

Ensemble, construisons la protection sociale
dont les artistes ont besoin



LIVRET D'ACCUEIL

Votre mutuelle santé Plasticia

www.plasticia.fr

Votre contrat de Santé

Depuis 2008, L'Association **La Maison des Artistes**, avec l'aide de ses partenaires, met à la disposition de ses adhérents une mutuelle complémentaire santé adaptée à leurs besoins : **PLASTICIA Santé**.

En mutualisant les coûts sur l'ensemble des adhérents, ce contrat vous permet de bénéficier de tarifs préférentiels, de garanties et de services dédiés aux artistes et à leurs familles.

Plasticia Santé est assurée par la Mutuelle Audiens de la presse, du spectacle et de la communication.

La gestion quotidienne de vos remboursements a été confiée à Gerep partenaire de La Maison des Artistes spécialisé dans la gestion des frais de santé.

Dans ce cadre, les équipes de Gerep sont désormais vos interlocuteurs.

Sommaire

Comment fonctionne mon contrat ?	4
Que dois-je faire en cas d'hospitalisation ?	5
Tiers payant, devis et prise en charge	5
Accès aux œuvres sociales et service social	6

NOTICE D'INFORMATION GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

Préambule	7
Dispositions générales	8
Article 1 - Définition.....	8
Article 2 - Adhésion du membre participant.....	8
Article 3 - Droit de renonciation.....	8
Article 4 - Dénonciation de l'adhésion.....	8
Article 5 - Bénéficiaires.....	9
Article 6 - Adhésion des bénéficiaires.....	9
Article 7 - Cessation des garanties.....	9
Article 8 - Poursuite de la garantie à titre individuel.....	9
Article 9 - Etendue territoriale.....	9
Article 10 - Contrôle.....	9
Article 11 - Prescription.....	9
Article 12 - Subrogation.....	9
Article 13 - Autorité de contrôle.....	9
Article 14 - Fausses déclarations.....	9
Article 15 - Réclamation.....	9
Garantie frais soins de santé	9
Article 16 - Choix du niveau de garantie.....	9
Article 17 - Etendue de la garantie Frais de soins de santé.....	9
Article 18 - Frais restant à charge.....	10
Article 19 - Modalités de versement des prestations.....	10
Article 20 - Montant des prestations.....	11
Descriptif de la garantie frais soins de santé	11
Les services au quotidien avec Gerep	12

Comment fonctionne mon contrat ?

Les bénéficiaires du contrat

Outre l'artiste, membre participant ayant choisi d'adhérer à l'une des garanties de Plasticia Santé, le bénéfice de la garantie est étendu selon les cotisations versées :

- au conjoint, au pacsé, au concubin* (une seule personne par membre participant peut être affiliée au titre de conjoint, pacsé ou concubin) ;
- aux enfants à charge* ;
- aux ascendants, descendants et collatéraux* du membre participant.

Adhésion des bénéficiaires

La garantie applicable au conjoint, au pacsé, au concubin et aux autres bénéficiaires dépend de celle du membre participant auquel ils sont rattachés.

Chaque bénéficiaire doit être affilié à un régime français de protection sociale obligatoire.

Leur adhésion prend effet au jour de la prise d'effet de l'adhésion de l'artiste.

Toutefois, en cas de modification de la situation de famille de l'artiste ou de demande d'admission d'un nouveau bénéficiaire en cours d'adhésion, la mise en place de la garantie est effective le premier jour du mois de réception de la demande d'admission et des pièces justificatives, sous réserve du paiement de la première cotisation afférente.

*tels que définis à l'article 1 de la notice d'information

Qu'est-ce que 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 lorsqu'apparaîtra sur vos relevés de Sécurité Sociale la mention « nous avons transmis ces informations à votre organisme Gerep ».

Si toutefois vous ne souhaitez 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.



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.

Comment suis-je remboursé par Gerep ?

Les remboursements peuvent être effectués, selon votre choix, soit par virement sur le compte de l'assuré principal (joindre un relevé d'identité bancaire ou postal), soit par lettre chèque. Les règlements sont effectués 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€ et au plus tard au bout de 30 jours si ce montant n'est pas atteint.

