

**Ensemble, construisons la protection sociale
dont les artistes ont besoin.**



RECOMMANDÉ PAR
LA
MAISON
DES 
ARTISTES

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 Mieux-Être**.

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 vos interlocuteurs**.

Table des matières

Comment fonctionne mon contrat ?	3
IRIS, VOTRE ESPACE ASSURÉ EN LIGNE	3
LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT	3
LA TÉLÉTRANSMISSION	3
LES JUSTIFICATIFS POUR VOS DEMANDES DE PRESTATIONS	4
DEVIS	4
PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE.....	4
LA CARTE DE TIERS-PAYANT.....	4
L'ASSISTANCE MIEUX-ETRE ALLO SANTE	5
Notice d'information : garanties « frais de soins de santé » association La Maison des Artistes	6
PRÉAMBULE	6
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	6
GARANTIE FRAIS SOINS DE SANTÉ	9
Autres informations	13
CONSULTER LA FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ)	13
EFFECTUER UNE RÉCLAMATION	13
NOTRE POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PRIVÉES (RGPD)	13
Le lexique 100% santé.....	14
Le lexique des remboursements santé	15
Le lexique dentaire.....	16
Contacter Gerep.....	17

Comment fonctionne mon contrat ?

IRIS, VOTRE ESPACE ASSURÉ EN LIGNE

IRIS (services.gerep.fr), c'est l'espace assuré en ligne de Gerep. Depuis votre espace personnel, retrouvez vos informations clés. Simple, pratique et complet, IRIS vous permet de gérer votre complémentaire santé en toute autonomie.

Les demandes adressées via l'espace IRIS sont traitées en 48H :



	L'envoi de demandes de remboursements et de prise en charge hospitalière
	La transmission directe des justificatifs
	Le téléchargement de la carte de Tiers-Payant
	Le suivi des demandes sur les 3 derniers mois
	L'historique des remboursements versés sur les 24 derniers mois
	La modification des informations et coordonnées
	Les demandes d'ajout ou de suppression des bénéficiaires
	La recherche de professionnels de santé membres du réseau de santé sélectionné
	Et bien d'autres fonctionnalités...

Connectez-vous à votre espace IRIS

Votre espace en ligne IRIS est disponible à l'adresse <https://services.gerep.fr/>.

Si vous possédez déjà un compte IRIS : renseignez vos identifiants et cliquez sur « Connexion ». Vous pouvez choisir de les mémoriser en cochant la case « Rester connecté » au préalable. En cas d'oubli, vous pouvez effectuer une demande de mot de passe au lien « Mot de passe oublié ? ».

S'il s'agit de votre première connexion sur IRIS : cliquez sur « S'inscrire » et renseignez les informations demandées. Cliquez ensuite sur « Confirmer » pour finaliser votre inscription. Vous recevrez un message de validation de votre adresse e-mail dans lequel se trouve un lien de suivi vers IRIS. Renseignez les identifiants indiqués dans le formulaire précédent et profitez des avantages de votre espace IRIS !

LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

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

Les décomptes vous sont adressés selon votre choix :

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

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

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

LES PLUS D'IRIS

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

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

LA TÉLÉTRANSMISSION

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

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

À SAVOIR

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

LES JUSTIFICATIFS POUR VOS DEMANDES DE PRESTATIONS

Les pièces à fournir varient en fonction de votre régime frais de santé, elles sont détaillées dans le tableau ci-après. Cette liste n'est pas exhaustive, l'assureur est en droit de demander tout autre justificatif nécessaire à l'instruction du dossier.

- ➔ **Lunettes et lentilles cornéennes (y compris jetables si prévu dans le contrat) :** facture détaillée et acquittée
- ➔ **Prescription médicale datant de moins de 3 ans, soins dentaires en cas de dépassement d'honoraires et prothèses dentaires :** facture détaillée et acquittée.
- ➔ **Hospitalisation en hôpital public :** avis des sommes à payer et attestation de paiement.
- ➔ **Hospitalisation en clinique (conventionnée ou non) :** notes d'honoraires des praticiens, acquittées et accompagnées du bordereau de facturation destiné à l'assuré, sur lequel devront figurer les honoraires.
- ➔ **Part mutuelle des soins réglés directement au professionnel de santé (ex. pharmacie, radiologie, laboratoire, soins à l'étranger, etc.) :** facture détaillée et acquittée.
- ➔ **Cures thermales :** attestation de cure et factures justificatives des frais engagés.
- ➔ **Autres actes non pris en charge par la Sécurité sociale et prévus par votre contrat :** facture détaillée et acquittée.

