



| GUIDE DE VOTRE
COMPLEMENTAIRE SANTE

FONDATION ILDYS

Préambule

Bienvenue sur la plateforme de gestion SGSanté :

Vous êtes salarié du groupe FONDATION ILDYS, à ce titre vous bénéficiez d'un contrat mutuelle souscrit auprès de la compagnie HARMONIE MUTUELLE.

Votre plateforme SGSanté dédiée aux remboursements des frais médicaux vous apporte l'ensemble des services personnalisés liés aux traitements de vos garanties.



Présentation de votre centre de gestion

30 ans d'innovations & de performances



www.sgsante.fr

Engagements client



8 heures de délai seulement pour une prise en charge hospitalière.

72 heures pour le traitement d'une adhésion ou d'une radiation.

48 heures pour vos remboursements de frais médicaux, rééditions de cartes de Tiers Payant, statistiques.

10 jours pour la validation de la télétransmission.

E-relevé



Recevez vos décomptes de prestations santé par mail avec l'e-relevé. **Écologique et gratuit !**

Virement Santé



Optez pour le virement et recevez vos remboursements de santé directement sur votre compte. **Rapide, direct et sécurisé !**

Un accompagnement



Un numéro de téléphone, en numéro non surtaxé, une adresse email dédiée et un gestionnaire attribué en exclusivité, disponible sans interruption de **6h00 à 20h00** en semaine et de **9h30 à 17h30** le samedi.

En plus de vos gestionnaires dédiés, **Emma, votre assistante virtuelle**, prend en compte toutes vos demandes administratives. Gain de temps assuré ! Elle vous orientera vers le service approprié à votre besoin, votre gestionnaire dédié, ou encore répondra elle-même à votre demande ! Terminées les longues attentes pour un simple renvoi de document !



En quelques chiffres :

695 600
bénéficiaires

12 305
Entreprises
clientes

+11M
d'actes gérés
par an

96%
de satisfaction

Un service local, certifié Service France Garanti :



- Des équipes & opérations de gestion basées en France
- Pas de recours à la sous-traitance pour nos opérations courantes et téléphoniques !
- Certification délivrée par l'AFNOR
- Capital indépendant
- Service informatique et serveurs internalisés !

Vos gestionnaires dédiés

Gestion administrative de votre dossier

(adhésions, modifications, radiations...)

Amandine NICOLAS

Tél. : **03 26 26 76 60**

Email : amandine.nicolas@sgsante.fr

Gestion de vos remboursements

(prises en charge hospitalières, devis...)

Camille DRILHOLLE

Tél. : **03 52 78 01 14**

Email : camille.drillholle@sgsante.fr

Laure HUGOO

Tél. : **03 26 26 76 60**

Email : laure.hugoo@sgsante.fr

Cassandra HOCHET

Tél. : **03 52 78 01 14**

Email : cassandra.hochet@sgsante.fr



Sur chaque document transmis, merci d'indiquer :
Votre Numéro de contrat | Votre Numéro Adhérent
 Retrouvez ces informations sur votre carte de Tiers Payant

Indépendamment, nos gestionnaires
 se tiennent à votre écoute sans interruption :

Du **lundi** au **vendredi** de **6h00** à **20h00**
 Le **samedi** de **9h30** à **17h30**

Service Qualité et Réclamations :

Par courrier :

SG Santé

TSA 40012

51049 Châlons-en-Champagne

Cedex

Pour un traitement plus rapide :

Email : service.reclamation@sgsante.fr



Plus d'infos sur www.sgsante.fr

Affiliation des ayants droit

Qui peut bénéficier de mon contrat ?

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion et couvertes par un régime d'Assurance maladie obligatoire français à savoir :

- L'adhérent ;

Les ayants droit suivants :

- Le conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité;
- Les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit son 20e anniversaire ou son 28e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
- Les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.



Conditions d'adhésion et de radiation

Adhésion assuré et ayants droit :

À la souscription du contrat :

Pour les salariés présents à l'effectif à la date d'effet du contrat collectif et entrant dans la catégorie éligible, l'adhésion prend effet à cette même date.

En cours du contrat :

Pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à la date d'embauche ou à la date d'entrée dans la catégorie éligible.

Événements survenant en cours d'adhésion :

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à AGEO, dans un délai de 1 mois à compter de sa survenance tout changement de domicile ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoire français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements. Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner le cas échéant une modification du montant de la cotisation.

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption :

- Au 1er jour du mois de naissance ou d'adoption et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.

Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité :

- Au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.

Autres bénéficiaires :

- Au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.

Autres modifications :

Les autres modifications prendront effet au 1er jour du mois suivant la réception de leur demande par AGEO.

