

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



LIVRET D'ACCUEIL
Votre mutuelle hospitalisation Plasticia

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
LES JUSTIFICATIFS POUR VOS DEMANDES DE PRESTATIONS	3
DEVIS	4
PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE	4
Notice d'information : garanties « frais d'hospitalisation » association la maison des artistes	5
PRÉAMBULE	5
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
GARANTIE FRAIS D'HOSPITALISATION	8
Autres informations	11
CONSULTER LA FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ)	11
EFFECTUER UNE RÉCLAMATION	11
NOTRE POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PRIVÉES (RGPD)	11
Le lexique des remboursements santé	12
Contacter Gerep	13
L'ESPACE ASSURÉ IRIS	13
PAR E-MAIL	13
PAR TÉLÉPHONE	13
PAR COURRIER	13

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
	L'accès à l'historique des demandes sur les 3 derniers mois
	La modification des informations et coordonnées
	Les demandes d'ajout ou de suppression des bénéficiaires
	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 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.

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.

- **Prescription médicale datant de moins de 3 ans :** 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.
- **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 nécessitant une hospitalisation.

LES PLUS D'IRIS

N'hésitez pas à demander un devis 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.

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.

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

Notice d'information : garanties « frais d'hospitalisation » association la maison des artistes

Adhérents de l'association : Régime complémentaire de frais 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 garantie hospitalisation.

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 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 3^{ème} 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, descendants, 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.

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 descendants, 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 D'HOSPITALISATION

ARTICLE 16 – OBJET DE LA GARANTIE

Le présent contrat offre au membre participant une alternative aux niveaux de garanties frais de santé du contrat santé collectif facultatif N°E1700108771 en lui proposant d'adhérer à une garantie « frais d'hospitalisation ».

ARTICLE 17 - ETENDUE DE LA GARANTIE

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 – Modalités de versement des prestations

18.1 – 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.
- ➔ 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
 - **Étudiant de moins de 28 ans poursuivant ses études à l'étranger.** 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.

18.2 – 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 :

- ➔ l'hospitalisation ;
- ➔ les frais non remboursés par la Sécurité sociale, dont la prise en charge est prévue au descriptif des garanties.

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 19 – 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.

La présente garantie ne répond pas au cahier des charges du contrat « responsable » défini à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

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 d'hospitalisation 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 des remboursements santé



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/

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

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

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle Mieux-Etre – Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité – SIREN n°775 659 907

Produit collectif obligatoire : AUDIENS LA MAISON DES ARTISTES - GARANTIES HOSPITALISATION

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties.



De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Ce produit respecte les conditions légales des contrats responsables, y compris celles issues de la réforme du 100% Santé.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation (hors maternité)** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière en établissement conventionné ou non, lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans), transport, participation forfaitaire pour les actes techniques médicaux lourds.
- ✓ **Soins courants (y compris maternité)** : Honoraires médicaux (consultations, téléconsultations, visites, actes de chirurgie et actes techniques réalisés en cabinet) et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments prescrits remboursés, radiologie, matériel médical et médecines douces.
- ✓ **Aides auditives** : Equipement 100% Santé et à prix libres, accessoires remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique** : Equipements 100% Santé et à prix libres, lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale, chirurgie correctrice de l'œil.
- ✓ **Dentaire** : Soins remboursés par la sécurité sociale, prothèses 100% Santé, à tarifs maîtrisés et à tarifs libres, (y compris couronnes transitoires), orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale, implantologie et prothèse sur dent saine non remboursées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Autres dépenses** : Forfait naissance ou adoption d'un enfant de moins de 7 ans, cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale**
- ✓ **Maternité** : Prime natalité ou adoption

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Se reporter à la rubrique « Les garanties systématiquement prévues » reprenant les garanties identiques avec une meilleure prise en charge. Le détail du niveau des remboursements accordés sous option figure dans le tableau des garanties.

LES SERVICES ET ASSISTANCES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de professionnels de santé partenaire
- ✓ Service Mieux-Etre Allo Santé: Assistance Santé, Service de téléconsultation médicale non remboursées par la Sécurité sociale, Protection juridique médicale, Accompagnement pré et post hospitalisation
- ✓ Fonds social
- ✓ Espace adhérent via internet et application mobile

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités de soins de longue durée au-delà du ticket modérateur,
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire)
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les instituts médico-éducatifs (IME) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)



Y-a-t-il des exclusions à la couverture?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ou en l'absence de désignation d'un médecin traitant.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, excepté pour un enfant de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue auquel cas un équipement est remboursé une fois par an dans la limite des montants de prise en charge. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à un équipement tous les 4 ans par bénéficiaire.
- ! **Cure thermale prise en charge sur prescription médicale** selon la formule choisie.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée aux Conditions particulières

A la prise d'effet de l'adhésion

- Transmettre à la Mutuelle la liste nominative des membres appartenant à la catégorie à assurer définie au bulletin d'adhésion selon les modalités indiquées aux Conditions générales.
- Transmettre les bulletins individuels d'affiliation des membres appartenant à la catégorie du personnel à assurer

Pendant la durée de l'adhésion :

- Affilier la totalité des membres présents et futurs appartenant à la catégorie de personne définie au bulletin d'adhésion et titulaires d'un contrat de travail non suspendu, ou suspendu mais indemnisé et ceci, pour l'ensemble de la garantie choisie
- Transmettre les bulletins individuels d'affiliation des nouveaux membres dans les trente jours suivant la prise de fonction
- Informer dans les 48 heures la Mutuelle de la rupture du contrat de travail de tout affilié en précisant la date de prise d'effet de la rupture ainsi que le motif de la rupture,
- Transmettre à la Mutuelle dans les 10 jours suivant la fin de chaque trimestre civil un état récapitulatif des nouveaux affiliés et personnes ayant quitté l'entreprise pendant le trimestre civil écoulé.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le montant de la cotisation est annuel. Elle est payable d'avance, par fractionnement mensuel, par prélèvement automatique ou par chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année, par tacite reconduction pour une durée d'un an. Dans le cadre d'une adhésion, réalisée à distance, le souscripteur peut se rétracter dans un délai de quatorze jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion.

La couverture peut prendre fin au 31 décembre de chaque année sauf cas particulier prévu dans les Conditions Générales et en cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations dans les conditions prévues les Conditions Particulières. Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du contrat, il est possible de résilier celui-ci à tout moment, sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à l'adhésion par l'envoi d'une lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 223-8 du Code de la mutualité :

- Au moins deux mois avant la date d'échéance principale de l'adhésion,
- après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription de votre contrat,
- en cas de révision des cotisations, en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours,
- à compter de la proposition de modification des Conditions Générales et Particulières par la Mutuelle.