Les décomptes vous sont adressés selon votre choix :

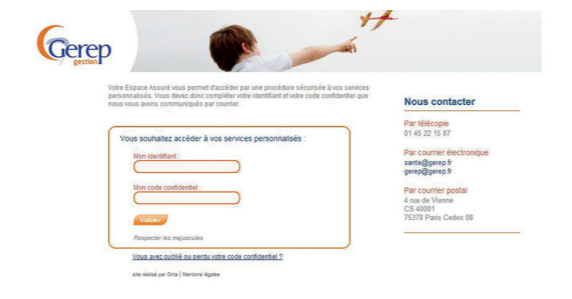
- par e-relevé : une alerte par courriel vous informe de sa mise à disposition
- par courrier : un décompte détaillé des prestations servies accompagné d'une carte de liaison portant vos références vous est envoyé à votre domicile tous les 30 jours



Dans votre espace assuré

Vous avez la possibilité de consulter vos garanties, vos décomptes de remboursement et les informations concernant votre affiliation.

Vos identifiant et code d'accès confidentiel vous sont communiqués dès votre affiliation.



Que dois-je faire en cas d'hospitalisation ?

Prise en charge hospitalière

Avant toute admission dans un établissement conventionné (hospitalisation de jour remboursée au minimum à 80 % de la base de remboursement par la Sécurité sociale ou pour un séjour de plus de 24 heures), Gerep peut délivrer une prise en charge hospitalière à l'établissement afin de vous éviter toute avance de frais dans la limite des garanties du contrat et à l'exception des frais personnels.

Il conviendra de nous communiquer :

- vos NOM et PRENOM, et votre n° de Sécurité sociale
- les NOM et PRENOM de la personne hospitalisée, en précisant s'il s'agit de l'assuré (vous-même), de votre conjoint ou d'un enfant à charge, les COORDONNEES de l'établissement concerné (adresse exacte de l'établissement, le service et numéro de fax, N° de FINESS disponible auprès du centre hospitalier)
- la DATE de l'hospitalisation

Dès réception de ces informations, Gerep adresse par fax à l'établissement au maximum 10 jours avant la date de l'intervention,

Tiers payant, devis et prise en charge

Le tiers payant est le mécanisme par lequel votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie et/ou votre assurance complémentaire « paient » directement les dépenses de santé.

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
- Auxiliaire médicaux
- Soins externes
- Transports
- Optique
- Centres de soins

En cas de résiliation du contrat, l'attestation de tiers payant en cours de validité, doit être restituée à Gerep.

Pour bénéficier du tiers payant, vous devez présenter au pharmacien la carte vitale, l'attestation de tiers payant Gerep et la prescription s'il y a lieu.



Lorsque vous bénéficiez du tiers payant pharmaceutique et que vous ne présentez pas votre attestation de tiers payant Gerep vous devez directement régler la part complémentaire au praticien. Dans ce cas, le praticien doit vous remettre un justificatif de votre règlement. Vous devez alors transmettre le justificatif de votre paiement à Gerep pour obtenir le remboursement du ticket modérateur.

BONNE PRATIQUE Afin de connaître le niveau de vos remboursements, nous vous invitons à demander à Gerep l'établissement d'un devis lorsque vous devez réaliser des soins importants : optique, dentaire, 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.

Lexique

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

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. Il est fixé pour 2014 à 3 129 €.

Montant remboursé (MR) : c'est le montant remboursé par la Sécurité Sociale.

Remboursement de la Sécurité Sociale (RSS) : c'est le remboursement effectué par la Sécurité Sociale.

Ticket modérateur : c'est la 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.

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes, le type de médicaments, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD), bénéficiaire de la CMU...

Accès aux œuvres sociales et service social

Mutuelle Audiens de la presse, du spectacle et de la communication

La carte d'adhérent permet également aux membres participants et à leurs bénéficiaires d'avoir accès aux œuvres sociales de la Mutuelle.

LE CENTRE DE SANTÉ RENÉ LABORIE À PARIS

Au cœur de Paris, le Centre de santé René-Laborie du Groupe Audiens est un lieu de prévention et de soins, doté d'une équipe pluridisciplinaire de 90 praticiens généralistes et spécialistes.

Les membres participants et leurs bénéficiaires y trouvent de nombreux avantages tels que l'application de tarifs conventionnés, la possibilité de choisir un médecin du centre comme médecin traitant, la dispense totale ou partielle d'avance des frais (tiers payant), la concentration en un même lieu d'un ensemble de professionnels pour faciliter la coordination des soins (dossier médical centralisé et commun) et la prise de rendez-vous sur internet.

Le Centre de santé met également à disposition une pharmacie mutualiste dotée d'un espace orthopédie (location et vente de matériel médical), un magasin d'optique et d'acoustique, un service d'imagerie médicale (radiologie, ostéodensitométrie, mammographie, doppler...) ainsi qu'un plateau dentaire (neuf cabinets dentaires : chirurgie dentaire, omnipraticiens, implantologie, parodontologie).