Radiation assuré :

L'adhérent peut mettre fin à la garantie annuellement avant le 31 octobre de l'année civile.

À l'expiration du délai d'adhésion minimal de 12 mois, l'adhérent dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que AGEO en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies aux articles L 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la mutualité.

Le support de résiliation de l'adhérent à la mutuelle peut être au choix :

- Une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ;
- Une lettre simple ou tout autre support durable ;
- Une déclaration faite au siège social ou à AGEO ;
- Un acte extrajudiciaire ;
- Lorsqu'AGEO propose l'adhésion au contrat par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ;
- Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

.../...

Conditions d'adhésion et de radiation

Radiation des ayants droit :

L'adhérent peut demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à AGEO une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année civile.

La demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la mutuelle jusqu'à cette même date.

Résiliation à titre exceptionnel :

A titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année, pour les cas mentionnés ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

- Résiliation du contrat collectif entre le souscripteur et AGEO :
 - Jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat collectif,
- Rupture du contrat de travail, passage dans une catégorie éligible non visée, rupture du lien existant entre l'adhérent et le souscripteur :
 - La résiliation prend effet au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et qu'AGEO n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à AGEO après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.
- Décès de l'adhérent :
 - La résiliation prend effet au jour du décès.
- Bénéfice d'un cas de dispense d'adhésion admis par les réglementations sociale et fiscale :
 - La résiliation prend effet au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et qu'AGEO n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à AGEO après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.

Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit :

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas mentionnés ci-dessous :

- Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit, bénéfice d'un cas de dispense d'adhésion admis par les réglementations sociale et fiscale, attribution de la CSS à l'ayant droit :
 - La radiation prend effet au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande,
- Décès de l'ayant droit :
 - La radiation prend effet au jour du décès.
- Divorce ou séparation :
 - La radiation prend effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

En cas de résiliation de l'adhérent, ses ayants droit sont automatiquement radiés à la même date.

Les adhérents peuvent faire le choix de souscrire une garantie optionnelle.

En cours de contrat, le choix d'un niveau de garantie (garantie optionnelle ou retour à la seule base obligatoire) par l'adhérent, prend effet au 1er jour du mois qui suit la date de la réception de la demande par AGEO.

Comprendre vos remboursements

BR, FR, TM... sont des notions inconnues pour vous ?
Le schéma ci-dessous vous explique chacune de ces notions.
Prenons comme exemple une consultation de 26,50 € chez votre médecin traitant :

PRISE EN CHARGE	DÉPENSES	
7,95 € + X,XX € Montant pris en charge par SGSanté selon les garanties de votre contrat. <i>Montant restant à votre charge si vous ne possédez pas de complémentaire santé.</i>	X,XX € Eventuel dépassement d'honoraire	Prix de la Consultation : 26,50 €
	7,95 € TM : Ticket Modérateur	
17,55 € Montant pris en charge par la Sécurité Sociale	17,55 € Remboursement de la Sécurité Sociale	BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale : 26,50 €
1 € Montant à votre charge	1 € Participation Forfaitaire	

FR : Frais réels
25,50€ + X,XX €

Lexique

AM : Assurance **M**aladie

BR : Base de Remboursement retenue par la Sécurité Sociale

FR : Frais **R**éels
(montant total de la dépense de santé)

MR : Montant de Remboursement de la Sécurité Sociale

TP : Tiers **P**ayant

SS : Sécurité **S**ociale

PMSS : Plafond **M**ensuel de la Sécurité **S**ociale.

TM : Ticket **M**odérateur. C'est la différence entre la Base de Remboursement et le Montant de Remboursement de la Sécurité Sociale

RO : Régime **O**bligatoire

OPTAM : Option **P**ratique **T**arifaire **M**aîtrisée

La télétransmission ou NOEMIE

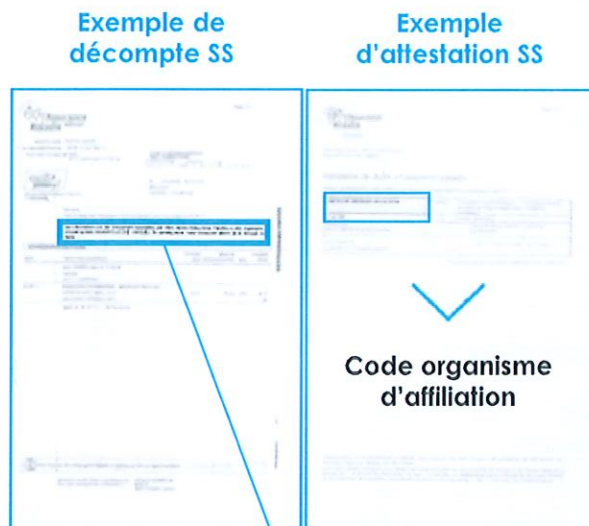
Système informatique qui relie votre Sécurité Sociale à votre Mutuelle

Vous n'avez aucune démarche à effectuer pour percevoir les remboursements de votre Mutuelle !

