



GUIDE DE VOTRE
COMPLEMENTAIRE SANTE

CORIS INNOVATION

Préambule

Bienvenue sur la plateforme de gestion SGSanté :

Vous êtes salarié du groupe CORIS INNOVATION, à ce titre vous bénéficiez d'un contrat mutuelle souscrit auprès de la compagnie GSMC.

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

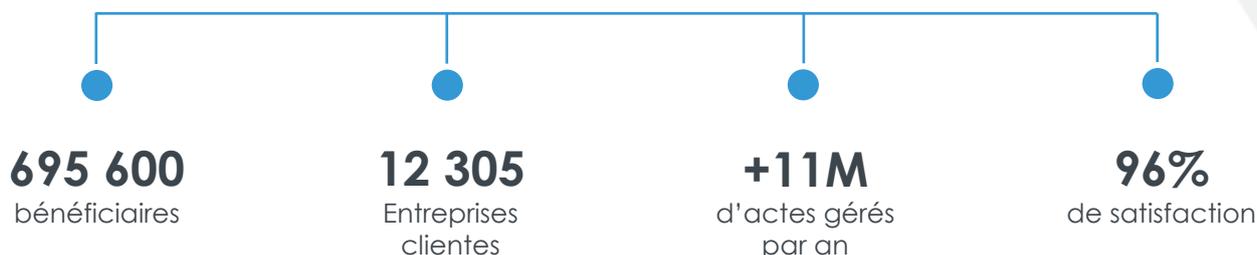


Un numéro de téléphone, en numéro non surtaxé, une adresse email dédiée et un gestionnaire attribué en exclusivité, disponible sans interruption de **6h00 à 20h00** en semaine et de **9h30 à 17h30** le samedi.

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 :



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 !

Comment nous contacter :

Cellule LOOMA Gestion administrative Gestion de votre dossier	Cellule LOOMA Prestations Gestion de vos remboursements
<i>(adhésions, modifications, radiations...)</i>	<i>(prises en charge hospitalières, devis...)</i>
gestion.admi@looma-assurances.fr	presta.sante@looma-assurances.fr
03 26 26 12 55	03 26 26 22 21



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 :

Email : service.reclamation@sgsante.fr

Par courrier,

une relation client centralisée :

SG Santé

TSA 40012

51049 Châlons-en-Champagne Cedex



Plus d'infos sur www.sgsante.fr

Affiliation des ayants droit

Qui peut bénéficier de mon contrat ?

Les personnes suivantes peuvent bénéficier en qualité d'ayants droit des garanties que vous avez souscrites :

- **Votre Conjoint** : conjoint non-séparé de corps judiciairement ou à défaut votre concubin tel que défini à l'article L.515-8 du Code Civil ou à défaut votre partenaire lié avec vous par un PACS. La qualité d'ayant droit au titre du présent alinéa ne peut bénéficier qu'à une seule personne par Membre Participant.

- **Vos enfants** âgés de moins de 21 ans bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait votre affiliation ou de celle de votre Conjoint ou d'une affiliation personnelle, sous réserve qu'ils aient la qualité d'ayant droit à charge fiscale (c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que vous ou votre conjoint déduit fiscalement de son revenu global)

- Vos enfants âgés de 18 à 28 ans, sous réserve :
 - Qu'ils poursuivent des études ou,
 - Qu'ils soient inscrits dans un cursus de formation en alternance (contrats de qualification ou de professionnalisation...) ou en contrat d'apprentissage ou,
 - Qu'ils soient engagés dans le cadre d'un service civique, ou
 - Qu'ils soient demandeurs d'emploi et domiciliés à votre adresse et sous réserve de la présentation d'une attestation du Pôle emploi.
 - Quel que soit leur âge, les enfants infirmes titulaires de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des familles, sous réserve qu'ils répondent à une des conditions suivantes :
 - Être pris en compte dans le calcul de votre coefficient familial ou de celui de votre Conjoint,
 - Ouvrir droit à un abattement applicable à votre revenu imposable ou à celui de votre Conjoint.

Vos ascendants, descendants ou collatéraux fiscalement à charge.



