



Guide de gestion - XTS

Régime de prévoyance &
Remboursement des frais médicaux

À destination de l'ensemble du personnel

Gerep, votre gestionnaire d'assurance santé

Votre société a fait appel à Gerep pour la gestion de votre complémentaire santé et votre régime de prévoyance. 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 XEROX a souscrit au profit de ses collaborateurs un régime de remboursements frais médicaux (maladie, chirurgie, maternité) à adhésion obligatoire ainsi qu'un régime de prévoyance à adhésion obligatoire, assurés par AXA, 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
• EXEMPLES DE REMBOUSEMENTS.....	9
• ADHÉSION À L'OPTION.....	10
• VOS REMBOUSEMENTS.....	11
• DEVIS.....	13
• PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE.....	13
• TIERS-PAYANT.....	14
• RÉSEAU DE SOINS : ITELIS.....	15
• COMMENT S'AFFILIER ?.....	16
• LE LEXIQUE 100 % SANTÉ.....	19
• LE LEXIQUE DES REMBOUSEMENTS SANTÉ.....	20
• LE LEXIQUE DENTAIRE.....	21
• LE LEXIQUE OPTIQUE ITELIS.....	21
• VOTRE CONTRAT PRÉVOYANCE.....	22
• VOS GARANTIES PRÉVOYANCE (1/2).....	23
• VOS GARANTIES PRÉVOYANCE (2/2).....	24
• LE LEXIQUE PRÉVOYANCE.....	25
• CONSULTER LA FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ).....	27
• EFFECTUER UNE RÉCLAMATION.....	27
• NOTRE POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PRIVÉES (RGPD).....	28
• NOUS CONTACTER.....	29

IRIS, VOTRE ESPACE ASSURÉ EN LIGNE

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



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



La transmission directe des justificatifs



Le téléchargement de la carte de Tiers-Payant



Le suivi des demandes sur les 3 derniers mois



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 !

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

VOS GARANTIES SANTÉ (1 / 3)

Les remboursements des frais **comprennent ceux effectués par la Sécurité sociale**, dans la limite des frais réels engagés, dans le respect du parcours de soins. Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Retrouvez la liste des bénéficiaires p.17.

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS par bénéficiaire	
	Régime de base	Régime optionnel (y compris la base)
SOINS COURANTS		
HONORAIRES MÉDICAUX		
Consultation et Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	350 % BR	420 % BR
Consultation et Visite d'un médecin généraliste <u>non adhérent</u> à l'un des DPTAM	200 % BR	
Consultation et Visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	350 % BR	420 % BR
Consultation et Visite d'un médecin spécialiste <u>non adhérent</u> à l'un des DPTAM	200 % BR	
Actes techniques et de spécialité pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	350 % BR	420 % BR
Actes techniques et de spécialité pratiqués par un médecin <u>non adhérent</u> à l'un des DPTAM	200 % BR	
HONORAIRES PARAMÉDICAUX		
Auxiliaires médicaux pris en charge par la Sécurité sociale	410 % BR	410 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	410 % BR	410 % BR
IMAGERIE MÉDICALE		
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	350 % BR	410 % BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin <u>non adhérent</u> à l'un des DPTAM	200 % BR	
MÉDICAMENTS		
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100% BR
MATÉRIEL MÉDICAL		
Appareillage (autres optique - dentaire - auditive)	390 % BR	100 % FR
DENTAIRE		
SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ*		
Soins et prothèses dentaires pris en charge par la Sécurité sociale	100 % PLV	100 % PLV
SOINS HORS 100 % SANTÉ*		
Soins dentaires pris en charge par la Sécurité sociale	470 % BR	470 % BR
Parodontologie <u>non prise en charge</u> par la Sécurité sociale	-	150 € / an
PROTHÈSES HORS 100 % SANTÉ*		
Tarifs limités*		
Prothèses et Inlay Core (y compris la couronne implantaire) pris en charge par la Sécurité sociale	470 % BR dans la limite de 100 % PLV	470 % BR dans la limite de 100 % PLV
Inlay Onlay pris en charge par la Sécurité sociale	470 % BR dans la limite de 100 % PLV	470 % BR dans la limite de 100 % PLV

BR : Base de remboursement, **FR** : Frais réels, **TM** : Ticket modérateur (BR - MR), **S.S.** : Sécurité sociale, **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2020 : 3 248 €), **DPTAM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (cette mention s'applique au Contrat d'Accès aux Soins, à l'OPTAM et OPTAM-CO).

*Lexique 100% Santé disponible en page 19.

VOS GARANTIES SANTÉ (2 / 3)

Les remboursements des frais **comprennent ceux effectués par la Sécurité sociale**, dans la limite des frais réels engagés, dans le respect du parcours de soins. Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Retrouvez la liste des bénéficiaires p.17.