- 1 Vous venez de vous rendre chez un praticien, vous avez réglé votre consultation et présenté votre carte Vitale. La Sécurité Sociale **vous rembourse automatiquement sa part.**
- 2 La Sécurité Sociale transmet électroniquement à SG Santé les informations relatives à votre consultation : on appelle cela **LA TELETRANSMISSION.**
- 3 SG Santé vous rembourse votre consultation selon les garanties prévues dans votre contrat.



Comment vérifier que la télétransmission fonctionne correctement ?



MENTION

Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire SG Santé. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

Consultez régulièrement vos décomptes de la Sécurité Sociale afin de vérifier que la mention ci-dessous apparaisse bien.

La mention n'est pas présente sur vos décomptes ?

La télétransmission avec SG Santé n'est donc pas active, contactez-nous.

En attendant que la télétransmission entre SG Santé et la Sécurité Sociale s'établisse, vous devez nous envoyer vos décomptes papier de la Sécurité Sociale afin d'être remboursé.

Lorsque la télétransmission avec SG Santé sera active la mention ci-dessous figurera de nouveau sur vos décomptes de Sécurité Sociale.

A partir de ce moment, vous n'aurez plus besoin de nous envoyer vos décomptes papier.

La réglementation OPTAM

Depuis le 1^{er} janvier 2017, la convention médicale a remplacé le CAS (Contrat d'Accès aux Soins) par l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée), destinée à l'ensemble des médecins, et par l'OPTAM-CO, destinée aux médecins qui exercent en chirurgie et en obstétrique.

Ces dispositifs OPTAM et OPTAM-CO, tout comme le CAS, ont pour but d'encadrer les dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2 (voir lexique).



Ainsi, les médecins signataires s'engagent à :

- Réduire le reste à charge des patients
- Modérer les tarifs
- Pratiquer les mêmes tarifs pendant 3 ans
- Respecter le taux de dépassement d'honoraires moyen fixé (soit 100% de la base de remboursement)

Comment connaître les médecins signataires ?

Il suffit de vous connecter sur le site www.ameli-direct.fr. Lors de votre recherche, sélectionnez dans le type d'honoraires ceux comportant la mention « Honoraires avec dépassements maîtrisés (OPTAM) ».

Quels sont les objectifs ?

- Favoriser l'accès aux soins pour tous
- Maîtriser les dépenses de santé (réduction du reste à charge pour les patients, maîtrise des déficits de l'Assurance maladie, limitation des dépassements d'honoraires)
- Moderniser et valoriser la médecine libérale

Lexique

Secteur 1 : tarifs qui servent de base au remboursement de la caisse d'Assurance maladie.

Secteur 2 : tarifs libres et fixés par le médecin, selon les exigences de la caisse d'Assurance maladie. L'assurance complémentaire santé peut prendre en charge une partie ou la totalité du remboursement (selon son taux de remboursement).



Votre opérateur Tiers-Payant

N'avancez plus d'argent, utilisez votre carte TP !



Votre carte Tiers Payant VIAMEDIS vous permet de ne pas avancer de frais auprès des professionnels de santé conventionnés.

Ce dispositif de Tiers Payant généralisé et mis gratuitement à disposition des médecins permettra de vérifier les droits des assurés à leur complémentaire à partir des informations figurant sur l'attestation VIAMEDIS.

Avec votre carte TP, vous bénéficiez du Tiers Payant chez les opticiens conventionnés par le réseau VIAMEDIS (dans la limite des garanties prévues dans votre contrat).

En cas d'hospitalisation ?

Par simple appel ou mail à votre gestionnaire dédié, vous pouvez demander une prise en charge hospitalière.

La prise en charge est adressée à l'établissement hospitalier et est limitée aux garanties prévues à votre contrat. Les frais de dépenses personnelles (frais de téléphone, de télévision, de boissons...) restent à votre charge.

Merci de nous communiquer les informations ci-dessous :

Informations relatives
à la personne
hospitalisée

Informations relatives à l'établissement de soins
et au service de soins
Demandez ces informations à votre hôpital



Quelle est la durée de validité de la carte Tiers Payant ?

En général, votre carte a une durée de validité d'un an. Cette durée est indiquée en haut à droite de votre carte et peut changer, notamment lorsque vous demandez une réédition. C'est une carte familiale dont on vous a adressé un double.

Besoin d'un duplicata, rendez-vous sur www.sgsante.fr.

