



**SOLUTIONS SANTE
MUTUACONSEIL**

CCN Caoutchouc & Polymère

**Votre régime
labellisé
frais de santé**

IDCC 45

elanova.mutuaconseil.fr

Le Centre pour la valorisation et l'excellence du caoutchouc, ELANOVA a négocié pour votre entreprise, avec le concours du Cabinet Mutuaconseil, une complémentaire santé applicable à l'ensemble de vos salariés et a choisi de labelliser Umanens pour la mise en oeuvre du régime frais de santé.

Avec MUTUACONSEIL vous êtes certain de bénéficier...



- ➔ d'un régime modulable négocié au juste prix par vos représentants employeurs,
 - ➔ de garanties conformes au 100% santé,
 - ➔ d'un accompagnement sur-mesure par nos conseillers, ou avec l'aide du Cabinet Mutuaconseil,
 - ➔ d'un régime d'accueil pour vos futurs retraités,
 - ➔ d'un réseau de soins (SantéClair), sur les garanties Optiques, Dentaires et Auditives,
 - ➔ de prestations d'assistance et de prévention, 24h/24 et 7j/7,
 - ➔ du respect du contrat responsable dans le cadre du régime complémentaire,
- ➔ d'une souscription pour vous d'options facultatives,
 - ➔ d'une possibilité pour vous de réduire son reste à charge à l'aide d'une surcomplémentaire à caractère non responsable « Excellence » ou « Optimum »,
 - ➔ de la possibilité pour vous de couvrir vos ayants droit dans les mêmes conditions de garanties.

UN RÉGIME SUR-MESURE POUR VOTRE ENTREPRISE

➔ Votre part salariale s'élève à 50% minimum du régime obligatoire souscrit par votre entreprise pour vous

Régime surcomplémentaire :
Si votre entreprise fait le choix de vous proposer le régime surcomplémentaire, vous pourrez bénéficier, à votre choix, pour vous-mêmes et vos ayants droit, d'un régime allant au-delà des plafonds du contrat responsable.

Option pour vos salariés

➤ Selon le régime collectif obligatoire mis en place par votre entreprise, vous pourrez souscrire une option facultative pour vous-mêmes et vos ayants droit.

Régime complémentaire socle
(Choix de votre garantie obligatoire) :

- Confort : reste à charge sur certains postes
- Sérénité : avec peu de reste à charge
- Premium : haut de gamme

		OPTIMUM Surcomplémentaire
EXCELLENCE Surcomplémentaire	EXCELLENCE Surcomplémentaire	EXCELLENCE Surcomplémentaire
PREMIUM	PREMIUM	PREMIUM Socle obligatoire responsable À partir de 53,07 €* SÉRÉNITÉ Socle obligatoire responsable À partir de 45,72 €* CONFORT Socle obligatoire responsable À partir de 38,99 €* SÉRÉNITÉ Socle obligatoire responsable À partir de 45,72 €* CONFORT Socle obligatoire responsable À partir de 38,99 €*
SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ	

*Exemple régime général de la Sécurité sociale : part employeur (50%) d'une cotisation «Isolé», en % du PMSS (Valeur 2026).

➔ Plafond de la Sécurité sociale 2026 (PMSS)

Les montants des cotisations et de certaines garanties sont exprimés en % du PMSS. Ces montants sont calculés par rapport au plafond de la Sécurité sociale.

	Annuel	Trimestriel	Mensuel (PMSS)
Plafond de la Sécurité sociale	48 060 €	12 015 €	4 005 €

INFORMATIONS CONCERNANT LE PLAFOND DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 2026 :

Valeur publiée le 21 octobre 2025 par le bulletin officiel de la Sécurité sociale, susceptible de modification, selon l'évolution législative (loi de financement de la sécurité sociale notamment...).