L'accès au Centre est ouvert à tous les adhérents et à leurs bénéficiaires quel que soit leur département de résidence.

Centre de santé René Laborie Tél. 01 84 79 02 79 (standard prise de RDV médicaux)
29 rue de Turbigo, 75002 Paris

Pharmacie Tél. 01 40 28 33 12 • 1 rue de Palestro, 75002 Paris

Magasin optique/acoustique Tél. 01 40 28 33 13 • 27 rue de Turbigo, 75002 Paris
(RER Châtelet les Halles, Métro Réaumur-Sébastopol, Etienne Marcel ou Châtelet-les-Halles)

ACTION SOCIALE DE LA MUTUELLE

Une aide exceptionnelle peut être accordée par la Commission sociale et des cas particuliers aux membres participants et à leur famille.

En cas de besoins urgents liés à la maladie, à l'invalidité, au handicap, au décès, au chômage, aux changements de situations familiales tels que le divorce, la maternité, la naissance ou l'adoption... le service d'action sociale peut vous aider :

- par l'écoute, le conseil, l'orientation ;
- par la coordination de nos services avec d'autres acteurs sociaux ;
- par une aide financière sous condition d'acceptation de votre dossier par la Commission sociale et des cas particuliers.

ACTION SOCIALE INDIVIDUELLE



Tél : 0 800 940 075 (appel gratuit depuis un poste fixe)

LE PANIER BÉBÉ DE LA MUTUELLE AUDIENS DE LA PRESSE, DU SPECTACLE ET DE LA COMMUNICATION

La Mutuelle offre à chaque nouveau bébé inscrit à la Mutuelle « le panier bébé ».

Ce cadeau de bienvenue est élaboré par la pharmacie du centre de santé à l'occasion de l'arrivée du nouveau petit mutualiste, dans l'année qui suit sa naissance.

La Mutuelle offre aux parents :

- des produits de soins bio pour bébé et sa famille ;
- des articles de prévention pour éviter les futurs « bobos » ;
- des conseils nutrition avec le livret édité par l'INPES « La santé vient en mangeant. Le guide nutrition de la naissance à 3 ans ».

BON À SAVOIR En cas d'accident ou de maladie imprévue, les membres participants bénéficient d'une assistance à domicile. Cette assistance est accessible 24h/24, 7 j/7 par téléphone au : **05 49 76 66 03** en communiquant la référence du contrat « **La Mutuelle Audiens 1000** ». La notice Audiens Assistance est consultable sur le site www.audiens.org

Préambule

L'Association La Maison des Artistes, ci-après dénommée le souscripteur, a souscrit auprès de la Mutuelle Audiens de la presse, du spectacle et de la communication, ci-après dénommée la mutuelle, un contrat collectif facultatif en faveur de ses adhérents afin de leur proposer le bénéfice d'une des trois garanties santé composant le-dit contrat : Basic, Médium ou Confort.

Cette notice d'information, dont vous voudrez bien prendre connaissance, est un descriptif de la garantie à laquelle vous avez adhéré.

La gestion des remboursements des prestations relatives à ce régime frais soins de santé a été déléguée à Gerep dont les coordonnées complètes figurent au verso du guide.

Dispositions générales

ARTICLE 1 - DÉFINITION

→ Ascendants, descendants et collatéraux (jusqu'au 3^e degré)

Conformément à l'article 8 des statuts, les personnes à charge du membre participant à condition d'être à charge au sens de la législation fiscale, de vivre sous son toit et de bénéficier des prestations de la Sécurité sociale sous son numéro d'immatriculation.

→ Ayants droit

Le conjoint, pacsé, concubin, enfants, ascendants, descendants et collatéraux tels que définis par le présent article.

→ Concubin

La personne qui, au moment de son affiliation et des soins ou de l'évènement, vit en couple avec le membre participant et sous le même toit depuis au moins 2 ans, aucun des deux n'étant par ailleurs marié ou pacsé.

La durée de vie commune peut être inférieure à deux ans si un enfant est né de cette union de fait.

Les concubins peuvent être de sexe différent ou non.

→ Conjoint

La personne liée au membre participant par le mariage non séparé judiciairement.

