

GUIDE DE VOTRE
COMPLEMENTAIRE SANTE

PH SERVICES

Préambule

Bienvenue sur la plateforme de gestion SGSanté :

Vous bénéficiez du contrat complémentaire santé PH SERVICES, souscrit auprès de l'assureur GENERALI et du courtier C2P, Conseil de l'Association PH SERVICES.

Votre plateforme SG Santé 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

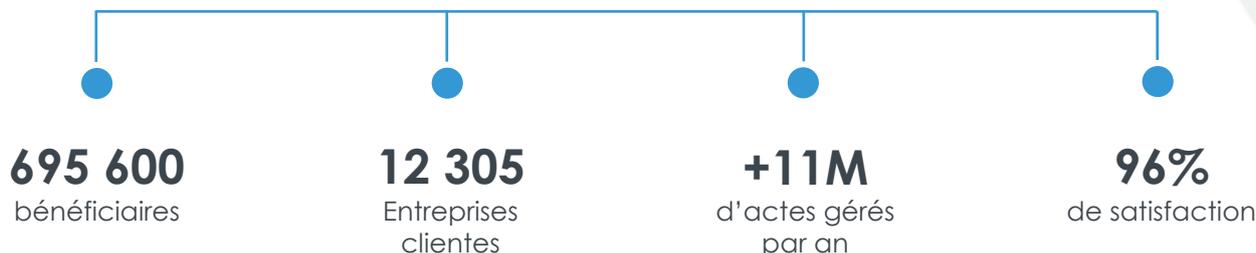


Un numéro de téléphone, en numéro non surtaxé, une adresse email dédiée et un gestionnaire attribué en exclusivité, disponible sans interruption de **6h00 à 20h00** en semaine et de **9h30 à 17h30** le samedi.

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 !

Vos gestionnaires dédiés

Gestion administrative de votre dossier

(adhésions, modifications, changement de statut...)

SG Santé – Cellule PH SERVICES
Gestion Administrative

Tél. : **03 26 26 66 73**

Email : phservicesprevoyance@ageo.fr

Gestion de vos remboursements

(prises en charge hospitalières, devis...)

Service Prestations

Tél. : **03 26 26 95 07**

Email : gestion.prestation@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**

Par courrier,
une relation client centralisée :

SG Santé
Cellule PH SERVICES
TSA 40012
51049 Châlons-en-Champagne Cedex

Service Qualité et Réclamations :

Email : service.reclamation@sgsante.fr



Plus d'infos sur www.sgsante.fr

Affiliation des ayants droit

Qui peut bénéficier du contrat ?

- **Vous-même en tant que adhérent à l'association PH SERVICES,**
- **Votre conjoint** ou partenaire lié par un PACS, non divorcé, non séparé de corps judiciairement ou le concubin notoire affilié (non marié), sous réserve qu'il fournisse un justificatif de vie commune (quittance au deux noms, convention de PACS ou attestation signée des 2 concubins) et à condition d'avoir droit aux prestations en nature de l'assurance maladie du régime général de la Sécurité Sociale ou du régime obligatoire des T.N.S.

- **Vos enfants à charge :**

On entend par enfant à charge, un enfant légitime, reconnu, adoptif, pupille de la Nation ou recueilli au foyer à la condition :

- D'être âgé de moins de 18 ans
- D'être âgé de 18 ans et plus et de moins de 28 ans, lorsqu'il bénéficie de la Sécurité Sociale des Étudiants, lorsque, n'ayant pas de revenus distincts de ceux qui servent de base à l'imposition de l'assuré, il se trouve sous contrat d'apprentissage, poursuit des études secondaires ou supérieurs,
- Quel que soit son âge s'il bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi 75-534 du 30 juin 1975.

Notamment, sous réserve des conditions exposées ci-dessus, l'enfant d'un assuré divorcé pour lequel celui-ci est tenu de verser une pension alimentaire par décision de justice est considéré comme à charge de l'assuré.

Un enfant à charge de votre conjoint ou concubin au sens ci-dessus défini est assimilé à un enfant à votre charge à condition que votre conjoint ou concubin en ait la garde.



Conditions d'adhésion, de radiation et de modification

I – Affiliation :

1 – Assuré :

La date d'effet de l'adhésion est celle indiquée sur le bulletin individuel d'affiliation et au plus tôt le lendemain de la réception de ce bulletin.