ATTENTION : En cas de départ de l'entreprise, votre carte Tiers Payant n'est plus valable et doit impérativement être restituée auprès de votre employeur ou à votre centre de gestion SG Santé.

Votre réseau de soins Kalixia

Les réseaux d'opticiens et d'audioprothésistes à votre service



Bénéficiez des avantages des réseaux de soins Kalixia :

Le prix



Des réductions et des tarifs négociés sur vos équipements optiques et auditifs

La qualité



Des professionnels sélectionnés et répondant **aux exigences de qualité Kalixia** !

Le libre choix



Un large choix de verres, de lunettes et de lentilles, incluant les innovations !

Des professionnels proches de chez vous



Un réseau de proximité : bénéficiez d'un professionnel à moins de 20 km de chez vous en moyenne avec 5 100 opticiens et 3 200 centres d'audioprothèses partenaires.

Une réduction de 15 % au minimum sur les montures, **40 %** en moyenne sur les verres et environ **20 %** sur les lentilles.

Une totale liberté de choix parmi tous les modèles en magasin et **la dispense d'avance de frais** sur présentation de votre carte Tiers Payant.

Un engagement sur les verres et les offres promotionnelles : l'opticien s'engage à ne vous proposer que des verres issus des catalogues fournisseurs retenus par **Kalixia** et à vous faire bénéficier des offres promotionnelles.

La dispense d'avance de frais sur présentation de votre carte Tiers Payant.

Une garantie d'échange en cas de casse de la monture. Cette garantie est valable pour une durée minimale de deux ans.

Une garantie de remplacement en cas de casse des verres. Cette garantie est valable pour une durée minimale d'un an.

Une garantie d'échange en cas de déchirure ou de détérioration des lentilles de contact.
Une garantie de remplacement en cas d'inaccoutumance aux lentilles de contact.
Ces garanties sont valables pour une durée minimale de 3 mois.



Votre réseau de soins Kalixia

Appareils auditifs : vos garanties

Des **tarifs négociés** pour une économie moyenne de 600 € pour un double appareillage.

Des tarifs « **tout compris** » incluant le coût de l'appareil, le conseil, l'entretien, une garantie panne étendue à 4 ans, la possibilité de régler

en plusieurs fois, un kit d'entretien et une plaquette de 6 piles.

Une offre d'accessibilité, **Prim'Audio**, à moins de 700 € (- 50 % de réduction par rapport aux prix du marché) et sans reste à charge.



Faites bénéficier vos ascendants directs des avantages du réseau Kalixia :

Quelle est la démarche ?

1

Présentez la carte de Tiers Payant de l'assuré et le livret de famille à l'audioprothésiste

2

L'audioprothésiste envoie ensuite à **Kalixia** la proposition tarifaire. Après la validation de **Kalixia**, le client règle directement l'audioprothésiste.

Besoin de lunettes ou d'appareils auditifs ?

- ✓ Trouvez un partenaire sur le site www.sgsante.fr grâce à l'outil de géolocalisation ou appelez votre gestionnaire dédié (voir les coordonnées sur votre carte Tiers Payant)
- ✓ Rendez-vous chez l'un des nombreux professionnels partenaires du réseau **Kalixia** et présentez votre carte Tiers Payant
- ✓ Demandez à bénéficier des avantages **Kalixia**



Avec votre carte Tiers Payant, vous bénéficiez du Tiers Payant chez les opticiens conventionnés par le réseau KALIXIA (dans la limite des garanties prévues dans votre contrat). Vous n'aurez aucun frais à avancer.

Comment vous faire rembourser ?

Vous bénéficiez de la télétransmission et du tiers payant partiel (vous avez payé la part remboursée par votre mutuelle SGSanté)

L'assurance maladie nous adresse directement les informations permettant d'effectuer vos remboursements, dans ce cas un message de type « *le double de ce décompte est adressé à votre mutuelle* » figurera sur votre décompte CPAM Obligatoire.

Dans ce(s) cas, vous devez nous fournir tout document justifiant votre(vos) règlement(s) issu de votre compte AMELI sous forme électronique (envoi du décompte dématérialisé par mail ou envoi d'une capture d'écran de consultation par mail) énuméré dans le tableau ci-après.

Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission et/ou l'acte de soin n'est pas remboursé par votre caisse d'assurance maladie obligatoire.

Doivent nous être **impérativement** fournis les décomptes de la caisse d'assurance maladie obligatoire ainsi qu'en nous joignant les pièces justificatives figurant dans le tableau ci-dessous.

Important : si vous n'avez pas utilisé votre carte Tiers Payant, mais que vous présentez votre carte vitale afin de ne pas faire l'avance de la part remboursée par l'assurance maladie, nous joindre le décompte de la caisse d'assurance maladie obligatoire et le scan ou la photo du reçu attestant le paiement par vos soins au ticket modérateur.

