

GUIDE DE VOTRE
COMPLEMENTAIRE SANTE

Préambule

Bienvenue sur la plateforme de gestion SGSanté :

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

Des services de qualité



Une certification ISO 9001 depuis 2001

Un service dédié aux réclamations :
service.reclamation@sgsante.fr



Fortement ancrée dans l'entreprise, la notion de qualité de service apparaît à tous les échelons. Au-delà de la satisfaction du travail bien fait, la qualité est l'élément fédérateur de notre organisation.

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 quelques chiffres :

695 600
bénéficiaires

11 000
Entreprises
clientes

+11M
d'actes gérés
par an

96%
de satisfaction

Vos gestionnaires dédiés

Gestion administrative de votre dossier

(adhésions, modifications, radiations...)

Amandine NICOLAS

Tél. : **04 34 48 01 07**

Email : amandine.nicolas@sgsante.fr

Horaires : **06h00 - 13h00**

Gestion de vos remboursements

(prises en charge hospitalières, devis...)

Siham YOUNSI

Tél. : **04 34 48 01 18**

Email : siham.younsi@sgsante.fr

Horaires : **06h00 - 13h00**



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 :

Tél. : **03 26 26 24 63**

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 ?

- **Le conjoint, partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou concubin.**

- Le conjoint : Personne mariée avec le Salarié, en application des dispositions prévues par les articles 143 et suivants du Code civil.
- Le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) : Personne ayant conclu avec le Salarié un contrat ayant pour but d'organiser leur vie commune, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code civil. Les signataires d'un PACS sont désignés par le terme de partenaires.
- Le concubin : Personne vivant en couple avec le Salarié dans le cadre d'une union de fait, au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve qu'une période de vie commune d'une année puisse être attestée par le biais d'un justificatif (quittance de loyer, facture EDF notamment) et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée précitée n'est toutefois pas exigée lorsqu'un enfant est né de cette union. L'Organisme assureur peut réclamer, à tout moment, les justificatifs actualisés attestant de la vie commune du Salarié.

Pour le conjoint travailleur non salarié, les remboursements sont effectués sur les mêmes bases que pour les autres bénéficiaires du Contrat.

- **Les enfants du Salarié ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin.**

Sont considérés comme enfants à charge :

- Les enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 20^e anniversaire ;
- Les enfants étudiants, apprentis, en contrat d'insertion professionnelle, intérimaires, en recherche d'emploi ou en Contrat à Durée Déterminée (CDD) jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28^e anniversaire.

- **les enfants du Salarié ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.**

Le nouveau-né ou l'enfant adopté est garanti dès le jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande soit adressée à l'Organisme assureur dans les 30 jours qui suivent l'évènement.



Conditions d'adhésion, de radiation et de modification

I – Adhésion (Base) :

Assuré :

Votre affiliation au régime Frais de santé mis en place par votre Employeur est formalisée par la signature d'un Bulletin Individuel d'Affiliation.

Elle prend effet :

- à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion de votre Employeur au présent Contrat ;
- à compter de votre date d'entrée dans les effectifs de l'entreprise, si vous êtes embauché postérieurement à la date d'effet de l'adhésion de votre Employeur au Contrat ;
- à compter de la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions ouvrant droit au bénéfice de l'une des dispenses d'adhésion au régime frais de santé ;
- à compter de la date à laquelle vous souhaitez renoncer à votre dispense d'adhésion, à condition d'en faire la demande par écrit à votre Employeur.

Ayants droit :

Vous souhaitez couvrir vos ayants droit, vous pouvez le faire au moyen d'un Bulletin Individuel d'Affiliation. Vos ayants droit bénéficieront des mêmes garanties que celles dont vous bénéficiez.

L'affiliation de vos ayants droit prend effet :

- à la date de prise d'effet de votre affiliation au Contrat si la demande se fait simultanément ;
- au 1er jour du mois qui suit la réception d'un Bulletin Individuel d'Affiliation si la demande se fait ultérieurement ;
- à la date de survenance de l'événement (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin auquel sont rattachés les enfants à charge) dûment déclaré à l'Organisme assureur.

L'affiliation de vos ayants droit vous engage pour une durée minimale d'une année civile, sous réserve des cas de cessation anticipée prévus ci-dessous.

II – Adhésion (option) :

Assuré et ayants droit :

Vous avez la possibilité d'améliorer pour vous-même et pour vos ayants droit, le niveau de votre couverture frais de santé en demandant votre affiliation, à titre facultatif, à l'option.

