

Chacun de vos bénéficiaires, dès lors qu'ils disposent de leur propre numéro de Sécurité sociale, recevra également une attestation de tiers payant, à condition d'avoir adressé à Gerep une copie de leur attestation de droit à la Sécurité sociale. Votre attestation de tiers payant SP Santé vous permet de bénéficier de la dispense d'avance de frais auprès des praticiens ayant un accord dans les domaines suivants :

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

LA CARTE DE TIERS PAYANT

Le Tiers-payant vous permet ainsi qu'à vos bénéficiaires de ne plus faire l'avance de paiement des frais mentionnés sur votre carte. En présentant aux professionnels votre carte vitale et 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.

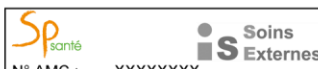
Les + d'Iris

- Votre carte de Tiers-payant ainsi que celles de vos bénéficiaires sont téléchargeables sur votre Espace Assuré Iris, rubrique Mon compte > Accéder à ma carte de Tiers-payant.
- Vous pouvez télécharger et imprimer votre carte de tiers payant, ou la présenter directement avec votre smartphone

Nom et prénom des bénéficiaires

Numéro de Sécurité sociale

Période de garantie



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 :
01/01/2015 au 31/12/2015

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
XXXXXX XXXXXX 11/12/1946	1		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
			(7)		(2)				(2)		(2)	(1)

* Règle de calcul 029 : Mt 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 Santclair par internet ou fax (cf verso)
(7) Y compris pharmacie à 15 %

Date de naissance des bénéficiaires. Vérifiez que celle-ci soit identique à celle mentionnée sur votre carte vitale.

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

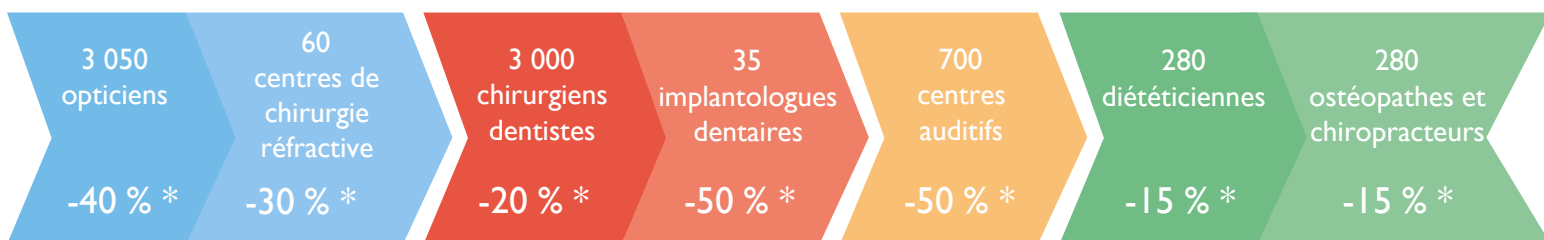
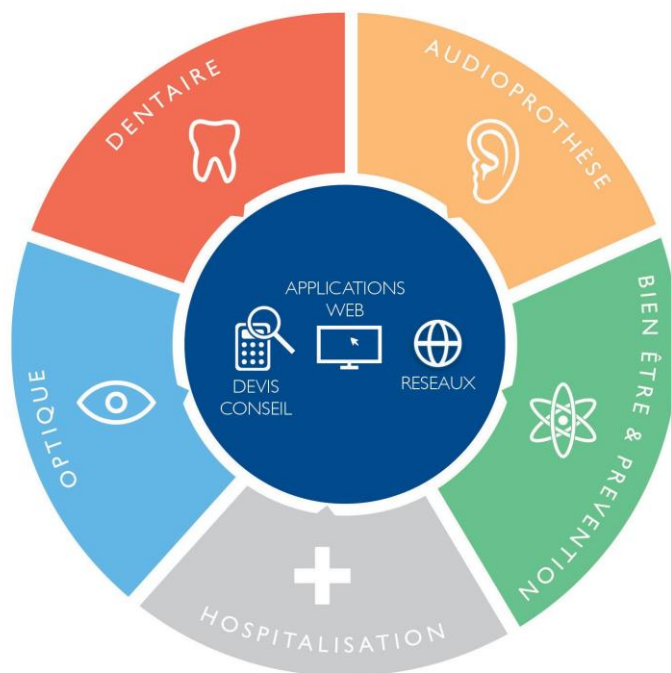
ATTENTION

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

15 À 50 % MOINS CHER, QU'EST-CE QUE ÇA VEUT DIRE ?