Comment nous fournir les justificatifs ?

Pour numériser la facture des soins originale acquittée et la prescription médicale en rapport avec les soins reçus ou tout autre document justifiant l'avance des frais de soins de tout ou partie :

Soit les scanner,

Soit les photographier,

Et utiliser les formats suivants : JPEG, GIF, TIFF, BMP ou PDF.



**ATTENTION À LA QUALITÉ ET À LA LUMINOSITÉ DES IMAGES FOURNIES.
TOUTE PIÈCE JUSTIFICATIVE NON LISIBLE SERA REFUSÉE ET NON TRAITÉE.**

A NOTER : si nous intervenons en qualité de seconde mutuelle, il convient de nous adresser dans tous les cas le **décompte des prestations de la première mutuelle** (si intervention de leur part) ou un **justificatif de non intervention** (si l'acte n'est pas garanti au contrat)

Pièces à fournir pour nos remboursements Frais de Santé

Selon la typologie des soins réalisés et sous réserve que les garanties soient prévues dans votre contrat, vous devez transmettre à votre centre de gestion SGSanté, les pièces justificatives mentionnées ci-dessous.

Pour les soins situés dans le tableau ci-dessous, si le montant de votre facture est inférieur au seuil mentionné dans la colonne de droite du tableau, AUCUN JUSTIFICATIF N'EST À FOURNIR.	
TYPE DE SOINS	DOCUMENTS À FOURNIR
Petit appareillage	
Appareil d'assistance respiratoire : masque, ... Aérosol Prothèses ceintures lombaires, collier cervical, ... Chaussures orthopédiques	✓ Aucune pièce justificative si le montant de votre facture est inférieur à 300€ ✓ Si montant supérieur, Décompte RO et prescription médicale et facture acquittée de l'établissement à fournir
Grand appareillage	
Prothèses oculaires et faciales, ortho prothèses, ...	
Actes médicaux	
Honoraires des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pédiatres Honoraires des auxiliaires médicaux : Infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, podologues Examen de radiologie Actes en laboratoire, prélèvements effectués par les médecins.	✓ Aucune pièce justificative si montant de votre facture inférieure à 1000€ ✓ Si montant supérieur, Décompte RO et facturation ou reçu du praticien/auxiliaire médical à fournir
Frais de transport	
Taxi conventionné, VSL, ambulance ou transport commun	✓ Aucune pièce justificative si montant de votre facture inférieure à 1000€ ✓ Si montant supérieur, Décompte RO et justificatif du paiement et prescription médicale à fournir
Optique	
Lunettes (montures : panier 100 % santé - RAC 0 ou panier secteur à prix libres et verres : classe A 100% santé - RAC 0 et classe B prix libres) Lentilles Chirurgie réfractive de l'œil non pris en charge par le RO (Régime Obligatoire) (myopie, presbytie, hypermétropie ...)	✓ Aucun justificatif nécessaire, SAUF si vous ne bénéficiez pas du reste à charge 0. Dans ce cas, merci de nous faire parvenir décompte RO et facture acquittée (mentionnant la correction visuelle et le type de verre) ainsi que l'ordonnance en cours de validité, et la prescription médicale pour la chirurgie réfractive.
Aides auditives	
Aides auditives de classe I 100% Santé _ RAC 0 Aides auditives de classe II hors 100% Santé _ Prix libre	✓ Aucun justificatif nécessaire, SAUF si vous ne bénéficiez pas du reste à charge 0. Dans ce cas, merci de nous faire parvenir décompte RO et prescription médicale de l'équipement et facture acquittée et détaillée A partir de 950€ hors RAC 0 Adulte A partir de 1400€ hors RAC 0 Enfant
Prothèses dentaires	
Panier 100% Santé RAC 0 et panier reste à charge maîtrisé Panier « Tarifs libres »	✓ Décompte RO et facture détaillée et acquittée à partir de 1 000€ de tous les actes (mentionnant le numéro des dents soignées).
Orthodontie refusée par RO	
	✓ Facture détaillée et acquittée (mentionnant le semestre et le début des soins).

RO : Régime Obligatoire
RAC : Reste à Charge 0

Pièces à fournir pour nos remboursements Frais de Santé

Selon la typologie des soins réalisés et sous réserve que les garanties soient prévues dans votre contrat, vous devez transmettre à votre centre de gestion SGSanté, les pièces justificatives mentionnées ci-dessous.

