



Des soins pour tous, 100% pris en charge



**Régime de remboursements Frais Médicaux**

**Ensemble du personnel**

# SOMMAIRE

<b>Site internet Gerep</b>	<b>p. 3</b>
<b>Frais de Santé</b>	<b>p. 4</b>
<b>Votre contrat Santé</b>	<b>p. 5</b>
<b>Tiers payant – Devis – Prise en charge hospitalière</b>	<b>p. 7</b>
<b>Vos garanties Santé</b>	<b>p. 10</b>
<b>Le lexique des remboursements Santé</b>	<b>p. 11</b>
<b>Comprendre les remboursements</b>	<b>p. 12</b>
<b>Les justificatifs pour vos demandes de prestations</b>	<b>p. 13</b>
<b>Comment s'affilier</b>	<b>p. 14</b>
<b>La carte de tiers payant</b>	<b>p. 14</b>
<b>Faire une réclamation</b>	<b>p. 15</b>
<b>Vos informations essentielles</b>	<b>p. 16</b>

# RETROUVEZ VOS INFORMATIONS SUR VOTRE ESPACE ASSURE [WWW.GEREP.FR](http://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](http://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

IMPLIMUTUACARE à fait bâtir au profit de ses adhérents 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.

## 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 jusqu'à 28 ans non révolus, sous réserve, à compter de leur 18 ans de fournir un justificatif chaque année :

- Certificat de scolarité ou copie de la carte étudiante,
- Copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
- Copie de l'inscription Pôle Emploi ou stagiaire de la formation professionnelle,
- Attestation pour adulte handicapé.

- Les enfants du Salarié ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, s'ils sont invalides, sous réserve de fournir la copie de la carte d'invalidité ;
- Les descendants du Salarié ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, à charge fiscalement.

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.

### 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.

## 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 souhaitez 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              | • Soins externes   |
| • Biologie (laboratoire) | • Transports       |
| • Radiologie             | • Optique          |
| • Auxiliaires médicaux   | • 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 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.

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](mailto: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 :

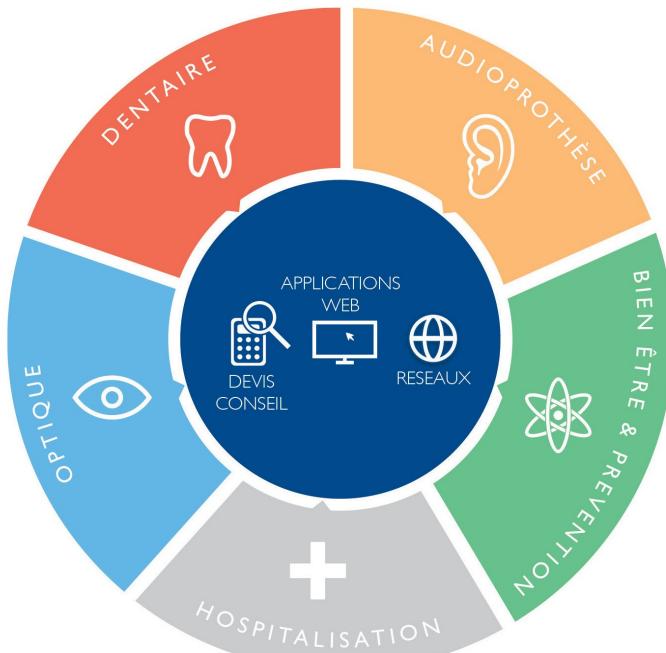
- vos NOM et PRENOM, et votre n° de Sécurité sociale,
- les NOM et PRENOM de la personne hospitalisée, en précisant s'il s'agit de l'assuré (vous-même), de votre conjoint ou d'un enfant à charge,
- les COORDONNEES de l'établissement concerné (adresse exacte de l'établissement, le service et numéro de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

## 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

-40 % \*

60 centres de chirurgie réfractive  
-30 % \*3 000 chirurgiens dentistes  
-20 % \*35 implantologues dentaires  
-50 % \*700 centres auditifs  
-50 % \*280 diététiciennes  
-15 % \*280 ostéopathes et chiropracteurs  
-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](http://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 COMPLÉMENTAIRE 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.

