Guide d'utilisation

Vos régimes de Prévoyance & Remboursement Frais de santé

---

mise à jour 1er janvier 2010

Sommaire

PREVOYANCE

- Extrait de vos garanties prévoyance ..... page 3
- Base de calcul des prestations ..... page 4
- Choix de l'option ..... page 4
- Attribution du bénéfice de l'assurance décès ..... page 4
- Situation de famille prise en considération pour l'application des garanties en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive ..... page 5
- Situation de famille prise en considération pour l'application des garanties en cas d'arrêt de travail ..... page 6
- Cessation des garanties ..... page 7
- Rente d'éducation ..... page 7
- Rente de conjoint ..... page 7
- Exclusions ..... page 7
- Information ..... page 8

FRAIS DE SANTE

- Extrait de vos garanties frais de santé ..... page 10
- Les bénéficiaires du contrat ..... page 11
- Tiers payant, devis et prise en charge ..... page 11
- Vos remboursements ..... page 11
- La cessation des garanties ..... page 12
- La Télétransmission ..... page 12
- Quelques recommandations ..... page 12

Votre contrat de prévoyance

La société XEROX a souscrit au profit de l'ensemble de ses collaborateurs, un régime de prévoyance, à adhésion obligatoire, assuré auprès du GAN, compagnie d'assurance régie par le code des Assurances.

Extrait de vos garanties prévoyance

Les garanties sont exprimées en pourcentage du salaire de référence

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS	
	Option 1	Option 2
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
• Par personne à charge supplémentaire	75% du salaire de référence	50% du salaire de référence
Capitaux Décès et IAD par accident	capital décès maladie doublé	
Rente d'éducation annuelle (par enfant à charge) suite au décès ou IAD de l'affilié		minimum 719 € / an / enfant
• Jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'enfant atteint son 17ème anniversaire	-	8% du salaire de référence
• A compter du 1er janvier qui suit le 17ème anniversaire et jusqu'au terme de la prestation	-	12% du salaire de référence
Rente de conjoint annuelle suite au décès ou IAD de l'affilié		
• Temporaire	-	8% du salaire de référence
Double effet (décès du conjoint simultané ou postérieur au décès de l'assuré, avant 60 ans)	100% capital décès maladie	
Allocation d'obsèques		
• En cas de décès du conjoint	100% du salaire de référence plafonné à la tranche C	50% du salaire de référence plafonné à la tranche C
• En cas de décès d'un enfant à charge	50% pmss	50% pmss
• En cas de décès de l'assuré	100% pmss	100% pmss
Individuelle accident		
• En cas d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie Sécurité Sociale	300% du salaire de référence	200% du salaire de référence
• En cas d'infirmité permanente partielle (franchise relative de 10%)	250% du salaire de référence * taux d'infirmité	150% du salaire de référence * taux d'infirmité
Invalidité 2ème catégorie Sécurité Sociale	Invalidité suite à accident du travail ou maladie professionnelle avec un taux supérieur à 66% : versement par anticipation d'une partie du capital décès égal à 150% du salaire brut de référence plafonné à la tranche C	
Incapacité temporaire de travail (1)		
• Franchise	en relais de votre convention collective d'entreprise et au plus tôt au 91ème jour d'arrêt de travail	
• Indemnités journalières	40% TA - 90% TBCD (+5% si enfant à charge)	
Invalidité permanente (1)		
• Rente 1ère catégorie (taux compris entre 33% et 66%)	N/66 de la rente de 2ème catégorie	
• Rente 2ème catégorie	40% TA - 90% TBCD (+5% si enfant à charge) du salaire net	
• Rente 3ème catégorie	40% TA - 90% TBCD (+5% si enfant à charge) du salaire net	

IAD : Invalidité 3ème catégorie Sécurité Sociale
pmss : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (valeur 2010 : 2885 €)
(1) en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale et dans la limite de 100% du salaire net à payer

Ce document n'est pas contractuel et ne se substitue pas à la notice d'information qui seule fait loi.

