proxigood

Guide de votre Complémentaire Santé





SG santé

Bienvenue chez **PROXIGOOD** *et* **SG Santé** !

Si, comme nous, vous pensez qu'en cas d'hospitalisation ou de dépenses de santé, le plus important est d'avoir des interlocuteurs à votre écoute et être rapidement remboursé, ***alors vous êtes au bon endroit !***

Vous n'êtes pas expert ? Nous Oui !

Découvrez la meilleure façon d'utiliser votre mutuelle avec ce guide, qu'on a voulu simple et pratique.

Et pour gagner du temps et de la sérénité, utilisez tous les outils digitaux que ***SG Santé*** *a développé pour vous !*

Construisons ensemble une nouvelle expérience, basée sur la confiance et l'écoute.

A très vite et merci de votre collaboration.



QUI EST AFFILIÉ ?

Grâce à votre **entreprise** vous bénéficiez d'une protection contre vos dépenses de Frais de Santé, tout au long de votre présence dans la société.

Votre affiliation à la complémentaire santé est obligatoire sauf si vous relevez d'un des cas de dispense d'ordre public et que vous décidez de ne pas en bénéficier. Dans ce cas, vous devez **le signifier par écrit dans les 10 jours suivant votre embauche les 10 jours suivant votre embauche** en retournant à votre employeur votre demande de dispense et le justifier chaque année à votre employeur.

Prêt à bénéficier de cette protection ?
vous trouverez, ci-après, un descriptif de la marche à suivre pour réaliser votre inscription et bénéficier ainsi de tous les services auxquels vous avez accès.

L'ABSENCE DE DEMANDE DE DISPENSE DANS LES DÉLAIS IMPARTIS ENTRAINERA VOTRE AFFILIATION AUTOMATIQUE

QUI PEUT ÊTRE COUVERT ?

En fonction de votre situation de famille, vous pouvez choisir de vous affilier :

Seul ou avec tout ou partie de votre famille :

Le montant de votre cotisation sera fonction de la participation de votre employeur.

Les membres de la famille que vous pouvez couvrir sont :

- Votre conjoint (est assimilé au conjoint votre partenaire lié à vous par un Pacs ou votre concubin vivant maritalement avec vous).
- Vos enfants et ceux de votre conjoint, à condition :
  - ✓ Qu'ils soient âgés de moins de 21 ans,
  - ✓ Ou lorsqu'ils sont âgés de 21 ans et de moins de 28 ans, s'ils se retrouvent dans les situations suivantes :
    - Poursuivre leurs études,
    - Être sous contrat d'apprentissage,
    - Être titulaires d'un emploi de solidarité, d'adaptation, d'orientation, de qualification, de professionnalisation ou d'un contrat de même type,
    - Être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à PÔLE-EMPLOI (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi),
  - ✓ Quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'un handicap tel qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent les allocations légales d'adulte handicapé,

LES MEMBRES DE LA FAMILLE QUE VOUS AVEZ CHOISI DE COUVRIR SONT APPELÉS : VOS « AYANTS-DROIT »

QUELLES FORMULES D'AFFILIATION ?

Comme on l'a vu précédemment **vous êtes obligatoirement affilié au régime mis en place par votre entreprise.**

RÈGLES D'AFFILIATION DES AYANTS-DROITS :

- **Si vous n'affiliez pas vos ayants-droits au moment de votre embauche ou au moment de la mise place du contrat**, vous pouvez le faire à tout moment. Les garanties prennent alors effet au 1er jour du mois qui suit votre demande.

- Par la suite, **si vous décidez de ne plus affilier vos ayants-droit, leur radiation prendra alors effet au 1er janvier de l'exercice suivant** (sauf modification de la situation de famille), sous réserve que vous en ayez fait la demande avant le 31 octobre de l'année en cours.

LA RADIATION DES AYANTS-DROITS EST DÉFINITIVE ET IL NE VOUS SERA PLUS POSSIBLE D'AFFILIER À NOUVEAU VOS AYANTS-DROIT
(sauf modification de la situation de famille)



proxigood

SG santé

VOS GARANTIES (exprimées y compris le remboursement de la Sécurité Sociale)

En fonction de la formule choisie par votre employeur, vous bénéficiez des garanties suivantes :

Hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétrique :	Proxigood Essentiel		Proxigood Plus	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Frais de séjour	220% BR	220% BR	500% BR	220% BR
Forfait journalier hospitalier (1)	100% FR limité au tarif réglementé en vigueur		100% FR limité au tarif réglementé en vigueur	
Forfait patient urgence	100% FR limité au tarif réglementé en vigueur		100% FR limité au tarif réglementé en vigueur	
Franchises actes lourds	100% FR		100% FR	
Honoraires dans le cadre du DPTAM				
➢ Actes de chirurgie (ADC)	330% BR		500% BR	
➢ Actes d'anesthésie (ADA)	330% BR		500% BR	
➢ Actes techniques médicaux (ATM)	330% BR		500% BR	
➢ Actes d'obstétrique (ACO)	330% BR		500% BR	
Honoraires Hors DPTAM :				
➢ Actes de chirurgie (ADC)	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
➢ Actes d'anesthésie (ADA)	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
➢ Actes techniques médicaux (ATM)	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
➢ Actes d'obstétrique (ACO)	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Chambre particulière	70 €/ jour (2)		75 €/ jour (2)	
Chambre particulière en maternité	70 € / jour – Maxi 12 jours		75 € / jour – Maxi 12 jours	
Lit d'accompagnement enfant -16 ans	55 €/ jour		75 €/ jour	
Forfait naissance ou adoption	305 €/enfant (3)		381€/enfant (3)	

(1) Forfait Journalier Hospitalier illimité : Exclu en établissements EHPAD et MAS.
(2) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés, en secteur psychiatrique.
(3) Sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption (forfait par enfant)