Santéclair a négocié avec des professionnels de santé partenaires des tarifs maximum sur toutes les prestations proposées. Par exemple en optique, pour un verre strictement identique, le tarif négocié est en moyenne 40 % moins cher chez les opticiens du réseau Santéclair que chez les autres opticiens.

Pour information : le tiers payant est exclusivement dédié aux praticiens du réseau Santéclair. En dehors de ce réseau, vous serez amené à avancer les frais.



* Tarifs moyen négociés par Santéclair

RETROUVEZ LE DÉTAIL DE L'OFFRE DANS VOTRE ESPACE ASSURÉ

Comment accéder au réseau et services Santéclair ?

Pour connaître les adresses des praticiens du réseau Santéclair les plus proches de chez vous, munissez-vous de vos identifiants, puis :

- Consultez l'outil de géolocalisation des partenaires sur votre espace assuré : www.gerep.fr
- Ou composez le : 0810 818 001 en indiquant le numéro de contrat figurant sur votre carte. Rendez-vous chez le praticien partenaire de votre choix et présentez votre carte de tiers payant. Demandez à bénéficier des tarifs et avantages Santéclair qui vous sont réservés.

Comment joindre Santéclair ?

N'hésitez pas à poser vos questions avant de faire vos choix au : 0810 818 001

Pour toute information et pour des conseils Santéclair personnalisés, les conseillers sont à votre disposition :

du lundi au vendredi de 9h à 19h30, et le samedi de 9h à 17h.

DEVIS

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

Les + 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 : Rubrique Mes Services > Transmettre un devis, Nous vous répondrons sous 48h

PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

Gerek 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, y compris la chambre particulière et le forfait hospitalier. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en compte.

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

Les + d'Iris

N'hésitez pas à faire une demande de prise en charge depuis votre Espace Assuré Iris, Rubrique *Mes Services* > *Demander une prise en charge hospitalière*

VOS GARANTIES SANTÉ

Les remboursements des frais interviennent en complément de ceux effectués par la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et dans la limite des frais réellement engagés.

NATURE DES ACTES	Régime de BASE PANIER DE SOINS	Régime optionnel CONFORT (*)		Régime optionnel PREMIUM (*)		Régime optionnel EXCELLENCE (*)
Hospitalisation						
Frais de séjour	TM	TM		TM		100% FR en conventionné et 500% BR en non conventionné
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Honoraires	TM	CAS : TM + 240% BR	non CAS : TM + 70% BR	CAS : TM + 340% BR	non CAS : TM + 70% BR	500% BR
Chambre particulière	-	2% PMSS		3% PMSS		5% PMSS
Forfait hospitalier	100% FR	100% FR		100% FR		100% FR
Frais d'accompagnement (enfant -12 ans)	-	2% PMSS		3% PMSS		5% PMSS
Soins courants						
Consultations et Visites généralistes	TM	CAS : TM + 240% BR	non CAS : TM + 70% BR	CAS : TM + 240% BR	non CAS : TM + 70% BR	500% BR
Consultations et Visites spécialistes	TM	CAS : TM + 240% BR	non CAS : TM + 70% BR	CAS : TM + 430% BR	non CAS : TM + 70% BR	500% BR
Soins d'auxiliaires médicaux, Analyses de laboratoire	TM	CAS : TM + 240% BR	non CAS : TM + 70% BR	non CAS : TM + 240% BR	non CAS : TM + 70% BR	500% BR
Electroradiologie	TM	CAS : TM + 230% BR	non CAS : TM + 60% BR	CAS : TM + 230% BR	non CAS : TM + 60% BR	500% BR
Actes de spécialités	TM	CAS : TM + 230% BR	non CAS : TM + 60% BR	CAS : TM + 230% BR	non CAS : TM + 60% BR	500% BR
Frais pharmaceutiques	TM	TM		TM		TM
Frais de transport	TM	TM		TM		TM
Dentaire						
Consultations, soins courants, radiologie et chirurgies (remboursées par la Séc.soc)	TM	200% BR		250% BR		500% BR
Prothèses dentaires fixes (inlays onlays d'obturation et appareils amovibles y compris appareils provisoires et réparation) pris en charge par la Séc. soc	TM +25% BR	300% BR		400% BR		500% BR
Orthodontie acceptée par la Séc.soc (moins de 16 ans)	TM+25% BR	175% BR		275% BR		500% BR
Orthodontie refusée par la Séc.soc (sur base d'un TO90)	-	-		-		970 €
Les piliers de bridges sur dent saine	-	8% PMSS (max 3/an/bénéficiaire)		11% PMSS (max 3/an/bénéficiaire)		15% PMSS (max 3/an/bénéficiaire)
Implants dentaires (pose de l'implant, faux moignon, couronne sur implant) non prise en charge par la Séc.soc	-	15,75% PMSS par implant (max 3/an/bénéficiaire)		19,95% PMSS par implant (max 3/an/bénéficiaire)		25,2% PMSS par implant (max 3/an/bénéficiaire)