VOTRE GRILLE DE GARANTIES

	RÉGIME COMPLÉMENTAIRE Les prestations indiquées comprennent le remboursement de la Sécurité sociale et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.			RÉGIME SURCOMPLÉMENTAIRE Les prestations sont servies en complément des prestations de la Sécurité sociale et de celles du régime complémentaire. Elles sont versées dans la limite des frais réellement engagés.	
	CONFORT (Y COMPRIS BASE)	SÉRÉNITÉ (Y COMPRIS BASE)	PREMIUM (Y COMPRIS BASE)	EXCELLENCE	OPTIMUM (SUR PRE- MIUM UNIQUEMENT)
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ					
Chirurgie - Hospitalisation					
Frais de séjour - Secteur conventionné	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Honoraires - Secteur conventionné OPTAM/OPTAM-ACO	270% BR	370% BR	470% BR	+30% BR (en secteur conventionné)	+30% BR (en secteur conventionné)
Honoraires - Secteur conventionné Hors OPTAM/OPTAM-ACO	170% BR	185% BR	200% BR	+200% BR (en secteur conventionné)	+200% BR (en secteur conventionné)
Forfait hospitalier ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Forfait actes lourds	100% du Forfait	100% du Forfait	100% du Forfait	-	-
Chambre particulière	2% PMSS / J	3% PMSS / J	4% PMSS / J	-	+50€ / Jour (max 90 j en MCO et 30 j en psychiatrie)
Frais d' accompagnant (-de 12 ans)	2% PMSS / J	3% PMSS / J	4% PMSS / J	-	+40€ / Jour
Maternité - Prime de naissance (doublee en cas de naissance gémellaire)	10% PMSS	15% PMSS	20% PMSS	-	-
Transport remboursé par la S.S	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
FRAIS MÉDICAUX					
Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-ACO	270% BR	370% BR	470% BR	+ 30% BR	+ 30% BR
Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-ACO	170% BR	185% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-ACO	270% BR	370% BR	470% BR	+ 30% BR	+ 30% BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-ACO	170% BR	185% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Consultations de psychologues remboursées par la S.S. (12 séances par année civile et par bénéficiaire) ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Analyses	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Auxiliaires médicaux	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-ACO	270% BR	270% BR	270% BR	+ 30% BR	+ 30% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) Hors OPTAM/OPTAM-ACO	170% BR	185% BR	200% BR	+150% BR	+150% BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-ACO	270% BR	370% BR	470% BR	-	-
Radiologie Hors OPTAM/OPTAM-ACO	170% BR	185% BR	200% BR	-	-
Orthopédie et autres prothèses ⁽³⁾	Max 7,5 % PMSS	Max 10 % PMSS	Max 15 % PMSS	-	+400€ (gros appareillage uniquement)
PHARMACIE					
Pharmacie remboursée par la S.S.	100% BR	100% BR	100% BR	-	-
Médicaments, vaccins ou homéopathie prescrits par un médecin et non remboursés par la S.S.	-	-	-	+ 100€	+ 100€
FRAIS DENTAIRE					
Soins et prothèse 100% santé ⁽⁴⁾	Prise en charge intégrale progressive de 2025 à 2026 dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)			-	-
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé	270%BR	370%BR	470% BR	-	-
Orthodontie Remboursée par la S.S.	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Orthodontie Non Remboursée par la S.S.	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Prothèses (limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire pour les paniers libre et maitrisé, au-delà prise en charge du ticket modérateur) ⁽⁵⁾				-	-
Panier maitrisé	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation			-	-
Panier libre :	Actes remboursés par la sécurité sociale			-	-
Onlays-Inlays	270%BR	370%BR	470% BR	-	-
Dents du sourire remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. ⁽⁷⁾	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Dents du sourire non remboursées par la S.S. ⁽⁶⁾	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. ⁽⁷⁾	270%BR	370%BR	470%BR	-	-
Actes dentaires hors nomenclature (parodontologie) Max/actes/an/bénéficiaire	150 € /actes / max 3x/an	300 € /actes / max 3x/an	450 € /actes / max 3x/an	-	-
Implantologie non remboursée par la S.S (racine et pilier - maximum 3 implants/an/bénéficiaire)	dans la limite de 10% PMSS/implant	dans la limite de 15% PMSS/implant	dans la limite de 20% PMSS/implant	-	+ 150€/implant
FRAIS OPTIQUE					
Equipement 100% santé - verre	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)			-	-
Equipement 100% santé - monture	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)			-	-
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) 100% santé	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)			-	-
Monture du panier libre	Voir grille optique CONFORT	Voir grille optique SERENITE	Voir grille optique PREMIUM	Voir grille optique EXCELLENCE	Voir grille optique OPTIMUM
Verres panier libre	Voir grille optique CONFORT	Voir grille optique SERENITE	Voir grille optique PREMIUM	Voir grille optique EXCELLENCE	Voir grille optique OPTIMUM
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S) panier libre	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Lentilles prescrites remboursées ou non (y compris jetables/an/bénéficiaire)	5% PMSS	10% PMSS	12,5 % PMSS	-	-
Chirurgie réfractive (par œil/an/bénéficiaire)	300 €	400 €	600 €	-	+200 €
AIDE AUDITIVE ⁽⁸⁾					
Equipement 100% santé	Prise en chare intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)			-	-
Equipement du panier libre	10 % PMSS	15% PMSS	20% PMSS	-	+400 €

 PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES					
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésie, Etiopathie, Acupuncture, sevrage tabagique, Podologie, Diététique et Psychologie ⁽⁹⁾	30€/ séance - 3x/an/ bénéficiaire	40€/ séance - 4x/an/ bénéficiaire	50€/ séance - 5x/an/ bénéficiaire	-	-
Sevrage tabagique sur prescription médicale (forfait annuel)	-	-	-	-	+ 50 €
Contraception prescrite non remboursée par la S.S (forfait annuel)	-	-	-	-	+ 50 €
Forfait bandelette d'autosurveillance glycémique (forfait annuel)	-	-	-	-	+ 50 €
Cure thermale remboursée par la S.S (Allocation forfaitaire)	dans la limite de 10% PMSS	dans la limite de 15% PMSS	dans la limite de 20% PMSS	-	-

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et 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⁾ Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site Mon soutien psy (<https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue>).⁽³⁾ Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. Les audioprothèses ne sont pas remboursées au titre de ce poste mais au titre du poste «Aides auditive». ⁽⁴⁾ Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie. ⁽⁵⁾ Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixe / Réparation sur prothèses. ⁽⁶⁾ Dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35 / 41 / 42 / 43 / 44 / 45. ⁽⁷⁾ Dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 35 / 36 / 37 / 38 / 45 / 46 / 47 / 48. ⁽⁸⁾ La durée de garantie et la durée minimale avant un renouvellement de la prise en charge par la complémentaire est fixée à 4 ans. ⁽⁹⁾ Professionnels de santé réglementés : praticien justifiant d'un numéro ADELI. Professionnels de santé non réglementés : praticien inscrit à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activé (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif) de son aptitude professionnelle.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - **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 - **TM** : Ticket Modérateur.

GRILLE OPTIQUE

		CONFORT (Y COMPRIS BASE)	SÉRÉNITÉ (Y COMPRIS BASE)	PREMIUM (Y COMPRIS BASE)	EXCELLENCE	OPTIMUM (SUR PREMIUM UNIQUEMENT)
TYPE DE VERRE	CATEGORIE	2 VERRES	2 VERRES	2 VERRES		2 VERRES
Verres simple foyer, sphériques						
sphère comprise entre -6 à +6	A	200,00 €	280,00 €	320,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère hors zone - 6 à +6	C	350,00 €	500,00 €	600,00 €	-	+150€ PAR VERRE
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques						
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	200,00 €	280,00 €	320,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	200,00 €	280,00 €	320,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	350,00 €	500,00 €	600,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère < -6 et cylindre >= + 0,25	C	350,00 €	500,00 €	600,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	350,00 €	500,00 €	600,00 €	-	+150€ PAR VERRE
Verres multifocaux ou progressifs sphériques						
sphère comprise entre -4 à +4	C	350,00 €	500,00 €	600,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère hors zone de-4 à + 4	F	450,00 €	600,00 €	700,00 €	-	+150€ PAR VERRE
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques						
sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= + 4	C	350,00 €	500,00 €	600,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 8	C	350,00 €	500,00 €	600,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > + 4	F	450,00 €	600,00 €	700,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	450,00 €	600,00 €	700,00 €	-	+150€ PAR VERRE
sphère > 0 et sphère + cylindre > + 8	F	450,00 €	600,00 €	700,00 €	-	+150€ PAR VERRE
TYPE DE VERRE						
Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable	B	275,00 €	390,00 €	460,00 €		+150€ PAR VERRE
	D	325,00 €	440,00 €	510,00 €	-	+150€ PAR VERRE
	E	400,00 €	550,00 €	650,00 €	-	+150€ PAR VERRE
MONTURE PANIER LIBRE		1 MONTURE	1 MONTURE			1 MONTURE
Garantie		80,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00€

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 entrainant 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.