Selon la Typologie des soins réalisés et sous réserve que les garanties soient prévues dans votre contrat, vous devez transmettre à votre centre de gestion SG Santé, les pièces justificatives mentionnées ci-dessous.	
TYPE DE SOINS	DOCUMENTS À FOURNIR
Prévention	
Les actes de prévention. Consultation diététique prescrite par un médecin pour un enfant de moins de 12 ans Dépistage de l'Hépatite B Détartrage sus et sous gingival Substitut nicotinique, Contraceptif, Vaccins non pris en charge RO et prescrits par un médecin	✓ Décompte RO et facturation ou reçu du praticien
Pharmacie	
Médicaments délivrés par le tiers payant contre générique Médicaments délivrés : avance des frais et feuille de soins papier (refus des médicaments génériques)	✓ Décompte RO et ordonnance (sauf : tiers payant conditionné à l'acceptation d'un médicament générique)
Hospitalisation	
Hospitalisation (frais de séjour, honoraires ...)	✓ Selon la facturation dont relève l'établissement : • Bordereau de facturation destiné à RO • Facture acquittée de l'établissement • Avis de somme à payer avec l'attestation de paiement
Médecines douces	
Médecines douces	✓ Facture acquittée comportement le numéro ADEL ou RPPS ou FINESS
Maternité	
(Prime de naissance ou forfait naissance)	✓ Acte(s) de naissances du ou des enfants.
Frais d'obsèques	
	✓ Acte de décès ✓ Facture acquittée des frais d'obsèques (figurant l'identité du ou des payeurs(s))
Soins externes dans les établissements hospitaliers	
	✓ Décompte RO et ordonnance et facture acquittée de l'établissement
Cures thermales	
Frais médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales et complémentaires et forfait thermal) Frais d'hébergement, frais de transport et frais d'hydrothérapie	✓ Décompte RO et facture acquittée de l'établissement
Soins à l'Etranger	
A l'Etranger	✓ Décompte RO et prescription médicale en rapport avec les soins reçus et ordonnance et facture acquittée traduite en Français.
Autres actes/frais médicaux	
	✓ Se référer aux dispositions contractuelles

RO : Régime Obligatoire
RAC : Reste à Charge 0

Pièces à fournir en Frais de Santé

Pour toute demande, préparez **votre numéro d'adhérent** (présent sur votre carte TP) et vérifiez au préalable que tous les éléments de votre dossier ont été transmis à votre centre de gestion SGSanté.

Quels évènements ?	Quels justificatifs ?	Nous prévenir
Récapitulatif des documents à nous retourner		
Votre situation de famille évolue ? Ex. : mariage, PACS, naissance, divorce, séparation Ajout ou radiation d'ayants droit, changement d'option(s)	- Bulletin de modification de situation* - Justificatifs selon chaque situation	 
* Si les cotisations sont apportées par la société, le bulletin de modification doit passer par celle-ci afin de la tenir informée de tout changement de situation		
Vos coordonnées bancaires ont changé ?	Pour le versement de vos prestations • Nouveau RIB	 
Vous souhaitez une nouvelle carte Tiers Payant ?	Carte déjà éditée	 Edition à volonté sur le site
	Carte non reçue	  
Vous changez d'adresse postale ?	- Nouvelle attestation de la Sécurité Sociale, si vous changez de caisse - Justificatif de domicile (facultatif)	  
Vous avez un nouvel e-mail ou un nouveau numéro de téléphone ?	• Aucun justificatif	  
Vous souhaitez une attestation de garanties ?		
En cas de décès	• Certificat de décès	 
Vos enfants ont plus de 20 ans et poursuivent des études ?	• Certificat de scolarité	 

Merci de mentionner le nom de votre société et votre numéro d'adhérent (présent sur votre carte Tiers Payant) sur tous vos envois



Par courrier :

SG Santé | TSA 40012
51049 Châlons en Champagne Cedex



Sur Internet :

Web : www.sgsante.fr
Email : [Voir la page](#)
« vos gestionnaires dédiés »



Par téléphone :

Voir la page
« vos gestionnaires dédiés »

Votre espace Web dédié

Avec vos codes personnels et confidentiels, accédez à www.sgsante.fr et profitez de l'ensemble des fonctionnalités et des informations relatives à vos contrats **Santé** :

- ✓ Consulter / Modifier vos données personnelles
- ✓ Imprimer votre carte de tiers payant à tout moment
- ✓ Retrouver vos règlements en temps réel
- ✓ Effectuer une demande de prise en charge hospitalière
- ✓ Notice d'information
- ✓ Consulter les garanties de votre contrat en cours
- ✓ Consulter l'ensemble des praticiens des différents réseaux
- ✓ Archiver l'historique de vos règlements
- ✓ Transférer ses documents administratifs
- ✓ Guide utilisateur de votre contrat en cours
- ✓ Demander un devis de remboursement

Procédure de

PREMIERE CONNEXION :

1

SAISISSEZ VOTRE IDENTIFIANT :

Votre numéro de sécurité sociale (avec la clé).

