



Guide de gestion 2023
Premium
Régime de 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. Gerep est expert de la protection sociale depuis plus de 30 ans. Mieux nous connaître en quelques chiffres :

1989 année de création

80 collaborateurs à votre service

+ de 1 000 entreprises clientes

200 000 salariés couverts

+130 000 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, dans votre Espace Assuré en ligne ou notre application mobile, qui vous permettent de gérer votre profil et vos remboursements à tout moment avec un traitement en 48 heures ouvrées. 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, votre complémentaire santé digitale et humaine, s'emploie à maintenir son meilleur niveau de service et à garantir votre satisfaction. Nous vous remercions de votre confiance.

Votre entreprise de portage salarial a souscrit un régime de remboursements frais médicaux, maladie, chirurgie, maternité, à adhésion obligatoire, assuré par AXA, compagnie d'assurances régie par le code des Assurances.

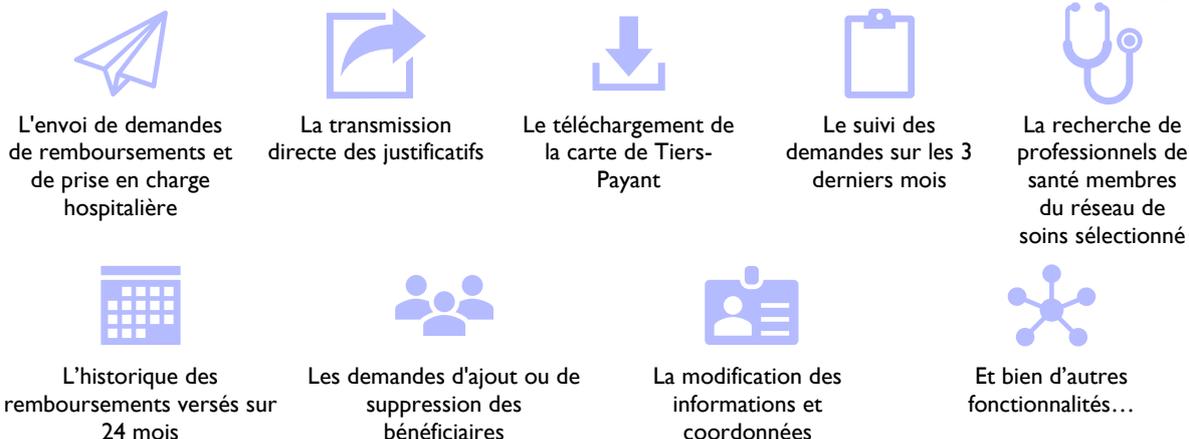
Ce guide a pour objet de vous faire connaître l'ensemble des garanties et services dont vous bénéficiez. Il détaille également les modalités d'application de ces garanties ainsi que les formalités à accomplir pour être remboursé.

TABLE DES MATIÈRES

• 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 REMBOURSEMENTS	8
• CARTE DE TIERS-PAYANT.....	9
• PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE.....	9
• RÉSEAU DE RÉSEAU DE SOINS : ITELIS.....	10
• TELECONSULTATION MEDICALE	11
• VOS GARANTIES D'ASSISTANCE	11
• DEVIS.....	13
• COMMENT S'AFFILIER ?	14
• LA PORTABILITE ET L'INTERMISSION	17
• ADHÉSION À L'OPTION	18
• VOS REMBOURSEMENTS.....	19
• LE LEXIQUE 100 % SANTÉ.....	21
• LE LEXIQUE DES REMBOURSEMENTS SANTÉ.....	22
• LE LEXIQUE DENTAIRE.....	23
• CONSULTER LA FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ).....	24
• EFFECTUER UNE RÉCLAMATION	24
• PREVOYANCE : DESIGNATION DE BENEFICIAIRES	25
• NOTRE POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PRIVÉES (RGPD)	26
• NOUS CONTACTER.....	27