Equipement homogène ACF (2 verres et une monture) :

CLASSE A / V SIMPLE / sphère -6 à +6 et cylindre inf ou égal à +4 : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 420€.

CLASSE C / V COMPLEXE / V simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre sup +4 à verre multifocal ou progressif : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 700€.

CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone - 8 + 8 : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 800€.

CLASSE F / V T COMPLEXE / V multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone - 4 + 4 : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 800€.

Equipement hétérogène BDE (2 verres et une monture) :

V Simple + V Complexe (A+C) B : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 560€.

V Simple + V T Complexe (A+F) D : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 610€.

V Complexe + V T Complexe (C+F) E : le remboursement maximal d'un équipement contrat responsable ne peut excéder 750€.

RESTE À CHARGE - EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Sur [elanova.mutuaconseil.fr](https://www.elanova.mutuaconseil.fr), vous avez désormais la possibilité d'utiliser un simulateur de reste à charge, et de visualiser les exemples de remboursements de votre garantie.



Scannez-moi !



Scannez-moi !

➡ **Scannez ce QR code** pour accéder directement à votre **simulateur de reste à charge** !

➡ **Scannez ce QR code** pour accéder directement à des **exemples de remboursements de votre garantie** !

CHOIX D'OPTION MODE D'EMPLOI

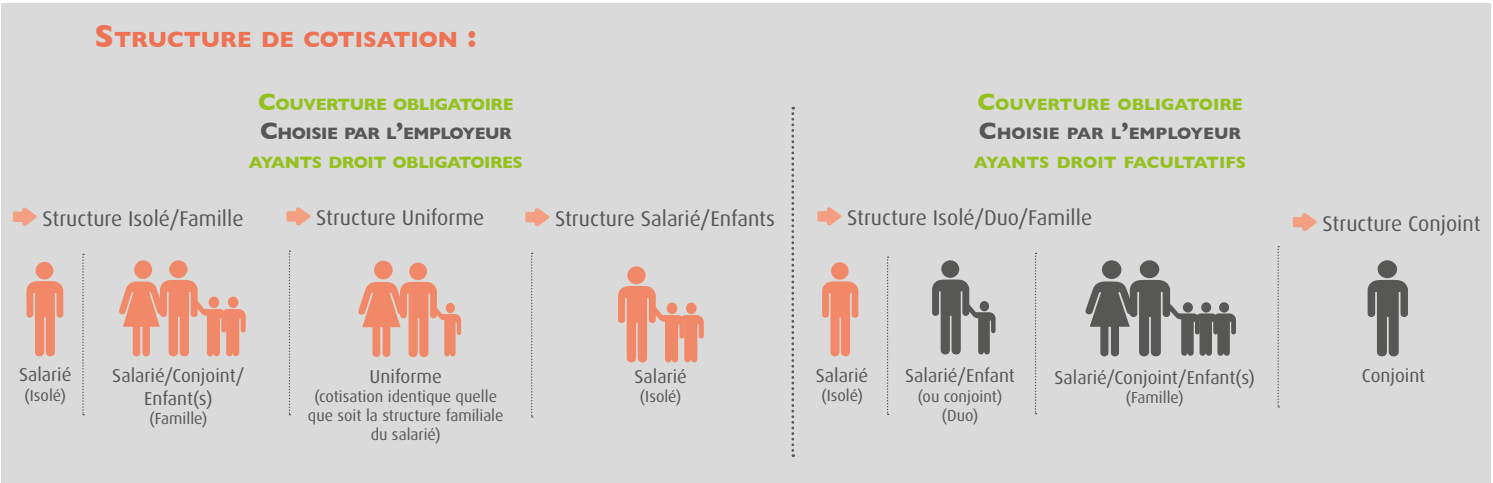
CE QU'IL FAUT SAVOIR POUR SOUSCRIRE UNE OPTION :

- 1

Se rapprocher de son employeur, afin de déterminer quel niveau de garantie et structure de cotisation il a choisi.
- 2

Lorsque vous souscrivez une option, celle-ci est intégralement à votre charge.
- 3

Le choix d'option est applicable de manière obligatoire à vos ayants droit.