DEVIS

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

LES PLUS D'IRIS

N'hésitez pas à demander un devis à votre dentiste ou à votre chirurgien afin de le soumettre dans votre Espace Assuré IRIS dans la rubrique « Mes Services » puis « Transmettre un devis ». Nous vous répondrons sous 48h.

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

Gerep délivre également des prises en charge des frais en cas d'hospitalisation auprès des établissements hospitaliers conventionnés ou agréés, afin de vous éviter l'avance de frais dans la limite des garanties du contrat. L'accord de prise en charge garantit le

paiement direct des frais engagés à l'hôpital ou à la clinique, y compris la chambre particulière (si prévue dans le contrat) et le forfait hospitalier à hauteur des garanties. Les frais personnels (téléphone, télévision) ne sont pas pris en compte.

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

LES PLUS D'IRIS

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

LA CARTE DE TIERS-PAYANT

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

LES PLUS D'IRIS

Votre carte de Tiers-payant ainsi que celles de vos bénéficiaires sont téléchargeables à tout moment depuis votre ordinateur, votre tablette et votre Smartphone sur votre Espace Assuré IRIS, rubrique « Mon compte » puis « Accéder à ma carte de Tiers-payant ». Vous pouvez télécharger et imprimer votre carte de tiers payant, ou la présenter directement au professionnel de santé sur votre Smartphone.

Bénéficiaire du tiers-payant		Dépenses de santé concernées par le tiers-payant									
Non - Prisons	Code résidence	PHAR	LABO	RADL	AUXM	LPPS	TRAN	CSTE	OPT	EXTE	HOSP
		SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	OC
XXXXXX XXXXXX		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PEC
11/12/1946	1	(7)		(2)				(2)		(2)	(1)

* Règle de calcul OC: 100.00% + 100.00% - 100.00%

(1) Prise en charge auprès de GEREP (conventionnés au contrat)
(2) Hors le paiement de tiers
(3) Prise en charge pour les prestations facturées par internet ou fax (cf contrat)
(4) 0% d'acompte maximum à 0.5%

À SAVOIR

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

, c'est toute une gamme de services offerts par votre complémentaire santé pour vous garantir le juste prix sur vos frais de santé les plus onéreux. Les objectifs de ces services :

- ➔ Vous permettre de diminuer vos dépenses de santé,
- ➔ Vous assurer des soins de qualité.
- ➔ Vous informer et vous conseiller sur les solutions les plus adaptées à vos besoins



La qualité : les professionnels de la santé partenaires de Santéclair se sont engagés contractuellement sur de bonnes pratiques en votre faveur pour vous garantir des prestations de qualité, contrôlées par Santéclair.

Le prix : vous bénéficiez de tarifs privilégiés et de services préférentiels.

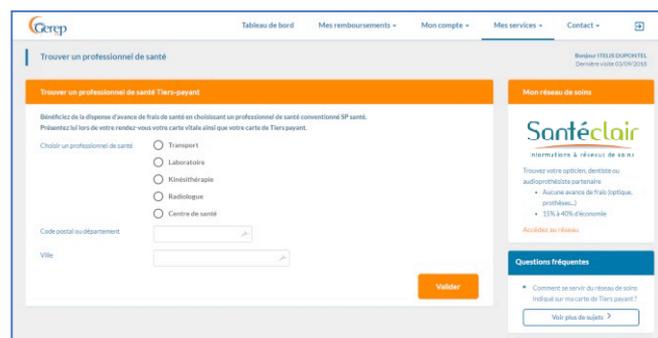
Le tiers-payant : vous bénéficiez du tiers-payant pour ne plus faire l'avance de frais sur la part complémentaire.

15 à 50 % moins cher, qu'est-ce que ça veut dire ?

Santéclair a négocié avec les professionnels de la santé partenaires des tarifs maximums. Par exemple en optique, pour un verre strictement identique, ces tarifs négociés sont jusqu'à 40 % moins chers chez les opticiens du réseau que chez les opticiens hors réseau.

