Gerep

100% SANTÉ
Des soins pour tous, 100% pris en charge

SFC Solutions
YOUR FLEXIBLE PARTNER

Guide de gestion – SFC SOLUTIONS AUTOMOTIVE FRANCE

Régime de remboursement des frais médicaux

À destination de l'ensemble du personnel cadre*

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

Gerep, votre gestionnaire d'assurance santé

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

- 1989 année de création
- 60 collaborateurs à votre service
- + de 1 000 entreprises clientes
- 200 000 salariés couverts
- 100 500 bénéficiaires gérés en frais de santé

Votre guide de gestion

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

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

Votre employeur, la société SFC SOLUTIONS AUTOMOTIVE FRANCE, a souscrit au profit de ses collaborateurs cadre un régime de remboursements frais médicaux, maladie, chirurgie, maternité, à adhésion obligatoire, , assuré par La Mutuelle Familiale, compagnie d'assurances régie par le code des Assurances.
Ce guide a pour objet de vous faire connaître l'ensemble des garanties dont vous bénéficiez et de vous servir de guide pratique concernant les modalités d'application de ces garanties ainsi que les formalités à accomplir pour être remboursé.

TABLE DES MATIÈRES

- IRIS, VOTRE ESPACE ASSURÉ EN LIGNE 4
- VOS GARANTIES SANTÉ (1 / 3) 5
- VOS GARANTIES SANTÉ (2 / 3) 6
- VOS GARANTIES SANTÉ (3 / 3) 7
- VOS GARANTIES SANTÉ SURCOMPLÉMENTAIRE 8
- VOS REMBOURSEMENTS 9
- DEVIS 10
- PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE 11
- TIERS-PAYANT 12
- RÉSEAU DE SOINS : SANTÉCLAIR 13
- COMMENT S'AFFILIER ? 14
- LE LEXIQUE DES REMBOURSEMENTS SANTÉ 17
- LE LEXIQUE DENTAIRE 18
- CONSULTER LA FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ) 19
- EFFECTUER UNE RÉCLAMATION 19
- NOTRE POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PRIVÉES (RGPD) 20
- NOUS CONTACTER 21

IRIS, VOTRE ESPACE ASSURÉ EN LIGNE

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

ENGAGEMENT TRAITEMENT EN 48H

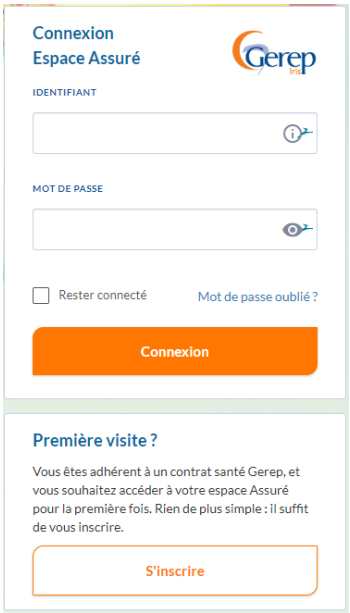
- L'envoi de demandes de remboursements et de prise en charge hospitalière
- La transmission directe des justificatifs
- Le téléchargement de la carte de Tiers-Payant
- Le suivi des demandes sur les 3 derniers mois
- La recherche de professionnels de santé membres du réseau de soins sélectionné
- L'historique des remboursements versés sur 24 mois
- Les demandes d'ajout ou de suppression des bénéficiaires
- La modification des informations et coordonnées
- Et bien d'autres fonctionnalités…

Connectez-vous à votre espace IRIS

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

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

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



VOS GARANTIES SANTÉ (1 / 3)

Les remboursements des frais inclus ceux effectués par la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et dans la limite des frais réellement engagés. Retrouvez la liste des bénéficiaires p.13.