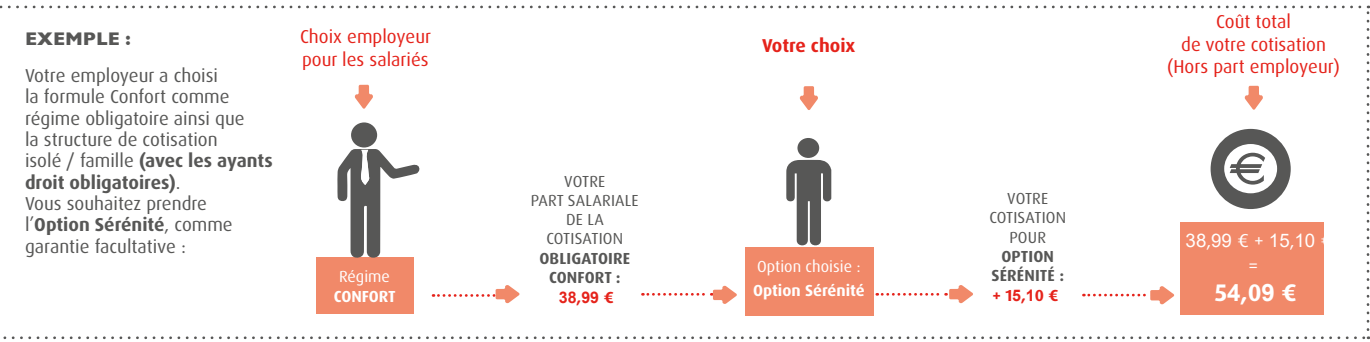




COMPRENDRE VOS COTISATIONS POUR LES GARANTIES FACULTATIVES : EXEMPLES

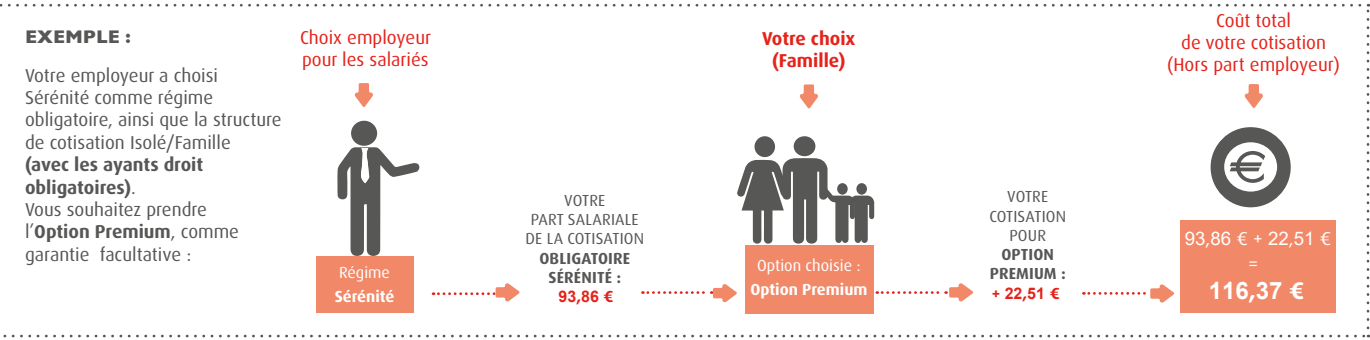
Si votre employeur a choisi de prendre le régime Confort pour l'entreprise, il vous est possible d'y ajouter pour vous une option, de Sérénité à Premium.

Choix 1 CONFORT = régime obligatoire						
Régime général	CONFORT		Option Sérénité		Option Premium	
Isolé	1,947% PMSS	Part salariale : 38,99 €	+0,377% PMSS	Soit +15,10 €	+0,738% PMSS	Soit +29,56 €
Famille	4,057% PMSS	Part salariale : 81,24 €	+0,692% PMSS	Soit +27,71 €	+1,378% PMSS	Soit +55,19 €
Uniforme	3,328% PMSS	Part salariale : 66,65 €	+0,570% PMSS	Soit +22,83 €	+1,155% PMSS	Soit +46,26 €



Si votre employeur a choisi de prendre le régime Sérénité pour l'entreprise, il vous est possible d'y ajouter pour vous et vos ayants droit une option Premium.