Base de calcul des prestations

La rémunération prise en considération pour la détermination des prestations est égale à quatre fois le total des rémunérations mensuelles fixes perçues par l'affilié durant les trois derniers mois ayant précédé celui au cours duquel s'est produit le décès ou le dernier arrêt de travail (à l'exclusion du 13ème mois) majoré de 25% du dernier mois hors ancienneté précédant le décès ou le dernier arrêt de travail, auquel s'ajoutent tous les éléments variables payés au cours des douze mois précédents.

La rémunération est divisée en quatre tranches A, B, C et D selon la définition :

- Tranche A : fraction de la rémunération limitée au montant du salaire plafond annuel de la Sécurité Sociale.
- Tranche B : fraction de la rémunération supérieure au montant du salaire plafond annuel de la Sécurité Sociale, le montant de cette tranche étant limitée à trois fois le montant du salaire plafond annuel de la Sécurité Sociale.
- Tranche C : fraction de la rémunération supérieure à quatre fois le montant du salaire plafond annuel de la Sécurité Sociale ; le montant de cette tranche étant limitée à quatre fois le montant du salaire plafond annuel de la Sécurité Sociale.
- Tranche D : fraction de la rémunération supérieure à huit fois le montant du salaire plafond annuel de la Sécurité Sociale.

Ainsi définie, elle est désignée dans le contrat sous le terme « salaire de base » (ou salaire de référence).

En cas de maintien des garanties décès et invalidité absolue et définitive, le montant des prestations est fixé en retenant comme base de calcul le salaire déterminé comme il est indiqué ci-dessus, à la date d'arrêt de travail.

Pour l'affilié qui n'a pas exercé ses fonctions pendant trois mois lors de la survenance de l'événement ouvrant droit aux prestations, le salaire de base servant à la détermination des prestations est reconstitué à partir de la moyenne des salaires bruts effectifs et exigibles depuis l'entrée dans l'assurance, sans qu'il puisse excéder la rémunération annuelle brute déclarée par la contractante à l'affiliation.

Choix de l'option

- OPTION I : s'adresse aux affiliés sans enfant à charge et sans conjoint, partenaire ou concubin, répondant aux conditions définies au contrat.
- OPTION II : s'adresse aux affiliés ayant au moins un enfant à charge ou ayant un conjoint, partenaire ou concubin répondant aux conditions définies au contrat.

Lors d'un sinistre, l'option applicable sera déterminée en fonction de la situation de famille de l'affilié.

Cependant, en cas de décès de l'affilié et à condition :

- que l'affilié n'ait bénéficié de son vivant d'aucune garantie du contrat, à l'exclusion des garanties incapacité temporaire, invalidité permanente et allocation d'obsèques,
- qu'il n'y ait plus, à la date du décès, d'enfant à charge mineur susceptible de bénéficier de la rente d'éducation prévue à l'article 14,

les bénéficiaires du capital décès et des rentes de conjoint et d'éducation prévues à l'OPTION II pourront opter collectivement et irrévocablement pour l'OPTION I. Leur décision devra être notifiée à l'assureur par lettre recommandée avec accusé de réception signée par chacun des intéressés dans les quinze jours suivant le décès de l'affilié. A défaut ou en cas de désaccord entre les intéressés, l'OPTION II s'appliquera automatiquement.

Attribution du bénéfice de l'assurance décès

- Attribution du capital.

Sauf stipulation contraire valable au jour du décès de l'affilié, le capital garanti revient :

- à son conjoint survivant non séparé de corps judiciairement,
- à défaut à son partenaire ou concubin dans les conditions précisées ci-dessous,
- à défaut à ses enfants vivants ou représentés comme en matière de succession,
- à défaut à ses ascendants,
- à défaut à ses autres héritiers.

Si l'affilié a souscrit un Pacte Civil de Solidarité, la personne engagée avec lui, ci-après nommée "partenaire", est assimilée au conjoint pour l'attribution des garanties Décès prévues au contrat.

Si l'affilié vit en concubinage, son concubin est assimilé au conjoint pour l'attribution des garanties Décès prévues au contrat, dans la mesure où :

- L'affilié et son concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun d'entre eux est célibataire, veuf ou divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité – PACS avec une autre personne)

ET

- qu'un enfant reconnu des 2 parents est né de leur union,
- à défaut, qu'il peut être prouvé une période de 2 ans de vie commune.