→ Enfants à charge

Conformément à l'article 8 des statuts,

- a) Les enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis du membre participant, de son conjoint, pacsé ou concubin, sous réserve qu'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
- considérés comme ayants droit du membre participant, de son conjoint, pacsé ou concubin par la Sécurité sociale ;
- ou âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études entraînant ou non l'affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de trois mois ;

- ou âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études à l'étranger et :

- bénéficiant du régime obligatoire de Sécurité sociale de l'un des pays de la Communauté Européenne ou de la Suisse, où les études sont poursuivies ;

- ou affiliés à la Caisse des Français à l'étranger, au titre de l'Assurance volontaire pour tous les autres pays ;

- ou âgés de moins de 26 ans à la recherche d'une première activité rémunérée et pouvant justifier de cette situation par une pièce administrative ;

- ou âgés de moins de 26 ans, rencontrant des difficultés particulières d'insertion professionnelle, bénéficiant à ce titre d'une mesure d'aide à l'emploi, selon la législation en vigueur (stage ou contrat de travail), et pouvant justifier de cette situation par une pièce administrative ;

- ou âgés de moins de 26 ans sous contrat d'apprentissage ;

- ou quel que soit leur âge s'ils perçoivent des allocations prévues par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 sur les personnes handicapées, ou seraient susceptibles de la percevoir si leurs ressources mensuelles ne dépassaient pas le plafond prévu par la loi, à condition toutefois qu'elles restent inférieures au SMIC.

b) Les enfants du membre participant, non confiés à sa garde, mais pour lesquels il est judiciairement tenu de verser une pension alimentaire, sous réserve qu'ils remplissent une des conditions ci-dessus.

→ Souscripteur

La personne morale ayant conclu un contrat collectif avec la Mutuelle en vue de la mise en œuvre des garanties indiquées au contrat, au profit respectivement de tout ou partie de ses adhérents.

→ Membre participant

La personne physique qui verse une cotisation directement, ou par l'intermédiaire du souscripteur et qui bénéficie ou fait bénéficier ses ayants droit des prestations de la Mutuelle.

→ Pacsé

La personne liée au membre participant par un pacte civil de solidarité non rompu.

ARTICLE 2 – ADHÉSION DU MEMBRE PARTICIPANT

2.1. – Modalités d'adhésion

Le souscripteur s'engage à proposer à ses adhérents présents et futurs l'adhésion à l'une des garanties définies au contrat.

Ces adhérents sont, après accord de la mutuelle, admis au bénéfice de la garantie à la date d'effet indiquée sur le bulletin d'adhésion, sous réserve de réception par le gestionnaire de ce bulletin d'adhésion rempli et signé par l'adhérent avant la fin du mois civil suivant cette date.

A défaut ils adhèrent le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'adhésion.

Chaque adhérent du souscripteur, figurant sur le bulletin d'adhésion doit être affilié à un régime français de protection sociale obligatoire.

Par cette adhésion à la mutuelle, l'adhérent du souscripteur devient **membre participant**.

2.2 – Durée de l’adhésion

Sous réserve du paiement des cotisations, l’adhésion se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année. Elle prend fin en cas de survenance d’un des événements prévus à l’article 7.

ARTICLE 3 – DROIT DE RENONCIATION

Conformément aux dispositions de l’article L223-8 du Code de la mutualité, le membre participant a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec demande d’avis de réception dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son adhésion a pris effet.

En cas de modification apportée à ses droits et obligations, un nouveau délai de 30 jours court à compter de la communication des modifications effectuées notamment par la remise d’une notice d’information.

La renonciation entraîne la restitution par la Mutuelle de l’intégralité des sommes versées par le membre participant, sous déduction des éventuels remboursements effectués pendant cette période.

La renonciation du membre participant à son adhésion entraîne celle de ses bénéficiaires.

ARTICLE 4 – DÉNONCIATION DE L’ADHÉSION

Le membre participant peut dénoncer son adhésion pour lui-même et ses éventuels bénéficiaires à effet du 31 décembre d’un exercice par lettre recommandée avec demande d’avis de réception. Cette dernière doit être adressée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l’année concernée, le cachet de la poste faisant foi.

La dénonciation du membre participant à son adhésion entraîne celle de ses bénéficiaires.

ARTICLE 5 – BÉNÉFICIAIRES

Outre le membre participant ayant choisi d’adhérer à l’une des garanties du contrat, le bénéfice de la garantie est étendu selon les cotisations versées :

- au conjoint, au pacsé, au concubin tels que définis à l’article 1, une seule personne par membre participant peut être affiliée au titre de conjoint, pacsé ou concubin;
- aux enfants à charge tels que définis à l’article 1 ;
- aux ascendants, descendants et collatéraux du membre participant tels que définis à l’article 1.

ARTICLE 6 – ADHÉSION DES BÉNÉFICIAIRES

La garantie applicable au conjoint, au pacsé, au concubin et aux autres bénéficiaires dépend de celle du membre participant auquel ils sont rattachés.

Chaque bénéficiaire doit être affilié à un régime français de protection sociale obligatoire.