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS par bénéficiaire	
	Régime de base	Régime optionnel (y compris la base)
DENTAIRE		
PROTHÈSES HORS 100 % SANTÉ*		
Tarifs libres*		
Prothèses et Inlay Core prises en charge par la Sécurité sociale	470 % BR	470 % BR
Inlay Onlay pris en charge par la Sécurité sociale	470 % BR	470 % BR
Implants dentaires <u>non pris en charge</u> par la Sécurité sociale, , limité à 3 implants par an	Pose de l'implant (phase opératoire) : 350€ Faux moignon implantaire : 150€	Pose de l'implant (phase opératoire) : 350€ Faux moignon implantaire : 150€
ORTHODONTIE		
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	500 % BR	500 % BR
Orthodontie <u>non prise en charge</u> par la Sécurité sociale	-	200 % BR reconstituée
OPTIQUE		
<i>Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.</i>		
ÉQUIPEMENTS 100% SANTE*		
Monture et verres	100 % PLV	100 % PLV
ÉQUIPEMENTS À TARIF LIBRE		
Monture et verres	Cf Grille Optique ITELIS "OPTI 4"	Cf Grille Optique ITELIS "OPTI 5"
AUTRES POSTES OPTIQUES		
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale, par an	900 € / an	900 € / an
Lentilles <u>non prises en charge</u> par la Sécurité sociale, par an	275 € / an	275 € / an
Kératotomie radiaire (intervention correctrice de la myopie)	600 € / œil	600 € / œil
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE⁽¹⁾		
FRAIS DE SÉJOUR		
Dans un établissement conventionné	100 % FR	100 % FR
Dans un établissement <u>non conventionné</u>	90 % FR dans la limite de 480 % BR	90 % FR dans la limite de 480 % BR
HONORAIRES		
Médecin adhérent à l'un des DPTAM	100 % FR	100 % FR
Médecin <u>non adhérent</u> à l'un des DPTAM	200 % BR	100 % FR
AUTRES POSTES HOSPITALISATION		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	100 % FR	100 % FR
Frais d'accompagnement d'enfant de moins 12 ans	60 € / jour	60 € / jour
Transport	410 % BR	410 % BR
MATERNITÉ		
Indemnité forfaitaire	5 % PMSS	15 % PMSS
Frais liés à la maternité	-	RSS + 350 % BR

BR : Base de remboursement, **FR** : Frais réels, **TM** : Ticket modérateur (BR - MR), **S.S.** : Sécurité sociale, **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2020 : 3 428 €), **DPTAM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (cette mention s'applique au Contrat d'Accès aux Soins, à l'OPTAM et OPTAM-CO).

⁽¹⁾L'indemnisation des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation et les frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale est limitée à 90 jours par an par bénéficiaire. Au-delà seul le ticket modérateur (TM) est pris en charge. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier.

*Lexique 100% Santé disponible en page 19.

VOS GARANTIES SANTÉ (3 / 3)

Les remboursements des frais **comprennent ceux effectués par la Sécurité sociale**, dans la limite des frais réels engagés, dans le respect du parcours de soins. Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Retrouvez la liste des bénéficiaires p.17.

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS par bénéficiaire	
	Régime de base	Régime optionnel (y compris la base)
AIDES AUDITIVES		
JUSQU'AU 31/12/2020		
Équipement auditif	2 150 € / appareil	100 % FR
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR
À COMPTER DU 01/01/2021		
<i>Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.</i>		
Équipement 100% Santé*	100 % PLV	100 % PLV
Équipement à tarif libre	1 700 € / appareil	2 150 € / appareil
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR
CURES THERMALES		
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale	5 % PMSS	15 % PMSS
Soins et surveillance	420 % BR	420 % BR
MÉDECINE NON CONVENTIONNELLE et AUTRES FRAIS		
FORFAIT ACTES THÉRAPEUTIQUES CITÉS CI-DESSOUS		
Ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, diététicien, étiope, podologue, aromathérapeute, luminothérapeute, naturopathe, hypnotiseur, réflexologue, phytothérapeute, sophrologue diplômés	3,5 % PMSS / an	5 % PMSS / an
Psychomotricien, psychothérapie, psychologie adulte	3 % PMSS / an	3 % PMSS / an
PRÉVENTION ET ASSISTANCE		
Sevrage tabagique, par an	1 % PMSS / an	1 % PMSS / an
Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale, par an	6 % PMSS / an	6 % PMSS / an
Vaccin antigrippe non remboursé par la Sécurité sociale (sur prescription médicale)	70 € / an	70 € / an
Ostéodensitométrie (sur prescription médicale), par année civile	2,5 % PMSS / an	2,5 % PMSS / an
Dépistage de l'Hépatite B	410 % BR	410 % BR
Détartrage annuel complet sus et sous gingival	470 % BR max 2 séances / an	470 % BR max 2 séances / an
Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (test HPV), tous les 3 ans	100 % BR reconstituée	100 % BR reconstituée
Test ADN du dépistage de la trisomie 21. Sur prescription médicale pour les femmes dont le risque d'avoir un enfant trisomique est supérieur ou égal à 1/250.	600 € / an	600 € / an
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'art D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant. ⁽¹⁾	200 € / an	200 € / an
Connecteurs Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescriptions médicale	100 € / an	100 € / an

BR : Base de remboursement, **FR** : Frais réels, **TM** : Ticket modérateur (BR - MR), **S.S.** : Sécurité sociale, **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2020 : 3 428 €), **DPTAM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (cette mention s'applique au Contrat d'Accès aux Soins, à l'OPTAM et OPTAM-CO).