Toutefois, aucune condition de durée de vie commune ou de naissance d'enfant ne sera exigée pour la détermination du montant du capital (hors majoration par enfant à charge) prévu en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'affilié et pour l'application des garanties Rente de "conjoint" et Pré-décès des "conjoints" des affiliés.

Cependant, en cas de concubins multiples, la rente de "conjoint" ne sera versée qu'au seul concubin qui justifiera d'une durée de vie commune de 2 ans avec l'affilié ou de la naissance d'un enfant de l'affilié, issue du concubinage.

Si l'affilié désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément les bénéficiaires de son choix.

Si en cours de contrat, l'affilié désire changer le bénéficiaire du capital garanti, il doit en faire la déclaration à l'assureur et désigner le ou les bénéficiaires de son choix.

Toute désignation ou changement de désignation non porté à la connaissance de l'assureur lui est inopposable.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie, l'affilié devra préciser pour chacun des bénéficiaires désignés ses nom et prénoms ainsi que la date et le lieu de sa naissance.

L'ouverture du droit des bénéficiaires au capital garanti est subordonnée à leur existence au surlendemain du jour du décès de l'affilié.

Attribution des majorations.

Le droit aux majorations pour charges de famille est subordonné à l'existence des personnes y ouvrant droit, le surlendemain du jour du décès de l'affilié.

En présence de plusieurs personnes (enfants et ascendants) à charge, les majorations auxquelles elles ouvrent droit sont totalisées pour être réparties par parts égales entre elles.

La majoration à laquelle ouvre droit l'enfant revient à son père ou à sa mère survivant, à condition que ce parent soit désigné pour bénéficier de tout ou partie du capital garanti.

Dans le cas contraire, elle revient à l'enfant lui-même. Il est précisé que la majoration du capital revenant à l'ascendant est versée à l'ascendant lui-même.

Situation de famille prise en considération pour l'application des garanties en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive

La situation de famille de l'affilié est appréciée au regard de l'état civil, étant toutefois précisé que :

Si l'affilié a souscrit un Pacte Civil de Solidarité, la personne engagée avec lui, ci-après nommée "partenaire", est assimilée au conjoint pour l'application des garanties Décès et Invalidité absolue et définitive prévues au contrat.

Si l'affilié vit en concubinage, son concubin est assimilé au conjoint pour l'application des garanties Décès et Invalidité absolue et définitive prévues au contrat, dans la mesure où l'affilié et son concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun d'entre eux est célibataire, veuf ou divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité – PACS avec une autre personne).

Sont considérés comme personnes à charge :

- les enfants de l'affilié ;
- ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement ou de la personne engagée avec lui dans les liens d'un PACS ou de son concubin tel que défini ci-dessus, à condition que ces enfants soient considérés comme fiscalement à charge de l'affilié ou perçoivent de l'affilié une pension alimentaire déductible du revenu imposable de ce dernier ; sous réserve :

  - qu'ils soient âgés de moins de 21 ans ;
  - qu'âgés de moins de 26 ans :
    - ils poursuivent leurs études et soient inscrits au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ou au régime général de la Sécurité Sociale au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU)
    - ou exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du SMIC
    - ou se trouvent sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du Travail ou poursuivent une formation professionnelle en alternance
    - ou soient, préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrits à l'ANPE comme demandeur d'emploi ou stagiaires en formation professionnelle
  - que handicapés, ils ne puissent se livrer à aucune activité professionnelle et perçoivent quel que soit leur âge, une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés. Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution des allocations précitées mais auxquels celles-ci ne soit pas versées en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge ;

Les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'affilié sont pris en considération.