A défaut de notification de l'adhésion par la Compagnie dans les deux mois qui suivent, la date de réception de la demande d'adhésion, l'admission de l'adhérent est réputée acquise.

L'adhésion se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année sauf dénonciation par l'assuré, adressé au moins deux mois à l'avance par lettre recommandée.

2 – Ayants droit :

Les bénéficiaires sont admis dès la date d'affiliation de l'assuré.

En cas de mariage, de naissance ou de résiliation des conditions prévues pour être bénéficiaire, après la date d'affiliation de l'assuré, le conjoint ou l'enfant est automatiquement admis à condition d'en effectuer la demande dans les trois mois suivants.

L'assuré peut demander à tout moment l'affiliation d'un bénéficiaire sous réserve que celui-ci fournisse un certificat de radiation datant de moins de trois mois et émanant d'une assurance complémentaire couvrant les frais médicaux et chirurgicaux.

Dans tous les autres cas, l'affiliation d'un bénéficiaire prend effet au 1^{er} janvier qui suit l'exercice au cours duquel est effectuée la demande d'affiliation.

II – Radiation :

1 – Assuré :

Un assuré est radié de plein droit :

- Lorsqu'il ne répond plus à la définition des « personnes assurables » et notamment à la date de cessation de son activité,
- Si la cotisation le concernant n'est pas payée
- En cas de résiliation de la convention.

Un assuré est également radié le 31 décembre d'une année considérée sur demande formulée par lettre recommandée au moins deux mois à l'avance. L'assuré n'aura plus la possibilité de solliciter ultérieurement une nouvelle affiliation, sauf modification de sa situation familiale.

L'assuré peut résilier à tout moment son contrat, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.

2 – Ayants droit :

Tout membre de la famille de l'assuré affilié est automatiquement radié de la convention :

- Dès qu'il cesse de réaliser les conditions prévues pour être bénéficiaire,
- En cas de décès de l'assuré affilié
- En cas de radiation de l'assuré affilié (sauf effet des dispositions prévues)

.../...

Conditions d'adhésion, de radiation et de modification

III – Modification :

Au sein d'une même famille, tous les bénéficiaires sont inscrits sur la même gamme : soit OPTIMUM soit ESSENTIEL.

Augmentation des garanties : passage d'ESSENTIEL à OPTIMUM :

- Dès le 1er jour du mois suivant sa demande
- Lors d'un changement de situation familiale : ex : mariage, signature d'un PACS, divorce, naissance d'un enfant, adoption,

Diminution des garanties : passage d'OPTIMUM à ESSENTIEL :

Au 31/12 de chaque année, sous réserve de respecter un préavis de 2 mois et d'une durée de souscription minimale de 12 mois glissants.

Lorsqu'un assuré diminue ses garanties (passage d'OPTIMUM à ESSENTIEL) il pourra bénéficier à nouveau du niveau OPTIMUM après un délai de 3 ans.

Détail de vos garanties frais de santé

GAMME ESSENTIEL



BARÈMES DES PRESTATIONS DE L'ANNÉE 2024
en complément des remboursements de la Sécurité sociale