Conditions d'adhésion de radiation et de modification

Adhésion assuré (base) :

Les salariés appartenant à la catégorie de personnel couverte bénéficient des garanties souscrites à compter de la date d'effet du contrat ou de leur date d'embauche ou de promotion dans cette catégorie si elle est postérieure. La date d'embauche correspond à la date à laquelle le salarié pourra bénéficier des garanties proposées sachant qu'un salarié ne peut prétendre aux garanties de son nouveau contrat antérieurement à sa date d'embauche.

En ce qui concerne la date de sortie, le contrat encours jusqu'à la fin du mois concerné. Tout mois commencé est dû dans son intégralité.

Adhésion ayants droit (base) :

Peuvent être affiliés à la Mutuelle au titre de l'adhésion du membre participant son conjoint, concubin ou partenaire et/ou ses enfants à charge tels que définis par les statuts de la Mutuelle. Seront affiliés à la Mutuelle les ayants droit inscrits par le membre participant sur son bulletin d'adhésion. En cas de changement de situation de famille, le membre participant qui souhaite s'affilier un nouvel ayant droit doit adresser sa demande écrite à la Mutuelle par l'intermédiaire du membre honoraire souscripteur. L'affiliation du nouvel ayant droit prend effet le 1er jour du mois de réception de la demande d'affiliation, sous réserve du paiement de sa première cotisation.

Il est rappelé qu'une seule personne peut être affiliée au titre de conjoint, concubin ou partenaire par membre participant.

Adhésion assuré et ayants droit (Option/Surcomplémentaire) :

Le membre participant peut souscrire aux régimes optionnels :

- Au jour de son affiliation au régime de garanties obligatoire de base ;
- Dans les 3 mois suivant son embauche (en cas de condition d'ancienneté prévue aux dispositions particulières, le délai court à compter de l'affiliation au régime obligatoire de base) ;
- En cas de changement de situation familiale, au 1er janvier de chaque année ;
- dans les 3 mois suivant la mise en place de l'option/surcomplémentaire par l'entreprise adhérente.

Le membre participant notifie son choix sur son bulletin d'affiliation, à défaut de précision, il sera couvert par le régime de base. L'adhésion du membre participant prendra effet le premier jour du mois de réception.

L'adhésion initiale du membre participant est conclue pour une durée initiale minimale de 12 mois, elle court jusqu'au 31 décembre suivant le dépassement de ce délai, puis elle se renouvelle tacitement chaque 1er janvier.

Radiation assuré (base) :

L'adhésion du membre participant prend fin :

- En cas de résiliation du contrat,
- Le jour où il ne remplit plus les critères d'adhésion au régime de garanties qu'il a souscrit, notamment en cas de rupture du contrat de travail le liant au membre honoraire,
- Le jour du décès du membre participant,
- Le jour de son exclusion conformément à l'article 12 des statuts. En application de l'article 4 de la loi ÉVIN du 31 décembre 1989, une couverture de remboursement de frais de soins de santé peut être maintenue à titre individuel

.../...

Conditions d'adhésion de radiation et de modification

Radiation ayants droit (base) :

Pour tous les ayants droit, l'affiliation prend fin :

- Automatiquement au jour où l'adhésion du membre participant prend fin,
- En cas de demande de leur part ou du participant par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au membre honoraire souscripteur. Le membre honoraire doit transmettre cette information au siège de la Mutuelle dès réception de ce courrier.

Pour les conjoints, l'affiliation prend fin :

- Automatiquement en cas de divorce, dans ce cas l'affiliation prend fin le premier jour du mois qui suit la notification de ce jugement à la Mutuelle,
- Automatiquement en cas de rupture du Pacs ou du concubinage, l'affiliation prend fin le premier jour du mois qui suit la notification de cette rupture à la Mutuelle.

Attention, la non-notification dans un délais de deux mois du divorce ou de la rupture du Pacs ou du concubinage est constitutive d'une fausse déclaration, et ce notamment dans le cadre des garanties à cotisation familiale, un rappel de cotisation sur la base du tarif individuel correspondant pourra être exigé.

Pour les enfants à charge, l'affiliation prend fin :

L'enfant à charge est couvert du chef du membre participant jusqu'à l'une des dates suivantes :

- Le jour où l'enfant cesse d'être ayant droit au sens de la Sécurité Sociale,
- À la fin du mois au cours duquel prend fin le contrat de qualification, de professionnalisation ou d'apprentissage ou la formation en alternance et au plus tard le dernier jour du mois où il atteint ses 28 ans,
- Le dernier jour du mois au cours duquel l'enfant trouve un emploi et au plus tard le dernier jour du mois où il atteint ses 28 ans,
- Le dernier jour de l'année scolaire au cours de laquelle il ne remplit plus les critères statutaires qui lui permettaient d'être considéré comme enfant à charge et, en tout état de cause, le dernier jour du mois où il a atteint la date anniversaire de ses 28 ans.

