RÉGIME COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
KILOUTOU

Votre entreprise a souscrit un contrat Frais de Santé collectif à adhésion obligatoire auprès de **Malakoff Médéric** au profit de l'ensemble de ses collaborateurs.

La gestion administrative du régime (affiliations, remboursements, tiers payant, télétransmission...) a été confiée à un organisme spécialisé, GFP.

Sommaire

I. Comment adhérer ? page 2

II. Bénéficiaires du régime page 2

III. Résumé des Garanties page 3

IV. Conseils pratiques page 6

Les acteurs de votre régime

Votre assureur

malakoff médéric

Votre gestionnaire

GFP

I. COMMENT ADHÉRER ?

Pour l'équipier et ses éventuels enfants déjà affiliés au 31/12/2018, le changement de régime Kiloutou se fera de manière automatique sur le régime de base et sur l'option si elle était souscrite.

>> L'Equipier qui ne bénéficiait pas de l'option hospitalisation et qui souhaite la souscrire au 01/01/2019 devra compléter le Bulletin Individuel d'affiliation au Régime optionnel joint et le Mandat de prélèvement SEPA, et les envoyer à GFP dans les meilleurs délais.

- Par dérogation pour l'année 2019, l'adhésion à l'option hospitalisation au 1er janvier 2019 est possible si la demande est effectuée avant le 30 novembre 2018
- Au 1er janvier de chaque année si la demande est effectuée avant le 30 juin de l'année précédente
- Au 1er jour du mois suivant la demande en cas de changement de situation (mariage, PACS, naissance…)
- Au 1er jour du mois suivant la demande en cas de changement de situation professionnelle du conjoint

>> Le régime Kiloutou devenant facultatif pour le conjoint de l'Equipier, le conjoint couvert par le régime Kiloutou sera automatiquement désaffilié à effet du 31/12/2018. Le conjoint de l'Equipier pourra, s'il le souhaite, s'affilier aux régimes Frais de Santé Kiloutou en complétant le Bulletin Individuel d'affiliation joint et l'autorisation de prélèvement, et les envoyer à GFP dans les meilleurs délais.

Date d'effet et changement de situation

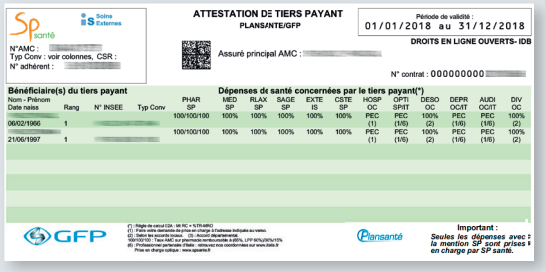
>> Votre garantie débute au 01/01/2019 pour vous et les membres de votre famille, sous réserve d'éventuelles dispenses.

>> Changement ou modification de vos coordonnées postales ou bancaires pour le conjoint et les enfants : **à demander directement à GFP par e-mail ou courrier.**

Carte de tiers payant

>> Vous recevrez votre nouvelle carte de tiers payant par courrier à votre domicile ou une notification par mail vous informant de sa mise à disposition sur votre Espace Web Assuré.

>> Votre conjoint ou concubin, s'il adhère au régime Frais de santé Kiloutou, apparaîtra sur votre carte de tiers payant.


ATTESTATION DE TIERS PAYANT
PLANSANTE/GFP
Période de validité : 01/01/2018 au 31/12/2018
DROITS EN LIGNE OUVERTS- IDB
N°AMC :
Typ Conv : voir colonnes, CSR :
N° adhérent :
Assuré principal AMC :
N° contrat : 000000000

Bénéficiaire(s) du tiers payant / Dépenses de santé concernées par le tiers payant(*)

Nom - Prénom Date naiss	Rang	N° INSEE	Typ Conv	PHAR SP	MED SP	BLAX SP	SAGE SP	EXTE IS	CSTE SP	HOSP OC	OPTI SP/IT	DESO OC	DEPR OC/IT	AUDI OC/IT	DIV OC
				100/100/100	100%	100%	100%	100%	100%	PEC (1)	PEC (1/6)	100% (2)	PEC (1/6)	PEC (1/6)	100% (2)
06/02/1966	1			100/100/100	100%	100%	100%	100%	100%	PEC (1)	PEC (1/6)	100% (2)	PEC (1/6)	PEC (1/6)	100% (2)
21/06/1997	1														

GFP — Plansanté

Important : Seules les dépenses avec la mention SP sont prises en charge par SP santé.

II. BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME

> **Vous,** en tant que salarié, et vos ayants droits bénéficiez de la garantie.

> **Vos enfants** célibataires ou ceux de votre conjoint, à votre charge et pris en compte par le fisc pour la détermination du quotien familial :

> de moins de 18 ans

> de plus de 18 ans et de moins de 25 ans, s'ils poursuivent leurs études secondaires ou supérieures ou s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage, à condition que leurs ressources soient inférieures au SMIC,

> **Vos enfants** célibataires de plus de 25 ans et de moins de 28 ans, s'ils poursuivent leurs études supérieures et sont affiliés à la Sécurité sociale des étudiants ou s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage, à condition que leurs ressources soient inférieures au SMIC

> **Vos enfants** célibataires à votre charge, pris en compte par le fisc pour la détermination du quotient familial, quel que soit leur âge, pour les enfants handicapés, s'ils ouvrent droit à l'allocation d'éducation prévue à l'article L 541-1 du Code de la Sécurité sociale ou à l'allocation d'adulte handicapé prévue à l'article L821-1 de ce code (ou seraient susceptibles de la percevoir si leurs ressources en dépassaient pas le plafond prévu par la loi ,à condition toutefois qu'elles restent inférieures au SMIC) sous réserve que leur incapacitéait été reconnue avant 18 ans (ou avant 28 ans pour ceux qui poursuivent des études ou sont placés sous contrat d'apprentissage)

> à condition que leurs ressources soient inférieures au SMIC, **vos enfants** célibataires de moins de 18 ans ou de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études supérieures et sont affiliés à la Sécurité sociale des étudiants ou s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage, auxquels vous servez une pension alimentaireretenue sur votre avis d'imposition comme charge déductible du revenu global à la condition d'une part, que les frais aient été engagés durant la période pendant laquelle vous avez la garde des enfants et d'autre part, que ces mêmes frais aient été remboursés sous votre numéro de Sécurité sociale

> **Votre conjoint (couverture à titre facultatif moyennant une cotisation spécifique à la charge exclusive de l'Equipier),** défini comme suit :

> votre époux ou votre épouse, non-séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e), à charge ou non à charge

> votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs) non dissous et non rompu

> ou à défaut votre concubin célibataire, divorcé ou veuf, à charge ou non à charge, s'il réside sous le même toit que vous, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi, vous et votre concubin ne doivent être mariés, ni l'un ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité

III. RÉSUMÉ DES GARANTIES

	Nature des actes indemnisés	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais engagés en complément de la Sécurité sociale (sauf indication contraire)	
		BASE	*BASE + OPTION HOSPITALISATION*
HOSPITALISATION	**HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie) Hors chirurgie esthétique**		
	Frais de Séjour (conventionnés)	100% DE - SS	100% DE - SS
	Frais de Séjour (non conventionnés)	80% DE - SS	80% DE - SS
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (1)	100% DE - SS	100% DE - SS
	Honoraires déclarés à la Sécurité sociale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) (1)	100% BR + TM	**100% DE - SS**
	Forfait journalier hospitalier	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire	100 % de la participation forfaitaire
	Chambre particulière de nuit non remboursée par la Sécurité sociale (2)	2,5% PMSS /nuitée	2,5% PMSS /nuitée
	Chambre particulière de jour non remboursée par la Sécurité sociale (2)	1% PMSS dans la limite de 40 €/ jour	1% PMSS dans la limite de 40 €/ jour
	Lit d'accompagnant (moins de 16 ans) (2)	25 € /jour	25 € /jour
	Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (1)	140% BR	140% BR
	Actes Techniques Médicaux (effectués en externat) hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) (1)	120% BR	120% BR
	Imagerie médicale dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (1)	140% BR	140% BR
	Imagerie médicale hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus(conventionnés et non conventionnés) (1)	120% BR	120% BR
	Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale	130% BR	130% BR
	Allocation nouvel enfant naissance ou adoption plénière	20% PMSS	20% PMSS
DENTAIRE	**SOINS DENTAIRES**		
	Soins dentaires	200% BR	200% BR
	Inlay/onlay (3)	200% BR	200% BR
	Parodontologie remboursée ou non remboursée par la Sécurité sociale sur la base d'une gingivectomie étendue à un sextant (4)	100 € /an/bénéficiaire	100 € /an/bénéficiaire
	ORTHODONTIE		
	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale sur la base d'un TO90 (3) (4)	400% BR	400% BR
	PROTHESES DENTAIRES SUR ACCORD DE PRISE EN CHARGE		
	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale hors inlay core, (sur la base d'une prothèse de type couronne) (3) (4)	350% BR	350% BR
	Couronnes et prothèses transitoires non remboursées par la Sécurité sociale sur la base d'une BR à 107,5 €	350% BRR	350% BRR
	Inlay core remboursé par la Sécurité sociale (3)	350% BR	350% BR
	Implantologie forfait par implant (scanner, pose de l'implant, pilier implantaire)	450 € /implant limité à 3 implants/an/bénéficiaire	450 € /implant limité à 3 implants/an/bénéficiaire
OPTIQUE - PROTHESE (5)	**ÉQUIPEMENT VERRES - MONTURE (5) - Les remboursements dans le réseau et hors réseau ne se cumulent pas**		
	Dans le réseau optique avec tiers payant		
	Monture de lunettes adulte	130 € / Bénéficiaire	130 € / Bénéficiaire
	Verre adulte	Cf. grille optique ci-dessous	Cf. grille optique ci-dessous
	Monture de lunettes enfant	130 € / Bénéficiaire	130 € / Bénéficiaire
	Verre enfant	Cf. grille optique ci-dessous	Cf. grille optique ci-dessous
	Lentilles prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	10% PMSS /an/bénéficiaire	10% PMSS /an/bénéficiaire
	Hors du réseau optique ou hors tiers payant		
	Monture de lunettes adulte	130 € / Bénéficiaire	130 € / Bénéficiaire
	Verre adulte	Cf. grille optique ci-dessous	Cf. grille optique ci-dessous
	Monture de lunettes enfant	130 € / Bénéficiaire	130 € / Bénéficiaire
	Verre enfant	Cf. grille optique ci-dessous	Cf. grille optique ci-dessous
	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	10% PMSS /an/bénéficiaire	10% PMSS /an/bénéficiaire
	Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	10% PMSS /an/bénéficiaire	10% PMSS /an/bénéficiaire
	AUTRES GARANTIES OPTIQUE		
	Chirurgie optique réfractive	8% PMSS /œil/an/bénéficiaire	8% PMSS /œil/an/bénéficiaire
	AUTRES PROTHESES		
	Appareillage et prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale	200% SS	200% SS
	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale	Conventionné : 200% SS avec minimum de 225 € Non Conventionné : 200% SS	Conventionné : 200% SS avec minimum de 225 € Non Conventionné : 200% SS

	Nature des actes indemnisés (suite)	BASE	BASE + OPTION HOSPITALISATION
SOINS DE VILLE	**CONSULTATIONS - FRAIS MÉDICAUX**		
	Consultations/visites de généralistes dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (1)	140% BR	140% BR
	Consultations/visites de généralistes hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) (1)	120% BR	120% BR
	Consultations/visites de spécialistes dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (1)	280% BR	280% BR
	Consultations/visites de spécialistes hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus (conventionnés et non conventionnés) (1)	100% BR + TM	100% BR + TM
	Auxiliaires médicaux remboursés par la Sécurité sociale (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	200% SS	200% SS
	Analyses - actes de biologie	200% SS	200% SS
	Médecine additionnelle non remboursée par la Sécurité sociale (liste à préciser) (6) (7)	30 €/séance dans la limite de 5 séances/an/bénéficiaire	30 €/séance dans la limite de 5 séances/an/bénéficiaire
	PHARMACIE		
	Pharmacie remboursée à 65 % par la Sécurité sociale	TM	TM
	Pharmacie remboursée à 30 % par la Sécurité sociale	TM	TM
	Densitométrie osseuse remboursée par la sécurité sociale	150% BR	150% BR
	Sevrage tabagique sur prescription médicale et sur facture	100 € /an/bénéficiaire	100 € /an/bénéficiaire
	Forfait amniocentèse	100 € /an/bénéficiaire	100 € /an/bénéficiaire
	CURE THERMALE		
	Cure thermale en France remboursée par la Sécurité sociale. Forfait global annuel : honoraires, traitement thermal, hébergement et transport	30% PMSS	30% PMSS
PRÉVENTION	**ACTES DE PRÉVENTION**		
	Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (8)	TM	TM
	Dépistage du cancer du côlon, du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein	150% BR	150% BR