Le choix que vous retiendrez pour vous-même, s'imposera nécessairement à vos ayants droit couverts.

L'affiliation à l'option facultative s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation.

L'affiliation aux garanties optionnelles prend effet :

- À la date de prise d'effet de votre affiliation à titre obligatoire au Contrat, si la demande est faite simultanément ;
- Au 1er jour du mois civil qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation, si la demande est faite ultérieurement.

.../...

Conditions d'adhésion, de radiation et de modification

III – Radiation (Base et Option) :

Assuré et ayants droit :

Votre affiliation au Contrat cesse :

- à la date de liquidation de votre pension de retraite auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;
- à la date de rupture de votre contrat de travail (au terme du préavis, effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien temporaire des garanties au titre de la portabilité telles qu'elles sont prévues dans la présente Notice d'information ;
- à la date de votre décès ;
- pour vos ayants droit, dès lors qu'ils ne répondent plus à la définition des ayants droit telle que prévue à la présente notice d'information, et en tout état de cause à la même date que vous ;
- à la date de résiliation du Contrat par l'Organisme assureur ou par votre Employeur.

La cessation de votre affiliation au contrat entraîne tant pour vous que pour vos ayants-droit le cas échéant, la suppression du droit aux prestations pour toutes demandes consécutives à une maladie ou à un accident dont la date des actes, soins, prescriptions est postérieure à la date d'effet de la cessation de l'affiliation (garantie obligatoire et garantie(s) facultative(s)).

Vous pouvez dénoncer chaque année l'affiliation de vos ayants droit par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée à SGSANTE, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La dénonciation de l'affiliation de vos ayants droit prend effet à compter du 1er janvier de l'année suivante.

Lorsque vos ayants droit viennent à bénéficier, par ailleurs, d'une couverture à titre obligatoire, vous pouvez demander à tout moment la dénonciation de la couverture facultative de vos ayants droit, sous réserve de la production d'un justificatif actant de leur adhésion à un régime obligatoire, datant de moins de trois (3) mois.

La dénonciation de l'affiliation prend effet à compter du premier jour du mois suivant la réception de la demande par SGSANTE.

En cas de dénonciation, toute nouvelle demande de couverture de vos ayants droit ne pourra intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai deux (2) ans, sauf événement intervenant dans la vie professionnelle de votre ayant droit (chômage non indemnisé, retraite, ...).

En tout état de cause, l'affiliation de l'ayant droit cesse à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions.

IV – Modification :

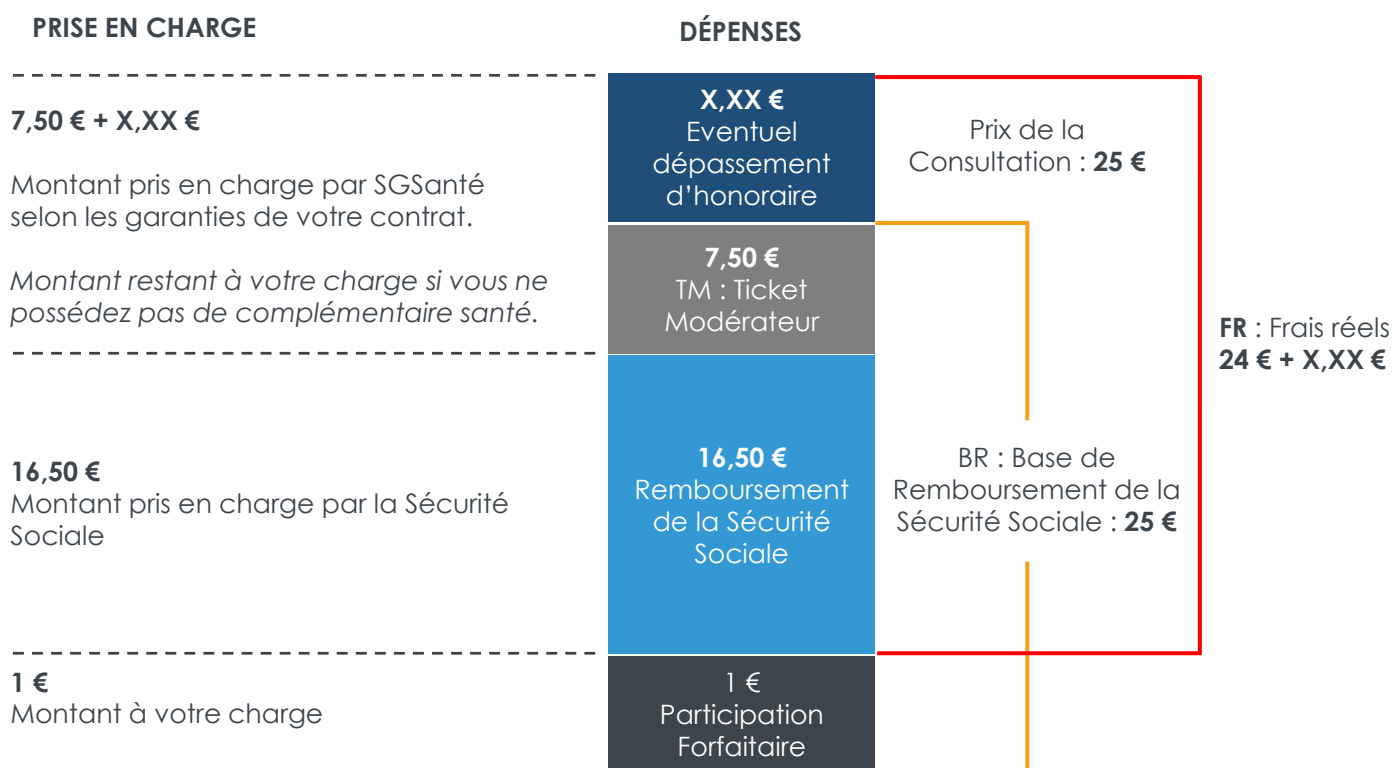
En cas de modification de votre situation ayant des conséquences sur votre affiliation à titre obligatoire au présent régime ou en cas de demande d'ouverture, de modification ou de résiliation des garanties facultatives (couverture de vos ayants droit ou adhésion/modification des options), vous êtes tenu d'adresser directement auprès de SGSANTE un Bulletin de changement de situation ainsi que toute pièce justificative nécessaire à la prise en compte de votre changement de situation.