⁽¹⁾ L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'art D1172-2 du Code de la santé publique.

*Lexique 100% Santé disponible en page 19.

LES PLUS D'IRIS

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 ».

Grille optique

	Dans le réseau ITELIS	Hors réseau ITELIS
Garantie casse des lunettes (2 ans)	Oui	Non
Remboursement de la monture (Base)		100 €
Remboursement de la monture (Option)		150 €

Réseau ITELIS*

Niveau de correction ⁽¹⁾	BASE SEULE OPTI 4 : 0 € à charge sur les verres dans le réseau	BASE + OPTION OPTI 5 : 0 € à charge sur les verres dans le réseau
Faible	Verre aminci, Traitement contre les rayures, Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive, Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture, Si verres unifocaux : Verre aplani Si verres multifocaux : Verres progressifs sur-mesure	Frais réels dans la limite des plafonds du contrat responsable Tous types de verres dont : Verre aminci en fonction de la correction Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Teinte uniforme Teinte dégradée Teinte polarisée Teinte photochromique (fonce au soleil) Si verres unifocaux : Verre aplani - Verre sur-mesure Si verres multifocaux : Verre progressif sur-mesure
Modéré	Verre très aminci, Traitement contre les rayures, Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive, Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture Si verres unifocaux : Verre aplani Si verres multifocaux : Verres progressifs sur-mesure	
Moyen	Verre ultra aminci, Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive, Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture, Si verres unifocaux : Verre aplani Si verres multifocaux : Verres progressifs sur-mesure	
Élevé	Verre ultra aminci, Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive, Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture, Si verres unifocaux : Verre aplani Si verres multifocaux : Verres progressifs sur-mesure	
Très élevé	Verre ultra aminci, Traitement contre les rayures Traitement antireflet, anti UV et anti lumière bleue nocive, Epaisseur du verre optimisée en fonction de la monture, Si verres unifocaux : Verre aplani Si verres multifocaux : Verres progressifs sur-mesure	

*En respectant les plafonds du contrat responsable

Hors réseau ITELIS

Niveau de correction ⁽¹⁾		BASE SEULE OPTI 4	BASE + OPTION OPTI 5
Faible	Verres unifocaux	81 €	81 €
	Verres multifocaux	214 €	214 €
Modéré	Verres unifocaux	86 €	105 €
	Verres multifocaux	226 €	250 €
Moyen	Verres unifocaux	94 €	135 €
	Verres multifocaux	239 €	265 €
Élevé	Verres unifocaux	154 €	185 €
	Verres multifocaux	252 €	300 €
Très élevé	Verres unifocaux	167 €	200 €
	Verres multifocaux	267 €	325 €

⁽¹⁾Description des niveaux de correction disponible dans le lexique optique p.21.

EXEMPLES DE REMBOUSEMENTS

Dans la limite des frais réels facturés :

Votre remboursement maximum Sécurité sociale et votre contrat Gerep	Votre remboursement maximum en cas de souscription à l'option (Sécurité sociale et Gerep)	Votre reste à charge possible
--	---	----------------------------------

Consultation et Visite d'un médecin généraliste **adhérent à l'un des DPTAM(*)**

	87,5 €	105,0 €
BASE	Pas de reste à charge	Reste à charge
OPTION	Pas de reste à charge	Reste à charge

Consultation et Visite d'un médecin spécialiste en gynécologie **non adhérent à l'un des DPTAM(*)**

	46,0 €	96,6 €
BASE	Pas de reste à charge	Reste à charge
OPTION	Pas de reste à charge	Reste à charge

Couronne céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire (100% Santé)

	500,0 €	
BASE	Pas de reste à charge	Reste à charge
OPTION	Pas de reste à charge	Reste à charge

Inlay-onlay Composite ou métallique (Panier maîtrisé)

	470,0 €	
BASE	Pas de reste à charge	Reste à charge
OPTION	Pas de reste à charge	Reste à charge

2 verres unifocaux identiques à correction faible - Tarif Libre et hors réseau

	162,0 €	
BASE	Pas de reste à charge	Reste à charge
OPTION	Pas de reste à charge	Reste à charge

2 verres multifocaux identiques à correction élevée - Tarif Libre et hors réseau

	534,0 €	650,0 €
BASE	Pas de reste à charge	Reste à charge
OPTION	Pas de reste à charge	Reste à charge

Une monture - Tarif libre et hors réseau

	100,0 €	150,0 €
BASE	Pas de reste à charge	Reste à charge
OPTION	Pas de reste à charge	Reste à charge

En 2020 - **Équipement auditif à tarif libre** - Plus de 20 ans

	2 150,0 €	
BASE	Pas de reste à charge	Reste à charge
OPTION	Pas de reste à charge	

*hors participation forfaitaire.