2

UN CODE VA VOUS ÊTRE ENVOYÉ :

Par email, par SMS, ou par voie postale (1 seule fois).

3

SAISISSEZ VOTRE CODE :

Félicitations, votre espace a été activé !

4

FINALISATION DE VOTRE COMPTE :

Définition de votre identifiant et mot de passe

ASTUCE : Vos identifiants servent à la fois pour l'espace assuré web et l'appli mobile !

Votre App SG Santé dédiée :



Avec son design coloré, ses fonctionnalités multiples accessibles à la fois via une page d'accueil, un menu latéral ou un menu en bas de page, l'appli **SG Santé** vous accompagnera dans votre quotidien !



Gérez
vos **remboursements**

Suivez vos remboursements
en direct sur votre mobile !



Contactez
votre **gestionnaire**

Vous avez la possibilité de joindre
directement depuis l'application
vos gestionnaires dédiés.



Votre carte
Tiers Payant



Présentez facilement votre carte Tiers Payant au
format carte bancaire à tous les professionnels de
santé et ceci même sans connexion.
Aussi disponible en **format QR Code.**



Transférer
ses documents

Transmettez vos documents à **votre
gestionnaire** en toute simplicité par
photo ou scan !



Prise en charge
Hospitalière

Demande de prise en charge
hospitalière réalisable en toute mobilité.



Votre réseau
de soins

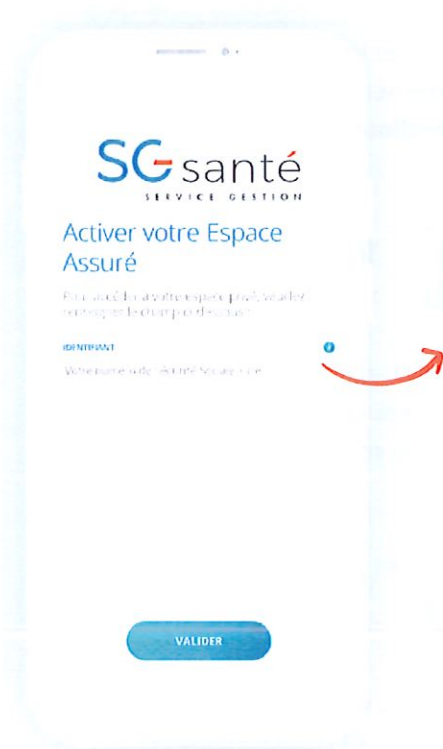
Retrouvez votre réseau de soins
partenaire et géolocalisez un
professionnel de santé !



Votre App SG Santé dédiée :

Procédure de **PREMIERE CONNEXION :**

ACTIVER MON ESPACE ASSURÉ



1

SAISISSEZ VOTRE IDENTIFIANT :

Votre numéro de sécurité sociale (avec la clé).

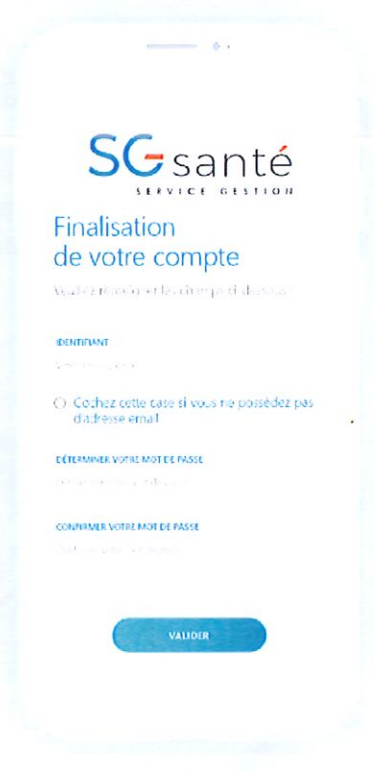
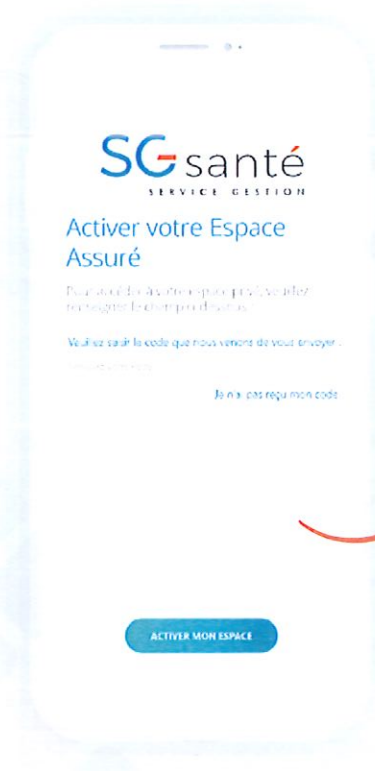
2

UN CODE VA VOUS ÊTRE ENVOYÉ :

Par défaut par mail, ou SMS, et si aucun autre moyen de communication, par courrier (1 seule fois).