Soins courants :	Proxigood Essentiel	Proxigood Plus
Téléconsultation	Consultation de médecine générale par téléphone, 24h/24, 7j/7, partout dans le monde, numéro de téléphonel sans surcoût depuis la France au 36 33 et un programme de prévention digital My Easy Santé aide l'assuré à préserver et améliorer sa santé au quotidien (voir notice)	
Honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM		
➢ Médecins généralistes	200% BR	400% BR
➢ Médecins spécialistes	220% BR	400% BR
➢ Actes de chirurgie (ADC)	220% BR	400% BR
➢ Actes techniques médicaux (ATM)	220% BR	400% BR
➢ Actes d'imagerie médicale (ADI)	200% BR	400% BR
➢ Actes d'échographie (ADE)	200% BR	400% BR
Honoraires Hors OPTAM ou OPTAM-CO		
➢ Médecins généralistes	180% BR	200% BR
➢ Médecins spécialistes	200% BR	200% BR
➢ Actes de chirurgie (ADC)	200% BR	200% BR
➢ Actes techniques médicaux (ATM)	200% BR	200% BR
➢ Actes d'imagerie médicale (ADI)	180% BR	200% BR
➢ Actes d'échographie (ADE)	180% BR	200% BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par le RO (max 8 séances / an)	100% BR	100% BR
Honoraires Paramédicaux (4)	200% BR	400% BR
Analyses et examens de biologie médicale pris en charge par le RO	200% BR	400% BR
Médicaments pris en charge par le RO	100% TM	100% TM
Matériel médical		
➢ Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100%BR + 500 € / an / bénéficiaire	100%BR + 500 € / an / bénéficiaire
Transport médical pris en charge par le RO	100% BR	100% BR

(4) Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues.

proxigood

SG santé

VOS GARANTIES (exprimées y compris le remboursement de la Sécurité Sociale)

Dentaire :	Proxigood Essentiel	Proxigood Plus
PANIER 100% SANTE		
Soins et actes prothétiques dentaires 100% Santé	Remboursement intégral dans la limite des HLF	Remboursement intégral dans la limite des HLF
HORS 100% SANTE		
Soins et prothèses dentaires dans le panier RAC maîtrisé		
➢ Soins dentaires pris en charge par le RO	150% BR	200% BR
➢ Inlays / Onlays	450% BR dans la limite des HLF	450% BR dans la limite des HLF
➢ Inlays core et inlay à clavette	450% BR dans la limite des HLF	500% BR dans la limite des HLF
➢ Autres soins prothétiques et prothèses dentaires prises en charge par le RO	450% BR dans la limite des HLF	450% BR dans la limite des HLF
Soins et prothèses dentaires dans le panier Libre		
➢ Soins dentaires pris en charge par le RO	150% BR	200% BR
➢ Inlays / Onlays	450% BR	450% BR
➢ Inlays core et inlay à clavette	450% BR	500% BR
➢ Autres soins prothétiques et prothèses dentaires prises en charge par le RO	450% BR	450% BR
AUTRES PRESATIONS DENTAIRES		
Orthodontique remboursée par le RO (par semestre)	400% BR	400% BR
Orthodontique non remboursée par le RO	400% BRR limité à 4 semestres + 2 semestres contention/bénéficiaire	500% BRR limité à 4 semestres + 2 semestres contention/bénéficiaire
Actes dentaires non remboursés par le RO		
➢ Prothèses dentaires non remboursées par le RO	450% BRR	500% BRR
➢ Parodontologie (5)	250€/an/bénéficiaire	400€/an/bénéficiaire
➢ Implantologie non prise en charge par le RO	**1 200€ / implant** - Max 3 implants/an	**1 200€ / implant** - Max 3 implants/an

(5) Le poste parodontologie concerne les actes suivants : surfaçage radiculaire, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire, greffe osseuse et assainissement parodontal par détartrage/surfaçage à l'exclusion de tout autre acte.

Aides auditives (6) :	Proxigood Essentiel	Proxigood Plus
PANIER 100% SANTE	Y compris les prestations de la Sécurité Sociale	
Aides auditives de Classe 1 – Panier 100% Santé	Remboursement intégral	Remboursement intégral
HORS 100% SANTE	Y compris les prestations de la Sécurité Sociale	
Aides auditives de Classe 2 – Panier Libre pour les personnes jusqu'à leur 20e anniversaire ou atteintes de cécité	**100% BR + 1 100€/oreille** (Maxi 1700€/oreille/4 ans y compris SS)	**100% BR + 1 100€/oreille** (Maxi 1700€/oreille/4 ans y compris SS)
Aides auditives de Classe 2 – Panier Libre pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire	**100% BR + 1 300€/oreille** (Maxi 1700€/oreille/4 ans y compris SS)	**100% BR + 1 300€/oreille** (Maxi 1700€/oreille/4 ans y compris SS)
Consommables et accessoires (piles, embouts...) pris en charge par le RO	100% BR	100% BR

(6) Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier "100% Santé") sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 141 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement. Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans et à partir de la date de la dernière acquisition d'aides auditives. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois des huit options de la liste telles que prévoit la législation en vigueur.