Vous pourrez modifier chaque année l'option choisie pour vous même et vos ayants droit le cas échéant, par demande écrite ou envoi recommandé électronique (Bulletin Individuel d'Affiliation ou Bulletin de Changement de Situation, papier ou électronique, avec signature ou signature électronique), adressé à SGSANTE, selon les modalités prévues ci-dessous :

- option pour une garantie d'un niveau supérieur à celle souscrite : la demande prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande par SGSANTE. Après douze (12) mois calendaire, il sera à nouveau possible d'opter pour une option d'un niveau supérieur, en fonction du régime obligatoire choisi par l'Employeur. Toute modification des garanties engage le salarié pour une période de deux (2) ans.
- option pour une garantie d'un niveau inférieur à celle souscrite précédemment : l'option pour une garantie d'un niveau inférieur ne peut intervenir avant un délai de vingt-quatre (24) mois, suivant la souscription de l'option en cours.

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 25 € 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. (Il est de 3 925€ en 2025)

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

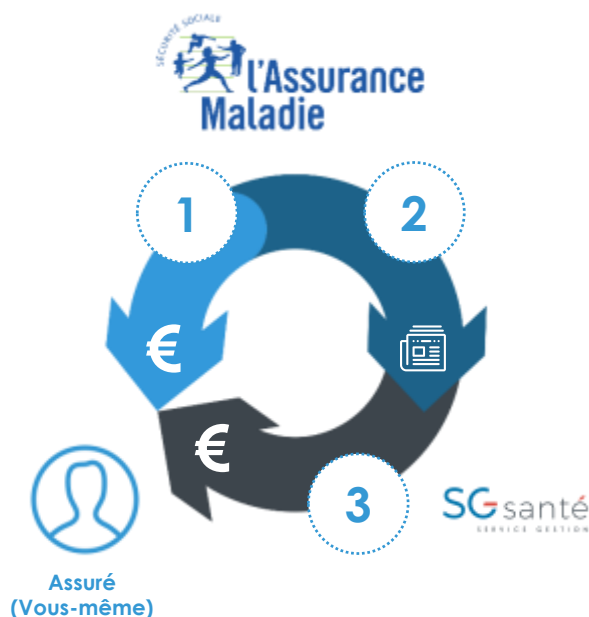
OPTAM : **O**ption **P**ratique **T**arifaire **M**aîtrisée

La télétransmission ou NOEMIE

Système informatique qui relie votre Sécurité Sociale à votre Mutuelle

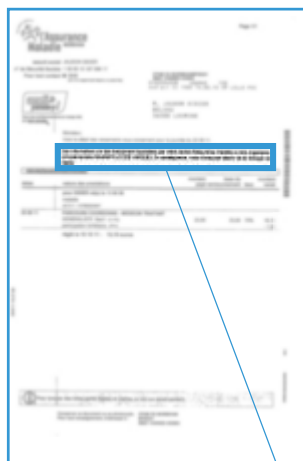
Vous n'avez aucune démarche à effectuer pour percevoir les remboursements de votre Mutuelle !