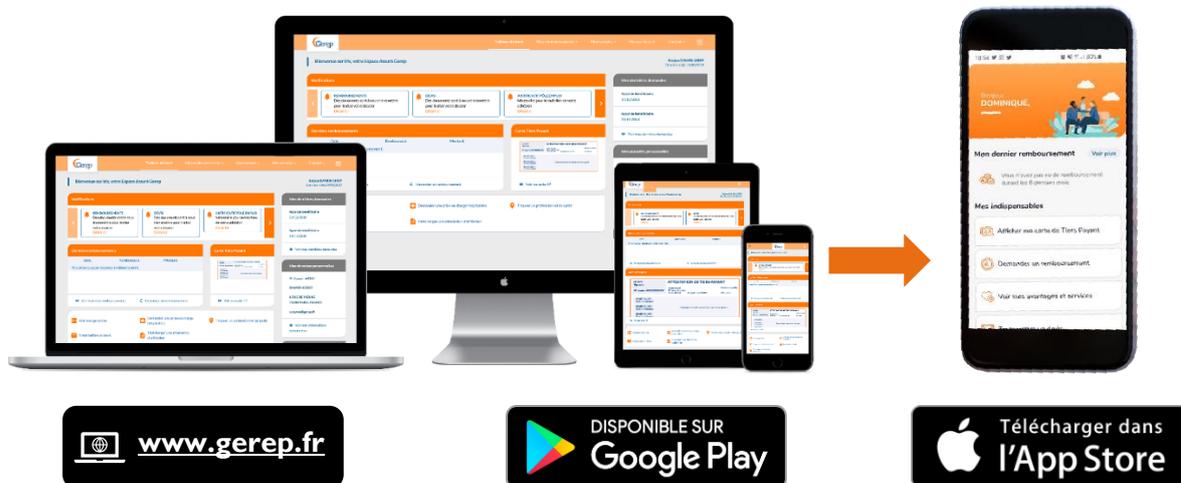
VOTRE ESPACE ASSURÉ EN LIGNE

Depuis votre Espace Assuré Gerep à l'adresse services.gerep.fr ou depuis l'application Gerep, retrouvez vos informations clés. Simple, pratique et complet, l'Espace Assuré vous permet de gérer votre complémentaire santé en toute autonomie. **Les demandes adressées via l'Espace Assuré sont traitées en 48 heures ouvrées.**



Connectez-vous à votre Espace Assuré

Votre Espace Assuré est disponible à l'adresse services.gerep.fr ou via l'application mobile disponible dans votre store Android ou Apple.



S'il s'agit de votre première connexion sur l'Espace Assuré Gerep : cliquez sur « Activer mon compte » 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 votre Espace Assuré. Renseignez les identifiants indiqués dans le formulaire d'inscription et profitez des avantages de votre espace !



Si vous possédez déjà un Espace Assuré Gerep : 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 réinitialisation du mot de passe au lien « Mot de passe oublié ? ».

VOS GARANTIES SANTÉ (1 / 3)

Les remboursements des frais interviennent en complément de ceux effectués par la Sécurité sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins.

Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale.

	Base Premium		Option Excellence (Base + Option Excellence)	
	Médecin DPTAM	Médecin NON DPTAM	Médecin DPTAM	Médecin NON DPTAM
Hospitalisation				
Frais de séjour en secteur conventionné	TM		100% Frais réels	
Frais de séjour en secteur non conventionné	TM		500% BRSS	
Honoraires	TM + 340% BRSS	TM + 100% BRSS	500% BRSS	500% BRSS
Forfait journalier	100% Frais réels		100% Frais réels	
Forfait actes lourds	100% Frais réels		100% Frais réels	
Chambre particulière	105 € / jour		170 € / jour	
Frais d'accompagnement pour hospitalisation d'un enfant de - 12 ans (30 jours maximum)	105 € / jour		170 € / jour	
Frais de transports acceptés SS	TM		TM	
Limitation du poste hospitalisation	L'indemnisation des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours remboursés par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale, est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, nous garantissons le ticket modérateur.			
Maternité				
Prise en charge des frais d'accouchement par voie basse (doublé en cas de naissances multiples)	685 € limité aux frais réels		850 € limité aux frais réels	
Médecine courante				
Consultation d'un généraliste	TM + 340% BRSS	TM + 100% BRSS	500% BRSS	500% BRSS
Consultation d'un spécialiste	TM + 430% BRSS	TM + 100% BRSS	500% BRSS	500% BRSS
Petite chirurgie et acte de spécialité	TM + 330% BRSS	TM + 100% BRSS	500% BRSS	500% BRSS
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie	TM + 340% BRSS	TM + 100% BRSS	500% BRSS	500% BRSS
Auxiliaire médicaux	350% BRSS		500% BRSS	
Frais d'analyse et de laboratoire acceptés SS	350% BRSS		500% BRSS	
Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, étiopathie, psychomotricité, substituts nicotiques	60 € par séance, dans la limite de 4 / an		120 € par séance, dans la limite de 4 / an	
Pédicure, podologie, diététique, psychologie, tabacologie				
Pharmacie et Prévention				
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale	TM		TM	
Consultation en diététique d'un enfant de - 12 ans non pris en charge par la Sécurité Sociale	45 € / an		45 € / an	
Les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin	205 € / an		205 € / an	
Le test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250, tous les 3 ans	600 € / 3 ans		600 € / 3 ans	
Détartrage sus et sous gingival	400% BRSS		400% BRSS	
Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (test HPV)	210% BRSS		210% BRSS	
Connecteur Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale, dans la limite d'une fois par an	100 € / an		100 € / an	
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant.	200 € / an		200 € / an	
AUTRES ACTES DE PREVENTION SELON CONTRAT RESPONSABLE (Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 dudit Code)	inclus		inclus	
Cure thermale				
Forfait global (transport, hébergement, honoraires)	685 € limité aux frais réels		1 030 € limité aux frais réels	

