉCESSITANT L'ENVOI DE PIÈCES JUSTIFICATIVES	PIÈCES JUSTIFICATIVES À ENVOYER À GEREP	MODE D'ENVOI
Lunettes	Facture détaillée et acquittée Prescription médicale datant de moins de 3 ans	Email * ou courrier
Lentilles cornéennes prises en charge par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée Prescription médicale datant de moins de 3 ans	Email * ou courrier
Lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée Prescription médicale datant de moins de 3 ans	Original par voie postale
Prothèses dentaires et soins dentaires en cas de dépassement d'honoraires	Facture détaillée et acquittée	Email * ou courrier
Hospitalisation (en hôpital public)	Avis des sommes à payer et attestation de paiement.	Original par voie postale
Hospitalisation (en clinique conventionnée)	Bordereau de facturation destiné à l'assuré, délivré par la clinique	Original par voie postale
Hospitalisation (en clinique non conventionnée)	Facture acquittée détaillée	Original par voie postale
Dépassement d'honoraires en hospitalisation	Notes d'honoraires des praticiens, acquittées et accompagnées du bordereau de facturation destiné à l'assuré, sur lequel devront figurer les honoraires	Original par voie postale
Tickets modérateurs réglés au professionnel de santé (ex : pharmacie, radiologie, laboratoire, etc.), soins à l'étranger	Facture détaillée et acquittée	Original par voie postale
Cures thermales	Factures justificatives des frais restant à charge	Original par voie postale
Autres actes non pris en charge par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée	Original par voie postale

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 justificatif nécessaire à l'instruction du dossier.

* Pour vos envois par email, utilisez l'adresse : sante@gerep.fr

COMMENT S'AFFILIER

- Compléter un bulletin d'affiliation en inscrivant les informations relatives aux personnes qui vont bénéficier des garanties Frais de santé
- Joindre 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
  - » Un relevé d'identité bancaire
  - » En cas d'enfant majeur : Certificat de scolarité ou contrat d'apprentissage / de professionnalisation
  - » En cas de PACS : Copie du PACS ou copie intégrale du livret de famille
  - » En cas de concubinage : Certificat délivré par la mairie ou attestation sur l'honneur de vie commune + un justificatif aux deux noms.
  - » En cas de souscription à un prélèvement : Mandat SEPA.

Pour les autres situations n'hésitez pas à nous contacter

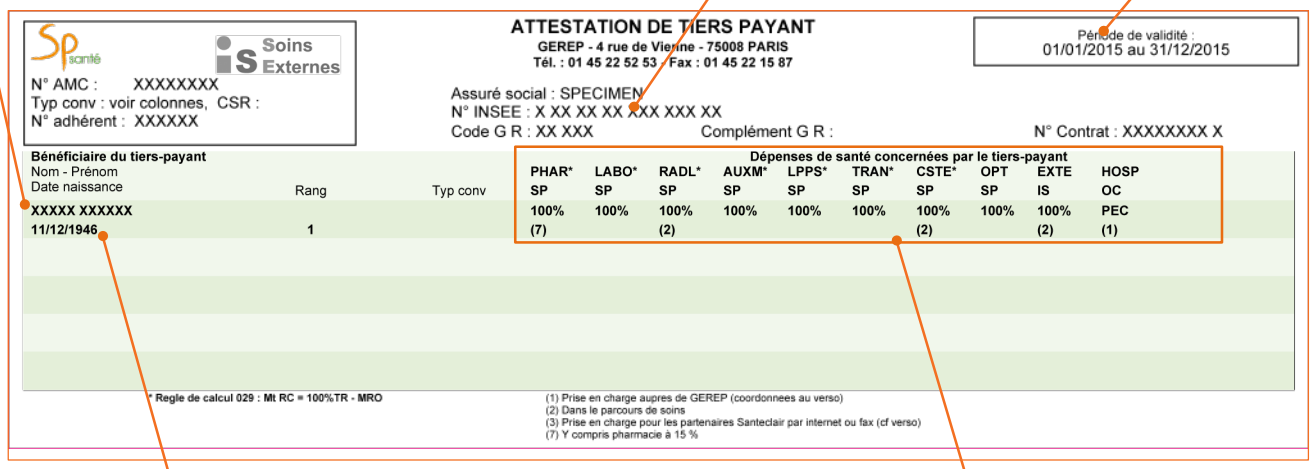
LA CARTE DE TIERS PAYANT

Le tiers payant vous permet ainsi qu'à vos bénéficiaires de ne plus faire l'avance de paiement des frais mentionnés sur votre carte. En présentant aux professionnels votre carte vitale et votre carte de tiers payant, vous 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.

Nom et prénom des bénéficiaires

Numéro de Sécurité sociale

Période de garantie


SP santé — Soins Externes
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

Période de validité :
01/01/2015 au 31/12/2015

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

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

* Regle de calcul 029 : Mt RC = 100%TR - MRO

(1) Prise en charge aupres de GEREP (coordonnees 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 %

Date de naissance des bénéficiaires. Vérifiez que celle-ci soit identique à celle mentionnée sur votre carte vitale.

Prestations ouvertes au tiers payant et à l'éventuel réseau de soins

ATTENTION

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

FAIRE UNE RÉCLAMATION

Les collaborateurs de GEREP s'engagent à vous offrir le meilleur service.

Si toutefois, celui-ci n'est pas à la hauteur de vos attentes, nous vous invitons à nous contacter dès que possible.

LES INTERLOCUTEURS À VOTRE SERVICE

Votre interlocuteur habituel de GEREP

Toute réclamation relative à la gestion de vos prestations, vos cotisations ou votre contrat doit être adressée en priorité à votre interlocuteur habituel. Prenez contact directement avec lui, il vous fournira toutes les informations et explications que vous attendez au 01.45.22.52.53

- Si la réponse apportée par votre interlocuteur ne vous satisfait pas

LE SERVICE RÉCLAMATIONS

Vous pouvez adresser votre réclamation 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

Ou depuis notre formulaire de contact dans la rubrique réclamation de notre site internet : www.gerep.fr

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

LE MÉDIATEUR

Si aucun accord n'a pu être trouvé, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur. Le service Réclamations vous communique ses coordonnées. 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.

VOS INFORMATIONS ESSENTIELLES

Mon n° de Sécurité sociale : _____

Le n° de mon conjoint : _____

Le n° de mes enfants : _____

_____

_____

_____

Mon n° d'assuré : _____

Accès site : www.gerep.fr (espace assurés)

Mon login : _____

Mon mot de passe : _____

Notes : _____

POUR NOUS CONTACTER

INTERNET
www.gerep.fr
« Espace assuré » rubrique contactez-nous !

TÉLÉPHONE
01 45 22 52 53

E-MAIL
sante@gerep.fr
devis@gerep.fr
affiliation@gerep.fr

GEREP
4, rue de Vienne – CS 40001
75378 Paris CEDEX 08

Gerep, Société indépendante de courtage en assurance. 4 rue de Vienne 75008 Paris
SAS au capital de 101 120 €. RCS Paris B 351 299 862. Immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 000 294 (www.orias.fr) Gerep est soumis au contrôle de l'ACPR (Autoritéde Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout 75436 cedex 09.

En cas de réclamation client : GEREP - Service réclamation -, 4 rue de Vienne CS 40001, 75378 Paris cedex 08 ou reclamation@gerep.fr - Les réclamations sont traitées dans un délai de 10 jours.