- 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.

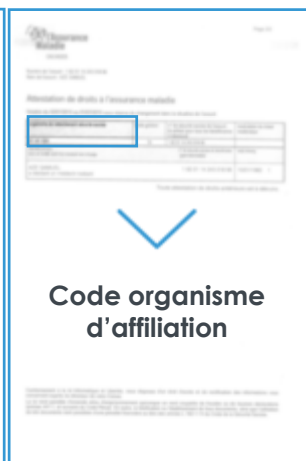


Comment vérifier que la télétransmission fonctionne correctement ?

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) ».

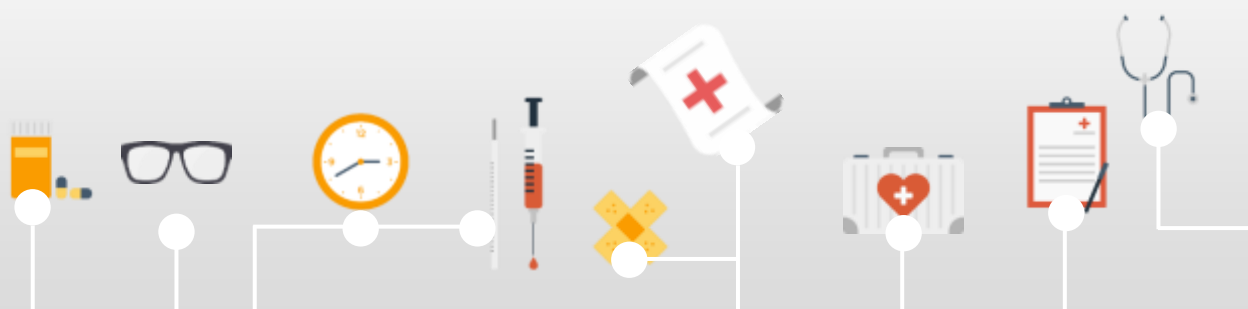
Quels sont les objectifs ?

- 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 opérateur Tiers-Payant

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



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



Ce dispositif de Tiers Payant est mis gratuitement à disposition des médecins permettra de vérifier vos droits à votre complémentaire à partir des informations figurant sur votre attestation de Tiers Payant SPSanté.

NOM & Prénoms		Rang	Numéro INSEE	Numéro de	OPTIONNELS DE TARIFFS CONVENTIONNÉS DU TIERS-PAYANT											
					PMAP*	AMSP*	SM*	SMAP*	CEST*	MBT*	SAU/P*	ALSP*	HOSP*	OC*	OC*	
ARDOURNEGUES		1	5 75 0191 334 040 97	220891988	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
ARDOURNEGUES		1	5 74 04 99 881 137 94	148921988	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
ARDOURNEGUES		1	5 74 04 99 881 137 94	148921988	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
CARGOIS CARGIS		1	5 74 04 99 881 137 94	261421988	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Grâce à iSanté, vous pouvez bénéficier du Tiers Payant pour les soins externes. Vous n'avez plus besoin d'avancer les frais dans la limite du ticket modérateur dans les hôpitaux et cliniques conventionnés iSanté, (hors centres de soins).

En cas d'hospitalisation ?

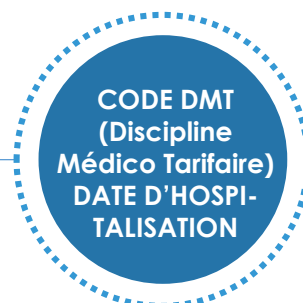
Par simple appel ou mail à votre gestionnaire dédié, vous pouvez demander une prise en charge hospitalière.

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 un 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 SGSanté.

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 de mutuelle, 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 vos 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.