Bien être :	Proxigood Essentiel	Proxigood Plus
Cures thermales prise en charge par la SS	100% BR + 305€/an/bénéficiaire	100% BR + 381€/an/bénéficiaire
Médecine douce		
Ostéopathe, Etiopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Homéopathe, Diététique, Nutritionnistes, Sophrologue, Psychomotriciens, Pédicures -Podologues, Psychologues (7)	300 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire
Prévention		
Sevrage tabagique, vaccins prescrits, vaccins contre la grippe	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
Moyens de contraception prescrits et non remboursés par le RO	3% PMSS/an/bénéficiaire	3% PMSS/an/bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse non prise en charge par le RO	39,90 €/an/bénéficiaire	39,90 €/an/bénéficiaire
Actes de Prévention (liste fixée par arrêté du 08/06/2006)	100% BR	100% BR
Assistance	Incluse	Incluse

(7) Justificatif à adresser : l'original de la facture acquittée ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le numéro ADELI, le numéro RPPS ou le numéro FINESS du praticien.

proxigood

SG santé

VOS GARANTIES (exprimées y compris le remboursement de la Sécurité Sociale)

Optique (8) :	Proxigood Essentiel	Proxigood Plus
PANIER 100% SANTE		
Monture de classe A *	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Verres de classe A *		
Prestations d'appairage	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Supplément pour verres avec filtres	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	Remboursement intégral	Remboursement intégral
HORS 100% SANTE		
Monture de classe B	100 €	100 €
Verre de classe B		
➢ Verre uni-focal – Simple	160€ / verre	160€ / verre
➢ Verre uni-focal – Complexe ou Très complexe	222€ / verre	222€ / verre
➢ Verre multifocal – Complexe	250€ / verre	250€ / verre
➢ Verre multifocal – Très complexe	311€ / verre	311€ / verre
Suppléments et prestations optiques	100% BR	100% BR
AUTRES PRESTATIONS		
Lentilles prises en charge par la SS (y compris jetables)	100% BR + 250 €/an/bénéficiaire	100% BR + 250 €/an/bénéficiaire
Lentilles non prises en charge par la SS (y compris jetables)	250 €/an/bénéficiaire	381 €/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive de l'œil par laser	1 100€/œil	1 100 €/œil

(8)

- *Les verres et montures faisant l'objet d'une **prise en charge renforcée (panier "100% santé") sont intégralement pris en charge par vos garanties,** sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et **dans la limite du prix de vente (PLV)** fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures **ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) sont pris en charge** sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et **dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.***
- *Sauf dérogations suivantes, **la prise en charge est limitée à un équipement** composé de deux verres et d'une monture :*
  *- **par période de 2 ans de date à date pour les assurés âgés de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé*** prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale),***
  *- **par période de 1 an de date à date pour les assurés de plus de 6 ans et de moins de 16 ans,***
  *- **par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur***

****Le renouvellement anticipé est autorisé lorsque survient une variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0.25 dioptrie sur chaque oeil ou variation significative de l'axe (entre 5° et 20° selon le cylindre)*

- ***Classe A** : correspond au panier 100% Santé. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les montures à 30 €. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les verres qui varient selon les codes LPP (le code LPP du verre est déterminé par la correction visuelle)*
- ***Classe B :** correspond au panier tarifs libres. Remboursement de la monture limité à 100 €. Nouveaux plafonds de remboursements des Contrats Responsables 2020 définissant les montants planchers et plafonds.*
- ***Classification des verres :***
  - ***Verre unifocal - simple :***
    - *verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ;*
    - *verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;*
    - *verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;*
  - ***Verre unifocal - complexe ou très complexe :***
    - *verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ;*
    - *verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;*
    - *verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;*
    - *verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;*
  - ***Verre multifocal - complexe :***
    - *verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;*
    - *verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;*
    - *verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;*
  - ***Verre multifocal - très complexe :***
    - *verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ;*
    - *verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;*
    - *verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;*
    - *verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.*

Lexique :

FR : **F**rais **R**éels
RO : **R**égime **O**bligatoire
BR : **B**ase de **R**emboursement du Régime Obligatoire
BRR : **B**ase de **R**emboursement **R**econstitué du Régime Obligatoire
TM : **T**icket **M**odérateur
PMSS : **P**lafond **M**ensuel de la **S**écurité **S**ociale (3666€ en 2023)

PLV : **P**rix **L**imite de **V**ente
HLF : **H**onoraires **L**imites de **F**acturation
DPTAM : **D**ispositif de **P**ratique **T**arifaire **M**aîtrisée ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés

Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel nous intervenons en complément. Notre remboursement est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement Proxigood, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés. CONTRAT RESPONSABLE : Les garanties, niveaux de remboursement, et tarifs pourront être révisés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables. Nous ne remboursons pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations. Hors parcours de soins, le désengagement du régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisées ne sont pas pris en charge. Le ticket modérateur est intégralement pris en charge selon les conditions du contrat responsable. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur (scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans). Les conditions d'accès au dispositif MonPsy sont disponibles sur le site : https://monpsy.sante.gouv.fr .

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Calculés sur des prix estimés et non engagés, bases de remboursement en vigueur à la date d'édition du présent document.

PROXI GOOD ESSENTIEL ET PROXIGOOD PLUS	Prix moyen pratiqué ou tarif	Remboursement RO	Remboursement Proxigood	Reste à charge	Précisions éventuelles
HOSPITALISATION					
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (sur la base du code BFGA427 transmis par l'UNOCAM)	355,00 €	271.70 €	83.30 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (sur la base du code BFGA427 transmis par l'UNOCAM)	431,00 €	271.70 €	159.30 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte
Forfait journalier hospitalier illimité en court séjour	20,00 €	0,00 €	20.00 €	0.00 €	Tarif réglementaire
SOINS COURANTS					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	30,00 €	19.00 €	9.00 €	2.00 €	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	37,00 €	23.90 €	11.10 €	2.00 €	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (DPTAM) (consultation dans le cadre de l'accès spécifique)	54,00 €	23.90 €	28.10 €	2.00 €	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent au DPTAM de secteur 2) (consultation dans le cadre de l'accès spécifique)	67,00 €	14.10 €	29.90 €	23.00 €	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux sphère [-4,00 à -6,00] - codes 2201814 & 2238823 - (équipement 100% santé)	125,00 €	17.10 €	107.90 €	0.00 €	Tarif réglementaire
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres simples unifocaux	345,00 €	0.09 €	344.91 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE					
Détartrage	28,92 €	20.24 €	8.68 €	0.00 €	Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur dent visible éligible au Panier 100% Santé	500,00 €	72.00 €	428.00 €	0.00 €	Honoraires limites de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires éligible au Panier RAC Maîtrisé	550,00 €	72.00 €	468.00 €	10.00 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires en Tarifs libres	650,00 €	72.00 €	468.00 €	110.00 €	Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe 1 par oreille (équipement 100% Santé) pour un adulte de + de 20 ans	950,00 €	240.00 €	710.00 €	0.00 €	Prix limite de vente
Aide auditive de classe 2 par oreille en Tarifs libres (pour un adulte de + de 20 ans)	1476,00 €	240.00 €	1236.00 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte

L'ensemble des calculs ne prend pas en compte la participation des franchises.