BR : Base de remboursement, FR : Frais réels, RSS : Remboursement Sécurité sociale, TM : Ticket modérateur (BR - RSS), PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur 2022 : 3 428 €), PLV : Prix Limite de Vente.

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 page 21.

VOS GARANTIES SANTÉ (2 / 3)

Les remboursements des frais interviennent en complément de ceux effectués par la Sécurité sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins.

Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale.

	Base Premium	Excellence (Base + Option Excellence)
Optique	<p align="center">Un équipement tous les deux ans</p> <p align="center">Sauf cas de renouvellements anticipés autorisés dont évolution de la vue, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.</p>	
Panier 100% Santé (prise en charge intégrale de la dépense)		
Monture + Verres	Prise en charge dans la limite des prix limites de vente (PLV)	Prise en charge dans la limite des prix limites de vente (PLV)
Panier à tarifs libres		
Monture + 2 verres simples	420 €	1 000 €
Monture + 2 verres complexes	700 €	
Monture + 2 verres très complexes	800 €	
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	560 €	
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	560 €	
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	750 €	
Monture (limitation)	100 €	300 €
Prestation d'appairage pour des verres de classe A ou B d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	TM, sans que le remboursement cumulé de la Sécurité sociale et de l'assureur ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente	TM, sans que le remboursement cumulé de la Sécurité sociale et de l'assureur ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	TM	TM
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antiptosis / verres iséïconiques)	TM, sans que le remboursement cumulé de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente	TM, sans que le remboursement cumulé de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Lentilles acceptées SS	340 € / an / bénéficiaire	515 € / an / bénéficiaire
Lentilles non prises en charge SS		
Implants intraoculaires multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte	850 €	950 €
Chirurgie réfractive de l'œil	600 € / Œil / An	1 000 € / Œil / An
Dentaire		
Panier 100% Santé (prise en charge intégrale de la dépense)		
Soins, Prothèses fixes, amovibles, provisoires, Inlays core	Prise en charge dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)	Prise en charge dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)
Paniers à tarifs maîtrisés et à tarifs libres		
Consultation, soins courants, radiologie et chirurgie	250% BRSS	500% BRSS
Inlay - Onlay, Inlay-core	400% BRSS	500% BRSS
Orthodontie acceptée SS (enfant)	275% BRSS	500% BRSS
Orthodontie refusée SS (adulte)	-	970 € / semestre
Prothèses dentaires remboursées SS	400% BRSS	500% BRSS
Piliers de bridges sur dent saine	380 € / prothèse (max 3 / an / bénéficiaire)	515 € / prothèse (max 3 / an / bénéficiaire)
Implantologie	685 € par implant (max 3 implants / an / bénéficiaire)	865 € par implant (max 3 implants / an / bénéficiaire)
Parodontologie remboursée SS	TM	TM
Parodontologie non remboursée SS	300 € / an / bénéficiaire	1 000 € / an / bénéficiaire

VOS GARANTIES SANTÉ (3 / 3)

Les remboursements des frais interviennent en complément de ceux effectués par la Sécurité sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins.

Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale.

	Base Premium	Excellence (Base + Option Excellence)
Appareillage		
Panier 100% Santé (prise en charge intégrale de la dépense)		
Prothèses auditives	Prise en charge dans la limite des prix limites de vente (PLV) (une paire tous les 4 ans)	Prise en charge dans la limite des prix limites de vente (PLV) (une paire tous les 4 ans)
Panier à tarifs libres		
Prothèses auditives	685 € / Oreille / tous les 4 ans (TM minimum)	1030 € / Oreille / tous les 4 ans (TM minimum)
Piles remboursées par la Sécurité Sociale (9)	TM	TM
Orthopédie et autres prothèses	340 € / an TM au-delà	685 € / an TM au-delà
Assistance		
Assistance	Oui	Oui

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Dans la limite des frais réels facturés et non contractuels dans la mesure où les bases de remboursement de la Sécurité sociale varient d'un acte à l'autre :

 <p>Généraliste</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Premium</th> <th>Excellence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DPTAM : 109 € Non DPTAM : 45 €</td> <td>DPTAM : 141,50 € Non DPTAM : 130,10 €</td> </tr> </tbody> </table>	Premium	Excellence	DPTAM : 109 € Non DPTAM : 45 €	DPTAM : 141,50 € Non DPTAM : 130,10 €		
Premium	Excellence						
DPTAM : 109 € Non DPTAM : 45 €	DPTAM : 141,50 € Non DPTAM : 130,10 €						
 <p>Spécialiste</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Premium</th> <th>Excellence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OPTAM : 131,50 € Non OPTAM : 45 €</td> <td>OPTAM : 141,50 € Non OPTAM : 130,10 €</td> </tr> </tbody> </table>	Premium	Excellence	OPTAM : 131,50 € Non OPTAM : 45 €	OPTAM : 141,50 € Non OPTAM : 130,10 €		
Premium	Excellence						
OPTAM : 131,50 € Non OPTAM : 45 €	OPTAM : 141,50 € Non OPTAM : 130,10 €						
 <p>Ostéopathe</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Premium</th> <th>Excellence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60 € par séance 4 séances par an</td> <td>120 € par séance 4 séances par an</td> </tr> </tbody> </table>	Premium	Excellence	60 € par séance 4 séances par an	120 € par séance 4 séances par an		
Premium	Excellence						
60 € par séance 4 séances par an	120 € par séance 4 séances par an						
 <p>Lunettes (Monture + Verres)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Premium</th> <th>Excellence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>100% santé</u> 100% de la dépense</td> <td><u>100% santé</u> 100% de la dépense</td> </tr> <tr> <td><u>Hors 100% Santé</u> Simple : 420 € Complexe : 700 € Très complexe 800 €</td> <td><u>Hors 100% Santé</u> Simple : 1 000 € Complexe : 1 000 € Très complexe 1 000 €</td> </tr> </tbody> </table>	Premium	Excellence	<u>100% santé</u> 100% de la dépense	<u>100% santé</u> 100% de la dépense	<u>Hors 100% Santé</u> Simple : 420 € Complexe : 700 € Très complexe 800 €	<u>Hors 100% Santé</u> Simple : 1 000 € Complexe : 1 000 € Très complexe 1 000 €
Premium	Excellence						
<u>100% santé</u> 100% de la dépense	<u>100% santé</u> 100% de la dépense						
<u>Hors 100% Santé</u> Simple : 420 € Complexe : 700 € Très complexe 800 €	<u>Hors 100% Santé</u> Simple : 1 000 € Complexe : 1 000 € Très complexe 1 000 €						
 <p>Lentilles</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Premium</th> <th>Excellence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>340 € par an</td> <td>515 € par an</td> </tr> </tbody> </table>	Premium	Excellence	340 € par an	515 € par an		
Premium	Excellence						
340 € par an	515 € par an						
 <p>Prothèse dentaire (tarif libre)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Premium</th> <th>Excellence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>505,25 €</td> <td>612,75 €</td> </tr> </tbody> </table>	Premium	Excellence	505,25 €	612,75 €		
Premium	Excellence						
505,25 €	612,75 €						
 <p>Implant dentaire</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Premium</th> <th>Excellence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>685 € 3 implants par an</td> <td>865 € 3 implants par an</td> </tr> </tbody> </table>	Premium	Excellence	685 € 3 implants par an	865 € 3 implants par an		
Premium	Excellence						
685 € 3 implants par an	865 € 3 implants par an						

Avec votre carte de tiers payant, vous êtes dispensés de l'avance de frais, sauf en cas de dépassement d'honoraires ou d'actes non pris en charge par la Sécurité sociale.