Premium
Extrait des garanties dites responsables

Nature des actes	**PRESTATIONS Y compris Sécurité sociale**	
	Régime Complémentaire Responsable Premium	
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	**OPTAM / OPTAM-ACO**	**Hors OPTAM / OPTAM-ACO**
Frais de séjour	470 % BR	
Honoraires – Secteur conventionné	470 % BR	200 % BR
Forfait hospitalier [1]	100 % BR	
Forfait actes lourds	100 % du Forfait	
Chambre particulière	4 % PMSS / jour	
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	4 % PMSS / jour	
Maternité – Prime de naissance (doublée en cas de naissance gémellaire)	20 % PMSS	
Transport accepté par la S.S.	100 % BR	
Actes médicaux courants	**OPTAM / OPTAM-ACO**	**Hors OPTAM / OPTAM-ACO**
Consultations généralistes	470 % BR	200 % BR
Consultations spécialistes	470 % BR	200 % BR
Consultations de psychologues remboursées par la S.S. (12 séances par année civile et par bénéficiaire) [2]	100 % BR	
Analyses	470 % BR	
Auxiliaires médicaux	470 % BR	
Actes techniques médicaux (petite chirurgie)	270 % BR	200 % BR
Radiologie	470 % BR	200 % BR
Orthopédie et autres prothèses [3]	Max 15 % PMSS	
Dentaire		
Soins et prothèse 100 % santé [4]	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires de facturation (HLF)	
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100 % santé	470 % BR	
Orthodontie remboursée ou non remboursée par la S.S.	470 % BR	
Prothèses (limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire pour les panier libre et maîtrisé, au-delà prise en charge du ticket modérateur) [5]		
Panier maîtrisé	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires de facturation (HLF)	
Panier libre	Actes remboursés par la sécurité sociale	
Onlays-Inlays	470 % BR	
Dents du sourire remboursées ou non remboursée par la S.S. [6]	470 % BR	
Dents de fond de bouche remboursées ou non remboursée par la S.S. [7]	470 % BR	
Actes dentaires hors nomenclature (parodontologie) (Maximum 3 actes / an / bénéficiaire)	450 € / actes / max 3x / an	
Implantologie non remboursée par la S.S. (racine et pilier – maximum 3 actes / an / bénéficiaire)	dans la limite De 20 % PMSS / implant	

VOS GARANTIES SANTÉ (2 / 3)

Les remboursements des frais inclus ceux effectués par la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et dans la limite des frais réellement engagés. Retrouvez la liste des bénéficiaires p.13.

Nature des actes	**PRESTATIONS** **Y compris Sécurité sociale** **Régime Complémentaire Responsable** **Premium**
Pharmacie	
Remboursée par la Séc Soc	100 % BR
Aide auditive [8]	
Equipement 100 % santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Equipement du panier libre	20 % PMSS
Frais 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 (remboursée S.S.) 100 % santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)
Monture du panier libre	100 €
Verres du panier libre	Grille Optique PREMIUM
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée S.S.) panier libre	100 % BR
Lentilles prescrites remboursées ou non par la Séc. Soc. (y compris jetables)	12,5 % PMSS / an / bénéf.
Chirurgie réfractive	600 € / œil / an / bénéf.
Prévention et médecines douces	
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésie, Etiopathe, Acupuncture, sevrage tabagique, podologie, diététique et psychologie [9]	50 € / séance (maximum 5 séances) / an / bénéf.
Cure thermale remboursée par la S.S. (Allocation forfaitaire)	dans la limite de 20 % PMSS

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

PMSS 2026 : 4005 €

Retrouvez le détail de vos garanties disponibles en ligne à tout moment dans la rubrique « Mon compte » puis « Mes contrats et garanties », cliquez sur « Télécharger les garanties ».

VOS GARANTIES SANTÉ (3 / 3)

Les remboursements des frais inclus ceux effectués par la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et dans la limite des frais réellement engagés. Retrouvez la liste des bénéficiaires p.13.

FORFAIT PAR VERRE – GRILLE PREMIUM			
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	300 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	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	350 Euros par verre
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :			
Verre complexe	sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= + 4	C	300 Euros par verre
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 8	C	300 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 / plafond : contrat responsable		B	230 Euros par verre
Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable		D	255 Euros par verre
Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable		E	325 Euros par verre

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 sphére hors zone - 8 + 8
CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphero cylindrique sphére 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 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.

Retrouvez le détail de vos garanties disponibles en ligne à tout moment dans la rubrique « Mon compte » puis « Mes contrats et garanties », cliquez sur « Télécharger les garanties ».

VOS GARANTIES SANTÉ SURCOMPLÉMENTAIRE

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 mutltifocaux 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.

Retrouvez le détail de vos garanties disponibles en ligne à tout moment dans la rubrique « Mon compte » puis « Mes contrats et garanties », cliquez sur « Télécharger les garanties ».

VOS REMBOURSEMENTS

Les modalités de remboursement

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

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

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

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

LES PLUS D'IRIS

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

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

La télétransmission

La télétransmission nous permet de régler immédiatement la part complémentaire sans que vous ayez à nous adresser les relevés de la sécurité sociale.
Si toutefois vous ne souhaitiez pas bénéficier de la télétransmission, pour obtenir vos remboursements, il vous suffira de nous transmettre les originaux des décomptes de la Sécurité sociale indiquant les frais engagés via votre espace en ligne IRIS ou par courrier (agrafer dans ce cas la carte de liaison Gerep à l'ensemble des documents).