LES PLUS DE VOTRE ESPACE ASSURÉ EN LIGNE

Retrouvez plus d'exemples de remboursement avec le simulateur de votre Espace assuré en ligne.

ADHÉSION À L'OPTION

Adhésion possible :

- À la date d'embauche ou au 1^{er} janvier de chaque année, avec une demande dans les 30 jours ;
- À la date d'un changement de situation de famille (mariage, signature d'un PACS, séparation ou divorce, décès ou perte d'emploi du conjoint, naissance d'un enfant), avec une demande dans les 30 jours accompagnée par le justificatif correspondant ;
- Pour une période minimale de 2 années civiles ;
- Avec les mêmes ayants droit que sur le régime de base.

Seuls cas de résiliation possibles :

- En cas de départ de l'entreprise ;
- Au 31 décembre de chaque année, après une adhésion minimum de 2 années civiles et avec une demande reçue avant le 1^{er} novembre ;
- À la date d'un changement de situation de famille (mariage, signature d'un PACS, séparation ou divorce, décès ou perte d'emploi du conjoint, naissance d'un enfant), avec une demande dans les 30 jours accompagnée par le justificatif correspondant ;
- À la date de surendettement, avec une demande dans les 30 jours accompagnée du justificatif correspondant.

En cas de résiliation, une nouvelle adhésion à l'option n'est possible qu'après une période d'attente de 2 années civiles.

LES PLUS D'IRIS

Vous avez la possibilité de souscrire à l'option facultative depuis votre espace IRIS, rubrique « Mon compte » puis « Souscrire une option ». La souscription à l'option vous donne droit à de meilleurs remboursements en contrepartie d'une cotisation supplémentaire à votre charge. Retrouvez plus d'informations sur la ou les option(s) disponibles aux pages « MES GARANTIES SANTÉ » et CHOIX D'ADHÉSION À L'OPTION ».

VOS REMBOURSEMENTS



Les modalités de remboursement

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

Les décomptes vous sont adressés selon votre choix :

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

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

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

LES PLUS D'IRIS

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

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

La télétransmission

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

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

À SAVOIR

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

Les justificatifs pour vos demandes de prestations

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

ACTES CONCERNÉS		PIÈCES JUSTIFICATIVES À ENVOYER À 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 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 ou à la clinique, y compris la chambre particulière (si prévue dans le contrat) et le forfait hospitalier à hauteur des garanties. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en compte.

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

LES PLUS D'IRIS

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

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

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

La carte de tiers-payant

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

LES PLUS D'IRIS

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

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

↑ Votre numéro d'adhérent Gerep, à rappeler dans vos échanges.

↑ Votre numéro de Sécurité sociale.

↑ Période de garantie (sous réserve de bénéficiaire du contrat sur la totalité de la période)

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

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

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

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

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

* Règle de calcul : 029 - M: RC = 100%TR - MRO

(1) Prise en charge auprès de GEREP (coordonnées au verso)
 (2) Dans le parcours de soins
 (3) Prise en charge pour les partenaires Santeclair par internet ou fax (cf verso)
 (7) Y compris pharmacie à 15 %

↑ Nom, prénom et date de naissance des bénéficiaires. Vérifiez que ces informations sont identiques à celle mentionnées sur votre carte vitale.

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

À SAVOIR

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

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

Itelis propose des services dans le domaine de la santé à destination des assurés/adhérents de ses clients (complémentaires santé). Un réseau de 6 000 professionnels de la santé partout en France pour offrir plus de qualité et plus d'économie dans les domaines très demandés : optique, dentaire, audioprothèse et chirurgie réfractive.

Les avantages des services Itelis :

- Accéder à des prestations de santé de qualité au meilleur coût.
- Bénéficier de solutions simples pour faire les meilleurs choix en santé.
- Obtenir des services de prévention et de soutien.



Optique

Un réseau de 2 500 opticiens partenaires partout en France



Dentaire

Un réseau de 2 500 chirurgiens-dentistes omnipraticiens et 120 spécialistes en implantologie partenaires partout en France



Audioprothèse

Un réseau de 1 000 audioprothésistes partenaires partout en France



Chirurgie réfractive

Un réseau sélectif de 30 centres de chirurgie réfractive partout en France



Ostéopathie / chiropraxie

Un réseau de plus de 250 ostéopathes et chiropracteurs partout en France, consultables en cabinet et à domicile.



Psychologie

Un réseau de plus de 200 psychologues consultant en cabinet, partout en France.
Une plateforme « Psy en Visio », en partenariat avec Ton Psy.