Note de lecture des exemples :

Si un médecin spécialiste non adhérent à un DPTAM (OPTAM ou autres) facturait 50 euros sa consultation (tarif conventionnel de 23 euros + 27 euros de dépassements d'honoraires), le remboursement de l'assurance maladie obligatoire serait de 15,10 euros. Pour une garantie ou contrat à 150% de la Base de Remboursement (régime obligatoire inclus), le remboursement de l'assurance maladie complémentaire serait de 18,40 euros. Le reste à charge pour le patient serait donc de 16,50 euros (1 euro de participation forfaitaire +15,50 euros).

Pour les grilles de prestations exprimées en % du PMSS les calculs sont effectués sur la base du PMSS de 2024 soit 3864€

proxigood

SG santé

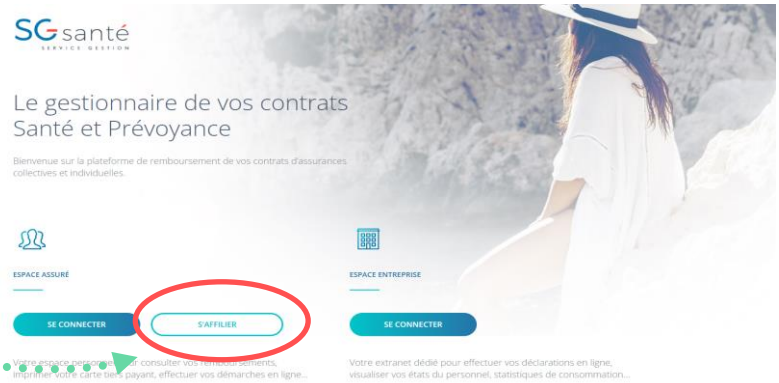
COMMENT S'AFFILIER ?

REMPLISSEZ VOTRE BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION EN LIGNE : SIMPLE, SÉCURISÉ ET RAPIDE !

1 **Rendez-vous à l'adresse suivante :**

www.sgsante.fr

et laissez-vous guider…



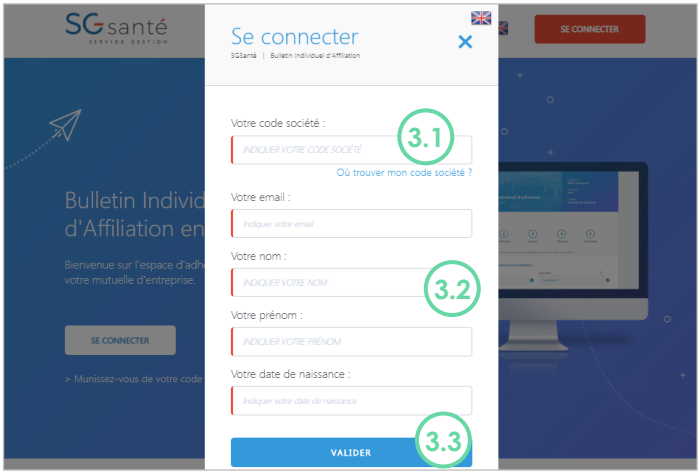
Avant de vous connecter, pensez à vous munir de votre attestation de Sécurité Sociale, de votre RIB ainsi que de vos éventuelles pièces pour justifier de votre situation (justificatif de domicile, justificatif de poursuite de scolarité de vos enfants…).

2 **Ecran d'accueil :**

Cliquez sur
« Faire mon affiliation en ligne »



3 **Ecran d'identification :**



3.1 : Complétez avec le code entreprise que vous a transmis votre employeur.

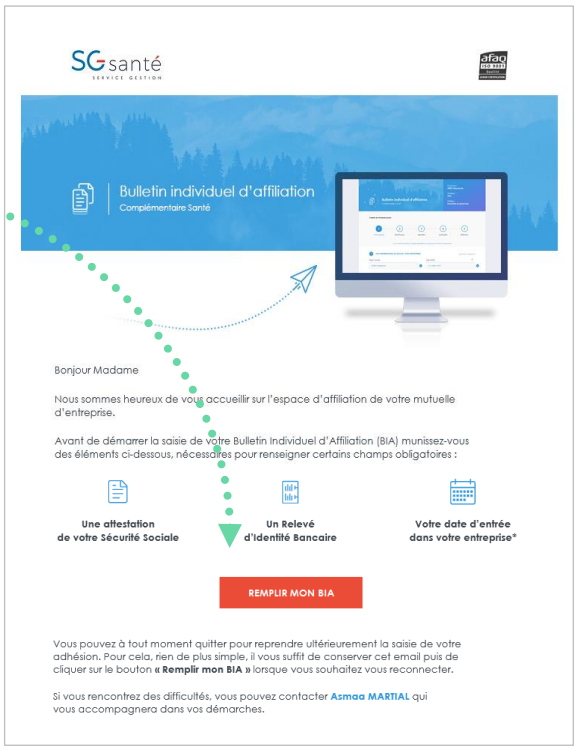
3.2 : Indiquez votre email, votre nom et prénom et votre date de naissance.

3.3 : Validez.