- Les ascendants fiscalement à charge de l'affilié ou percevant une pension alimentaire déductible du revenu de l'affilié ;

Toutefois, pour le service de la rente d'éducation sont considérés comme enfants à charge indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'affilié, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- jusqu'à leur 18ème anniversaire, sans condition
- jusqu'à leur 26ème anniversaire, et sous conditions, soit :

  - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel,
  - d'être en apprentissage, aux conditions prévues par le Code du Travail ou de poursuivre une formation professionnelle en alternance,
  - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrit à l'ANPE comme demandeur d'emploi ou stagiaire en formation professionnelle,
  - d'être employé par un centre d'Aide par le Travail en tant que travailleur handicapé,
  - sans limitation de durée pour les handicapés, qui ne peuvent se livrer à aucune activité professionnelle et perçoivent quel que soit leur âge, une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés. Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution des allocations précitées mais auxquels celles-ci ne soit pas versées en raison de leur niveau de ressources.

Par assimilation, sont considérés à charge les enfants recueillis – c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin, tel que défini ci-dessus ou du partenaire lié par un PACS – de l'affilié décédé, qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'affilié sont pris en considération

Situation de famille prise en considération pour l'application des garanties en cas d'arrêt de travail

Sont réputés à la charge de l'affilié, ses enfants et ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement, à condition que :

- ces enfants aient leur résidence habituelle chez l'affilié ou son conjoint ou qu'ils l'aient eu jusqu'à leur majorité ou, s'il s'agit d'enfants de l'affilié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire,

ET

- qu'ils soient âgés de moins de 21 ans, ou que handicapés, ils bénéficient des allocations prévues par la législation sociale en faveur des adultes handicapés, ou qu'âgés de moins de 25 ans ils soient apprentis ou poursuivent leurs études et soient inscrits à ce titre à un régime de Sécurité Sociale quel qu'il soit.

Cessation des garanties

Les garanties du contrat prennent fin pour chaque affilié, à la date de cessation de son affiliation. En tout état de cause, elles cessent, excepté pour les affiliés bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul emploi-retraite, à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime social de base dont il dépend, y compris pour inaptitude au travail. Il est toutefois précisé que, pour chaque affilié, cesse au plus tard:

- la garantie double effet au 60ème anniversaire de son conjoint, partenaire ou concubin,
- la garantie allocation d'obsèques, pour les enfants, dès qu'ils cessent d'être à charge.
- la garantie décès du "conjoint" le premier jour du trimestre civil suivant le 65ème anniversaire du conjoint, partenaire ou concubin.

En cas de rupture du contrat de travail donnant lieu à indemnisation par le Pôle Emploi, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties en application de l'Article 14-avenant 3 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI).

Rente d'éducation

La rente est payable à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil, sans arrérage au décès du bénéficiaire. Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date du décès de l'affilié ou d'exigibilité de la prestation en cas d'invalidité absolue et définitive et l'échéance trimestrielle suivante.

Les rentes d'éducation sont servies :

- durant la minorité de l'enfant à l'administrateur légal des biens de l'enfant,
- dès la majorité légale de l'enfant à l'enfant lui-même.

Rente de conjoint

La rente est payable à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil, sans arrérage au décès du bénéficiaire. Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date du décès de l'affilié ou d'exigibilité de la prestation en cas d'invalidité absolue et définitive et l'échéance trimestrielle suivante.

La rente temporaire cesse d'être due à la date de liquidation de la pension de retraite du bénéficiaire.

En cas d'invalidité absolue et définitive de l'affilié, la rente est versée sous réserve qu'il n'y ait pas rupture du mariage, du PACS ou du concubinage.

Exclusions

Tous les risques de décès quels qu'en soient la cause et le lieu, sont garanties sous réserves des dispositions ci-après :

- Le suicide n'est couvert qu'un an après l'affiliation au contrat, ou à un précédent contrat souscrit auprès d'un organisme de prévoyance,

La garantie décès de l'affilié consécutif à un accident :

La garantie de l'assureur s'applique lorsque l'accident a entraîné des blessures ou lésions mortelles à condition que le décès de l'affilié survienne dans les douze mois qui suivent la date de l'accident.

Par le mot "accident", il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'affilié et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Est notamment assuré, au titre de la présente garantie, le décès survenant au cours de la pratique des sports suivants :

- sports de vol libre nécessitant ou non l'obtention d'une licence de pilotage et l'immatriculation de l'appareil (U.L.M., Delta-planes),
- alpinisme.