Exemples de remboursements

SANTÉ

Nature des actes	Sécurité Sociale			Remboursement maximum Sécurité sociale + Complémentaire ^(*)			
	BR ⁽²⁾	Taux	MR ⁽³⁾	BASE	CONFORT	PREMIUM	EXCELLENCE
HOSPITALISATION <i>(en secteur conventionné)</i>							
Acte de chirurgie <i>(Exemple : appareil digestif) Adhérent CAS</i>	124,57 €	100 %	124,57 €	124,57 €	423,54 €	548,11 €	747,42 €
Acte de chirurgie <i>(Exemple : appareil digestif) Non adhérent CAS</i>	124,57 €	100 %	124,57 €	124,57 €	211,77 €	211,77 €	747,42 €
Forfait hospitalier <i>(par jour)</i>	-	-	-	18,00 €	18,00 €	18,00 €	18,00 €
MEDECIN GÉNÉRALISTE⁽¹⁾							
	BR ⁽²⁾	Taux	MR ⁽³⁾	BASE	CONFORT	PREMIUM	EXCELLENCE
Consultation du médecin traitant <i>(Généraliste) Adhérent CAS</i>	25,00 €	70 %	16,50 €	24,00 €	84 €	84 €	141,50 €
Consultation du médecin traitant <i>(Généraliste) Non adhérent CAS</i>	23,00 €	70 %	15,10 €	22,00 €	38,10 €	38,10 €	130,10 €
MEDECIN SPÉCIALISTE⁽¹⁾							
	BR ⁽²⁾	Taux	MR ⁽³⁾	BASE	CONFORT	PREMIUM	EXCELLENCE
Consultation spécialiste <i>Adhérent CAS</i>	30,00 €	70%	20 €	29,00 €	101 €	158 €	170 €
Consultation spécialiste <i>Non adhérent CAS</i>	23,00 €	70%	15,10 €	22,00 €	38,10 €	38,10 €	130,10 €
Consultation Neuropsychiatre <i>Adhérent CAS</i>	43,70 €	70%	29,59 €	42,70 €	147,58 €	230,61 €	248,09 €
Consultation Neuropsychiatre <i>Non adhérent CAS</i>	37,00 €	70%	24,90 €	36,00 €	61,90 €	61,90 €	209,90 €
Consultation Cardiologue <i>Adhérent CAS</i>	49,00 €	70%	33,30 €	48,00 €	165,60 €	258,70 €	278,30 €
Consultation Cardiologue <i>Non adhérent CAS</i>	45,73 €	70%	31,01 €	44,73 €	76,74 €	76,74 €	259,66 €
AUXILIAIRES MÉDICAUX							
	BR ⁽²⁾	Taux	MR ⁽³⁾	BASE	CONFORT	PREMIUM	EXCELLENCE
Masseurs kiné - rééducation musculaire <i>(ex br : 10 AMK x 6 x 2,15 = 129,00 €)</i>	129,00 €	70 %	77,40 €	128,50 €	347,80 €	347,80 €	721,90 €
Infirmiers - piqure <i>(ex br : 10 AMI x 1,5 x 3,15 = 47,25 €)</i>	47,25 €	70 %	28,35 €	46,75 €	127,58 €	127,58 €	264,60 €
RADIOLOGIE							
	BR ⁽²⁾	Taux	MR ⁽³⁾	BASE	CONFORT	PREMIUM	EXCELLENCE
adhérent au CAS	55,00 €	70%	38,50 €	55,00 €	187,00 €	187,00 €	313,50 €
non adhérent au CAS	55,00 €	70%	38,50 €	55,00 €	93,50 €	93,50 €	313,50 €

VOS GARANTIES

SANTÉ

CHOIX D'ADHESION A L'OPTION

Adhésion possible :







- A la date d'embauche ou au 1^{er} janvier de chaque année, avec une demande dans les 30 jours ;
- A 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 sur la Base que sur l'Option.