4 Accès au BIA en ligne :

Une fois votre identification réalisée, vous recevez un mail à l'adresse que vous nous avez indiquée. Vous pouvez alors commencer votre affiliation en ligne.

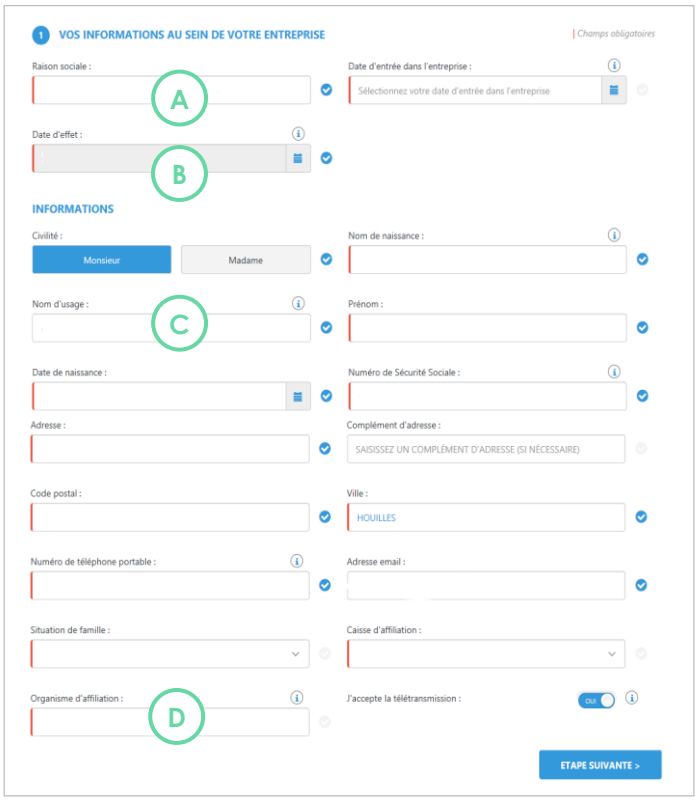
Cliquez sur
« Remplir mon BIA »



À tout moment, un gestionnaire **SG Santé** peut vous aider dans vos démarches. Il suffit de le contacter aux coordonnées indiquées.

Attention, il se peut que votre messagerie ne vous permette pas de télécharger les images associées à ce mail. Dans ce cas, il vous suffit de cliquer sur la notification en haut du mail reçu…)

5 Saisie des informations du salarié :



A. La raison sociale de votre entreprise est déjà complétée.

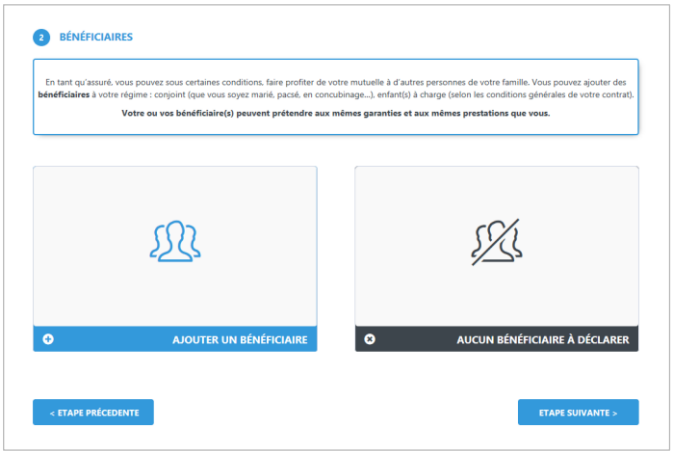
B. La date d'effet se complète automatiquement en fonction de la date d'entrée dans l'entreprise que vous aurez indiquée.

C. Vous pouvez choisir d'utiliser comme nom d'usage (distinct de votre nom de naissance) le nom de la personne avec laquelle vous êtes marié(e)

D. Ce numéro est présent sur votre attestation Sécurité Sociale

Une fois le document complété, cliquez sur **« Etape suivante »**

6 Saisie des informations de vos ayants-droit :



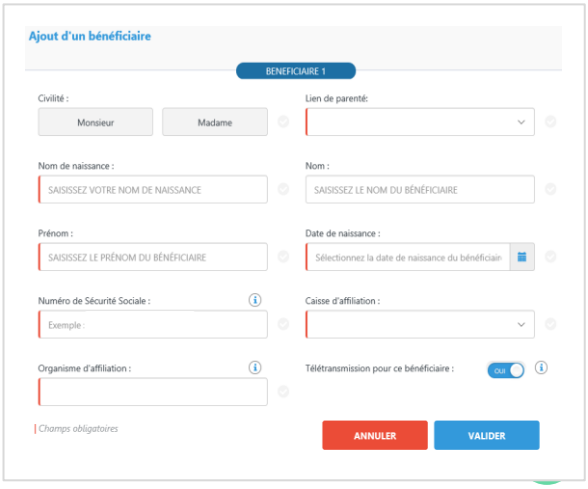
Dans le cas où vous souhaitez garantir vos ayants-droit, cliquez sur **« Ajouter un bénéficiaire ».**

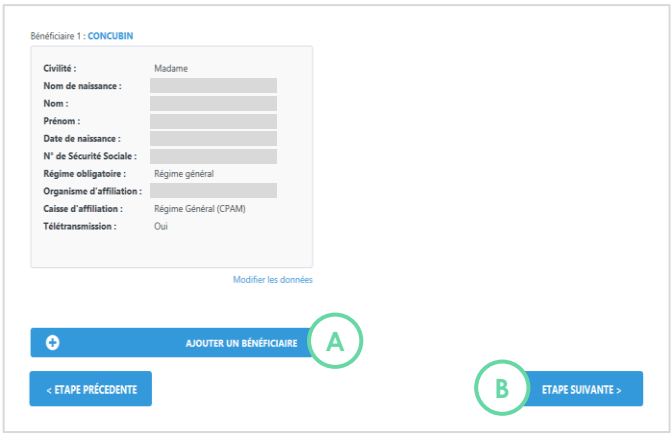
Dans le cas inverse, cliquez sur **« Aucun bénéficiaire à déclarer »** ou **« Etape suivante ».**

Si vous avez choisi de garantir vos ayants-droit, vous devez compléter **un formulaire pour chacun de vos ayants-droit.**

A. Dans cette cellule, il y a lieu d'indiquer le nom marital pour les femmes mariées, sinon reporter le nom de naissance.