Votre carte de Tiers-payant ainsi que celles de vos bénéficiaires sont téléchargeables à tout moment depuis tous vos appareils dans votre Espace Assuré en ligne :

- Télécharger et imprimer votre carte TP, rubrique « Mon compte » puis « Afficher ma carte de Tiers-Payant ».
- 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
 GEREPI - 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 :
 01/01/2021 au 31/12/2021

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

* Règle de calcul 029 : Mt RC = 100%TR - MRO
 (1) Prise en charge auprès de GEREPI (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 par télétransmission. Si celle-ci n'est pas active, vous devrez nous transmettre le décompte.

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

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

Gerep délivre des prises en charge des frais en cas d'hospitalisation auprès des établissements hospitaliers conventionnés ou agréés, afin de vous éviter l'avance de frais (hors dépassements d'honoraires) 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.

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 8 000 professionnels de la santé partout en France pour offrir plus de qualité et plus d'économie dans les domaines très demandés : optique, audio, dentaire, bien-être, hospitalisation.

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.



3 000 opticiens partenaires



40 centres de chirurgie réfractive



2 500 chirurgiens-dentistes omnipraticiens partenaires



120 spécialistes en implantologie partenaires



1 600 audioprothésistes partenaires



300 ostéopathes et chiropracteurs partenaires



+ de 350 psychologues partenaires spécialisés en thérapies comportementales et cognitives.



Diététiciens partenaires

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 rubrique « Mes services » puis « Trouver un professionnel de santé ».

The screenshot shows the Gerep website interface for finding a health professional. The main heading is "Trouver un professionnel de santé". Below it, there is a section titled "Trouver un professionnel de santé Tiers-payant" which includes a sub-heading "Bénéficiez de la dispense d'avance de frais de santé en choisissant un professionnel de santé conventionné SP santé. Présentez lui lors de votre rendez-vous votre carte vitale ainsi que votre carte de Tiers payant." There are radio buttons for "Choisir un professionnel de santé" with options: Transport, Laboratoire, Kinésithérapie, Radiologue, and Centre de santé. Below these are input fields for "Code postal ou département" and "Ville", and a "Valider" button. On the right side, there is a "Mon réseau de soins" section with the Itelis logo and text: "Trouvez votre opticien, dentiste ou audioprothésiste partenaire" followed by bullet points: "Aucune avance de frais (optique, prothèses...)" and "15% à 40% d'économie". Below this is a "Questions fréquentes" section with a question: "Comment se servir du réseau de soins Indiqué sur ma carte de Tiers payant?" and a "Voir plus de sujets" button.

TELECONSULTATION MEDICALE



Un plateau médical disponible 24/7

Consulter immédiatement par téléphone ou par vidéo en France comme à l'étranger



Médecins généralistes & Médecins spécialistes sur rendez vous*

Gynécologue, Dermatologue, Gastro-entérologue, Rhumatologue, ORL



Accès à un soutien psychologique

pour des besoins ponctuels



Ordonnance disponible en ligne

ou envoyée à la pharmacie au choix du patient.



Livraison de médicaments

(Paris, Lyon et Angers)

*Sous réserve de la recommandation du médecin généraliste.



MODE D'EMPLOI

- Contacter le service depuis la France : **01 55 92 27 54**
- Inscrivez-vous en ligne sur <https://www.bonjourdocteur.com/>

VOS GARANTIES D'ASSISTANCE

Vous et vos ayants-droit affiliés à la mutuelle bénéficient de garanties d'assistance dans les situations suivantes :

- Une hospitalisation de plus de 24h,
- Une immobilisation au domicile de plus de 5 jours,
- Information maternité,

Service d'information et d'écoute

- Informations juridiques (habitation, justice, retraite, fiscalité, etc.)
- Conseil pratique (consommation, vacances, formalités, etc.)
- Soutien psychologique
- Accompagnement social
- Appels de convivialité
- Conseils et informations médicales

En cas d'hospitalisation, de maternité ou d'immobilisation

- Acheminement des médicaments
- Aide à domicile
- Garde d'enfant
- Garde d'animaux
- ...