3 **SAISISSEZ LE CODE REÇU :**
Félicitations, votre espace a été activé !

4 **FINALISEZ VOTRE COMPTE :**
Définissez votre identifiant et votre mot de passe



ASTUCE : Vos identifiants servent à la fois pour l'espace assuré web et l'appli mobile !

Sortie d'effectifs et maintien des garanties



Selon votre contrat, (sous condition que nous gérons cette partie commerciale pour votre entreprise), si vous quittez votre entreprise (retraite, licenciement, invalidité, décès de l'assuré) :

Pour recevoir une proposition personnalisée, contactez directement le service commercial d'AGEO par mail à commercial.poleindividuel@sgsante.fr ou par téléphone au **03 26 26 68 09**.

Vous pourrez adhérer à la même formule que lorsque vous étiez actif (même niveau de garantie et même structure familiale).



Si votre contrat est suspendu (vous êtes en congé parental, congé sans solde, etc.) :

Pour recevoir une proposition personnalisée, contactez directement le service commercial d'AGEO par mail à commercial.poleindividuel@sgsante.fr ou par téléphone au **03 26 26 68 09**.



Selon votre contrat, (sous condition que nous gérons cette partie commerciale pour votre entreprise), si vous démissionnez ou si vos enfants sortent du contrat (âge limite atteint, fin de scolarité, etc.) :

Pour recevoir une proposition personnalisée, contactez directement le service commercial d'AGEO par mail à commercial.poleindividuel@sgsante.fr ou par téléphone au **03 26 26 68 09**.

Gestion administrative de votre dossier

(adhésions, modifications, radiations...)

Tél. : **04 34 48 01 14**

Email : gestion.admin@sgsante.fr

Gestion de vos remboursements

(prises en charge hospitalières, devis...)

Tél. : **03 26 26 95 01**

Email : gestion.prestation@sgsante.fr



Indépendamment, nos gestionnaires se tiennent à votre écoute sans interruption :

Du **lundi** au **vendredi** de **6h00** à **20h00**
Le **samedi** de **9h30** à **17h30**

Retrouvez nous sur :
www.sgsante.fr

Crédits photos : SG Santé

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au règlement n° 2016/679, dit règlement général sur la protection des données (RGPD), les informations que vous nous communiquez via ce formulaire sont destinées à AGEO en sa qualité de responsable du traitement. Les données sont collectées pour des besoins de gestion administrative de dossier et pourront également être utilisées à des fins statistiques et de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de recherche de bénéficiaires de contrat décès non réglés. Aucune des données à caractère personnel vous concernant ne sera transmise à des tiers autres que les entités AGEO, ses partenaires commerciaux et ses partenaires de compagnies d'assurance. Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales. Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, merci d'effectuer votre demande auprès du DPO AGEO par courrier postal à l'adresse suivante : DPO AGEO - 7, rue de Turbigo 75001 Paris ou par courriel à l'adresse suivante : infos.cnit@ageo.fr. Lors de l'exercice de leurs droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée.

AGEO | Siège social : 7 rue de Turbigo - 75001 PARIS - RCS PARIS - SIRET 493 349 682 00010 | Adresse administrative : 14, rue Joliot Curie CS 30248 - 51010 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX - RCS CHALONS EN CHAMPAGNE - SIRET 493 349 682 00028 | SAS au capital de 457 340 € | Nom commercial : SG SANTÉ | Numéro ORIAS : 15 001 350 - www.orias.fr | Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - <https://acpr.banque-france.fr> | AGEO exerce son activité conformément aux dispositions de l'Article L521-2 du code des assurances. La liste des fournisseurs avec lesquels nous travaillons est à votre disposition sur simple demande | SG Santé Service Réclamation : 14, rue Joliot Curie CS 30248 51010 Châlons-en-Champagne Cedex - service.reclamation@sgsante.fr | Notre Service Réclamation enregistre, analyse et répond à vos réclamations et suggestions, parce que le Service Client est notre Engagement | Le service réclamation accuse réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant réception et s'engage à apporter une réponse circonstanciée dans un délai de 2 mois (conformément à la recommandation ACPR 2016-R-02 du 14/11/16) | Notre Médiateur : La Médiation de l'assurance Pôle CSCA TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 | le.mediateur@mediation-assurance.org - www.mediation-assurance.org (après saisie de notre service réclamation / Article L612-2 du code de la consommation).