B. A la fin de la saisie, validez les informations concernant vos ayants-droit.





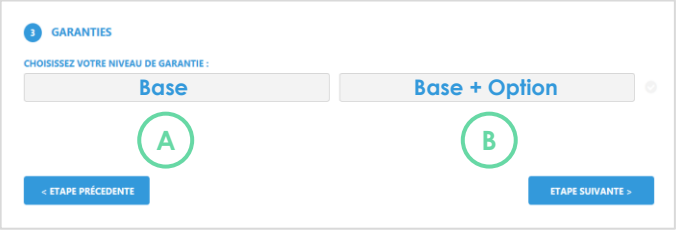
Un nouvel écran s'ouvre alors.

Dès lors, vous avez deux choix possibles :

A. Ajouter un nouveau bénéficiaire.

B. Cliquer sur **« Etape suivante ».**

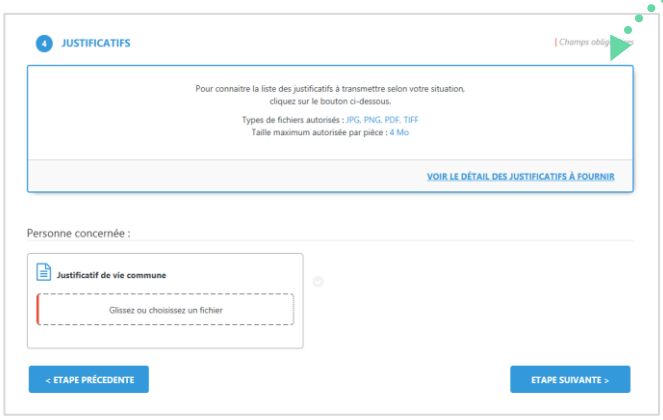
7 Choix des garanties :



A ce stade, vous devez effectuer votre choix d'affiliation (selon ce qui a été mis en place par votre entreprise) :

A. Soit au seul régime de base
B. Soit au régime de base et à l'option *(si votre entreprise a opté pour cette possibilité)*

8 Joindre les justificatifs :



Si besoin, c'est à cette étape que vous pouvez joindre les justificatifs correspondant à votre situation :

- Attestation de vie maritale, Pacs,
- Certificat de scolarité
- Attestation Pôle Emploi
- etc…

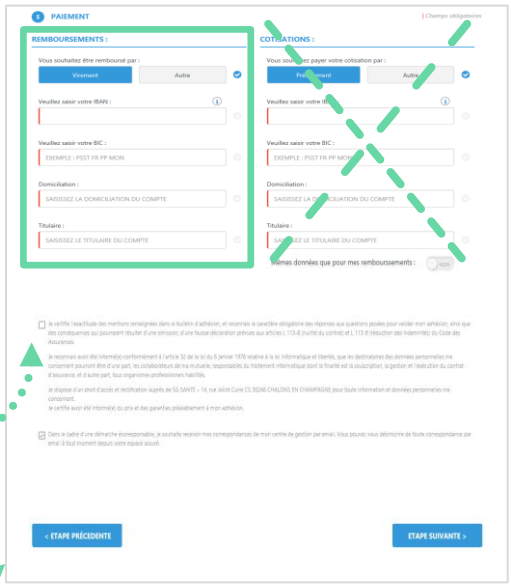
Glissez le document attendu au format PDF, JPG, PNG, ou TIF et cliquez sur **« Etape suivante »**

9 Compléter les coordonnées bancaires :

Afin de percevoir vos remboursements de Frais de Santé, vous devez compléter le formulaire avec vos coordonnées bancaires.

ATTENTION :
Seule la partie de gauche est à compléter **sauf s'il est prévu qu'une partie des cotisations soit prélevée sur votre compte bancaire** (extension famille et/ou option).

IMPORTANT :
Vous devez impérativement cocher la case ci-contre pour attester de la réalité des informations communiquées.



Une fois le document complété, cliquez sur **« Etape suivante »**

10 Confirmation des éléments complétés :



6 CONFIRMATION

Vous vous apprêtez à signer en tant que

Lisez les documents, acceptez les conditions en bas de page puis signez.

A SIGNER BIA

SG santé
SERVICE GESTION

afao

Bulletin Individuel d'Affiliation
Contrat Collectif | | Société

VOTRE ENTREPRISE

Raison sociale		Statut	ENS.PERSONNEL
Date d'entrée	01 Janvier 2020	Date d'effet	01 Janvier 2020

VOUS

Civilité	MR	Nom de naissance	
Nom d'usage		Prénom	
Date de naissance	23 Octobre 19	N° Sécurité Sociale	1
Adresse			
Complément d'adresse		Code postal	
Ville		Téléphone	
Adresse email		Régime obligatoire	Régime Général (CPAM)
Situation de famille	Célibataire	Organisme d'affiliation	
Télétransmission	OUI		

VOS BENEFICIAIRES *C : Conjoint | K : Concubin | E : Enfant | T : Autre • M : Masculin | F : Féminin

Lien*	Sexe	Nom	Prénom	Né le	N° de Sécurité Sociale	Régime obligatoire	Organisme d'affiliation	Télétransmission