DE : Montant total des dépenses engagées
SS : Remboursement de la Sécurité sociale
PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2018 : 3 311 €)
BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
TM : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales
BRR : Base de remboursement reconstituée

GRILLE OPTIQUE	EQUIPEMENT VERRES - MONTURE		ADULTE un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans		ENFANT un équipement (1 monture + 2 verres) tous les ans	
	Code TIPS	FORCE CORRECTRICE	Base SS	Montant par verre	Base SS	Montant par verre
	202A0011 (Verre simple)	sphère allant de -6,00 à +6,00	2,29 €	125,0 €	12,04 €	160,0 €
	202A0012 (Verre Complexe)	sphère allant de -6,25 à -10,00 ou de +6,25 à +10,00	4,12 €	145,0 €	26,68 €	175,0 €
	202A0013 (Verre Complexe)	sphère en dehors de la zone allant de -10,00 à +10,00	7,62 €	160,0 €	44,97 €	190,0 €
	202A0021 (Verre simple)	cylindre ≤ à +4,00 & sphère de -6,00 à +6,00	3,66 €	170,0 €	14,94 €	170,0 €
	202A0022 (Verre Complexe)	cylindre ≤ +4,00 & sphère en dehors de la zone -6,00 à +6,00	6,86 €	190,0 €	36,28 €	220,0 €
	202A0023	cylindre >à +4,00 & sphère de -6,00 à +6,00	6,25 €	170,0 €	27,90 €	170,0 €
	202A0024 (Verre Complexe)	cylindre >à +4,00 & sphère en dehors zone -6,00 à +6,00	9,45 €	220,0 €	46,50 €	240,0 €
	202A0031 (Verre Complexe)	sphère allant de -4,00 à +4,00	7,32 €	240,0 €	39,18 €	255,0 €
	202A0032 (Verre trés Complexe)	sphère située en dehors de la zone allant de -4,00 à +4,00	10,82 €	240,0 €	43,30 €	255,0 €
	202A0041 (Verre Complexe)	qqs la puissance du cylindre, sphère de -8,00 à +8,00	10,37 €	255,0 €	43,60 €	285,0 €
	202A0042 (Verre très Complexe)	qqs le cylindre & sphère en dehors de la zone -8,00 à +8,00	24,54 €	255,0 €	66,52 €	285,0 €

Frais couverts

Les remboursements indiqués s'entendent en complément de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés. Pour les garanties exprimées en forfait les remboursements sont en complément de la Sécurité sociale. Les prestations sont exprimées en complément du remboursement effectué par le régime de base de la Sécurité sociale, étant précisé qu'elles sont ajustées pour le régime local Alsace Moselle, de sorte que tout assuré bénéficie globalement d'un niveau de couverture strictement identique.

Les pénalités financières appliquées par la Sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement complémentaire. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima au TM.

La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale.

Pour les garanties exprimées en forfait, les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulatives. Il en est de même pour les garanties remboursées et non remboursées. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées.

(1) Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus incluent le contrat d'accès aux soins (CAS), l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens. Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un de ces dispositifs.

(2) Limitation de la prise en charge à 90 jours par an et par bénéficiaire en établissements spécialisés (psychiatrie).
La chambre particulière de jour concerne la chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(3) Pour les contrats complémentaires santé collectifs obligatoires, les garanties couvrent a minima le TM sur les actes concernés, avec en complément une prise en charge minimale de 25 % des dépassements sur les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale. Cette règle s'applique également en cas de dépassement du plafond annuel pour les garanties qui y sont soumises.