Choix 2 SÉRÉNITÉ = régime obligatoire				
Régime général	SÉRÉNITÉ		Option Premium	
Isolé	2,283% PMSS	Part salariale : 45,72 €	+0,294% PMSS	Soit +11,77 €
Famille	4,687% PMSS	Part salariale : 93,86 €	+0,562% PMSS	Soit +22,51 €
Uniforme	3,861% PMSS	Part salariale : 77,32 €	+0,482% PMSS	Soit +19,30 €



VOS COTISATIONS EN € POUR 2026*

EXEMPLE POUR UN SALARIÉ STRUCTURE ISOLÉ/FAMILLE (RÉGIME GÉNÉRAL)

Régime souscrit par l'entreprise: Régime collectif de **CONFORT**

Calcul des cotisations : 4 005 x 1,947% = 77,98 €

Part patronale : 77,98 €/2 = 38,99 €

Part salariale : 38,99 €

Choix 1 CONFORT = régime obligatoire						
Régime général	CONFORT		Option Sérénité		Option Premium	
Isolé	1,947% PMSS	Part salariale : 38,99 €	+0,377% PMSS	Soit +15,10 €	+0,738% PMSS	Soit +29,56 €
Famille	4,057% PMSS	Part salariale : 81,24 €	+0,692% PMSS	Soit +27,71 €	+1,378% PMSS	Soit +55,19 €
Uniforme	3,328% PMSS	Part salariale : 66,65 €	+0,570% PMSS	Soit +22,83 €	+1,155% PMSS	Soit +46,26 €

Choix 2 SÉRÉNITÉ = régime obligatoire				
Régime général	SÉRÉNITÉ		Option Premium	
Isolé	2,283% PMSS	Part salariale : 45,72 €	+0,294% PMSS	Soit +11,77 €
Famille	4,687% PMSS	Part salariale : 93,86 €	+0,562% PMSS	Soit +22,51 €
Uniforme	3,861% PMSS	Part salariale : 77,32 €	+0,482% PMSS	Soit +19,30 €

Choix 3 PREMIUM = régime obligatoire		
Régime général	PREMIUM	
Isolé	2,676% PMSS	Part salariale : 53,07 €
Famille	5,469% PMSS	Part salariale : 108,46 €
Uniforme	4,512% PMSS	Part salariale : 89,47 €

INFORMATIONS CONCERNANT LE PLAFOND DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 2026 :
Valeur publiée le 21 octobre 2025 par le bulletin officiel de la Sécurité sociale, susceptible de modification, selon l'évolution législative (loi de financement de la sécurité sociale notamment...).

*Le montant des cotisations exprimé en € est donné à titre indicatif, il fait l'objet d'un arrondi opéré par le délégataire de gestion en fonction de l'évolution du PMSS. Selon le régime mis en place par votre employeur, vous pourrez choisir un niveau de garanties supérieur.



BON A SAVOIR

COMMENT ACCÉDER À VOTRE ESPACE PERSONNEL ?



- 1 Votre employeur vous déclare sur le site <https://services.gerep.fr>
- 2 Vous recevez par mail, un identifiant et un mot de passe
- 3 Vous accédez à la gestion de votre compte et bénéficiez de l'ensemble de vos services.



elanova.mutuaconseil.fr

TOUS NOS SERVICES EN LIGNE :

- ➡ Accédez à vos garanties, vos remboursements, vos services.
- ➡ Retrouvez vos devis, vos prises en charge.
- ➡ Gérez vos informations personnelles.





Nous avons la conviction que la proximité, la solidarité et l'écoute ont encore toutes leur place dans la mise en œuvre d'un régime frais de santé.

Mieux vous connaître, mieux vous comprendre pour mieux vous accompagner... Voilà ce qui anime nos équipes.

Mutuaconseil & Umanens... l'expérience mutuelle !

Informations et renseignements sur le régime labellisé par ELANOVA :



Salariés, contact :

01 45 22 52 53 / affiliation@gerep.fr

Accompagnement & Affiliation...

Rien de plus simple,

à vous de choisir la solution qui vous convient :



En ligne :

elanova.mutuaconseil.fr/espace-salarie



Par courrier en nous retournant

la demande de souscription, accompagnée
des pièces justificatives à l'adresse suivante :

GEREP

AFFILIATION SANTÉ ELANOVA

4, rue de Vienne CS 40001

75378 Paris Cedex 08



1 million
de personnes
protégées



224
agences
de proximité



601 millions
d'euros de
cotisations