MODE D'EMPLOI

**CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION, 9H A 18H, DU LUNDI AU VENDREDI
01.72.59.51.60**

- Nous Vous demanderons les informations suivantes :
- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où Vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre,
- votre numéro de convention d'Assistance : 7203625

DEVIS

Pour les actes les plus complexes, vous pouvez transmettre vos devis depuis votre Espace Assuré dans la rubrique « Mes Services » puis « Transmettre un devis ».

Gerep vous établit une simulation de remboursement lorsque vous devez réaliser des soins importants : optique, dentaire, hospitalisation.

À SAVOIR

Afin de bénéficier des meilleurs remboursements sur vos actes médicaux, consultez le site de votre réseau de soins. Plus d'informations page 10.



COMMENT S’AFFILIER ?

Pour vous affilier à la complémentaire santé Gerep, 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. Une fois validée par votre société, vous recevrez un e-mail de confirmation depuis lequel vous pourrez activer votre Espace Assuré en ligne.

Exceptionnellement, l’affiliation peut également se faire via un bulletin d’affiliation individuel papier à compléter.

Afin de procéder à votre affiliation et à celle de vos éventuels bénéficiaires, pensez à vous munir des documents suivants :

- Une attestation Carte Vitale et de celle de vos ayants droit s’ils ont un numéro de Sécurité sociale personnel (ajout de bénéficiaires).
- 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).



Les formalités d’affiliation

Les salariés nouvellement embauchés sont rattachés au contrat dès leur premier jour au sein de l’entreprise sous réserve que leur affiliation ait bien été validée auprès de Gerep.

La date d’effet de l’affiliation de vos ayants droits mentionnés lors de votre affiliation est identique à la vôtre. Lors de la modification de votre situation de famille (mariage ou naissance), elle prend effet immédiatement.

Modifier mes informations ou celles de mes bénéficiaires

Vous pouvez faire votre changement d’adresse ou d’organisme bancaire directement dans votre Espace Assuré dans la rubrique « Mon compte » puis « Gérer mes données personnelles », la prise en compte est effective dans les 48 heures. 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.

Ces documents peuvent nous être transmis par courrier, à noter que dans ce cas, les délais peuvent s’en trouver allongés.

Les bénéficiaires du contrat

Le conjoint :

- l'époux (se) du salarié, non divorcé(e) ou non-séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié par un PACS : la personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du Code civil ;
- le concubin : la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du Code civil, depuis au moins deux ans ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un PACS), et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

Les enfants :

- Les enfants du salarié légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis ou ceux de son conjoint, partenaire ou concubin sous réserve que ces enfants aient leur domicile chez ce conjoint (partenaire ou concubin), âgés :
 - jusqu'à leur 20ème anniversaire, sans condition. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à la veille du 28ème anniversaire pour les enfants :
 - poursuivant des études dans l'enseignement secondaire ou supérieur ou professionnel ou en apprentissage ;
 - poursuivant une formation professionnelle en alternance ;
 - inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeurs d'emploi. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi ;
 - quel que soit leur âge, (avec ou sans poursuite d'études), si l'enfant est reconnu handicapé par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), avant son 28ème anniversaire

Les ascendants :

- Les ascendants du salarié. Ce vocable étant utilisé pour désigner : les ascendants (père et ou mère) du salarié et ceux de son conjoint à leur charge, c'est-à-dire l'ascendant vivant de façon permanente au domicile du salarié.

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

Gérer les bénéficiaires de mon contrat

Les modifications concernant vos bénéficiaires (ajout, modification, suppression) se font depuis votre Espace Assuré en allant dans la rubrique « Mon compte » puis « Gérer mes bénéficiaires ». Des justificatifs pourront vous être demandés.

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 suivant,
- 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 PORTABILITE ET L'INTERMISSION

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.

Pour valider la portabilité de vos droits, il convient d'envoyer votre inscription à Pôle Emploi ainsi que vos relevés de situations mensuels via votre Espace Assuré dans la rubrique « Mes services » puis « Bénéficiaire de la portabilité ».