Toutefois, il est précisé que la garantie ne s'applique qu'aux affiliés observant la réglementation en vigueur pour la pratique de ces sports, titulaires des certificats d'aptitude requis et uniquement en cas de décès survenant en dehors de la participation de l'affilié à toute compétition, match ou concours.

La garantie ne s'applique pas en cas de mort résultant des faits suivants :

- maladie même d'origine accidentelle,
- accidents causés intentionnellement par l'affilié ou résultant de tentatives de suicide de l'affilié ou de l'usage de stupéfiants non ordonné médicalement,
- accidents occasionnés par les émeutes et les rixes (sauf le cas de légitime défense).

La garantie invalidité absolue et définitive ne s'applique pas dans les cas suivants :

- d'un fait intentionnel de l'affilié,
- d'une tentative de suicide de l'affilié survenant moins d'un an après l'affiliation tant au présent contrat qu'à un précédent contrat souscrit auprès de GAN EUROCOURTAGE VIE ou d'un autre organisme de prévoyance ;
- d'usage de stupéfiants à des fins autres que médicales ;
- de maladie même d'origine accidentelle, lorsque l'invalidité absolue et définitive est consécutive à un accident.

La garantie arrêt de travail ne s'applique pas dans les cas suivants :

- accidents ou maladies causés intentionnellement par l'affilié, ou qui résultent de tentatives de suicide de l'affilié (lorsque celui-ci survient moins de deux ans après l'affiliation tant au présent contrat qu'à un précédent contrat souscrit auprès du GAN ou d'un autre organisme de prévoyance),
- émeutes et rixes (sauf le cas de légitime défense et celui de l'accomplissement du devoir professionnel).

La garantie arrêt de travail s'applique à la double condition :

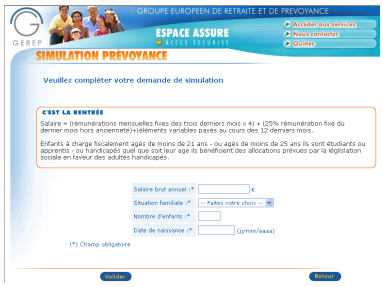
- que l'assuré perçoive, à ce titre, des prestations en espèces de la Sécurité Sociale.
- que l'assuré soit reconnu par l'assureur comme étant atteint d'une incapacité temporaire ou d'une invalidité permanente. L'état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente est apprécié par le médecin conseil de l'assureur indépendamment des décisions des régimes sociaux de base.

La garantie individuelle accident ne s'applique pas dans les cas suivants :

- les conséquences de maladies ou d'un état pathologique quelconque,
- l'accident causé intentionnellement par l'affilié,
- les tentatives de suicide survenant moins d'un an après l'affiliation au contrat ou à un précédent contrat souscrit auprès de GAN EUROCOURTAGE VIE ou d'un autre organisme de prévoyance,
- les accidents dus à des rixes (sauf le cas de légitime défense), duels, crimes ou délits causés par le bénéficiaire, soit encore consécutifs à l'usage habituel par l'affilié de stupéfiants non prescrits médicalement,
- les accidents survenus au cours des périodes militaires d'instruction en temps de paix, si leur durée excède 45 jours. Dans ce cas, de même que dans le cas où l'affilié accomplit son service militaire ou est soumis à un ordre de mobilisation, les effets de la garantie sont suspendus de plein droit à compter de la date d'incorporation de l'affilié, la contractante s'obligeant à faire connaître cette date à l'assureur par lettre recommandée ainsi que celle du retour de l'affilié à la vie civile.

Information

Vous avez la possibilité de simuler vos garanties prévoyance en consultant le site web de gestion de GEREP, dans l'espace assuré et la rubrique « simulateur prévoyance ».



Votre contrat de frais de santé

La société XEROX a souscrit au profit de l'ensemble de ses collaborateurs un régime de remboursement frais médicaux, maladie, chirurgie, maternité, à adhésion obligatoire, assuré auprès du GAN, compagnie d'assurance régie par le code des Assurances.

Cette notice a pour objet de vous faire connaître l'ensemble des garanties maladie, chirurgie, et maternité dont vous bénéficiez et de vous servir de guide pratique concernant les modalités d'application de ces garanties ainsi que les formalités à accomplir pour être remboursé.