TYPE DE SOINS	DOCUMENTS A FOURNIR
Actes médicaux <ul style="list-style-type: none"> · Honoraires des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pédiatres · Honoraires des auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, podologues · Téléconsultation 	Décompte CPAM et facturation ou reçu du praticien / auxiliaire médical
Actes de prévention <ul style="list-style-type: none"> · Consultation diététique prescrite par un médecin pour un enfant de moins de 20 ans · Dépistage de l'hépatite B · Détartrage sus et sous gingival 	Décompte CPAM et facturation ou reçu du praticien
Frais de transport <ul style="list-style-type: none"> · Taxi conventionné, VSL, ambulance ou transport commun 	Décompte CPAM et justificatif du paiement et prescription médicale
Pharmacie <ul style="list-style-type: none"> · Médicaments délivrés par le tiers payant contre générique · Médicaments délivrés : avance des frais et feuille de soins papier (refus des médicaments génériques) 	Décompte CPAM et ordonnance (sauf : tiers payant conditionné à l'acceptation d'un médicament générique)
Hospitalisation (en hôpital ou clinique privée conventionnée sans prise en charge) <ul style="list-style-type: none"> · Hospitalisation (frais de séjour, honoraires ...) sans intervention chirurgicale, ou avec intervention chirurgicale 	Selon la facturation dont relève l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> - Bordereau de facturation destiné à CPAM - Facture acquittée de l'établissement - Avis de somme à payer avec l'attestation de paiement
Analyses et examens de laboratoires <ul style="list-style-type: none"> · Actes en laboratoire, prélèvements effectués par les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, les infirmières 	Décompte CPAM et ordonnance et facturation ou reçu du praticien
Médecine douce <ul style="list-style-type: none"> · Médecines alternatives faisant l'objet du remboursement de CPAM si médecin conventionné de secteur 1 ou 2 · Médecines douces 	Décompte CPAM et facture acquittée comportant le numéro ADELI ou RPPS ou FINESS
Maternité (prime de naissance ou forfait naissance)	Acte(s) de naissance du ou des enfants
Soins externes dans les établissements hospitaliers (sans utilisation de la salle d'opération)	Décompte CPAM et ordonnance et facture acquittée de l'établissement
Cures thermales (avec ou sans hospitalisation) <ul style="list-style-type: none"> · Frais médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales et complémentaires et forfait thermal) · Frais d'hébergement, frais de transport et frais d'hydrothérapie 	Décompte CPAM et facture acquittée de l'établissement
Petit appareillage <ul style="list-style-type: none"> · Appareil d'assistance respiratoire : masque, ... · Aérosol · Prothèses : ceinture lombaire, collier cervical, ... · Chaussures orthopédiques Grand appareillage <ul style="list-style-type: none"> · Prothèses oculaires et faciales, orthoprothèses, ... 	Décompte CPAM et prescription médicale et facture acquittée
Soins effectués <ul style="list-style-type: none"> · dans un état de l'UE ou de l'EEE (Norvège, Islande, Liechtenstein) ou en Suisse · à l'étranger 	Décompte CPAM et prescription médicale en rapport avec les soins reçus et ordonnance et facture acquittée <i>Si soins programmés dans un pays UE/EEE/Suisse soumis à autorisation préalable : copie de votre CEAM (carte européenne d'assurance maladie) et de votre attestation de l'autorisation préalable</i>
autres actes/frais médicaux	Se référer aux dispositions contractuelles
Traitements et fournitures donnant lieu à des prestations légales et au versement encadré (100% Santé)	
Optique (sans prise en charge) <ul style="list-style-type: none"> · 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 CPAM (myopie, presbytie, hypermétropie ...) 	Décompte CPAM et facture acquittée (mentionnant la correction visuelle et le type de verre) et ordonnance en cours de validité uniquement si pas RAC 0 et prescription médicale pour la chirurgie réfractive
Prothèses auditives <ul style="list-style-type: none"> · Aides auditives de classes I 100% Santé _ RAC 0 · Aides auditives de classes II hors 100% Santé _ Prix libre 	Décompte CPAM et prescription médicale de l'équipement et facture acquittée et détaillée à partir de 950 € hors RAC 0
Prothèses dentaires (sans prise en charge) <ul style="list-style-type: none"> · Panier 100% Santé _ RAC 0 et panier reste à charge maîtrisé · Panier " tarifs libres " · Implants dentaires 	Décompte CPAM et facture détaillée et acquittée à partir de 1 000 € de tous les actes (mentionnant le numéro des dents soignées)
Orthodontie refusée par CPAM	Facture détaillée et acquittée (mentionnant le semestre et le début des soins)

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



Écran de connexion SGSANTE

Vos codes d'accès vous seront transmis avec votre 1^{ère} carte Tiers Payant. Lors de votre 1^{ère} connexion vous devez créer votre espace personnel. En cas de problème de connexion, **contactez votre gestionnaire dédié.**

Activer votre espace assuré

Pour accéder à votre espace privé, veuillez renseigner les champs ci-dessous.