Retrouvez le détail de l'offre dans votre espace assuré
 Pour connaître les adresses des praticiens du réseau Santéclair les plus proches de chez vous, munissez-vous de vos identifiants et consultez l'outil de géolocalisation des partenaires sur votre espace

assuré : services.gerep.fr rubrique « Mes services » puis « Trouver un professionnel de santé ».



L'ASSISTANCE MIEUX-ETRE Allo Santé au 05 49 34 80 19

Parce que certaines situations peuvent perturber la vie de famille et/ou la vie professionnelle, Mutuelle Mieux-Etre vous propose des services d'assistance renforcés et adaptés à vos besoins :

➔ Des services accessibles dès la souscription (conseil Nutrition, prévention santé ; coaching forme ; soutien psychologique ; accompagnement par une infirmière pour préparer une hospitalisation et accompagner lors du retour à domicile),

➔ En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation : aide à domicile ; présence d'un proche ; prise en charge des enfants (conduite à l'école, aide aux devoirs,...) ; aide au retour à domicile ; portage de repas ; livraison de courses ; coiffure à domicile ; recherche de matériels médicaux,

➔ En cas de maladie grave, mise à disposition d'une enveloppe de services utilisable pendant un an, au choix du salarié pour mieux supporter le quotidien,

➔ En cas de problèmes de santé liés à la profession : bilan professionnel, actions de prévention, programme de remise en forme,

➔ Pour les salariés en situation d'aidants d'une personne âgée dépendante : mise à disposition d'un site Internet de formation des aidants,

➔ En cas d'accident ou maladie survenus à l'étranger : rapatriement médical,

➔ En cas de décès : prise en charge des enfants, ascendants, animaux domestiques.

Notice d'information : garanties « frais de soins de santé » association La Maison des Artistes

**Adhérents de l'association : Régime
complémentaire de frais de soins de santé collectif
à adhésion facultative**

PRÉAMBULE

L'Association La Maison des Artistes, ci-après dénommée le souscripteur, a souscrit auprès de la Mutuelle Mieux-Être, 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 ledit 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 à la fin du guide.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Définition

- Ascendants, descendants et collatéraux (jusqu'au 3ème 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.

LES PLUS D'IRIS

Vous pouvez faire votre changement d'adresse ou d'organisme bancaire directement dans votre espace IRIS à la rubrique « Mon compte » puis « Gérer mes données personnelles », la prise en compte est immédiate. En cas de changement de centre de Sécurité sociale, il vous suffit de nous transmettre une attestation en cliquant sur « Modifier les informations de Sécurité sociale ». Vous éviterez ainsi la rupture de votre télétransmission.

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.

À 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 1^{er} 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

Vous pouvez rompre votre adhésion par l'envoi d'une lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du code de la mutualité, moyennant le respect d'un délai de préavis qui ne peut être inférieur à deux (2) mois avant son échéance annuelle.

Vous pouvez également dénoncer votre adhésion, après expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la prise d'effet de l'adhésion sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prendra effet un (1) mois après que la mutuelle en a reçu notification.

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.

LES PLUS D'IRIS

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

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 - Étendue 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'évènement

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 - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 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 1er 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 1^{er} 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 - Étendue 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 18^{ème} 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.

LES PLUS D'IRIS

Vous pouvez faire votre changement d'adresse ou d'organisme bancaire directement dans votre espace IRIS à la rubrique « Mon compte » puis « Gérer mes données personnelles », la prise en compte est immédiate. En cas de changement de centre de Sécurité sociale, il vous suffit de nous transmettre une attestation en cliquant sur « Modifier les informations de Sécurité sociale ». Vous éviterez ainsi la rupture de votre télétransmission.

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.

À SAVOIR

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

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.P.P (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 qui figurent 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.

Autres informations

CONSULTER LA FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ)

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

EFFECTUER UNE RÉCLAMATION

En cas de réclamation sur le service qui vous a été apporté par Gerep, contactez-nous via notre formulaire dans la rubrique « Contact - réclamation » de notre site internet : www.gerep.fr ou par courrier mentionnant vos références, accompagné d'une copie des éventuelles pièces justificatives à :

GEREP,
Service Réclamations,
4 rue de Vienne
CS 40001,
75378, Paris cedex 08

Nous nous engageons à :

- Accuser réception de votre réclamation sous 10 jours ouvrables.
- Vous adresser une réponse dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 2 mois, sauf circonstances particulières justifiant d'un délai de traitement plus long.
- Vous tenir informé, dans ce dernier cas, de l'état d'avancement de votre dossier.