Leur adhésion prend effet au jour de la prise d’effet de l’adhésion du membre participant.

Toutefois, en cas de modification de la situation de famille du membre participant ou de demande d’admission d’un nouveau bénéficiaire en cours d’adhésion, la mise en place de la garantie est effective le premier jour du mois de réception de la demande d’admission et des pièces justificatives, sous réserve du paiement de la première cotisation afférente.

ARTICLE 7 – CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent définitivement au plus tard :

- à la date de prise d’effet de leur suppression ou de la résiliation du contrat ;
- à la date à laquelle le membre participant perd sa qualité d’adhérent de l’association La Maison des Artistes ;
- à la date de renonciation ou de dénonciation de l’adhésion par le membre participant pour lui-même et/ou ses bénéficiaires ;
- en cas de non paiement des cotisations ;
- à la date du décès du membre participant.

En outre pour les éventuels bénéficiaires, les garanties cessent à la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions prévues aux articles 1 et 5.

La cessation des garanties pour le membre participant entraîne en tout état de cause celle de ses éventuels bénéficiaires.

ARTICLE 8 - POURSUITE DE LA GARANTIE À TITRE INDIVIDUEL

Une garantie peut être souscrite à titre individuel auprès de la mutuelle :

- quand le membre participant **perd sa qualité d’adhérent de l’association La Maison des Artistes**, sous réserve que l’intéressé en fasse la demande dans les six mois qui suivent cette perte de qualité d’adhérent du Souscripteur ;
- après décès d’un membre participant, par les ayants droit du membre participant décédé pour une durée garantie d’au moins douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent le décès ;
- après résiliation du contrat lorsqu’il n’est pas remplacé par un autre contrat, le membre participant devant effectuer sa demande dans les six mois qui suivent cette résiliation.

Cette garantie individuelle est alors accordée sans condition de période probatoire à des conditions tarifaires définies par les statuts et règlements mutualistes en fonction de la situation du membre participant.

ARTICLE 9 - ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties de la mutuelle s’exercent sur le territoire français et dans le monde entier lors de déplacements privés ou professionnels à condition que le membre participant soit affilié au régime général ou local de la Sécurité sociale française.

ARTICLE 10 – CONTRÔLE

Lors d’une demande de prestations, la mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle et de faire cesser, refuser, réduire ou réviser les conditions de versement des prestations. Les conclusions de ce contrôle s’imposent au membre participant ou ses éventuels bénéficiaires sans qu’il puisse se prévaloir de la poursuite de l’indemnisation par la Sécurité sociale.

En cas de désaccord entre le membre participant et son médecin d’une part, et le médecin conseil de la mutuelle d’autre part, les parties font appel à un troisième médecin pour les départager. Faute d’accord sur le choix de ce médecin, un médecin sera désigné par le Tribunal de grande instance de la résidence du membre

participant sur requête de la partie la plus diligente. L’avis de ce troisième médecin s’impose aux deux parties.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

En cas de refus d’un membre participant de répondre à un contrôle ou de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations sera refusé ou suspendu sans droit d’appel ultérieur.

ARTICLE 11 - PRESCRIPTION

Toutes les actions régies par le contrat sont prescrites au minimum par deux ans à compter de l’événement qui y donne naissance dans les conditions et sous les réserves prévues aux articles L221-11 et L221-12 du code de la Mutualité.

ARTICLE 12 - SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant victime d’un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée. Cette subrogation s’exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d’indemnité mise à la charge du tiers qui répare l’atteinte à l’intégrité physique de la victime.

Est exclue la part d’indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d’agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n’indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d’accident suivi de mort, la part d’indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

ARTICLE 13 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La mutuelle est soumise au contrôle de l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09.

ARTICLE 14 - FAUSSES DÉCLARATIONS

Les déclarations faites, tant par le membre participant, son conseil ou tout mandataire, servent de base à la garantie. La mutuelle se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, les dispositions de l’article L221-14 du code de la Mutualité s’applique.

Pour les adhésions individuelles et collectives facultatives, en cas d’omission ou de déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n’est pas établie, la mutuelle peut appliquer les dispositions prévues par l’article L221-15 du code de la Mutualité.

ARTICLE 15 - RÉCLAMATION

Les membres participants peuvent, sans préjudice des actions en justice qu’ils ont la possibilité d’exercer par ailleurs, adresser leurs réclamations à la mutuelle par courrier à l’adresse de son siège social.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations

payées ou refusées doit être formulée dans un délai de 6 mois, à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement desdites prestations.