(5) OPTIQUE :

Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.

La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique prise en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1er élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties optique respectent les planchers par équipement imposés par l'article D.911-1 4° du Code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale.

Les types de verres sont segmentés entre verres simples, complexes et très complexes selon le niveau de sphère et cylindre comme précisé dans le tableau ci-dessous.

<table>
<tr><th colspan="2"></th><th colspan="4">Verres unifocaux</th><th colspan="4">Verres multifocaux</th></tr>
<tr><th colspan="2"></th><th colspan="4">Cylindre</th><th colspan="4">Cylindre</th></tr>
<tr><th colspan="2"></th><th>-</th><th>0,25 à 4,00</th><th>4,25 à 6</th><th>≥ à 6,25</th><th>-</th><th>0,25 à 4,00</th><th>4,25 à 6</th><th>≥ à 6,25</th></tr>
<tr><td rowspan="4">Sphère</td><td>0 à 4,00</td><td colspan="2" rowspan="2">verres simples</td><td colspan="2" rowspan="3">verres complexes</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>4,25 à 6,00</td><td rowspan="2"></td><td colspan="3" rowspan="2">verres complexes</td></tr>
<tr><td>6,25 à 8,00</td><td colspan="4" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>≥ à 8,25</td><td colspan="4">verres très complexes</td></tr>
</table>

(6) Dans la liste des spécialités suivantes : ostéopathe, chiropracteur, nutritionniste.

(7) Sur facture détaillée.

(8) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr).

IV. CONSEILS PRATIQUES

REMBOURSEMENT PAR TÉLÉTRANSMISSION (N.O.E.M.I.E)

Si les décomptes de votre régime obligatoire (Sécurité sociale, Mutualité Sociale Agricole, etc.) comportent le message « Décompte transmis directement à votre organisme complémentaire », vous bénéficiez de ce service.
Vous n'avez pas à adresser les décomptes du régime obligatoire puisque votre centre de gestion les reçoit directement par flux informatique. Si un justificatif est nécessaire, vous pouvez l'adresser à votre Centre de Gestion sans attendre le remboursement de votre régime obligatoire.

QUE FAIRE SI VOUS NE BÉNÉFICIEZ PAS DE LA TÉLÉTRANSMISSION ?

Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission si les décomptes de votre régime obligatoire ne comportent aucun message mentionnant la transmission de celui-ci à votre organisme complémentaire.
Dans ce cas, les décomptes du régime obligatoire doivent être adressés à votre centre de gestion accompagnés des justificatifs des frais réels engagés si nécessaire (se référer à la liste ci-après des justificatifs à fournir impérativement).

COMMENT BÉNÉFICIER DE LA TÉLÉTRANSMISSION ?

Pour bénéficier de la télétransmission, envoyez-nous une photocopie de l'attestation papier de votre régime obligatoire et celles de vos bénéficiaires accompagnées d'un Relevé d'Identité Bancaire.

LE TIERS PAYANT

Cette attestation vous dispense de l'avance de certains frais chez les professionnels de santé et ne fait pas office de certificat d'adhésion. Elle est disponible sur votre Espace Assuré sur www.gfpfrance.com

Plansanté
Attestation de tiers payant
santé

PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

Pour toute hospitalisation au sein d'un établissement conventionné Sécurité sociale, vous pouvez formuler une demande de prise en charge sur le site www.gfpfrance.com ou par téléphone. La prise en charge vous sera envoyée directement ainsi qu'une copie à l'établissement, vous permettant ainsi l'exonération de l'avance de tout ou partie des frais.

www.gfpfrance.com / Appli My GFP

JUSTIFICATIFS À FOURNIR IMPÉRATIVEMENT DANS LES CAS SUIVANTS

> Hospitalisation médicale ou chirurgicale
Facture acquittée (bordereau AMC en clinique) mentionnant les dépassements d'honoraires éventuels et indiquant si le praticien est adhérent aux DPTAM.

> Prothèses dentaires et orthodontie
Facture acquittée établie par le dentiste, accompagnée de la photocopie des feuilles de soins bucco-dentaires, détaillant :
- le prix des soins
- le prix des prothèses
- le numéro des dents traitées
- la codification des actes

Une radiographie, avant et/ou après traitement, peut vous être demandée pour l'instruction de votre dossier.