Si vous n'êtes toujours pas satisfait de la réponse apportée, vous avez d'autres recours (voir ci-après).

Le médiateur

Si aucun accord n'a pu être trouvé, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur (La Médiation de l'Assurance – Pôle CSCA – TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09). Il exerce sa mission en toute indépendance et impartialité. **Le recours au médiateur est gratuit.** Toutefois, nous vous précisons que le médiateur ne peut être saisi qu'après que le service Réclamations ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse. Le Médiateur intervient après épuisement des procédures internes de règlement des litiges.

NOTRE POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PRIVÉES (RGPD)

Le règlement européen sur la protection des données (RGPD) est entré en vigueur le 25 mai 2018. Il concerne toutes les entreprises à travers le monde qui traitent des données à caractère personnel concernant les citoyens de l'UE. En tant que gestionnaire de protection sociale amené à traiter des données personnelles, Gerep a renforcé ses systèmes de sécurité en place :

1. Un Délégué à la Protection des Données (DPO) a été désigné afin de garantir la conformité de nos processus au RGPD. Au sens de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL), le DPO tient une fonction située au cœur de la RGPD : il conseille et accompagne les organismes qui le désignent dans leur conformité.
2. Les risques sont analysés à partir d'un registre des traitements qui répertorie les flux de données internes, afin de les identifier et de définir des mesures de réduction de ces risques.
3. Les échanges de données avec des tiers de santé sont opérés via une plateforme de dépôt sécurisée pour les transferts de données, utilisant le protocole sécurisé CFT (Cross File Transfer).
4. La sécurité des données qui nous sont confiées passe par l'anonymisation des fichiers santé, l'hébergement de nos serveurs en interne et la mise en place d'un plan de reprise d'activité (PRA) doublé d'un plan de continuité d'activité (PCA).
5. L'ensemble du personnel est sensibilisé à la manipulation des données à caractère personnel et aux bonnes pratiques du RGPD.
6. L'accès à l'ensemble de nos sites est strictement réservé à nos collaborateurs de façon sécurisée : des systèmes d'alarmes sont en place, l'accès des collaborateurs est contrôlé par des badges.
7. La destruction des documents papier est assurée par un professionnel de la gestion des documents confidentiels, attestée par certificat.

Retrouvez le détail de notre politique de protection des données privées sur notre site <http://www.gerep.fr/protection-donnees.html>.

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



Hors 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 : annuairesante.ameli.fr/

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ticket modérateur (TM) : différence entre la base de remboursement (BR) et le remboursement effectué par la Sécurité sociale. La participation forfaitaire d'1 €, les franchises médicales et les éventuels dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant votre reste à charge.

Tiers payant : système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des professionnels de santé

Plus de définitions sur le glossaire : www.unocam.fr/

Le lexique dentaire



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Contacter Gerep

L'ESPACE ASSURÉ IRIS



Adressez-nous toutes vos demandes de prise en charge, de remboursement ou de modification de vos informations personnelles via IRIS (services.gerep.fr). C'est simple, facile et rapide, vos demandes seront traitées sous 48 heures. IRIS, l'espace assuré en ligne par Gerep, est recommandé par 90 % de nos adhérents !

PAR E-MAIL

Plusieurs adresses sont à votre disposition pour nous contacter :

- sante@gerep.fr : pour vos questions relatives à vos remboursements ou prises en charge.
- affiliation@gerep.fr : pour vos questions relatives à votre affiliation, celle de vos bénéficiaires ou vos changements de situation (mariage, PACS, naissance, etc.).

Ces adresses e-mail sont dédiées aux questions particulières. Toute demande accompagnée de documents devra être adressée via IRIS.

PAR TÉLÉPHONE

Pour toute demande particulière, vous pouvez également nous contacter au 01 45 22 52 53 du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h30.

PAR COURRIER

Envoyez vos courriers à l'adresse ci-après :

GEREP

4, rue de Vienne
CS 40001
75378 Paris Cedex 08

ASSURÉ PAR



Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité – Immatriculée au répertoire SIRENE sous le N° SIREN 775 659 907, 171 avenue Ledru-Rollin – 75544 Paris cedex 11 – Tél. 01 44 93 11 00 - www.mieux-etre.fr

EN PARTENARIAT AVEC



GESTION



GEREP 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 (www.orias.fr) / Gerep est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel) 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.