Garantie frais soins de santé

ARTICLE 16 – CHOIX DU NIVEAU DE GARANTIE

Le choix du niveau de garantie est effectué par le membre participant au moment de son adhésion et s’applique à l’ensemble de ses éventuels bénéficiaires.

Le changement de niveau de garantie par le membre participant peut être effectué en cas de modification de la situation familiale (mariage, concubinage, passage, divorce, naissance, décès, etc.), la demande accompagnée des pièces justificatives devant être faite dans les deux mois qui suivent l’événement. Le changement de niveau de garantie prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

En dehors de la modification de situation familiale, il est possible de changer de niveau de garantie dans les conditions suivantes :

- remplacement d’une garantie de niveau inférieur par une garantie de niveau supérieur au 1er janvier d’un exercice civil, en informant par écrit la mutuelle au plus tard le 31 octobre de l’année précédente ;
- remplacement d’une garantie de niveau supérieur par une garantie de niveau inférieur au 1^{er} janvier d’un exercice civil, en informant par écrit la mutuelle au plus tard le 31 octobre de l’année précédente, **sous réserve d’avoir bénéficié de la garantie de niveau supérieur trois ans au minimum avant le changement de garantie.**

ARTICLE 17 - ETENDUE DE LA GARANTIE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

Les prestations sont mises en œuvre en complément du niveau de remboursement prévu par la Sécurité sociale.

Le montant des remboursements ne peut excéder le montant de la dépense réellement effectuée, compte tenu des prestations servies par la Sécurité sociale, et/ou un autre organisme assureur.

Les prestations dues par la mutuelle sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l’objet d’un remboursement de la Sécurité sociale, engagés au titre de l’Assurance maladie, de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l’Assurance maternité, postérieurement à l’adhésion du membre participant ou de ses bénéficiaires, pendant la durée de l’adhésion, tant que l’adhésion n’est pas résiliée.

La date des actes retenue est celle mentionnée sur les décomptes de la Sécurité sociale ou sur les factures acquittées du membre participant et de ses bénéficiaires.

La mutuelle peut prendre en charge, dans les conditions fixées au tableau de garanties figurant au descriptif de la garantie, certains frais n’ayant pas fait l’objet d’un remboursement de la Sécurité sociale.

ARTICLE 18 - FRAIS RESTANT À CHARGE

Afin de répondre aux dispositions législatives relatives au contrat « responsable » ne pourront donner lieu à prise en charge les dépenses suivantes :

- les participations forfaitaires et franchises médicales laissées à la charge de l'assuré social par la Sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré social :
 - n'aura pas désigné de médecin traitant ou qu'il consultera sans prescription de son médecin traitant (situation dite « hors parcours de soins ») ;
 - n'aura pas accordé aux professionnels de santé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel ;
- les « dépassements d'honoraires autorisés » lorsque l'assuré social ne respecte pas le parcours de soins définis par la loi du 13 août 2004 ;
- tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.

ARTICLE 19 – MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

19.1 – Modalités générales

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, être adressées à l'organisme gestionnaire dans les deux ans suivant la date des soins, la date de l'acte ou la date d'achat.

Ces demandes devront être accompagnées des pièces justificatives mentionnées ci-après.

Le montant des prestations est versé par virement bancaire ou postal à l'ordre du membre participant ou par chèque bancaire.

Le décompte correspondant portant le détail des actes remboursés par la mutuelle est adressé directement au domicile du membre participant.

L'organisme gestionnaire doit donc être informé rapidement, par courrier, de toute modification.

• Coordonnées du centre de gestion

Ces informations figurent au verso du guide de gestion.

• Changement de situation de famille (mariage, concubinage, Pacs, naissance d'un enfant, inscription d'un ayant droit, etc.)

Le membre participant adresse à l'organisme gestionnaire une demande d'admission accompagnée des pièces justificatives relatives à la modification de la situation de famille.

• Changement d'adresse

Le membre participant informe l'organisme gestionnaire de la modification.

Selon le choix du membre participant, si les remboursements sont effectués avec la procédure NOEMIE (voir article 19.2), transmettre également la photocopie des nouvelles attestations Vitale pour l'ensemble des bénéficiaires (document établi à la nouvelle adresse).

• Changement de compte bancaire

Le membre participant informe l'organisme gestionnaire de la modification en adressant un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

• Ouverture des droits à la garantie pour les « enfants à charge »

Le membre participant adresse à l'organisme gestionnaire les photocopies du justificatif de situation de ou des « enfants à charge » (voir définition article 1) à compter du 18e anniversaire de l'enfant ou de son immatriculation personnelle à la Sécurité sociale ainsi que la photocopie de l'attestation Vitale en cours de validité sur laquelle l'enfant figure.