> Pharmacie
Reçu délivré par votre pharmacien si vous êtes détenteur d'une attestation tiers payant SP SANTÉ et que vous ne l'avez pas utilisée.

> Maternité
Factures acquittées justificatives d'hospitalisation accompagnées de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant.

> Frais d'optique
Lunettes : facture acquittée détaillant le prix de chaque verre et de la monture ainsi que la photocopie de la prescription médicale.
Lentilles : facture acquittée accompagnée de la photocopie de la prescription médicale comportant la marque des lentilles. Cette prescription sera conservée entre 1 an et 2 ans à compter de sa date d'émission selon mention du prescripteur), il est donc inutile d'en renvoyer une copie durant cette période.
Si vous ne demandez pas de prise en charge (paiement direct à l'opticien), envoyez dès que possible la facture originale acquittée et la photocopie de la prescription médicale (et le décompte Sécurité sociale si participation de la Sécurité sociale).

> Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale
Facture détaillée acquittée de l'établissement thermal accompagnée des frais d'hébergement et de transport.

> Autres actes
Si vous avez réglé la part complémentaire (ex : actes radiologiques, biologiques, transport…), transmettez à votre Centre de Gestion le reçu attestant de ce paiement. D'une manière générale, il convient de nous adresser tout justificatif en cas de dépassements d'honoraires.

Pensez-y !

RAPIDE, SIMPLE ET SÉCURISÉ : Déposez vos justificatifs en ligne sur votre Espace Assuré ou depuis l'application mobile « My GFP » (ATTENTION, les justificatifs doivent être envoyés un par un. Il faut penser à valider l'envoi document par document)

ENFANTS À CHARGE

Pour la poursuite de l'indemnisation de tout enfant scolarisé (de plus de 20 ans), vous devez fournir à GFP à chaque rentrée scolaire un certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage s'il continue ses études ou un justificatif de situation pour les enfants handicapés. Pour les primo demandeurs d'emploi, transmettre le justificatif fourni par le Pôle emploi. Les justificatifs sont à déposer sur votre Espace Assuré ou depuis l'appli mobile My GFP.

ATTENTION : L'absence de ces justificatifs entraîne la radiation automatique des enfants en fin d'année. Ils ne figureront plus sur l'attestation tiers payant.

VOS REMBOURSEMENTS

Vos remboursements sont effectués sous 48 heures à réception du dossier complet. Vous pouvez les consulter en ligne sur www.gfpfrance.com depuis votre espace Assuré, rubrique « Mes remboursements », ou vous inscrire au service Santémail (voir ci-dessous).

S@NTÉMAIL

Le service Santémail vous simplifie la réception de vos documents. Recevez vos décomptes de prestations **après chaque remboursement** par mail et optez pour la dématérialisation de votre attestation de tiers payant.

VOTRE ESPACE PERSONNEL

Connectez vous sur www.gfpfrance.com pour :
> Déposer vos justificatifs et factures en ligne
> Consulter vos remboursements
> Vérifier et modifier vos coordonnées bancaires et postales
> Établir vos demandes de prise en charge hospitalière
> Visualiser et imprimer votre attestation de tiers payant
> Consulter les accords tiers payant
> Communiquer avec GFP

Téléchargez dès maintenant l'application « My GFP » et retrouvez toutes les informations de votre complémentaire santé à portée de main !

Disponible sur App Store
DISPONIBLE SUR Google play

COMMENT OBTENIR DES INFORMATIONS

Toute demande de devis ou de renseignements concernant vos garanties, vos remboursements, le tiers payant, la télétransmission… peut être effectuée par téléphone ou via votre site Internet :

www.gfpfrance.com

POUR TOUTE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ET TOUTE CORRESPONDANCE :

Centre de Gestion GFP
28039 CHARTRES CEDEX

Espace Assuré www.gfpfrance.com
et **appli « MyGFP »**
gestion.chartres@gfpfrance.com

du lun. au ven. de 8h30 à 18h00
02 46 81 00 26
Numéro non surtaxé