Garanties incluant le remboursement de la Sécurité Sociale	Complémentaire
<b>Soins courants</b>	
Honoraires médicaux GENERALISTES	
- praticiens adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	300% BR
- praticiens non adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	200% BR
Honoraires médicaux SPECIALISTES	
- praticiens adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	300% BR
- praticiens non adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	200% BR
Actes techniques médicaux	
- praticiens adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	300% BR
- praticiens non adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	200% BR
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner	
- Praticiens adhérant à l'OPTAM / OPTAM-CO	300% BR
- Praticiens n'adhérant pas à l'OPTAM / OPTAM-CO	200% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR
Pharmacie	
- Médicaments pris en charge par le RO	100% BR
- Médicaments prescrits non pris en charge par le RO (y/c vaccin)	50 € / an / bénéficiaire
Orthopédie, prothèses diverses prises en charge par le RO	300% BR
Transports pris en charge par le RO	100% BR
<b>Hospitalisation</b>	
Honoraires médicaux et chirurgicaux	
- Praticiens adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	300% BR
- Praticiens non adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	200% BR
Forfait journalier hospitalier - hors établissements sociaux médicaux	100% FR
Frais de séjour	100% FR maxi 300% BR
Forfait actes lourds	100% FR
Chambre particulière ambulatoire	60 € / jour
Chambre particulière hors ambulatoire	60 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant - de 16 ans	60 € / jour
Forfait maternité (1)	15% PMSS
Fécondation in vitro	-
<b>Optique</b>	
Equipements 100% santé (monture, verre et appairage/ adaptation°)	PLV
Equipements à tarifs libres	
Monture	100 €
1 Verre simple	160 € / verre
1 Verre complexe	250 € / verre
1 Verre très complexe	315 € / verre
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (2)	320 € / an / bénéficiaire
Chirurgie de l'œil non pris en charge par le RO	700 € / œil
Implants multifocaux non pris en charge par le RO	225 € / œil

# VOS GARANTIES COMPLÉMENTAIRE 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.

Garanties incluant le remboursement de la Sécurité Sociale	Complémentaire
<b>Dentaire</b>	<b>Plafond prothèses et implants : 2500 € / an / bénéficiaire</b>
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé	HLF
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé	200% BR
Inlay onlay pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé	200% BR
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé	
- Prothèses dentaires sur dents visibles	370% BR
- Prothèses dentaires sur dents non visibles	370% BR
- Inlay core	250% BR
- Prothèses non prises en charge RO (y/c provisoire)	322,50 € / prothèse
Implantologie non prise en charge par le RO	500 € / prothèse (pilier + implant)
Orthodontie prise en charge par le RO	350% BR
Orthodontie non prise en charge par le RO	500 € / semestre
Parodontologie non prise en charge par le RO	200 € / an / bénéficiaire
<b>Aides auditives</b>	
Equipements 100% santé	PLV
Equipements à tarifs libres (tous les 4 ans)	1400 € / oreille
<b>Prévention</b>	
Actes de prévention pris en charge par le RO	100% BR
<b>Bien-être</b>	
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, pédicure-podologue, psychothérapeute, nutritionniste, réflexologue, sophrologue, ergothérapeute, homéopathe, microkinésithérapeute	300 € / an / bénéficiaire
Cure thermale prise en charge par le RO	300 € / an / bénéficiaire
Dépistage cancer (utérus, colon prostate) non pris en charge par le RO	50 € / an / bénéficiaire
Ostéodensitométrie prescrite non prise en charge par le RO	-
Consultation pour obtention certificat de sport non pris en charge par le RO	-
Contraception non prise en charge par le RO	3% PMSS
Sevrage tabagique	80 € / an / bénéficiaire
Équilibre alimentaire et produits diététiques (sur prescription)	-
<b>Assistance</b>	<b>Inclus</b>
(1) A l'inscription de l'enfant sur le contrat dans le mois suivant sa naissance	
(2) Forfait annuel, au-delà, remboursement des lentilles prise en charge par le RO à hauteur du TM.	
RO : Régime Obligatoire, signifie que le régime inclus les garanties de la Sécurité Sociale.	
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. HLF : Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	
PLV : Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	
PMSS 2026 : 4005€	