HOSPITALISATION ET MATERNITÉ	OPTAM-OPTAMCO	Non OPTAM-OPTAMCO
Chirurgie, honoraires chirurgicaux conventionné	100% FR- RSS maxi 200%BR	100% FR - RSS maxi 100% TM +100% BR
Chirurgie, honoraires chirurgicaux non conventionné	80% FR- RSS maxi 100% TM + 100% BR	
Frais de séjours secteur conventionné	200% BR	
Frais de séjours secteur non conventionné	80% FR-MR maxi 200% BR-MR	
Forfait hospitalier	100% FR	
Chambre particulière (limitation par an et par bénéficiaire à 30 jours en psychiatrie et 60 jours en maison de repos, soins de suite et réadaptation)	2% PMSS par jour	
Frais d'accompagnement (enfant -12 ans)	1% PMSS par jour	
SOINS MÉDICAUX COURANTS	OPTAM	Non OPTAM
Consultations et visites	50% BR	30 % BR
Radiographie, actes techniques médicaux	50% BR	30 % BR
Auxiliaires médicaux et analyses médicales	40% BR	
Autres prothèses et appareillages (y compris auditives)	60% BR	
Frais de transport	65% BR	
Pharmacie	100% FR-SS	
Prothèses auditives (limitation 1 aide auditive tous les 4 ans, par oreille, en fonction de la date d'achat du dernier équipement pour cette même oreille)		
Equipements 100 % Santé	100 % FR – SS (dans la limite des PLV)	
Equipements à Tarif Libre	60% BR maxi 1700€ - SS par oreille	
FRAIS DENTAIRES		
Panier 100 % Santé (Dans la limite des PLV) Inlays-Core et Prothèses dentaires acceptés par la Sécurité sociale	100 % FR - SS	
Panier reste à charge maîtrisé (Dans la limite des PLV) Inlays-Core, Inlays, Onlays et Prothèses dentaires acceptés par la Sécurité sociale	180% BR	
Panier Tarif Libre		
Soins dentaires	100 % BR	
Inlays-Core, Inlays, Onlays et Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	180 % BR	
Prothèses dentaires refusées par la Sécurité sociale	100 % BR reconstituée	
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	150 % BR	
Dentaire Hors Nomenclature - Parodontologie / implantologie	500 euros par an et par bénéficiaire	
OPTIQUE (limitation 1 paire de lunettes tous les 2 ans, sauf enfants moins de 16 ans et évolution de la vue au moins 0,5 dioptrie)		
Equipements Optique 100 % Santé (Dans la limite des PLV)	100 % FR - SS	
Lentilles acceptées*** ou non par la Sécurité Sociale	100 euros par an et par bénéficiaire	
Equipement à Tarif Libre (1 monture + 2 verres)	150 euros par équipement dont maxi 100 euros y compris SS pour la monture + 50 euros pour les verres progressifs	
Entretien aides Auditives (Piles, accessoire...)	100 % BR-MR	
BONUS FIDELITE DE 100€ pour les verres dès la 3ème année en cas de non-consommation les 2 années précédentes		
ACTES HORS NOMENCLATURE		
Ostéopathie / Psychomotricité / Amniocentèse	100 euros par an et par bénéficiaire	
Chirurgie réfractive de l'oeil	500 euros par an et par bénéficiaire	
Sevrage tabagique	50 euros par an et par bénéficiaire	
ACTES DE PREVENTIONS	100 % BR-MR	

• FR : Frais Réels

• Rbst SS : Remboursement de la Sécurité sociale

• TM : Ticket Modérateur

• BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

• PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale • PMSS 2024 : 3 864 €

• OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - CO : Chirurgie / Obstétrique

*** Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueraient sur la base de 100% TM

Détail de vos garanties frais de santé

GAMME OPTIMUM



BARÈMES DES PRESTATIONS DE L'ANNÉE 2024
en complément des remboursements de la Sécurité sociale