Pour les autres personnes à charge, l'affiliation prend fin :

- Le jour où elles n'ont plus la qualité de personne à charge au sens des statuts.

Attention, la non-notification dans un délais de deux mois d'un événement entraînant la perte de la qualité d'enfant à charge est constitutive d'une fausse déclaration, et ce notamment dans le cadre des garanties à cotisation familiale, un rappel de cotisation sur la base du tarif individuel correspondant pourra être exigé.

Radiation assuré et ayants droit (Option/Surcomplémentaire) :

Le membre participant peut mettre fin à son affiliation :

- Annuellement : avant le 31 octobre de chaque année par lettre recommandée avec accusé réception,
- Infra-annuellement : après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription à l'option concernée, en respectant un préavis d'un mois,
- Au 1er jour du mois suivant la demande en cas de changement de situation familiale.

Le retour au régime de base est définitif sauf en cas de changement de situation familiale.

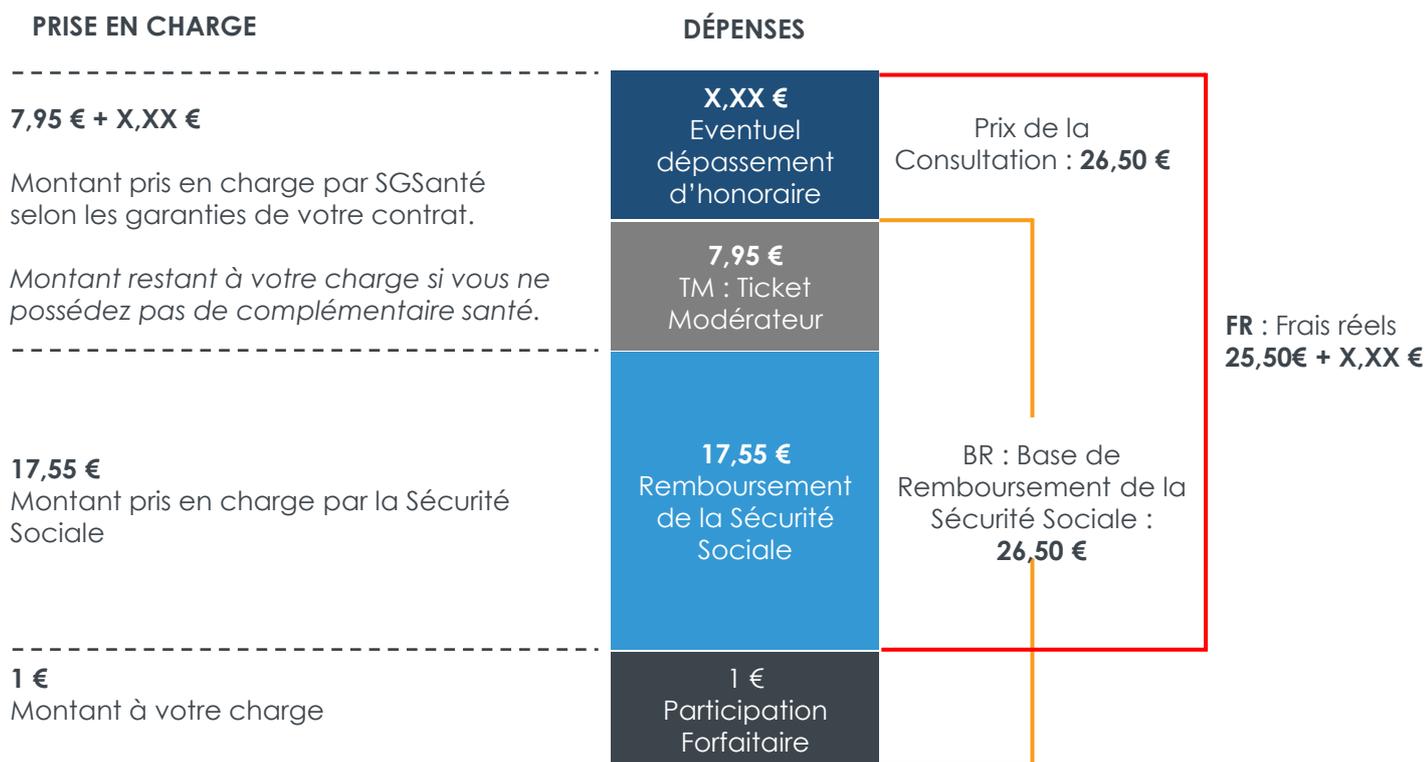
Modification :