Enfant scolarisé de moins de 28 ans

Justificatifs nécessaires : certificat de scolarité ou carte d'étudiant

Quand : en début d'année scolaire (fin des droits 30/09/nn) ou au moment de l'adhésion en cours d'année scolaire

Enfant scolarisé de moins de 28 ans

Justificatifs nécessaires : carte d'étudiant et attestation de Sécurité sociale ou caisse des français à l'étranger

Quand : en début d'année scolaire (fin des droits 30/09/nn) ou au moment de l'adhésion en cours d'année scolaire

Enfant de moins de 26 ans en recherche d'une première activité

Justificatifs nécessaires : justificatif Pôle Emploi

Quand : au moment de l'adhésion et 1 fois par an

Enfant de moins de 26 ans avec contrat d'aide à l'emploi

Justificatifs nécessaires : justificatif du contrat

Quand : au moment de l'adhésion et 1 fois par an

Enfant de moins de 26 ans en apprentissage

Justificatifs nécessaires : certificat d'apprentissage

Quand : au moment de l'adhésion et 1 fois par an

Enfant percevant une allocation pour handicapé avec ressources inférieures au SMIC

Justificatifs nécessaires : justificatif des ressources

Quand : au moment de l'adhésion et 1 fois par an

- Joindre impérativement aux documents ci-dessus :**
- une photocopie de l'attestation d'ouverture de droits Vitale délivrée par la CPAM, dans le cas où l'enfant est personnellement immatriculé ;
 - une photocopie de l'attestation carte Vitale en cours de validité sur laquelle l'enfant figure, dans le cas où l'enfant âgé de 17 à 28 ans est immatriculé sous le numéro de Sécurité sociale du membre participant, de son conjoint ou pacsé ou concubin.

19.2 – Avec le système NOEMIE

Sauf, s'il ne le souhaite pas, le membre participant bénéficie du système NOEMIE (Norme Ouverte d'Echange Maladie entre les Intervenants Externes) : système de transmission automatique des données entre sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie et l'organisme gestionnaire. Le membre participant et ses éventuels bénéficiaires peuvent adresser leurs demandes de remboursement directement à la Sécurité sociale et n'ont plus à retourner le décompte établi par la Sécurité sociale à l'organisme gestionnaire.

Pour bénéficier de ce système, les bénéficiaires de la garantie non à charge du membre participant au sens de la Sécurité sociale devront par ailleurs, avec la demande d'adhésion, adresser à l'organisme gestionnaire une copie de leur attestation carte Vitale.

19.3 – Sans le système NOEMIE

Lorsque le membre participant et ses éventuels bénéficiaires ne bénéficient pas du système NOEMIE, ils doivent remettre à l'organisme gestionnaire un dossier de demande de prestations, afin de permettre le règlement des prestations, en fournissant l'original du décompte de la Sécurité sociale et de tout autre organisme permettant d'apprécier ses droits et le montant du sinistre.

19.4 – Tiers payant

Un système de tiers payant permet une dispense partielle d'avance de frais. En effet, cette dispense n'est possible que sur la partie relative au ticket modérateur (différence entre le tarif de référence de la Sécurité sociale et le montant du remboursement réellement effectué par celle-ci), et à condition que le parcours de soins soit respecté.

A l'adhésion et chaque année, une carte individuelle, nécessaire au fonctionnement des tiers payants qui y figurent, est envoyée par l'organisme gestionnaire au membre participant qui s'engage à la lui retourner dès sa radiation de la garantie.

Pour les prestations dont le montant du remboursement prévu au descriptif des garanties est supérieur au ticket modérateur, une facture acquittée relative au montant resté éventuellement à charge du bénéficiaire après mise en œuvre du tiers payant doit être adressée à l'organisme gestionnaire.

Ce système n'est mis en œuvre que pour les membres participants et les personnes inscrites sur leur carte de Sécurité sociale. Les bénéficiaires de la garantie non à charge du membre participant au sens de la Sécurité sociale peuvent adopter ce service, sous réserve qu'ils fournissent la copie de leur attestation carte vitale.