Après la période de portabilité, conformément aux dispositions de la loi 891009 dite Evin du 31.12.89, vous pouvez demander le maintien des garanties à l'identique si la loi vous le permet. Pour ce faire, vous devez vous adresser à GEREP dans les 6 mois qui suivent la fin de la période de portabilité.

Le dispositif d'intermission

Lorsque vous êtes en intermission, vos garanties sont suspendues. Pour vous permettre de conserver une couverture de qualité pendant ces périodes, nous vous proposons un maintien de vos garanties, pour vous et vos ayants droit, pendant une durée maximum de 12 mois.

- Une fois que votre employeur a déclaré votre période d'intermission, vous recevez une proposition de maintien par e-mail. Il vous suffira de suivre le lien pour y souscrire.
- Si vous avez souscrit à une option, celle-ci peut également être maintenue. Dans ce cas, les garanties et les cotisations sont identiques à celle des salariés en mission. La cotisation est entièrement à votre charge, incluant la participation patronale et prélevée par Gerep sur votre compte bancaire.

ADHÉSION À L'OPTION

Vous avez la possibilité de souscrire à l'option facultative depuis votre Espace Assuré en ligne, 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.

Adhésion possible

- À la date d'embauche, demande à adresser 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 ;
- Au 1^{er} janvier de chaque année, lorsque la demande d'adhésion est reçue avant le 1^{er} novembre de l'année précédente.

Prélèvement de l'option

En cas d'adhésion à l'option, le montant de la cotisation sera entièrement à votre charge, prélevé par Gerep sur votre compte bancaire.

Les évolutions ultérieures du tarif seront liées aux résultats propres à l'option qui pourra, si nécessaire, subir des augmentations.

Résiliation de l'option

- En cas de départ de l'entreprise ;
- Au 31 décembre de chaque année avec une demande reçue avant le 1^{er} novembre ;

Toute radiation est définitive, sauf en cas de changement de situation de famille.

VOS REMBOURSEMENTS



Les modalités de remboursement

Les demandes de remboursements (y compris pour les actes de bien-être et médecine douce) adressées via votre Espace Assuré sont traitées sous 48 heures ouvrées. Dans votre Espace Assuré vous pouvez également :

- 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.

Les remboursements sont effectués par virement sur votre compte (pensez à mettre à jour vos coordonnées bancaires dans votre Espace Assuré en ligne). Les règlements sont effectués au jour le jour, quel que soit leur montant.

Les décomptes sont disponibles dans votre Espace Assuré, rubrique « Mes remboursements » puis « Télécharger mes relevés ». Vous pouvez choisir la période de remboursement à faire figurer sur votre décompte. Si vous n'avez pas activé votre Espace Assuré, les décomptes vous seront adressés par courrier tous les 90 jours.

Les demandes de remboursements doivent être présentées dans les 2 ans à compter de la date de l'acte.

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 la rubrique « Mes remboursements » de votre Espace Assuré.

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 ou si vous bénéficiez déjà d'une autre mutuelle, il vous suffira de nous transmettre les originaux des décomptes de la Sécurité sociale indiquant les frais engagés via votre Espace en ligne ou par courrier en rappelant votre numéro d'adhérent.

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 GEREPI VIA L'ESPACE ASSURÉ
	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.

À SAVOIR

Pour vous assurer des délais de traitements optimaux, vérifiez la conformité de vos factures qui doivent présenter les éléments suivants :

- La date de soin
- Le bénéficiaire concerné
- Le cachet du praticien
- La mention « Acquittée » ou « Payée »

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

Équipement 100% Santé : tel que défini 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/



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSULTER LA FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ)

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



EFFECTUER UNE RÉCLAMATION

En cas de réclamation sur le service qui vous a été apporté par Gerek, contactez-nous via notre formulaire dans la rubrique « Contact - réclamation » de notre site internet : www.gerek.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.

PREVOYANCE : DESIGNATION DE BENEFICIAIRES

La couverture de Prévoyance mise en place par votre entreprise prévoit le versement de capitaux si vous venez à décéder.