Le membre participant qui souhaite changer d'option, pour lui et ses éventuels ayants droit, doit en faire la demande écrite auprès de la Mutuelle, et ce, avant le 31 octobre de chaque année. L'adhésion à ces nouvelles garanties prend effet le 1er janvier de l'année suivante.

Le membre participant ne pourra demander à changer à nouveau d'option pendant un délai de deux ans, sauf s'il demande à souscrire une option offrant des prestations supérieures ou s'il justifie d'un changement de situation de famille (mariage, divorce, naissance, licenciement du participant, décès d'un ayant droit).

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**



Lexique

AM : Assurance **M**aladie

BR : **B**ase de **R**emboursement retenue par la Sécurité Sociale

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

MR : **M**ontant de **R**emboursement de la Sécurité Sociale

TP : **T**iers **P**ayant

SS : **S**écurité **S**ociale

PMSS : **P**lafond **M**ensuel de la **S**écurité **S**ociale.

TM : **T**icket **M**odérateur. C'est la différence entre la Base de Remboursement et le Montant de Remboursement de la Sécurité Sociale

RO : **R**égime **O**bligatoire

OPTAM : **O**ption **P**ratique **T**arifaire **M**aîtrisée

La télétransmission ou NOEMIE

Système informatique qui relie votre Sécurité Sociale à votre Mutuelle

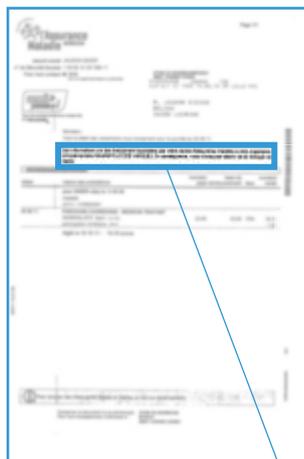
Vous n'avez aucune démarche à effectuer pour percevoir les remboursements de votre Mutuelle !

- 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.

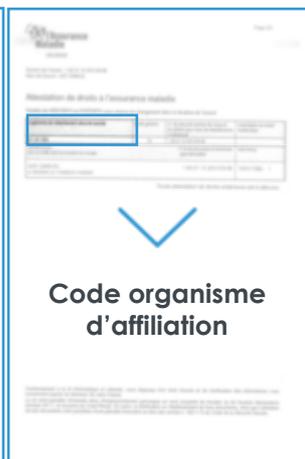


Comment vérifier que la télétransmission fonctionne correctement ?

Exemple de décompte SS



Exemple d'attestation SS



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) ».

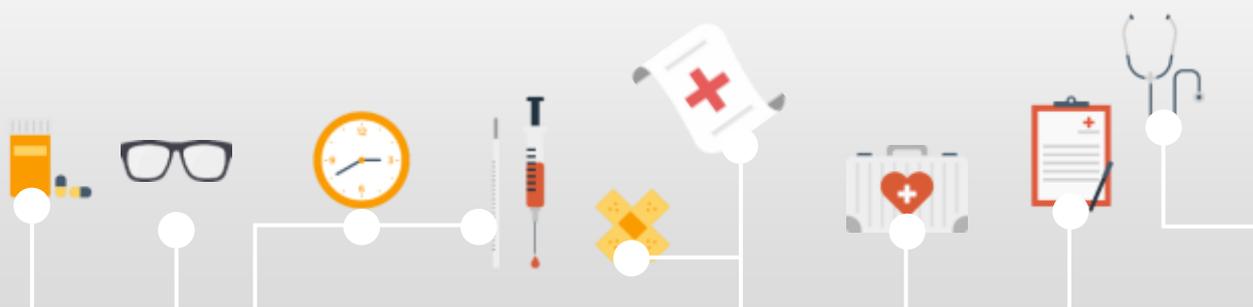
Quels sont les objectifs ?