19.5 – Remboursements spécifiques

Quelle que soit la procédure choisie, il convient d'adresser une facture originale acquittée des frais réels, sur laquelle devra figurer la date de l'acte, le bénéficiaire de l'acte, le cachet du professionnel de santé, pour :

- les frais dentaires, le praticien devra mentionner sur la facture si les actes concernés seront ou non remboursés par la Sécurité sociale et préciser le détail de la codification de chaque acte effectué ;
- l'optique (l'opticien doit mentionner séparément le prix des verres et celui de la monture), pour les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, la mention hors L.PP (Liste des Prestations et Produits) devra figurer sur la prescription médicale, jointe à la facture ;
- l'hospitalisation ;
- les frais d'acoustique, la chirurgie réfractive de l'œil.
- les frais non remboursés par la Sécurité sociale, dont la prise en charge est prévue au descriptif des garanties.

Les pièces suivantes devront être envoyées pour l'obtention :

- de l'allocation naissance : un bulletin de naissance ou un extrait d'acte de naissance ;
- de l'allocation adoption plénière : une copie du jugement d'adoption plénière

NB : Il peut vous être demandé une facture justificative pour tous les actes médicaux quand les frais réels dépassent, de manière importante, le tarif de convention.

ARTICLE 20 – MONTANT DES PRESTATIONS

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. Toutefois, la mutuelle prend en charge, dans les conditions déterminées au tableau du présent article, certains actes non remboursés par la Sécurité sociale.

Le montant des prestations prises en charge inclut le minimum légal pour les actes définis à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et dans les conditions fixées par celui-ci.

Les prestations de préventions considérées comme prioritaires au regard des objectifs de santé publique et retenues par la mutuelle pour l'application du minimum légal de remboursement sont les suivantes :

- le détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en deux séances maximum (SC12) ;
- le dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un de ces actes : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale, audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;
- l'ostéodensitométrie remboursable par la Sécurité sociale limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.

Les frais ouvrant droit à la garantie sont ceux correspondant aux actes décrits dans le descriptif de garantie ci-après.

Les montants des remboursements ci-après incluent le montant remboursé par la Sécurité sociale à l'exception des montants de remboursements exprimés en euros qui complètent les prestations versées par la Sécurité sociale et sont exprimés dans la limite :

- soit d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : tarif à partir duquel la Sécurité sociale établit son remboursement. Son montant varie selon que l'acte est effectué en secteur conventionné ou en secteur non conventionné (montant minoré).
- soit d'un pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), le plafond retenu est celui en vigueur au moment de la réalisation de la prestation ou de l'évènement considéré ;
- soit d'un pourcentage des frais réels (FR) ;
- soit d'un montant exprimé en euros.

Vous trouverez le descriptif de la garantie frais soins de santé sur la fiche des garanties jointe correspondant à la formule que vous avez choisie.

Les services au quotidien avec Gerep

Toutes mes démarches en ligne



Sur le site www.plasticia.fr, vous pouvez vous connecter 24h/24 à votre « Espace assuré » pour :

- modifier vos données personnelles (adresse, email, téléphone...)
- suivre en temps réel vos dossiers et vos remboursements : effectuer vos demandes d'analyse de devis et de prise en charge hospitalière
- consulter les formalités de remboursement
- localiser les professionnels de santé proches de chez vous pratiquant le tiers payant (géolocalisation)
- poser toutes vos questions à nos équipes dans votre Espace assuré / Contactez-nous / Nous laisser un message
- consulter nos conseils pratiques et informations médicales

Vos identifiants et mot de passe vous sont communiqués par courrier dès validation de votre adhésion.

A la première connexion vous pouvez modifier votre mot de passe.

En cas de perte :

- 1 Connectez-vous sur www.plasticia.fr / Espace assuré
- 2 Sur l'écran d'authentification, cliquez sur obtenir vos identifiants
- 3 Renseignez les informations demandées et cliquez sur Envoyer

Vous recevrez votre mot de passe automatiquement par e-mail.

La connexion au site est sécurisée et garantit la confidentialité des informations et des opérations réalisées.

Pour nous contacter



www.gerep.fr

Espace assuré

Rubrique Contactez-nous !



Centre d'Appel

01 45 22 52 53



sante@gerep.fr

gerep@gerep.fr



GEREP - Plasticia

4 rue de Vienne

CS 40001

75378 Paris CEDEX 08

ASSURÉ PAR

**LA MUTUELLE
AUDIENS**

de la presse, du spectacle
et de la communication

Siège social : 74, rue Jean Bleuzen, 92170 VANVES - Membre de Mudis
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
Immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro Siren : 775 659 923



Société de courtage en assurances

Siège social : 4 rue de Vienne, CS 40001, 75378 Paris cedex 8

Société par actions simplifiées au capital de 100 000€ - RCS Paris B 351

299 862 / Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le N° 07 000 294

(<http://www.orias.fr>) / Gerep est soumis au contrôle de l'ACP

(Autorité de Contrôle Prudentiel) 61 rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 9