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

Le gestionnaire du régime est le Groupe Européen de Retraite et Prévoyance
GEREP
18 rue de la Pépinière, 75008 Paris,
tél. 01.45.22.52.53, télécopie 01.45.22.15.87,
email : sante@gerep.fr
site internet : www.gerep.fr
horaires d'ouverture : 8 h 30 – 18 h

L'ensemble des salariés figurant à l'effectif de l'entreprise bénéficie de l'intégralité du régime décrit au verso. Les salariés nouvellement embauchés sont rattachés au contrat dès leur premier jour au sein de l'entreprise sous réserve que GEREP ait bien reçu le bulletin d'adhésion.

La date d'effet de l'affiliation de vos ayants droit est identique à la vôtre sauf mentions particulières précisées dans l'extrait de vos garanties. Elle prend effet immédiatement lors de la modification de votre situation de famille (mariage ou naissance).

IMPORTANT

Sont couverts par GEREP, tous les frais que vous avez engagés en France et dans les pays ayant passé une convention avec la Sécurité Sociale.

Un Impératif : tous les soins doivent figurer à la nomenclature Sécurité Sociale, qu'ils fassent l'objet d'un remboursement par cet organisme ou qu'ils soient refusés , sauf cas particuliers.

Les remboursements de la Sécurité Sociale, de l'assureur et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés, pour chaque poste ou acte garanti. Les garanties cumulatives produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'assuré peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Sous peine de déchéance, l'assuré doit faire la déclaration des assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'affiliation. Pour les frais engagés à l'étranger et garantis au titre du contrat, le remboursement de l'assureur est limité aux prestations qui auraient été versées en France.

Pour connaître le niveau de remboursement,
voir le résumé de garanties ci-après.

Extrait de vos garanties frais de santé

en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale
et dans la limite des frais réels engagés et des limites définies ci-dessous

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES PRESTATIONS
Honoraires médicaux - frais de médecine courante	
• Généraliste, spécialiste	350% BR (1)
• Actes de spécialités (actes en K, radio)	350% BR (1)
• Analyses, auxiliaires médicaux	350% BR (1)
• Transport accepté par la Séc. Soc.	350% BR (1)
Pharmacie	100% ticket modérateur
Optique	
• Verres acceptés par la Séc. Soc.	Voir grille optique page 11
• Monture acceptée par la Séc. Soc.	Enfant de moins de 15 ans : 5% pmss Autres assurés : 8% pmss par an
• Lentilles acceptées par la Séc. Soc.	29% pmss par paire
• Lentilles refusées par la Séc. Soc. (y compris jetables)	9% pmss par an
• Kératotomie radiaire (intervention correctrice de la myopie)	15% pmss par œil
Dentaire	
• Soins Dentaires acceptés par la Séc. Soc.	400% BR
• Prothèses Dentaires inscrites à la nomenclature Séc. Soc.	400% BR
• Implant dentaire (base SPR 50)	400% BR
• Orthodontie acceptée par la Séc. Soc.	400% BR
• Orthodontie refusée par la Séc. Soc.	200% BR reconstitué
Prothèses médicales, orthopédiques et auditives acceptées par la Séc. Soc.	100% frais réels - rss
Hospitalisation Médicale et Chirurgicale	
• Séjour et Honoraires	100% frais réels - rss (2)
• Forfait journalier	100% frais réels
• Chambre particulière	100% frais réels (2)
• Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	0,50% pmss / jour (limité à 50% du pmss)
Cure thermale acceptée par la Séc. Soc.	
• Hébergement et transport	Indemnité forfaitaire égale à 25% pmss
• Soins et surveillance	350% BR (1)
Maternité - Adoption	
• Indemnité forfaitaire	15% pmss
• Frais liés à la maternité	350% BR (1)
Pack "bien être"	
• Ostéodensitométrie (sur prescription médicale)	2,5% pmss par an
• Vaccin anti-grippe et vaccins non remboursés par la Séc. Soc. (sur prescription médicale)	70 € par an
• Podologie, ostéopathie, chiropractie, acupuncture	135 € par an

Délai de carence de 6 mois pour les nouveaux assurés sur les montures, lentilles et prothèses dentaires.
Les concubins et pacs sont pris en charge pour tous les soins, après un délai de carence de 6 mois après la remise du certificat de vie maritale à l'entreprise, sauf s'ils sont affiliés en même temps que le salarié.