# 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.

Garanties incluant le remboursement de la Sécurité Sociale	Option
<b>Soins courants</b>	
Honoraires médicaux GENERALISTES	
- praticiens adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	400% BR
- praticiens non adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	200% BR
Honoraires médicaux SPECIALISTES	
- praticiens adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	400% BR
- praticiens non adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	200% BR
Actes techniques médicaux	
- praticiens adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	400% BR
- praticiens non adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	200% BR
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner	
- Praticiens adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	400% BR
- Praticiens n'adhérant pas à l'OPTAM / OPTAM-CO	200% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR
Pharmacie	
- Médicaments pris en charge par le RO	100% BR
- Médicaments prescrits non pris en charge par le RO (y/c vaccin)	150 € / an / bénéficiaire
Orthopédie, prothèses diverses prises en charge par le RO	500% BR
Transports pris en charge par le RO	100% BR
<b>Hospitalisation</b>	
Honoraires médicaux et chirurgicaux	
- Praticiens adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	400% BR
- Praticiens non adhérant à l'OPTAM/ OPTAM-CO	200% BR
Forfait journalier hospitalier - hors établissements sociaux médicaux	100% FR
Frais de séjour	100% FR maxi 400% BR
Forfait actes lourds	100% FR
Chambre particulière ambulatoire	90 € / jour
Chambre particulière hors ambulatoire	90 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant - de 16 ans	90 € / jour
Forfait maternité (1)	20% PMSS
Fécondation in vitro	250 € / an / bénéficiaire
<b>Optique</b>	
Equipements 100% santé (monture, verre et appairage/ adaptation°)	PLV
Equipements à tarifs libres	
Monture	100 €
1 Verre simple	160 € / verre
1 Verre complexe	250 € / verre
1 Verre très complexe	315 € / verre
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (2)	350 € / an / bénéficiaire
Chirurgie de l'œil non pris en charge par le RO	750 € / œil
Implants multifocaux non pris en charge par le RO	300 € / œil

# 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.

Garanties incluant le remboursement de la Sécurité Sociale	Option
<b>Dentaire</b>	<b>Plafond prothèses et implants : 3000 € / an / bénéficiaire</b>
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé	HLF
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé	200% BR
Inlay onlay pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé	350% BR
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé	
- Prothèses dentaires sur dents visibles	500% BR
- Prothèses dentaires sur dents non visibles	500% BR
- Inlay core	300% BR
- Prothèses non prises en charge RO (y/c provisoire)	322,50 € / prothèse
Implantologie non prise en charge par le RO	700 € / implant 300 € / pilier
Orthodontie prise en charge par le RO	400% BR
Orthodontie non prise en charge par le RO	700 € / semestre
Parodontologie non prise en charge par le RO	300 € / an / bénéficiaire
<b>Aides auditives</b>	
Equipements 100% santé	PLV
Equipements à tarifs libres (tous les 4 ans)	1400 € / oreille
<b>Prévention</b>	
Actes de prévention pris en charge par le RO	100% BR
<b>Bien-être</b>	
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, pédicure-podologue, psychothérapeute, nutritionniste, réflexologue, sophrologue, ergothérapeute, homéopathe, microkinésithérapeute	300 € / an / bénéficiaire
Cure thermale prise en charge par le RO	500 € / an / bénéficiaire
Dépistage cancer (utérus, colon prostate) non pris en charge par le RO	100 € / an / bénéficiaire
Ostéodensitométrie prescrite non prise en charge par le RO	80 € / an / bénéficiaire
Consultation pour obtention certificat de sport non pris en charge par le RO	80 € / an / bénéficiaire
Contraception non prise en charge par le RO	3% PMSS
Sevrage tabagique	80 € / an / bénéficiaire
Equilibre alimentaire et produits diététiques (sur prescription)	60 € / an / bénéficiaire
<b>Assistance</b>	<b>Inclus</b>
(1) A l'inscription de l'enfant sur le contrat dans le mois suivant sa naissance	
(2) Forfait annuel, au-delà, remboursement des lentilles prise en charge par le RO à hauteur du TM.	
RO : Régime Obligatoire, signifie que le régime inclus les garanties de la Sécurité Sociale.	
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. HLF : Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	
PLV : Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	
PMSS 2026 : 4005€	