VOS GARANTIES

OPTION2

COORDONNEES BANCAIRES

IBAN (International Bank Account Number)		Domiciliation	
BIC (Bank Identification Code)	SOGEFRPP	Titulaire	

SIGNATURE

Je certifie l'exactitude des mentions renseignées dans le bulletin d'adhésion, et reconnais le caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour valider mon d'adhésion, ainsi que des conséquences de leur absence de réponse. Conformément à l'article L.141-4 du Code des Assurances (Loi Hamon du 17 mars 2014 relative à la consommation) et L.112-9 (résiliation du contrat) et L.113-8 (déclaration intentionnelle) du Code des Assurances, je reconnais avoir été informé(e) conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 relative à la loi informatiques et libertés, que les destinataires des données personnelles me concernant pourront être d'une part, les collaborateurs de ma mutuelle, responsable du traitement informatique dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, et d'autre part, tous organismes professionnels nécessaires à la gestion de mon contrat. Je peux exercer mes droits auprès de 14, rue Joliot Curie CS 30248 CHALONS EN CHAMPAGNE pour toute information et données personnelles me concernant. Je certifie avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à mon adhésion.

Vous avez choisi de recevoir vos correspondances de votre centre de gestion par email

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 : 07 031 936 - www.orias.fr | Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - www.acpr.banque-France.fr | GEOZ exerce conformément aux dispositions de l'article L520-1 2 b. 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 2013-R-03 du 26/07/13) | 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 avoir saisi notre service réclamation / Article L 152-2 du code de la consommation).

ACCEPTER LE DOCUMENT

J'ai lu et j'accepte le document de 2 pages ci-dessus.

A cette étape, votre **bulletin individuel d'affiliation (BIA)** électronique est rematérialisé de manière à ce que vous puissiez vérifier les éléments que vous avez renseignés lors des précédentes étapes.

IMPORTANT :

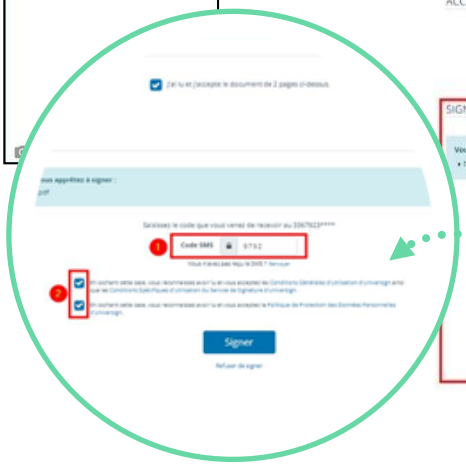
Si les éléments saisis correspondent à la réalité de vos informations, il ne vous reste plus qu'à cocher la case à la fin du formulaire.

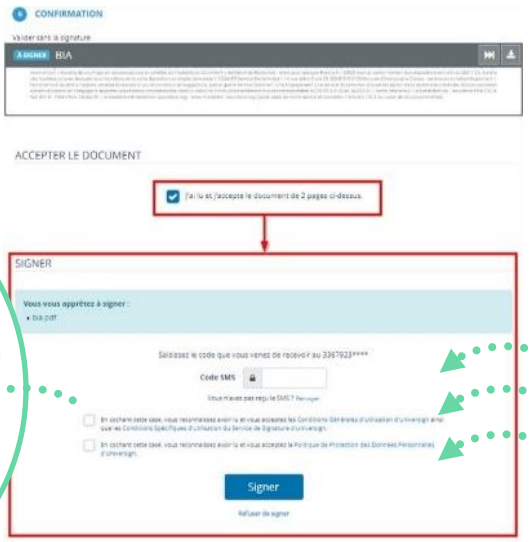
11 Confirmation de l'affiliation et signature :



11.1 Une fois votre confirmation enregistrée, vous recevez **un code par SMS** au numéro de téléphone portable que vous avez renseigné au début de votre affiliation.

11.2 Il ne vous reste plus qu'à compléter la dernière page !



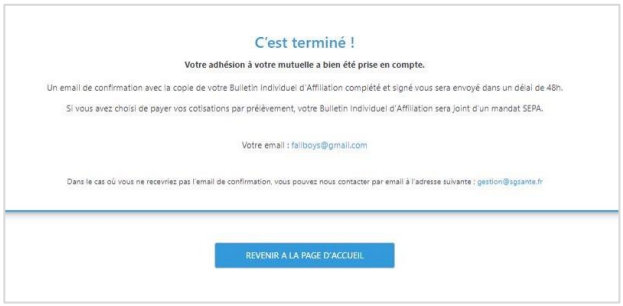


Code reçu par SMS

Cochez les 2 cases

Finalisez l'affiliation en signant

11.3 Votre affiliation s'est déroulée avec succès… c'est terminé !





11.4 Pour que vous puissiez disposer d'une trace de votre affiliation, vous recevez un mail contenant le fichier PDF de votre affiliation en pièce jointe.

Votre démarche d'affiliation en ligne étant maintenant réalisée, **votre employeur doit maintenant valider votre affiliation** sur son espace. Dès sa validation, vous recevrez le jour même **votre carte de tiers-payant par mail.**

ATTENTION : Afin de profiter pleinement des services et fonctionnalités que vous offre votre adhésion à la mutuelle, il est indispensable que vous activiez votre **espace personnel** et encore mieux que vous téléchargiez l'**application mobile SG Santé !**

proxigood

SG santé

COMMENT ACTIVER VOTRE ESPACE PERSONNEL ?

1. **SAISISSEZ VOTRE IDENTIFIANT :** Votre numéro de sécurité sociale (avec la clé)
2. **UN CODE VOUS EST ENVOYÉ :** Par email, par SMS, ou par voie postale (1 seule fois)
3. **SAISISSEZ VOTRE CODE :** Félicitations, votre espace a été activé !
4. **FINALISEZ VOTRE COMPTE :** Définissez votre identifiant et mot de passe

VIA L'ESPACE WEB :



VIA L'APPLI MOBILE :

Télécharger dans l'App Store

DISPONIBLE SUR Google Play



Retrouvez notre tutoriel SG Santé sur YouTube !