HOSPITALISATION ET MATERNITÉ	OPTAM-OPTAMCO	Non OPTAM-OPTAMCO
Chirurgie, honoraires chirurgicaux conventionné	100% FR- RSS maxi 300%BR	100% FR - RSS Maxi 100% TM +100% BR
Chirurgie, honoraires chirurgicaux non conventionné	80% FR- RSS maxi 100 % TM + 100% BR	
Frais de séjours secteur conventionné	300% BR	
Frais de séjours secteur non conventionné	80% FR-MR limité à 200% BR-MR	
Forfait hospitalier	100% FR	
Chambre particulière (limitation/an et /bénéf à 30 jours en psychiatrie et 60 jours en maison de repos , soins de suite et réadaptation)	3 % PMSS par jour	
Frais d'accompagnement (enfant -12 ans)	1% PMSS par jour	
SOINS MÉDICAUX COURANTS	OPTAM	Non OPTAM
Consultations et visites	150% BR	130% BR
Radiographie, actes techniques médicaux	120% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux et analyses médicales	60% BR	
Autres prothèses et appareillages	60% BR	
Frais de transport	65% BR	
Pharmacie	100% FR-SS	
Prothèses auditives (limitation 1 aide auditive tous les 4 ans, par oreille, en fonction de la date d'achat du dernier équipement pour cette même oreille)		
Equipements 100 % Santé	100 % FR – SS (dans la limite des PLV)	
Equipements à Tarif Libre	60 % BR + 15 % PMSS maxi 1700 euros - SS par oreille	
Entretien aides Auditives (Piles, accessoire...)	100 % BR-MR	
FRAIS DENTAIRES		
Panier 100 % Santé (Dans la limite des PLV) Inlays-Core et Prothèses dentaires acceptés par la Sécurité sociale	100 % FR - SS	
Panier reste à charge maîtrisé (Dans la limite des PLV) Inlays-Core, Inlays, Onlays et Prothèses dentaires acceptés par la Sécurité sociale	300% BR	
Panier Tarif Libre		
Soins dentaires	300 % BR	
Inlays-Core, Inlays, Onlays et Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale	300 % BR	
Prothèses dentaires refusées par la Sécurité sociale	200 % BR reconstituée	
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	300 % BR	
Dentaire Hors Nomenclature - Parodontologie / implantologie	500 euros par an et par bénéficiaire	
OPTIQUE (limitation 1 paire de lunettes tous les 2 ans, sauf enfants moins de 16 ans et évolution de la vue au moins 0,5 dioptrie)		
Equipements Optique 100 % Santé (Dans la limite des PLV)	100 % FR - SS	
Monture	100 euros - SS	
Verres	80 % FR - SS (minimum et maximum de remboursement selon grille optique)	
Lentilles de contact acceptées*** ou non par la Sécurité Sociale (Hors jetables)	5% PMSS par an et par bénéficiaire	
Lentilles de contact jetables acceptées*** ou non par la Sécurité Sociale	5% PMSS par an et par bénéficiaire	
ACTES HORS NOMENCLATURE		
Ostéopathie / Psychomotricité / Amniocentèse	100 euros par an et par bénéficiaire	
Chirurgie réfractive de l'oeil	500 euros par an et par bénéficiaire	
Sevrage tabagique	50 euros par an et par bénéficiaire	

- FR : Frais Réels
 - Rbst SS : Remboursement de la Sécurité sociale
 - PLV : Prix Limite de Vente
 - PMSS 2024 : 3 864 €
 - TM : Ticket Modérateur
 - BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
 - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - CO : Chirurgie / Obstétricie
- *** Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueraient sur la base de 100% TM

Détail de vos garanties Optique

GAMME OPTIMUM

GRILLE OPTIQUE POUR 2 VERRES	Minimum	Maximum
Équipement verres simples A : foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries	50 euros - MR	320 euros - MR
Équipement 1 verre simple / 1 verre complexe B: équipement avec un verre mentionné au A et un verre mentionné au C	125 euros - MR	460 euros - MR
Équipement verres complexes C: équipement à verre simple foyer dont la sphère est > à -6 au +6 dioptries ou dont le cylindre est > à +4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs	200 euros - MR	600 euros - MR
Équipement 1 verre simple / 1 verre hypercomplexe D: équipement avec un verre mentionné au A et un verre mentionné au F	125 euros - MR	510 euros - MR
Équipement 1 verre complexe / 1 verre hypercomplexe E: équipement avec un verre mentionné au C et un verre mentionné au F	200 euros - MR	650 euros - MR
Équipement verres hypercomplexes F: équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries	200 euros - MR	700 euros - MR

Détail de vos garanties surcomplémentaire



BARÈMES DES PRESTATIONS DE L'ANNÉE 2024

sous déduction du remboursement du contrat socle

	ESSENTIEL		OPTIMUM	
	OPTAM-OPTAMCO	Non OPTAM-OPTAMCO	OPTAM-OPTAMCO	Non OPTAM-OPTAMCO
HOSPITALISATION ET MATERNITÉ				
Chirurgie, honoraires chirurgicaux, frais de séjours secteur conventionné *	-	200% BR-RbtContBase	-	300% BR-RbtContBase
SOINS MÉDICAUX COURANTS	OPTAM	Non OPTAM	OPTAM	Non OPTAM
Consultations et visites	-	50 % BR-Rbtcontbase	-	150 % BR-RbtContBase
Radiographie, actes techniques médicaux	-	50 % BR-Rbtcontbase	-	120 % BR-RbtContBase

* Exclusions : Frais d'Herbergemet et de Traitement pour Etablissements de Post-Cure, Centre de Rééducation Professionnelle et Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes

- RbtContBase : Remboursement Contrat de Base
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
- BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - CO : Chirurgie / Obstétrerie