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 ;
- A 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 ;
- A 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 JUSTIFICATIFS POUR VOS DEMANDES DE PRESTATIONS

	ACTES NÉCESSITANT LE DE PIÈCES JUSTIFICATIVES	PIÈCES JUSTIFICATIVES À ENVOYER À GEREPI VIA IRIS
	Lunettes	Facture détaillée et acquittée Prescription médicale datant de moins de 3 ans
	Lentilles cornéennes prises en charge par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée Prescription médicale datant de moins de 3 ans
	Lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée Prescription médicale datant de moins de 3 ans
	Prothèses dentaires et soins dentaires en cas de dépassement d'honoraires	Facture détaillée et acquittée
	Hospitalisation (en hôpital public)	Avis des sommes à payer et attestation de paiement.
	Hospitalisation (en clinique conventionnée)	Bordereau de facturation destiné à l'assuré, délivré par la clinique
	Hospitalisation (en clinique non conventionnée)	Facture acquittée détaillée
	Dépassement d'honoraires en hospitalisation	Notes d'honoraires des praticiens, acquittées et accompagnées du bordereau de facturation destiné à l'assuré, sur lequel devront figurer les honoraires
	Tickets modérateurs réglés au professionnel de santé (ex : pharmacie, radiologie, laboratoire, etc.), soins à l'étranger	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	Facture détaillée et acquittée

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 justificatif nécessaire à l'instruction du dossier.

* Pour accéder à votre Espace Assuré Iris : <https://services.gerepi.fr>

COMMENT

S’AFFILIER

- Compléter un bulletin d'affiliation en inscrivant les informations relatives aux personnes qui vont bénéficier des garanties Frais de santé
- Joindre 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 (ajout de bénéficiaires sur Iris)
 - » Un relevé d'identité bancaire
 - » En cas d'enfant majeur : 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 : copie du PACS ou copie intégrale du livret de famille
 - » En cas de concubinage : copie de l'attestation de Sécurité sociale et attestation de vie commune (par exemple une facture aux deux noms).
 - » En cas de souscription à un prélèvement : Mandat SEPA.

LE LEXIQUE DES REMBOURSEMENTS SANTÉ

Ayant droit : personne qui a droit à des prestations du fait de ses liens avec l'assuré cotisant : enfant, conjoint. 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.

Contrat d'accès aux soins (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 <http://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 qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie 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 qui sont facturés.

Norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs (NOEMIE) : système de télétransmission par flux informatique des dossiers de remboursement entre la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. Système accélérant le traitement des dossiers de remboursement des assurés.

Médecin traitant : médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient 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 1^{er} janvier de chaque année. Le montant est indiqué sur Ameli.fr

Remboursement de la Sécurité sociale (RSS) : le remboursement effectué par la Sécurité sociale.

Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) : tarif de référence fixé par l'assurance maladie 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 remboursements par la procédure d'échange informatique, dite NOEMIE entre votre caisse primaire et Gerep.

Ticket modérateur (TM) : différence entre la base de remboursement et le remboursement effectué par l'assurance maladie obligatoire.

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 : <http://www.unocam.fr/>

PARCOURS DE SOINS

Lorsque l'assuré ou un de ses ayants droit de 16 ans et plus ne respecte pas le parcours de soins, la Sécurité sociale diminue son taux de remboursement.

Conformément au décret sur les « contrats responsables », cette diminution, ainsi qu'une partie des dépassements d'honoraires, ne pourront être prises en charge par votre régime Frais Médicaux.

N'OUBLIEZ PAS

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 : gencive, os alvéolaire, cément et 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 bouche. L'implant sera enfoui 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.

CONSULTER NOTRE FAQ

Vous trouverez la FAQ Assuré sur votre Espace Assuré Iris rubrique *Contact > Questions fréquentes*

EFFECTUER UNE RECLAMATION

En cas de réclamation sur le service qui vous a été apporté par Gerep,

Vous pouvez adresser votre réclamation 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

Ou depuis notre formulaire de contact dans la rubrique réclamation de notre site internet : www.gerep.fr

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

LE MÉDIATEUR

Si aucun accord n'a pu être trouvé, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur. Le service Réclamations vous communique ses coordonnées. 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.

VOS INFORMATIONS ESSENTIELLES

A GLISSER DANS VOTRE PORTEFEUILLE

Mon n° de sécurité sociale : _____

Le n° de mon conjoint : _____

Le n° de mes enfants : _____

Mon n° d'assuré : _____

Mon mot de passe : _____

A BIENTÔT SUR IRIS !

<https://services.gerep.fr>

Gerep, Société indépendante de courtage en assurance. 4 rue de Vienne 75008 Paris
SAS au capital de 101 120 €. RCS Paris B 351 299 862. Immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 000 294 (www.orias.fr) Gerep est soumis au
contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout 75436 cedex 09.

En cas de réclamation client : GERE - Service réclamation -, 4 rue de Vienne CS 40001, 75378 Paris cedex 08 ou
reclamation@gerep.fr - Les réclamations sont traitées dans un délai de 10 jours.