- **En l'absence d'une désignation de bénéficiaires de votre part, les capitaux seront versés par l'assureur aux personnes suivantes :**
 - à votre conjoint si vous n'en êtes pas séparé judiciairement,
 - à défaut, à votre partenaire avec lequel vous êtes lié par un Pacte civil de solidarité
 - à défaut, par parts égales, à vos enfants vivants ou à naître ou représentés et à ceux de votre conjoint si vous en avez la charge,
 - à défaut, par parts égales, à vos parents ou au survivant d'entre eux,
 - à défaut, à vos héritiers selon la dévolution successorale.

- **Vous avez la possibilité de désigner par vous-même vos bénéficiaires.**

Vous pourriez souhaiter protéger votre concubin, revoir l'ordre d'affectation ou protéger une autre personne. Pour cela, il vous faut effectuer votre propre désignation de bénéficiaires.

La démarche est 100% digitalisée, il vous suffit de vous rendre sur le site <https://quijeprotege.fr>.

Une fois la désignation de bénéficiaires réalisée vous recevrez un accusé de réception par email.

Pensez à mettre celle-ci à jour régulièrement,
notamment en cas de changement de situation de famille.



<https://quijeprotege.fr>

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 <https://www.gerep.fr/politique-de-protection-des-donnees/>.

NOUS CONTACTER

L'Espace Assuré

Adressez-nous toutes vos demandes de prise en charge, de remboursement ou de modification de vos informations personnelles dans votre Espace Assuré à l'adresse services.gerep.fr ou depuis l'application Gerep. **C'est simple, facile et rapide, vos demandes seront traitées sous 48 heures.** L'Espace Assuré en ligne de Gerep, est recommandé par 92,6 % de nos adhérents !



Par téléphone

Pour toute demande particulière, vous pouvez également nous contacter au 01 45 22 52 53 du lundi au jeudi de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 18h00 et le 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 l'Espace Assuré.

Par courrier

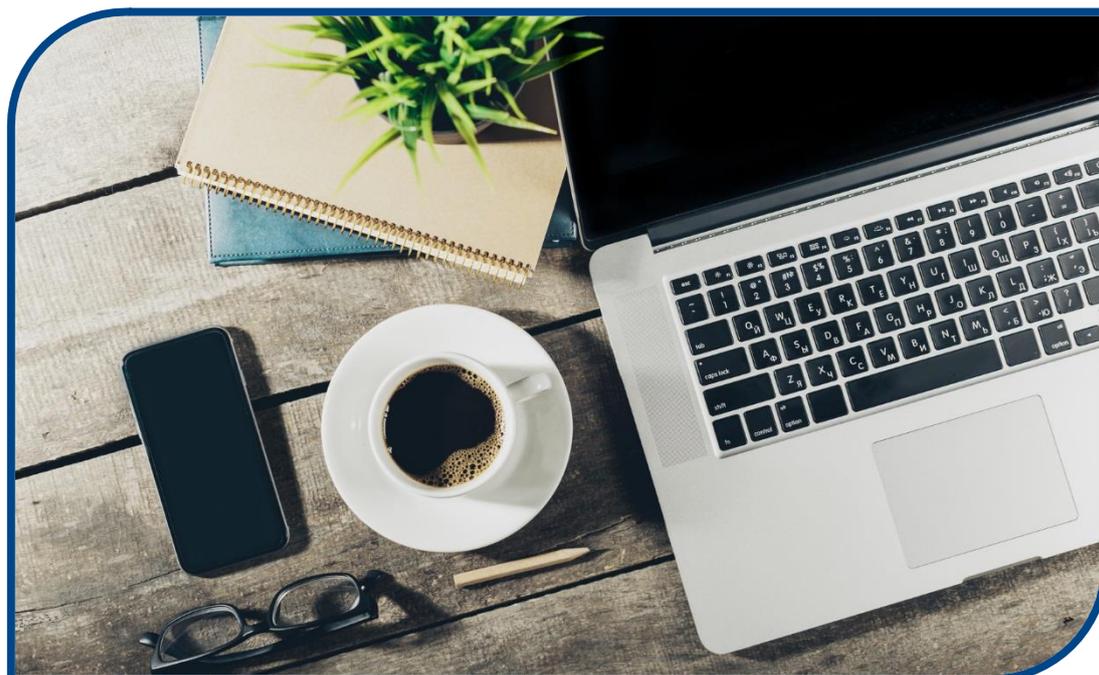
Envoyez vos courriers à l'adresse ci-après :

GEREP

4, rue de Vienne

CS 40001

75378 Paris Cedex 08





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