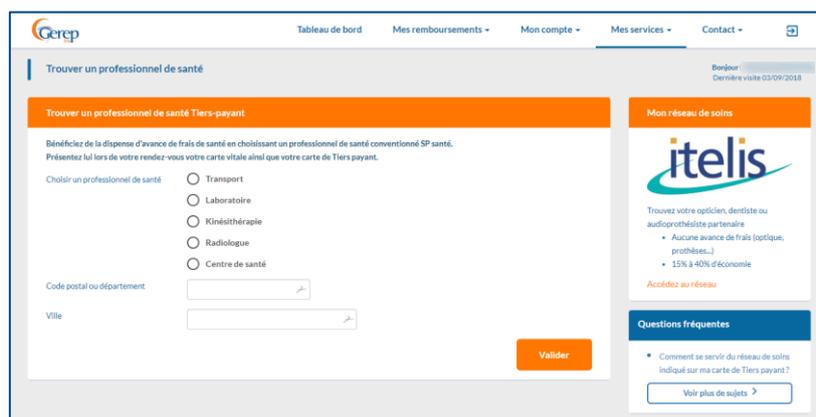


Diététique

Un réseau de plus de 200 diététiciens en cabinet, partout en France.
Une plateforme « Diet en Visio » en partenariat avec Saveurs & Vie.

Retrouvez le détail de l'offre dans votre espace assuré

Pour connaître les adresses des praticiens du réseau Itelis 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 ».



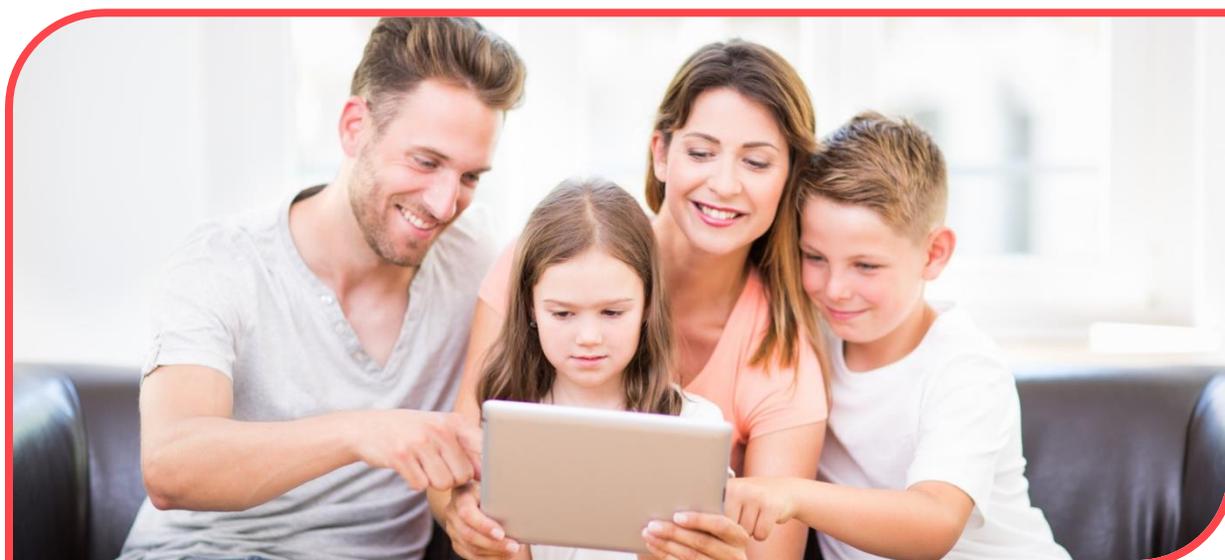
COMMENT S’AFFILIER ?

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.
- Votre conjoint, non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale.
- À défaut votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou votre concubin sous réserve qu'il ne soit pas marié ou lié par un PACS. Selon les cas, une copie du PACS ou un justificatif de domicile commun devra être communiqué.
- Vos enfants à charge et ceux de votre conjoint, de votre partenaire ou de votre concubin :
 - Jusqu'à leur 21^{ème} anniversaire, s'ils sont à charge (ou à celle de votre conjoint) au sens de la Sécurité sociale.
 - Jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire, s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - Ils poursuivent des études secondaires, supérieure ou une formation en alternance ou s'ils trouvent sous contrat d'apprentissage.
 - Ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois.
 - Quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.
- Vos ascendants et ceux de votre conjoint, s'ils sont à charge (ou à celle de votre conjoint) au sens de la Sécurité sociale.

LES PLUS D'IRIS

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



La cessation des garanties

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

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

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

La portabilité des droits

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

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

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

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

LES PLUS D'IRIS

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

LE LEXIQUE 100 % SANTÉ



Dentaire

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

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

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

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



Optique

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

Verre simple : verre simple foyer avec sphère comprise entre -6,00 et +6,00 et avec cylindre inférieur ou égal à +4,00.

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

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



Aides auditives

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



Autres frais

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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.

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.

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

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

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.

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

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.

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.