À SAVOIR

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

Les justificatifs pour vos demandes de prestations

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

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

DEVIS

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

LES PLUS D'IRIS

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

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

Gerep délivre des prises en charge des frais en cas d'hospitalisation auprès des établissements hospitaliers conventionnés ou agréés, afin de vous éviter l'avance de frais dans la limite des garanties du contrat. L'accord de prise en charge garantit le paiement direct des frais engagés à l'hôpital ou à la clinique, y compris la chambre particulière (si prévue dans le contrat) et le forfait hospitalier à hauteur des garanties. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en compte.
Dès réception de ces informations, Gerep adresse à l'établissement au maximum 10 jours avant la date de l'intervention, l'attestation de prise en charge hospitalière.

LES PLUS D'IRIS

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

TIERS-PAYANT

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

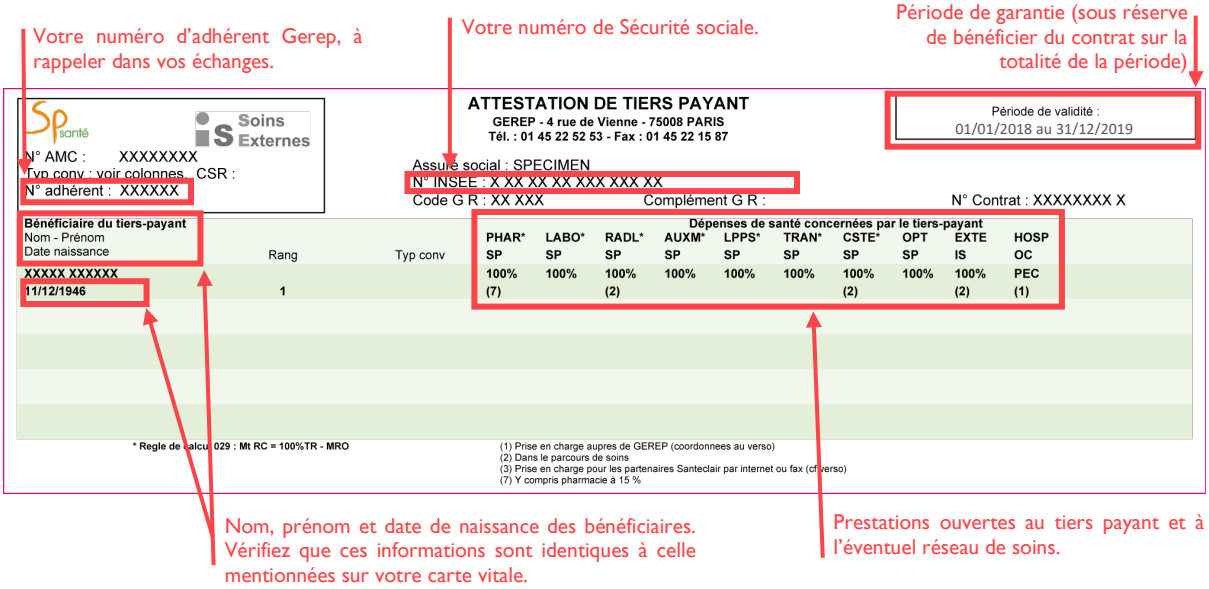
- Pharmacie
- Biologie (laboratoire)
- Radiologie
- Auxiliaires médicaux
- Soins externes
- Transports
- Optique
- Centres de soins

La carte de tiers-payant

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

LES PLUS D'IRIS

Votre carte de Tiers-payant ainsi que celles de vos bénéficiaires sont téléchargeables à tout moment depuis votre ordinateur, votre tablette et votre Smartphone sur votre Espace Assuré IRIS, rubrique « Mon compte » puis « Accéder à ma carte de Tiers-payant ».
Vous pouvez télécharger et imprimer votre carte de tiers payant, ou la présenter directement au professionnel de santé sur votre Smartphone.



À SAVOIR

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

RÉSEAU DE SOINS : SANTÉCLAIR

Si vous bénéficiez des avantages du réseau SANTECLAIR, il vous suffit de présenter votre carte de Tiers-Payant aux praticiens membres du réseau.