# 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.

## 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.

**N'OUBLIEZ PAS**

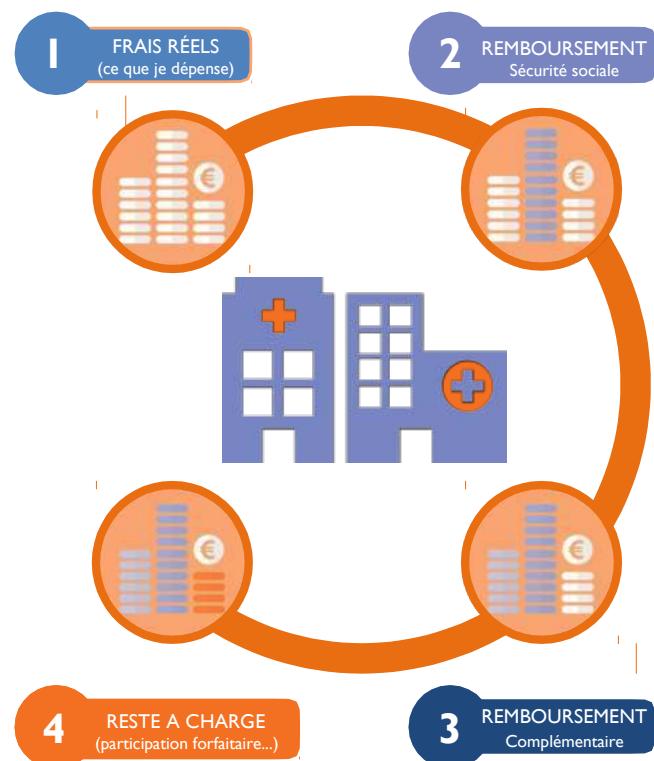
# COMPRENDRE LES REMBOURSEMENTS

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](mailto: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

 N° AMC : XXXXXXXX Typ conv : voir colonnes, CSR : N° adhérent : XXXXXX	 Assuré social : SPECIMEN N° INSEE : X XX XX XX XXX XXX XX Code G.R : XX XXXX	<p>Période de validité : 01/01/2015 au 31/12/2015</p>
---	---	---

Numéro de Sécurité sociale

Période de garantie

### 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 XXXX

Complément G.R :

N° Contrat : XXXXXXXX X

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	
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
(7)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)	(1)	

\* Règle de calcul 029 : M1 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 Santéclair 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 GEREPE 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 GEREPE

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](http://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](http://www.gerep.fr) (espace assurés)

Mon login : \_\_\_\_\_

Mon mot de passe : \_\_\_\_\_

Notes : \_\_\_\_\_

## POUR NOUS CONTACTER



INTERNET

[www.gerep.fr](http://www.gerep.fr)  
« Espace assuré »  
rubrique contactez-nous !



TÉLÉPHONE

01 45 22 52 53



E-MAIL

[sante@gerep.fr](mailto:sante@gerep.fr)  
[devis@gerep.fr](mailto:devis@gerep.fr)  
[affiliation@gerep.fr](mailto: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 101120 €. RCS Paris B 351299 862. Immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 000 294 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) Gerep est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout 75436 cedex 09.

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