LE LEXIQUE OPTIQUE ITELIS

NIVEAU DE CORRECTION	SPHÈRE OU SPHÈRE + CYLINDRE		CYLINDRE
Faible	Sphère	De -2 à +2	0
	Sphère	De -2 à 0	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De 0 à +2	Strictement supérieur à 0
Modéré	Sphère	De -4 à -2,25 ou de +2,25 à +4	0
	Sphère	De -4 à -2,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +2,25 à +4	Strictement supérieur à 0
Moyen	Sphère	De -6 à -4,25 ou de +4,25 à +6	0
	Sphère	De -6 à -4,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +4,25 à +6	Strictement supérieur à 0
Elevé	Sphère	De -8 à -6,25 ou de +6,25 à +8	0
	Sphère	De -8 à -6,25	De +0,25 à +4
	Sphère + Cylindre	De +6,25 à +8	Strictement supérieur à 0
Très élevé	Sphère	Strictement inférieur à -8 ou strictement supérieur à +8	0
	Sphère	De -8 à 0	Strictement supérieur à +4
	Sphère	Strictement inférieur à -8	Strictement supérieur à 0
	Sphère + Cylindre	Strictement supérieur à +8	Strictement supérieur à 0

VOTRE CONTRAT PRÉVOYANCE

Votre société a souscrit au profit de ses collaborateurs un régime de prévoyance, à adhésion obligatoire, assuré par AXA, compagnie d'assurance régie par le code des Assurances. Ce guide a pour objet de vous faire connaître l'ensemble des garanties décès, incapacité et invalidité 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 pris en charge. 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, auquel le présent guide ne peut ajouter ni faire novation.

Clause bénéficiaire type par défaut

Si aucune clause bénéficiaire particulière n'est adressée à l'assureur, le bénéfice du capital garanti en cas de décès du participant et du complément du capital prévu en cas de décès par accident est dévolu :

- au conjoint non séparé judiciairement,
- à défaut à son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte civil de solidarité,
- à défaut à son concubin et sous réserve qu'il justifie d'une durée de vie commune depuis au moins 2 ans avant la date du décès de l'assuré. Si un enfant est né de cette union, le délai de 2 ans, n'est pas exigé
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré vivants ou représentés et, s'agissant des enfants du conjoint ou du partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, à ceux ayant ouvert droit à la « majoration par personne à charge » s'agissant de l'OPTION 1 ou 2, ou au versement de la rente éducation s'agissant de l'OPTION 2,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents de l'assuré, ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, aux héritiers de l'assuré.

Autre désignation de bénéficiaire

Si vous souhaitez utiliser une autre désignation de bénéficiaire en cas de décès, **ci-après quelques recommandations.**

- **Désignation du conjoint** : évitez de nommer votre conjoint, préférez la rédaction suivante : « *mon conjoint non séparé de droit* ». Ainsi, en cas de remariage, le capital sera versé au dernier conjoint et en cas de divorce ou de séparation de droit, le capital reviendra au bénéficiaire suivant.
- **Désignation du concubin ou du partenaire d'un PACS** : selon le cas, indiquez simplement : « *mon concubin* » ou « *partenaire lié par un PACS* ». C'est la personne qui pourra justifier de cette qualité au moment du décès qui sera bénéficiaire du capital. Le concubin devra justifier de sa situation en produisant une attestation de concubinage notoire. Le partenaire d'un PACS devra communiquer la convention de PACS.
- **Désignation des enfants** : évitez de nommer vos enfants car cela exclurait les enfants à naître. Préférez la formule : « *mes enfants nés et à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux* ».
- **Désignation des parents** : préférez l'une des formules suivantes : « *mon père et ma mère par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant au survivant* », ou si l'un des deux est désigné en priorité : « *mon père, à défaut ma mère* » (ou inversement).

ATTENTION : Si vous désignez plusieurs bénéficiaires, il est important de préciser le degré et/ou la répartition de priorité de chacun d'eux.

- **Cas n°1** : vous souhaitez que le capital soit versé en totalité à la première personne désignée, et si celle-ci est décédée, à la suivante. Rédigez de la façon suivante : « *Monsieur X..., à défaut Madame Y...* ».
- **Cas n°2** : vous souhaitez que le capital soit réparti de façon égale entre les différents bénéficiaires. Rédigez de la façon suivante : « *Monsieur X..., Madame Y... par parts égales entre eux. En cas de décès de l'un d'eux, sa part reviendra au survivant* ».
- **Cas n°3** : vous souhaitez que le capital soit réparti de manière inégale entre les différents bénéficiaires, dans la limite de 100 % du capital. Rédigez de la façon suivante : « *30 % à Monsieur X..., 50 % à Madame Y..., 20 % à Monsieur Z...* ».

VOS GARANTIES PRÉVOYANCE (1/2)

Les garanties sont exprimées en pourcentage du salaire.