Santéclair, c'est toute une gamme de services offerts par votre complémentaire santé pour vous garantir le juste prix sur vos frais de santé les plus onéreux. Les objectifs de ces services :

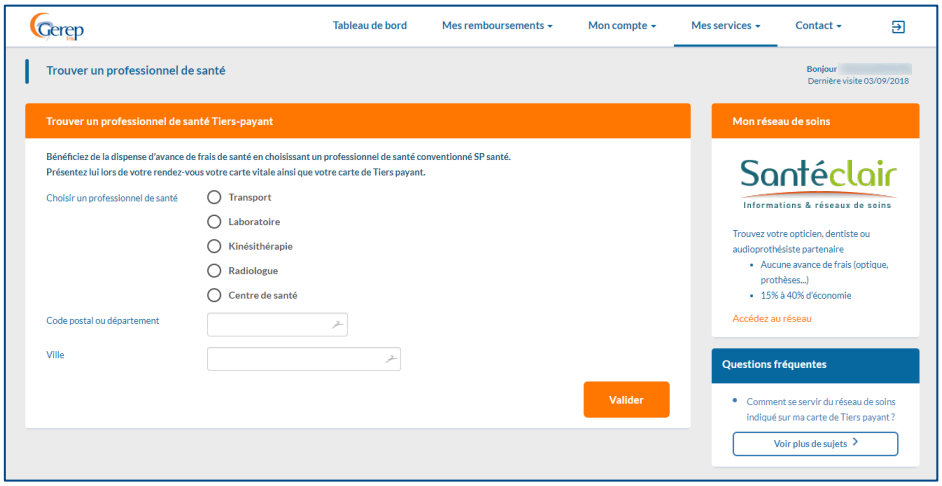
- Vous permettre de diminuer vos dépenses de santé,
- Vous assurer des soins de qualité,
- Vous informer et vous conseiller sur les solutions les plus adaptées à vos besoins.

15 à 50 % moins cher, qu'est-ce que ça veut dire ?

Santéclair a négocié avec les professionnels de la santé partenaires des tarifs maximums. Par exemple en optique, pour un verre strictement identique, ces tarifs négociés sont jusqu'à 40 % moins chers chez les opticiens du réseau que chez les opticiens hors réseau.

Retrouvez le détail de l'offre dans votre espace assuré

Pour connaître les adresses des praticiens du réseau Santéclair les plus proches de chez vous, munissez-vous de vos identifiants et consultez l'outil de géolocalisation des partenaires sur votre espace assuré : services.gerep.fr rubrique « Mes services » puis « Trouver un professionnel de santé ».



COMMENT S'AFFILIER ?

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

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

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

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

Les formalités d'affiliation

Les salariés nouvellement embauchés sont rattachés au contrat dès leur premier jour au sein de l'entreprise sous réserve que Gerep ait bien reçu leur bulletin d'adhésion.
La date d'effet de l'affiliation de vos ayants droits mentionnés dans le bulletin est identique à la vôtre. Lors de la modification de votre situation de famille (mariage ou naissance), elle prend effet immédiatement.

LES PLUS D'IRIS

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

Les bénéficiaires du contrat

- **Vous-même** : le salarié
- **Votre conjoint** non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle,
- **Votre concubin ou votre partenaire** lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) exerçant ou non une activité professionnelle, à condition que soit présenté.
- **Vos enfants à charge** tels que définis ci-après, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou recueillis :
    - Bénéficiant des prestations Sécurité sociale sous le numéro d'immatriculation du salarié, de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS,
    - Âgés de moins de 27 ans, non-salariés, sous réserve de justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures dans un établissement public ou privé et le cas échéant, être inscrits au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
    - Âgés de moins de 27 ans, et sous contrat d'apprentissage ou en formation alternée s'ils sont fiscalement à charge,
    - Âgés de moins de 25 ans fiscalement à charge, vivant au domicile du salarié, à la recherche d'un premier emploi et à condition d'être inscrits comme demandeurs d'emploi au Pôle Emploi,
    - Quel que soit leur âge, s'ils sont handicapés et bénéficiaires d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des adultes handicapés.

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

LES PLUS D'IRIS

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

La cessation des garanties

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

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

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

La portabilité des droits

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

Nous vous informons que les contrats frais de santé et/ou de prévoyance prennent fin en même temps que votre contrat de travail. Si la rupture de votre contrat de travail donne lieu à indemnisation par Pôle Emploi, vous pouvez bénéficier de la portabilité de vos garanties, à concurrence de la durée du dernier contrat de travail avec un maximum de 12 mois et au plus tard jusqu'à la reprise d'une activité ou la liquidation de la retraite.
Par la suite et pour maintenir votre portabilité, vous devrez nous transmettre votre relevé de situation tous les mois.
Après la période de portabilité, conformément aux dispositions de la loi 891009 dite Evin du 31.12.89, vous pouvez souscrire, un régime d'accueil auprès de Gerep. Pour ce faire, vous devez vous adresser à Gerep dans les 6 mois qui suivent la fin de la période de portabilité.