- 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 réseau OPTIQUE ITELIS

Profitez de nombreux avantages auprès des opticiens partenaires du réseau **Itelis** :

OPTICIEN
PARTENAIRE

itelis



Un véritable réseau de proximité

2 500 opticiens partenaires partout en France

Une forte visibilité grâce à l'autocollant **Itelis** ci-dessus, obligatoire sur la vitrine des opticiens partenaires



Vous profitez également de la dispense d'avance de frais grâce au Tiers Payant !



Des tarifs privilégiés



Economie moyenne sur les verres grâce à des tarifs négociés *



Remise minimale sur les montures et le para-optique (lunettes de soleil, produits lentilles...)



Remise minimale sur les lentilles

Un mode d'emploi très simple :

1



Localisez facilement le partenaire le plus proche

Via l'**application webmobile @pplitelis** disponible depuis votre espace assuré

Par **Internet** en vous rendant **dans votre espace assuré et en utilisant l'outil de géolocalisation**

2

Présentez au partenaire votre carte de Tiers Payant sur laquelle figure la mention **Itelis**

3

Demandez à bénéficier des avantages du réseau

*Economie moyenne calculée sur la base des corrections les plus fréquentes et des tarifs des verres de marque les plus vendus, tous types de verres confondus (unifocaux, mi-distance et multifocaux).
Source : bases de données Itelis 2014



Votre réseau OPTIQUE ITELIS

Un engagement sur la qualité et la traçabilité des produits



Un large choix de produits réputés grâce à un accord avec 12 marques de verres parmi les plus représentatives sur le marché français :

BBGR, CODIR, ESSILOR, HOYA, MEGA OPTIC, NIKON, NOVACEL, OPTISWISS, RODENSTOCK, SEIKO, SHAMIR et ZEISS VISION CARE*

* Liste susceptible d'évoluer

La valorisation de critères de qualité tels que le label « Origine France Garantie »

La traçabilité des produits grâce à un certificat d'authenticité de vue disponible sur le site Internet du verrier



Des résultats prouvés*

* enquêtes de satisfaction menées auprès des bénéficiaires ayant fait l'acquisition d'un équipement optique dans le réseau.



Des services exclusifs



- ✓ Une réparation et un ajustement des équipements optiques
- ✓ **Une garantie casse gratuite, sans franchise, de 2 ans pour la monture et les verres et de 6 mois pour les lentilles traditionnelles***
- ✓ Une garantie adaptation gratuite, sans franchise, de 2 mois pour les verres et de 3 mois pour les lentilles traditionnelles**
- ✓ Une garantie déchirure gratuite, sans franchise, de 3 mois pour les lentilles traditionnelles***

itelis

- ✓ Un examen annuel gratuit de la vue
- ✓ Des actions d'information et de prévention dans le domaine de la santé visuelle
- ✓ Un maintien des offres promotionnelles en cours dans le magasin en sus des avantages Itelis



Des bénéficiaires sont très satisfaits ou satisfaits par la qualité du réseau



Des bénéficiaires sont très satisfaits ou satisfaits par la qualité de l'accueil

*Un seul changement par élément sur présentation du(des) élément(s) cassé(s), qu'il y ait eu ou non dispense d'avance de frais. Pour les verres ophtalmiques, les rayures sont exclues de la garantie casse. Les équipements détériorés mais non cassés sont exclus de la garantie casse.

**Qu'il y ait eu ou non dispense d'avance de frais. Lentilles oculaires de contact dont la durée de vie est supérieure ou égale à six mois.

***Qu'il y ait eu ou non dispense d'avance de frais. Lentilles oculaires de contact souples hydrophiles dont la durée de vie est supérieure ou égale à six mois.



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

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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 ...)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 <p>A partir de 950€ hors RAC 0 Adulte A partir de 1400€ hors RAC 0 Enfant</p>
Prothèses dentaires	
Panier 100% Santé RAC 0 et panier reste à charge maîtrisé Panier « Tarifs libres »	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 : <ul style="list-style-type: none"> • 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 FINISS
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 évoluée ? Ex. : mariage, PACS, naissance, divorce, séparation Ajout ou radiation d'ayants droit, changement d'option(s)	<ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 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 ?	<ul style="list-style-type: none"> 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 ? Vous souhaitez une attestation de garanties ?	<ul style="list-style-type: none"> Aucun justificatif 	  
En cas de décès	<ul style="list-style-type: none"> Certificat de décès 	 
Vos enfants ont plus de 20 ans et poursuivent des études ?	<ul style="list-style-type: none"> 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** !