Choix et modifications

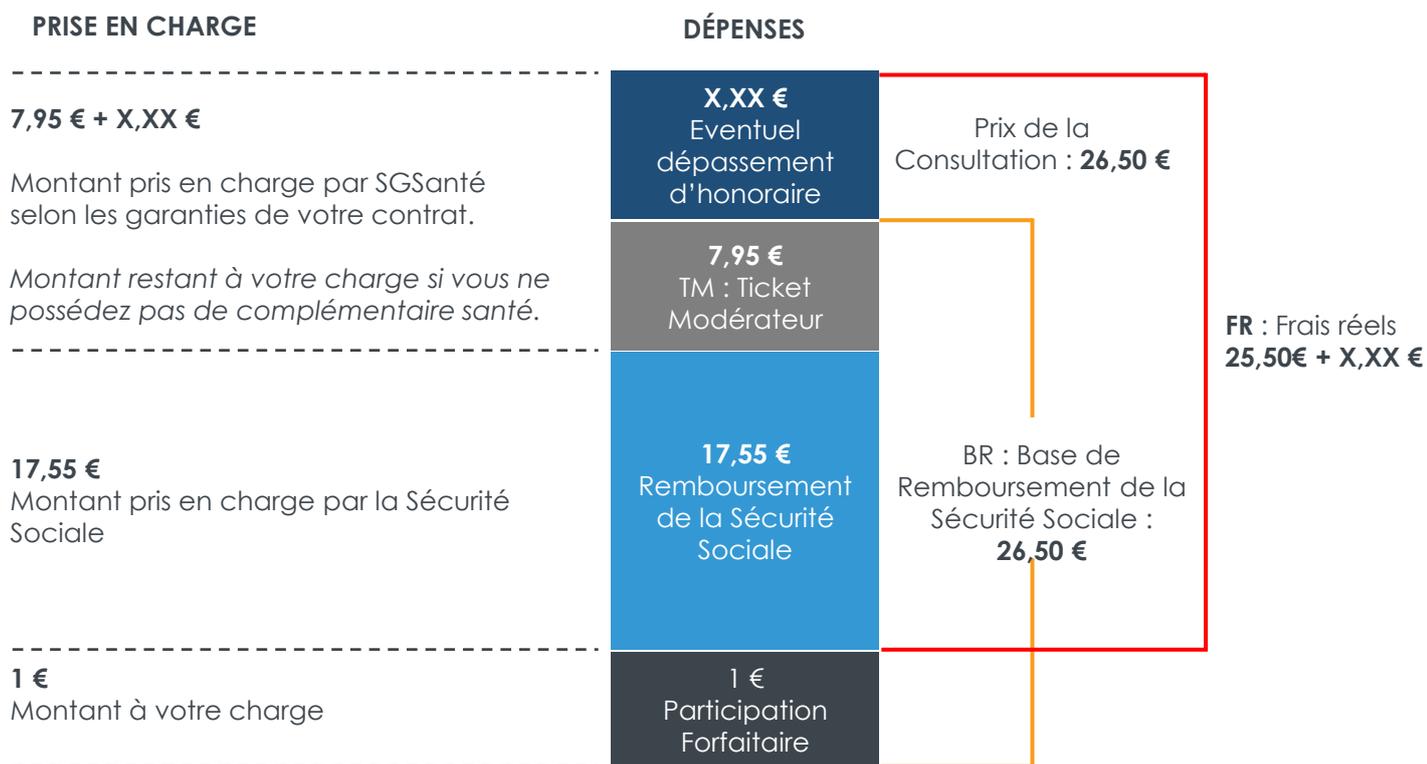
Vous êtes libre de résilier votre adhésion à la surcomplémentaire au 31 Décembre de chaque année par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée au moins deux mois avant cette date.

L'assuré peut résilier à tout moment son contrat, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.

Votre radiation entraîne la résiliation de l'adhésion de l'ensemble des Bénéficiaires qui vous sont rattachés et vous ne pourrez demander une nouvelle adhésion qu'après un délai de 2 ans à compter de la résiliation de votre adhésion.

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

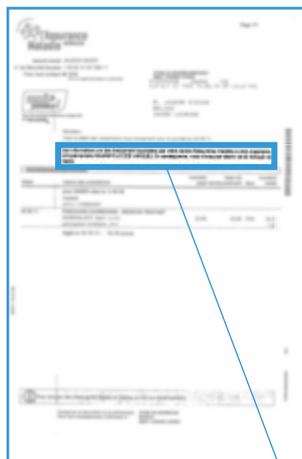
Vous n'avez aucune démarche à effectuer pour percevoir les remboursements de votre Mutuelle !