NATURE DES GARANTIES Base de calcul des prestations	MONTANT DES PRESTATIONS Salaire de référence (TA+TB+TC+TD)	
	OPTION I	OPTION II
Capitaux Décès & IAD toutes causes		
Célibataire, veuf, divorcé, sans personne à charge	225 % du salaire de référence	185 % du salaire de référence
Marié, concubin ou pacs sans personne à charge	300 % du salaire de référence	200 % du salaire de référence
Célibataire, veuf, divorcé, avec une personne à charge	375 % du salaire de référence	235 % du salaire de référence
Marié, concubin ou pacs avec une personne à charge	375 % du salaire de référence	250 % du salaire de référence
Majoration par personne à charge supplémentaire	75 % du salaire de référence	50 % du salaire de référence
Minimum	Cadres : 340 % PASS Non cadres: 170 % PASS	Cadres : 340 % PASS Non cadres: 170 % PASS
Plafond Annuel de la Sécurité sociale en 2017 : 39 228 €. Ce montant évolue au 1er janvier de chaque année.		
Décès ou Invalidité Absolue et Définitive par accident		
Capital versé	Capital décès toutes causes doublé	
Prédécès		
Prédécès du conjoint, concubin ou partenaire	100 % du salaire de référence dans la limite de la tranche C	50 % du salaire de référence dans la limite de la tranche C
Rente éducation annuelle par enfant à charge		
jusqu'au 18ème anniversaire		12 % du salaire de référence (Minimum 12 % PASS pour les non cadres et 24 % PASS pour les cadres)
du 18ème au 26ème anniversaire	-	15 % du salaire de référence (Minimum 15 % PASS pour les non cadres et 30 % PASS pour les cadres)
Au-delà du 26ème anniversaire pour les enfants invalides		15 % du salaire de référence (Minimum 15 % PASS pour les non cadres et 30 % PASS pour les cadres)
Enfant orphelin de père et de mère		Doublément de la rente
Rente de conjoint		
Rente temporaire jusqu'à la réversion	-	10 % du salaire de référence
Double effet		
Décès du conjoint simultané ou postérieur au décès de l'assuré, avant 60 ans	100 % capital décès toutes causes	
Frais d'obsèques		
Décès de l'assuré	100 % PMSS	
Décès d'un enfant à charge (dans la limite des frais engagés pour les enfants de - de 12 ans)	50 % PMSS	
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale : 3 428 € en 2020. Ce montant évolue au 1er janvier de chaque année.		

VOS GARANTIES PRÉVOYANCE (2/2)

Les garanties sont exprimées en pourcentage du salaire.

NATURE DES GARANTIES Base de calcul des prestations	MONTANT DES PRESTATIONS Salaire de référence (TA+TB+TC+TD)	
	OPTION I	OPTION II
Incapacité temporaire sous déduction des prestations SS		
Franchise	En relais des obligations conventionnelles de votre entreprise et au plus tôt au 91 ^{ème} jour d'arrêt de travail	
Prestations versées sous déduction Ss	85 % du salaire de référence <i>Dans la limite de 100% du salaire net</i>	
Incapacité permanente sous déduction des prestations SS		
Rente de 1 ^{ère} catégorie	45 % du salaire de référence ⁽¹⁾ <i>Dans la limite de 100% du salaire net</i>	
Rente de 2 ^{ème} catégorie ou 3 ^{ème} catégorie	85 % du salaire de référence <i>Dans la limite de 100% du salaire net</i>	
⁽¹⁾ en cas d'accident du travail/maladie professionnelle pour un taux compris entre 33 et 66 %, application de la formule suivante "85 % x (3/2) x N"		
Incapacité permanente supérieure à 66% en cas d'arrêt de travail / maladie professionnelle		
Versement d'une partie du capital décès par anticipation	170 % du salaire de référence dans la limite de la tranche C	
Individuelle accident		
En cas d'infirmité permanente partielle (Franchise relative de 10%)	Taux d'infirmité * 250 % du salaire de référence	Taux d'infirmité * 150 % du salaire de référence
Incapacité (2 ^{ème} ou 3 ^{ème} catégorie) définitive accidentelle	300 % du salaire de référence	200 % du salaire de référence

(1) en cas d'accident du travail/maladie professionnelle pour un taux compris entre 33 et 66 %, application de la formule suivante "85 % x (3/2) x N"

LE LEXIQUE PRÉVOYANCE

Base des prestations : les prestations sont exprimées en pourcentage d'un montant appelé « base des prestations ». La base des prestations est égale au salaire annuel brut. La base des prestations peut être limitée à :

- Tranche A : fraction de salaire au maximum égale au plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche B : fraction de salaire comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et 4 fois celui-ci.
- Tranche C : fraction de salaire comprise entre 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale et 8 fois celui-ci.

Base des prestations arrêt de travail : la base des prestations pour le calcul des prestations Arrêt de travail est divisée par 365.

Contrat de prévoyance : consiste à se couvrir contre tous les aléas de la vie liés à la personne. La prévoyance couvre deux grands domaines de risques : les risques liés au décès, à l'incapacité et à l'invalidité, interrompant ou suspendant totalement l'activité professionnelle, et de fait les revenus de l'assuré.

Double effet : capital complémentaire au capital décès souscrit, versé aux enfants à charge si le conjoint décède au cours de l'année suivant le décès de l'assuré.

Franchise : période d'attente pendant laquelle les indemnités journalières complémentaires ne sont pas versées.

Franchise continue : nombre de jours d'arrêt de travail sans reprise de travail.

Franchise discontinuée : cumul de jours d'arrêt de travail consécutifs ou non sur une période donnée après lequel la garantie commence à être payée.