LES PLUS D'IRIS

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

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, etc. Dans certains cas les ayants droits sont aussi appelés bénéficiaires ou personnes protégées.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LE LEXIQUE DENTAIRE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSULTER LA FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ)

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

EFFECTUER UNE RÉCLAMATION

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

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

Nous nous engageons à :

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

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

Le médiateur

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

NOTRE POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PRIVÉES (RGPD)

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

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

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

NOUS CONTACTER

L'espace assuré IRIS

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

Par téléphone

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

Par e-mail

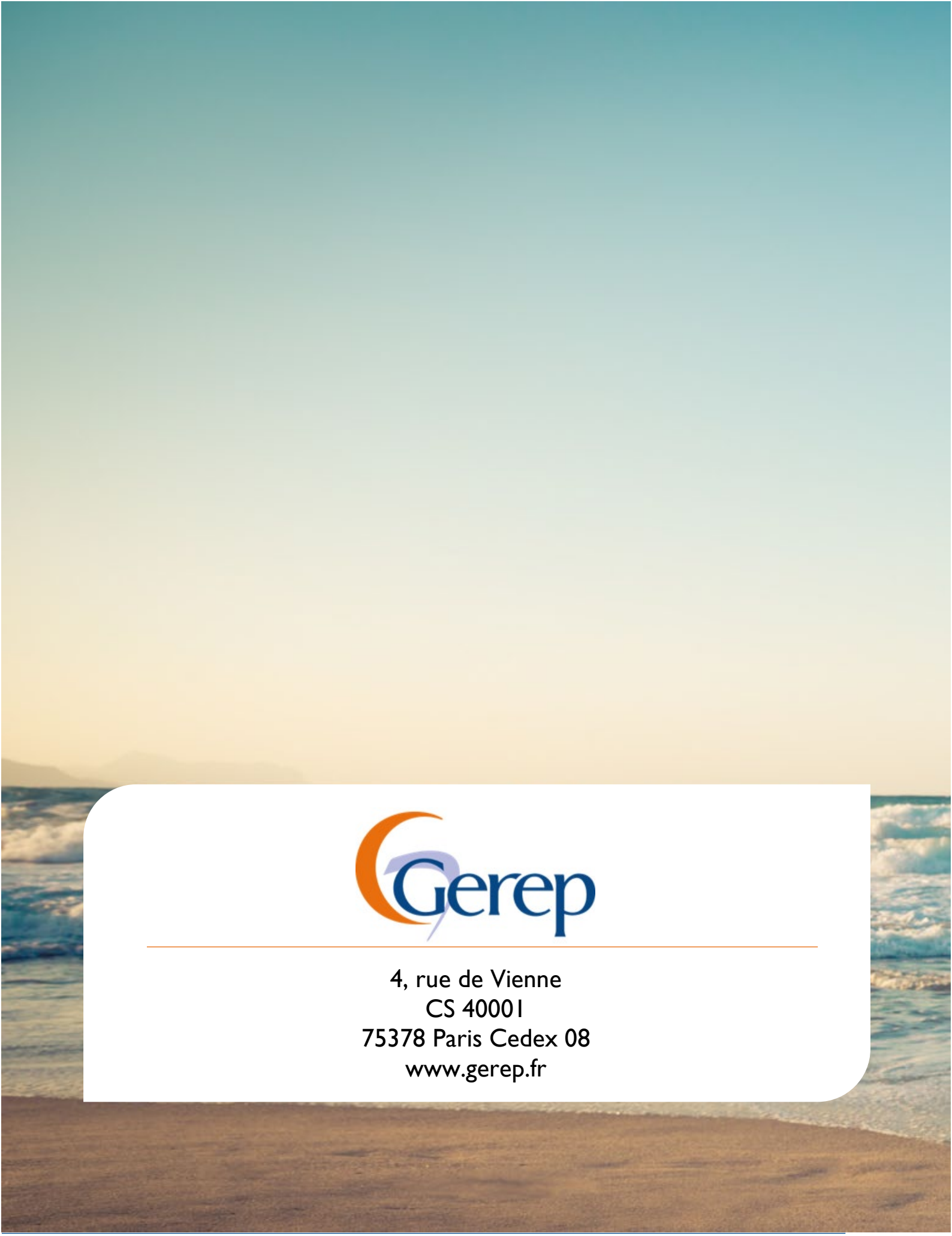
Plusieurs adresses sont à votre disposition pour nous contacter :

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

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

Par courrier

Envoyez vos courriers à l'adresse ci-après :
GEREP
4, rue de Vienne
CS 40001
75378 Paris Cedex 08



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