- 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.

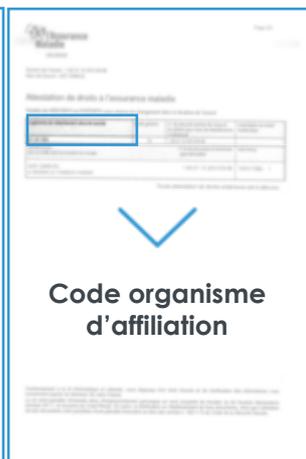


Comment vérifier que la télétransmission fonctionne correctement ?

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) ».

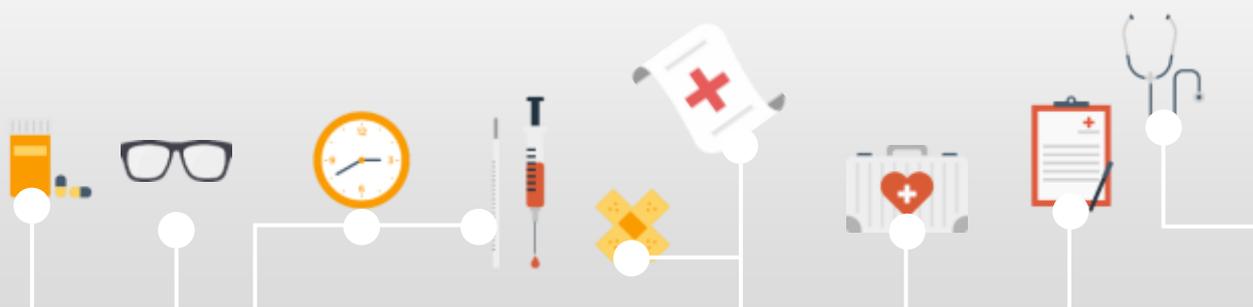
Quels sont les objectifs ?

- 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 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. Il permettra de vérifier vos droits à votre complémentaire à partir des informations figurant sur votre attestation de Tiers Payant SPSanté.

Noms & Prénoms		Rang	Numéro INSEE	Numéro de Carte	SP	AMSP	SA*	SAAP	CEP*	LES*	SAIP*	ALSP	ESIP*	ESIP*
ARDOUINISQUE		1	3 75 01 91 334 04 97	220891988	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ARDOUINISQUE		1	3 74 54 93 81 137 94	340591988	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ARDOUINISQUE		1	3 74 54 93 81 137 94	340591988	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 ?

Présentez votre carte tiers-payant à l'établissement hospitalier qui s'occupera d'effectuer la demande de prise en charge.

La prise en charge **est limitée aux garanties prévues à votre contrat**. Les frais de dépenses personnelles (frais de téléphone, de télévision, de boissons...) peuvent être pris en charge selon votre contrat.

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 suspension ou rupture du contrat, informez le professionnel de santé et retournez-nous votre attestation. A défaut, les frais réglés vous seront réclamés

Votre réseau de soins Carte Blanche

Les avantages de mon réseau de soins en tant que bénéficiaire :

Un large choix de professionnels de santé, d'équipements et de prestations, pour des soins de qualité, au juste prix, partout en France.



RESEAU OPTIQUE

Jusqu'à
40%
de remise

- + Expertise référencée (*Premium, Basse vision...*)
- + Garanties supplémentaires
- + Offre sans reste à charge
- + Montures 1796 (*Fabrication Française*)



RESEAU DENTAIRE

Jusqu'à
15%
de remise

- + Partenariat avec l'UFSBD*
- + Traçabilité des prothèses
- + Prévention bucco-dentaire (*Prise en charge favorisée*)
- + Tarification adaptée selon le lieu d'habitation



RESEAU AUDIO

Jusqu'à
20%
de remise

- + Expertise référencée (*Implant cochléaire, enfants*)
- + Garantie panne
- + Prêt d'appareil (*adaptation, dépannage*)
- + Facilité de paiement (*en 3 fois sans frais*)



RESEAU PRÉVENTIF

Carte Blanche se préoccupe de votre bien-être avec le réseau de médecine complémentaire et préventive.