<p>IDENTIFIANT PROVISOIRE</p> <input type="text" value="Votre identifiant provisoire"/>	<p>MOT DE PASSE PROVISOIRE</p> <input type="text" value="Votre mot de passe provisoire"/>
<p>ADRESSE E-MAIL</p> <input type="text" value="Votre adresse e-mail"/>	<p>NOM D'UTILISATEUR</p> <input type="text" value="Votre nom d'utilisateur"/>
<p>MOT DE PASSE</p> <input type="text" value="Votre mot de passe"/>	<p>CONFIRMATION MOT DE PASSE</p> <input type="text" value="Confirmation de votre mot de passe"/>

ACTIVER VOTRE ESPACE



Votre App SG Santé dédiée :

SGSanté, l'application mobile gratuite, qui vous permet de consulter vos remboursements santé, votre carte de Tiers-Payant, de nous transmettre vos documents et de disposer d'un service de coaching bien-être !



Gérez
vos **remboursements**

Vous avez un aperçu direct des derniers remboursements, mais vous pouvez aussi les filtrer par nature d'actes, par bénéficiaires ou sur une période donnée.



Contactez
votre **gestionnaire**

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



Votre carte
de **tiers-payant**

Vous pourrez présenter ou envoyer facilement votre carte de tiers-payant à tous les professionnels de santé et ceci, même sans connexion.



**Transférer
ses documents :**

Vous avez la possibilité de prendre en photo et d'envoyer directement tous vos documents administratifs à votre centre de gestion.



Votre App SG Santé dédiée :



Le **majordome** de votre santé

Grâce à I Feel Good, accédez de manière illimitée à des dizaines de programmes de coaching spécifiquement étudiés pour vous aider à atteindre vos objectifs : arrêter de fumer, réduire sa consommation d'alcool ou son stress, reprendre une activité physique, entretenir sa mémoire, lutter contre son mal de dos, ou même ! Perdre du poids.



Aucune application ne sera aussi complète !



ACTIVER MON ESPACE ASSURÉ



Procédure
1ère connexion :

IDENTIFIANT PROVISOIRE :

Numéro de sécurité sociale (sans la clé).

MOT DE PASSE PROVISOIRE :

Les 2 premières lettres minuscules du nom de famille suivi du **N° d'adhérent** figurant sur la carte de tiers-payant.

ATTESTATION DE TIERS PAYANT

SG santé


PERIODE DE VALIDITE : 01/01/2017 au 31/12/2017

Nom & Prénom	Rang	Numéro INSEE	Né(e) le	DÉPENSES DE SANTÉ CONCERNÉES (PAS LE TIERS PAYANT)													
				PMAS*	MED*	SVL*	TRAM*	CS1*	EXT*	ODS1*	HOSP*	IS	SC/IS	OC			
ADRIENNE MARIE	I	3 76 12 91 500 000 91	23/09/1969	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ADRIENNE MARIE	I	3 76 12 91 500 000 91	14/07/1985	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ADRIENNE MARIE	I	3 76 12 91 500 000 91	16/03/1988	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ADRIENNE MARIE	I	3 76 12 91 500 000 91	22/12/1991	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(1) Faire une demande de Plan En Charge (PEC) à l'adresse précisée au verso.
 (2) PEC pour les professions SGAIRIE, SANICLIAR (pour internet www.santecol.fr)
 (3) Coordonnées des options, détaillées et actualisables par SGAIRIE, SANICLIAR ou 08 10 000 244.

* Éligible de calcul OSA - M RC - SGR AMO
 Seules les dépenses avec la mention SP sont prises en charge par SP Santé.

SRNTECLIR IZ+



Retrouvez nous sur :
www.sgsante.fr

Crédits photos : SGSanté

GEOZ | Siège social : 14, rue Joliot Curie CS 30248 51010 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX | RCS 500 171 939 CHALONS EN CHAMPAGNE | SNC au capital de 1500 € | Nom commercial : SG SANTE | Numéro ORIAS : 07 031 908 - 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> | GEOZ exerce 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 | SGSANTE Service Réclamation : 14, rue Joliot Curie CS 30248 51010 Châlons-en-Champagne Cedex - service.reclamation@sgsante.fr | Notre Service Qualité 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-03 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 L 612-2 du code de la consommation).