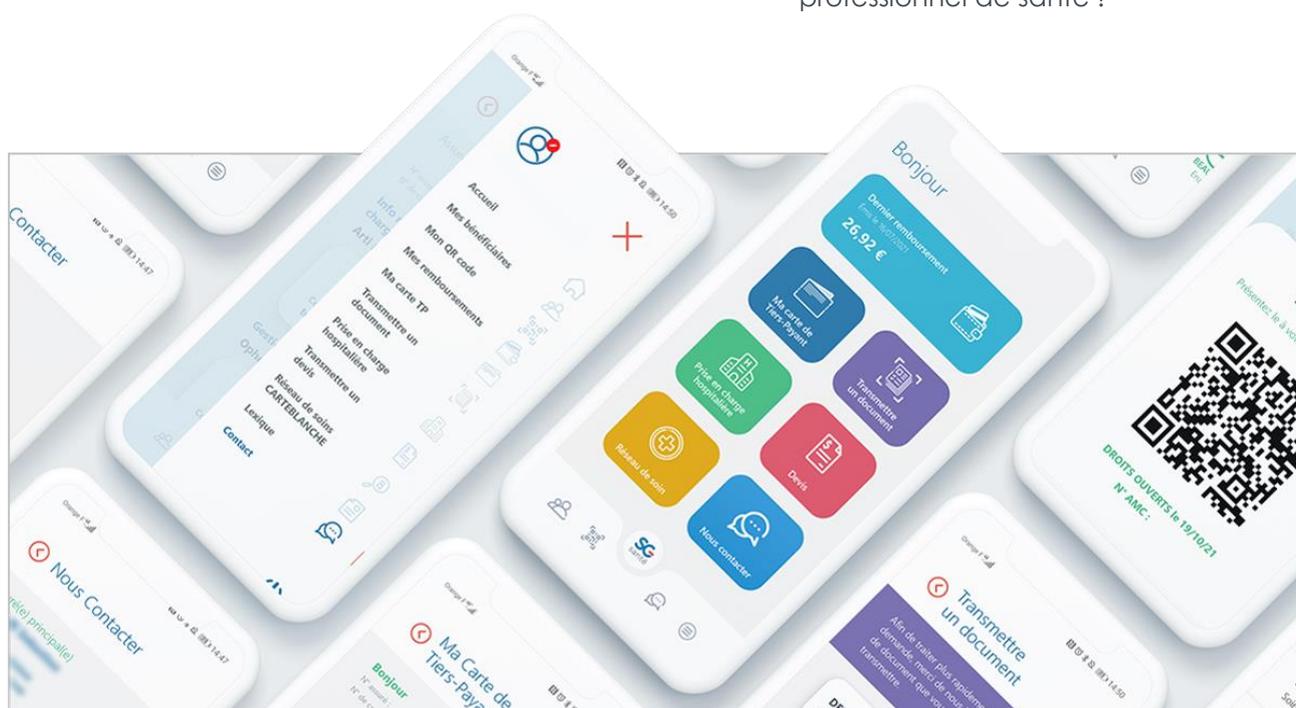
Prise en charge **Hospitalière**

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

SG-santé
SERVICE GESTION

Activer votre Espace Assuré

Pour accéder à votre espace privé, veuillez renseigner le champ ci-dessous :

IDENTIFIANT
Votre numéro de Sécurité Sociale + clé

VALIDER

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

SG-santé
SERVICE GESTION

Activer votre Espace Assuré

Pour accéder à votre espace privé, veuillez renseigner le champ ci-dessous :

Veuillez saisir le code que nous venons de vous envoyer :
Saisissez votre code

Je n'ai pas reçu mon code

ACTIVER MON ESPACE

SG-santé
SERVICE GESTION

Finalisation de votre compte

Veuillez renseigner les champs ci-dessous :

IDENTIFIANT
Votre adresse email

Cochez cette case si vous ne possédez pas d'adresse email

DÉTERMINER VOTRE MOT DE PASSE
Déterminer votre mot de passe

CONFIRMER VOTRE MOT DE PASSE
Confirmer votre mot de passe

VALIDER

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.cnil@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 SANTE | 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).