+ Ostéopathes, Diététiciens et Pédicures-Podologues

* Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire



Si je ne vais pas chez un partenaire Carte Blanche, ma complémentaire santé me remboursera du même montant. Cependant, ma prise en charge ne se fera pas en temps réel et je ne bénéficierai pas du Tiers Payant, ni des avantages apportés par le réseau.

Votre réseau de soins Carte Blanche

L'accompagnement **SANTÉ** :



ANNUAIRE de géolocalisation

Trouver un professionnel de santé à proximité



GUIDHOSPI

Comparer et choisir un établissement hospitalier (hôpitaux, cliniques...)



GUIDE des médicaments

S'informer sur les médicaments dont on peut disposer sans ordonnance



INFOS Santé

Se documenter sur divers sujets relatifs à la santé

Le **Chatbot Carte Blanche**, un outil disponible en ligne 24/7 :



CHATBOT CARTE BLANCHE

Accédez aux services de votre réseau de soins à tout instant !

-  Je m'informe sur ma santé visuelle de n'importe où.
-  En quelques clics, je trouve un opticien près de chez moi.



Retrouvez l'ensemble des services Carte Blanche en vous connectant sur **l'espace adhérent** de votre complémentaire santé.

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** !



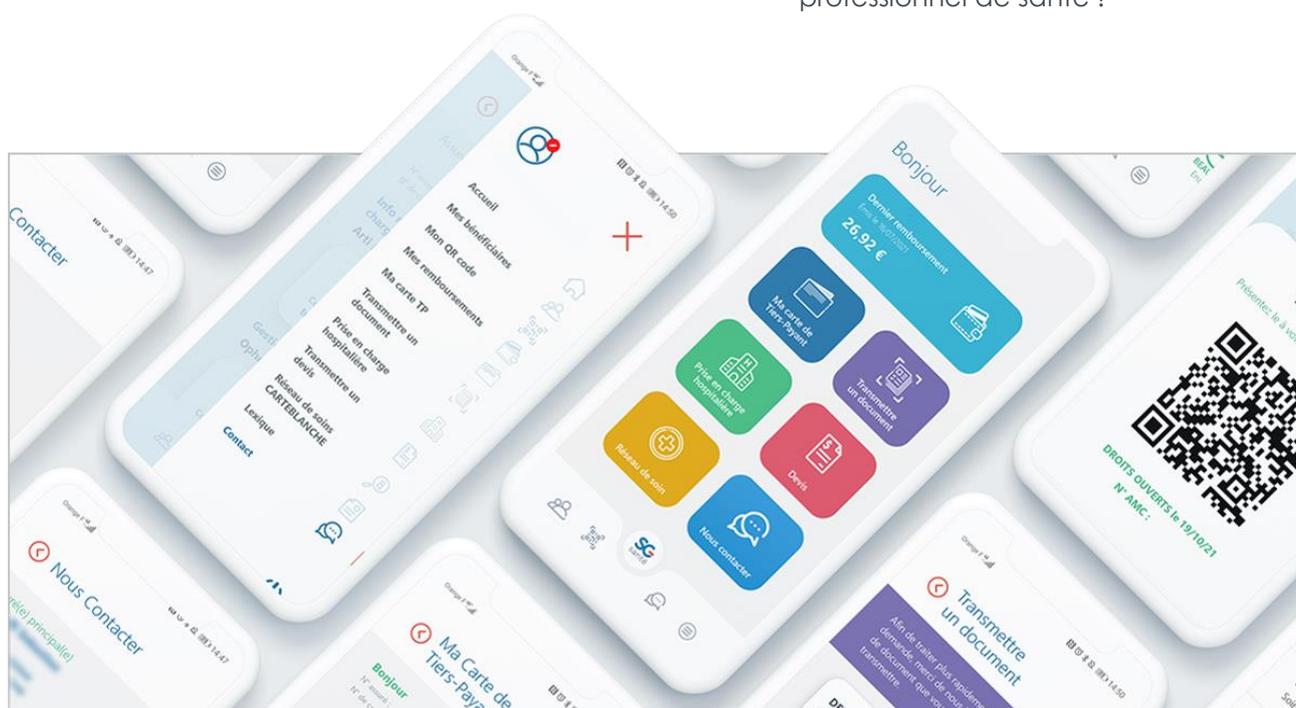
Prise en charge **Hospitalière**

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

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.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).