(1) en secteur non conventionné, le montant des prestations est égal à 90 % frais réels - rembt sécurité sociale dans la limite de 350% BR

(2) en secteur non conventionné, le montant des prestations est égal à 80 % frais réels - rembt sécurité sociale

pmss : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (2885 € en 2010)

BR : Base de remboursement / rss : remboursement sécurité sociale

Ce document n'est pas contractuel et ne se substitue pas à la notice d'information qui seule fait loi.

Grille optique

Définition des 3 classes en fonction de la correction visuelle :
N1 : correction jusqu'à -2/+2 et si astigmatisme inférieur ou égal à 2
N2 : correction comprise entre -2/-4 et entre +2/+3 et si astigmatisme inférieur ou égal à 2
N3 : correction supérieure à +3/-4 avec astigmatisme inférieur ou égal à 2 et quelle que soit la correction si astigmatisme supérieur à 2

Limite de la garantie pour 1 verre	Unifocaux adultes	Unifocaux enfants	Verres progressifs
N1	5,5% PMSS	4% PMSS	11,5% PMSS
N2	6,5% PMSS	4,5% PMSS	13% PMSS
N3	8% PMSS	5,5% PMSS	15% PMSS

Cas particuliers	Pour 1 verre
Prisme sur prescription médicale	Bonus 1% PMSS
Myopie > -8 / Hypermétropie > +8	Bonus 2% PMSS

Toutes les corrections sont exprimées en cylindre positif, qui serviront ainsi de base à notre remboursement.

Les bénéficiaires du contrat

- vous-même, votre conjoint non divorcé et non séparé de corps judiciairement, votre partenaire (pacs) ou votre concubin sous réserve que vous partagiez le même domicile et que vous fournissiez un certificat de concubinage ou un contrat de pacs,

- le conjoint, possédant sa propre mutuelle, bénéficie de nos remboursements, mais en complément de ceux effectués par sa propre mutuelle, dans la limite des frais réels engagés, en nous transmettant le décompte original de leur mutuelle.

- vos enfants (et ceux de votre conjoint, partenaire ou concubin) fiscalement à charge :
  - jusqu'à leur 21ème anniversaire dans tous les cas,
  - jusqu'à leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits au régime de Sécurité Sociale des Etudiants ou au régime général au titre de la CMU ou s'ils se trouvent sous contrat d'apprentissage,
  - quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'une infirmité leur permettant de percevoir l'allocation pour personnes handicapées,

- sous réserve des conditions exposées ci-dessus, l'enfant d'un assuré divorcé pour lequel celui-ci est tenu au versement d'une pension alimentaire par décision de justice est considéré comme à charge de l'assuré.

Tiers payant, devis et prise en charge

La société GEREP vous délivre une attestation de tiers payant "Santé Pharma" vous permettant de ne pas avancer les frais pharmaceutiques, de laboratoires et de radiologues. Vous pouvez consulter la liste des laboratoires et radiologues permettant ce tiers payant sur le site internet de GEREP ou par téléphone.
En cas de départ de l'entreprise (démission, licenciement, retraite....) ou de résiliation du contrat, la carte santé en cours de validité, doit être restituée à l'entreprise par le salarié dans un délai de quinze jours suivant son départ.
Pour bénéficier du tiers payant, vous devez présenter au professionnel de santé concerné l'attestation des droits (jointe à la carte vitale), l'attestation de tiers payant GEREP et la prescription s'il y a lieu.

IMPORTANT

Lorsque vous bénéficiez du tiers payant et que vous ne présentez pas votre attestation de tiers payant GEREP, vous devez directement régler la part complémentaire au professionnel de santé. Dans ce cas, votre pharmacien doit vous remettre un justificatif de votre règlement.

Vous devez alors transmettre le justificatif de votre complément à GEREP pour obtenir le remboursement du ticket modérateur.