Invalidité : inaptitude totale ou partielle, définitive et permanente du salarié à exercer son activité professionnelle suite à une maladie ou à un accident et indemnisée par la Sécurité sociale, sous réserve d'un éventuel contrôle médical. A titre indicatif, classement par la Sécurité sociale en 3 catégories :

- 1^{ère} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée.
- 2^{ème} catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une quelconque profession.
- 3^{ème} catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une quelconque profession et qui sont en outre obligés d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Invalidité absolue et définitive (IAD) : désigne en droit français l'impossibilité d'exercer une quelconque activité professionnelle procurant un revenu, et la perte d'autonomie irréversible nécessitant l'aide d'une autre personne. Il est défini dans le code de la Sécurité sociale, dans l'article L161-4.

Incapacité permanente de travail : état du participant dû à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, reconnu comme consolidé par la Sécurité sociale. Le taux d'incapacité permanente est fixé par la Sécurité sociale.
Incapacité temporaire de travail : inaptitude temporaire à exercer son activité professionnelle suite à une maladie ou à un accident, indemnisée par la Sécurité sociale.

Rechute : nouvelle incapacité temporaire de travail ayant pour origine une cause identique à la précédente incapacité indemnisée par notre organisme et datant de moins de deux mois.

Rente de conjoint : somme versée à un veuf ou à une veuve au décès de son conjoint salarié en activité. La rente de conjoint est calculée en fonction du salaire brut défini au contrat.

Rente d'éducation : somme versée aux enfants ayant perdu l'un de leurs parents, salarié en activité. Elle est destinée à financer leurs études.

Cette liste n'est pas exhaustive, les éléments ne s'appliquent pas forcément pour chaque contrat.

Modalités du choix d'option en prévoyance

- L'OPTION 1 s'adresse à l'assuré sans enfant à charge et sans conjoint, sans concubin ou partenaire lié par un Pacte civil de Solidarité.
- L'OPTION 2 s'adresse à l'assuré ayant au moins un enfant à charge ou ayant un conjoint, un concubin ou un partenaire lié par un Pacte civil de Solidarité.

En tout état de cause, le choix de l'option est déterminé en fonction de la situation de famille de l'assuré à la date de survenance du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré. En cas de décès de l'assuré et sous la double condition que :

- l'assuré n'ait pas bénéficié de son vivant d'aucune garantie du contrat, à l'exclusion des prestations périodiques dues au titre des garanties incapacité temporaire, invalidité permanente et frais d'obsèques.
- et, qu'il n'y ait pas d'enfant à charge mineur susceptible de bénéficier de la garantie rente éducation à la date de décès de l'assuré, les bénéficiaires du capital décès et des garanties rente de conjoint

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

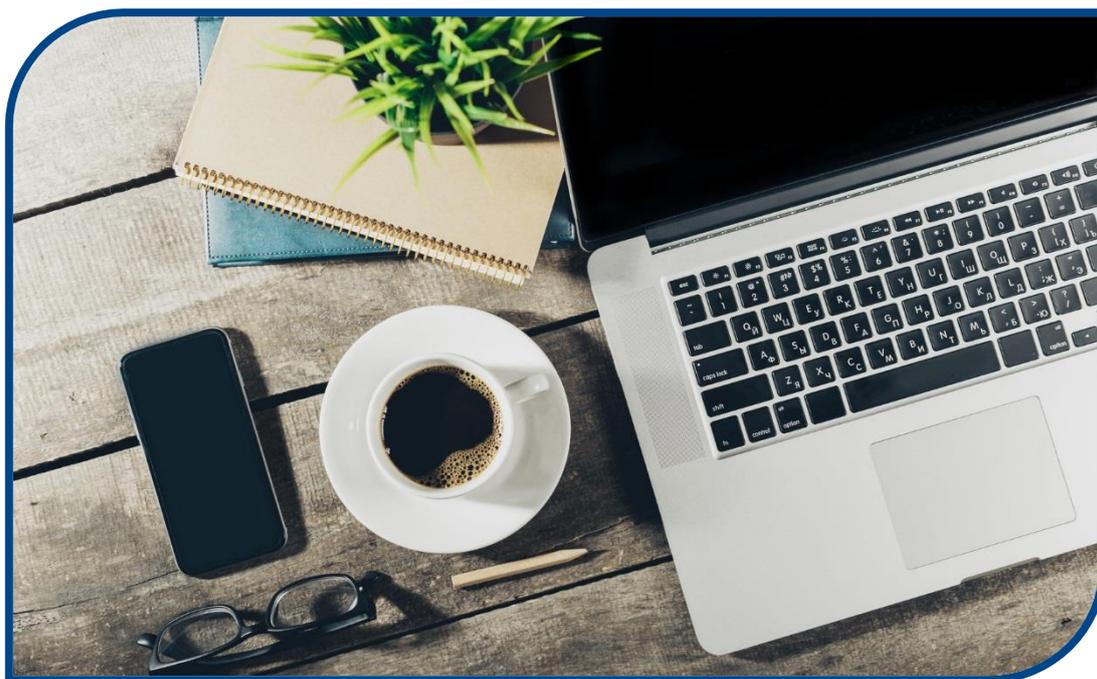
Envoyez vos courriers à l'adresse ci-après :

GEREP

4, rue de Vienne

CS 40001

75378 Paris Cedex 08





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