Afin de connaître le niveau de vos remboursements, nous vous invitons à demander, à GEREP, l'établissement de devis lorsque vous devez réaliser des soins importants : optique, dentaire, et hospitalisation.

GEREP délivre également des prises en charge des frais en cas d'hospitalisation auprès des établissements hospitaliers conventionnés ou agréés. L'accord de prise en charge garantit le paiement direct des frais engagés à l'hôpital, y compris la chambre particulière et le forfait hospitalier. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en compte.

Vos remboursements

Les remboursements peuvent être effectués, selon votre choix, soit par lettre chèque, soit par virement (joindre un relevé d'identité bancaire ou postal) sur le compte de l'assuré principal.

Les règlements effectués par virement sont réalisés au jour le jour, quel que soit leur montant ; les règlements par chèque sont déclenchés à partir d'un montant de prestations égal à 11 euros et au plus tard au bout de 30 jours, si ce montant n'est pas atteint.

Dans tous les cas, GEREP adresse, soit par email un e-relevé quotidien, soit à votre domicile tous les 30 jours, un décompte détaillé des prestations servies accompagné d'une carte de liaison portant vos références.

Avec Internet, vous avez, en outre, la possibilité de consulter vos garanties, vos décomptes de remboursement et les informations concernant votre affiliation. Vos identifiant et code d'accès confidentiels ainsi qu'une notice d'information spécifique vous seront communiqués dès votre affiliation. www.gerep.fr

La cessation de ces garanties

Votre garantie remboursement de frais médicaux cesse à la date de votre départ de la Société ou en cas de résiliation du contrat d'assurances.

En cas de rupture du contrat de travail donnant lieu à indemnisation par le Pôle Emploi, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties en application de l'Article 14-avenant 3 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI).

Conformément aux dispositions de la loi 891009 dite Evin du 31.12.89, vous pouvez néanmoins souscrire un régime d'accueil auprès du GAN. Pour ce faire, vous devez vous adresser à la Société GEREP pour connaître les modalités d'adhésions et les garanties.

La Télétransmission

La télétransmission consiste en la transmission directe des informations relatives à vos remboursements par la procédure d'échange informatique, dite NOEMIE entre votre caisse primaire et GEREP. Grâce à cela, nous pouvons régler immédiatement la part complémentaire sans que vous ayez à nous adresser les relevés de la sécurité sociale.

Vous serez informé de la télétransmission lorsque apparaîtra sur vos relevés de Sécurité Sociale la mention " nous avons transmis ces informations à votre organisme GEREP ".

Si toutefois vous ne souhaitiez pas bénéficier de la télétransmission, pour obtenir vos remboursements, il vous suffira d'agrafer ensemble :

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

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

NOTA BENE

Que vous soyez ou non en télétransmission, il est indispensable d'envoyer à GEREP les factures originales détaillées, pour l'optique, les prothèses dentaires, les inlays-onlays et ce, dès l'envoi de vos feuilles de soins à la Sécurité Sociale.

Quelques recommandations

Signalez nous au plus vite :

- Tout changement de domiciliation bancaire en nous faisant parvenir votre nouveau RIB ou RIP.
- Tout changement d'adresse ou de CPAM ou de Numéro Sécurité Sociale en nous adressant la photocopie de la nouvelle attestation d'assuré social.

Adressez nous au plus tôt les pièces justificatives

- Nous vous conseillons d'expédier ces pièces simultanément à votre envoi à la Sécurité Sociale. N'attendez pas notre courrier pour nous les adresser.

Utilisez la carte de liaison GEREP dans toutes vos correspondances

- La carte de liaison GEREP est la partie haute des décomptes qui est détachable. Elle vous permet de vous identifier immédiatement. Toutes vos coordonnées y figurent.

IMPORTANT

REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE au 01.01.2006

Lorsque l'assuré ou un des ses ayants droit de 16 ans et plus ne respectera pas le parcours de soins, la Sécurité Sociale diminuera son taux de remboursement (sauf exceptions prévues par la nouvelle réglementation).
Conformément au décret sur les « contrats responsables », cette diminution, ainsi qu'une partie des dépassements d'honoraires, ne pourra être prise en charge par votre régime Frais Médicaux.