POURQUOI UTILISER NOS SERVICES DIGITAUX ?

Depuis votre espace personnel via le Web ou l'Appli, vous avez la possibilité de gérer entièrement votre mutuelle

Gérer vos **remboursements**

Suivez vos remboursements **en direct** sur votre mobile !

Prise en charge **Hospitalière**

Demande de prise en charge hospitalière réalisable en toute mobilité.

Votre carte **mutuelle**

Présentez facilement votre carte mutuelle **au format carte bancaire** (y compris hors connexion). Aussi disponible en **format QR Code.**

Votre réseau **de soins**

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

Transférez **vos documents**

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

Contacter votre **gestionnaire**

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

PROFITEZ DU TIERS-PAYANT :

PROXIGOOD et SG Santé mettent à votre disposition **un service de tiers payant** qui vous **évite l'avance des frais dans la limite de vos garanties.** Présentez votre carte de Tiers-Payant ou votre QR Code au professionnel de Santé, en même temps que votre Carte Vitale.

VOUS DEVEZ ÊTRE HOSPITALISÉ ?

Pour ne pas avoir à avancer les frais, par simple appel ou mail à votre gestionnaire dédié ou via votre espace personnel, 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 (téléphone, télévision, de boissons, etc…) restent à votre charge.

Information à communiquer :

Vous	L'établissement hospitalier	
➢ Nom	➢ Nom	➢ N° FINESS
➢ Prénom	➢ Adresse	➢ Date d'hospitalisation
➢ N° adhérent (voir carte TP)	➢ N° FAX	➢ Code DMT (Discipline Médico Tarifaire)

UNE MAISON DE SANTÉ DIGITALE POUR UN MEILLEUR SERVICE

Téléconsultation :

Parce que parfois on ne peut pas attendre des mois pour trouver une réponse à nos symptômes, nous vous donnons accès un service de téléconsultation, ouvert 24 h/ 24 et 7j/7 !

Second Avis médical



Parce que parfois, lorsque l'on est atteint d'une « maladie grave » pour laquelle o, aimerait bien avoir un avis médical supplémentaire, nous vous donnons accès à un médecin expert de la pathologie concernée. Ainsi, vous pourrez obtenir un éclairage complémentaire sur le diagnostic et/ou le traitement préconisé en premier lieu.

Comment ça marche ?

Contactez votre assistant personnel de santé « Angel »

Vous appelez depuis la France	Vous appelez depuis l'étranger	Sinon, connectez-vous sur
Composez le 3633 ***(coût d'un appel local)***	**Composez, le** **+ 33 1 55 92 19 18** ***(coût d'un appel depuis la France vers l'Etranger)***	**www.angel.fr**

LA MAÎTRISE DES DÉPENSES… UN ENJEU POUR MAINTENIR VOS GARANTIES

Le tarif de votre contrat repose sur la **mutualisation** et la **solidarité**
Les **bonnes pratiques de chacun** participent donc au **maintien de vos cotisations. En étant individuellement vigilant, on y gagne collectivement !**

QUELQUES CONSEILS, POUR VOUS AIDER À MAÎTRISER VOS DÉPENSES

- **Suivez le parcours de soins**. Pour une meilleure prise en charge de vos dépenses de santé, consultez en priorité votre **médecin traitant.**
- **Consultez des médecins de secteur 1** ou si vous devez avoir recours à un médecin pratiquant des dépassements d'honoraires (secteur 2), **privilégiez des médecins signataires du Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)** pour bénéficier de dépassements d'honoraires encadrés et d'un meilleur remboursement.
  Comment faire ? Vérifiez si votre médecin est signataire du DPTAM sur l'annuaire du site AMELI.fr
- Vous bénéficiez de la **plateforme de soins ITELIS**. Privilégiez les professionnels de santé partenaires de ce réseau. Ils vous feront bénéficier de tarifs encadrés. Et si vous souhaitez consulter un praticien qui n'appartient pas au réseau ITELIS, alors utilisez notre service **d'analyse de devis conseil**.

COMMENT RÉDUIRE VOTRE RESTE À CHARGE ?

Depuis le 1er janvier 2020, en **optique, dentaire** et **audiologie**, vous pouvez accéder à un ensemble de soins et d'équipements **intégralement remboursés par l'assurance maladie et votre complémentaire santé.**
Encore faut-il que vous pensiez à le demander…



Votre professionnel de santé doit obligatoirement vous remettre un devis avec au moins une offre relevant du 100% santé. Vous bénéficierez d'une prestation de grande qualité(contrairement à ce que certains tenteront de vous dire).

RESTE À CHARGE = 0 €

EN DENTAIRE, EN OPTIQUE ET EN AUDIOPROTHÈSE, IL EXISTE DES ÉCARTS DE PRIX TRÈS IMPORTANTS. FAÎTES JOUER LA CONCURRENCE. SURTOUT NE DONNEZ JAMAIS LE MONTANT DE VOS GARANTIES, CELA PEUT INFLUENCER LA FACTURATION DE VOTRE PRATICIEN !

VOTRE RÉSEAU DE SOINS :

Pour vous aider à réduire vos dépenses de santé, **PROXIGOOD et SG Santé** ont conclu un partenariat avec la plate-forme **ITELIS** qui regroupe des opticiens, des chirurgiens dentaires, des audioprothésistes et des médecins. Vous bénéficiez ainsi de **conditions tarifaires privilégiées et de conseils adaptés**.

LES ÉCONOMIES RÉALISÉES AVEC LE RÉSEAU ITELIS :

-40%	-20%	-40%	-35%
En optique	En dentaire	**En implantologie dentaire**	En audioprothèse

Le réseau ITELIS en quelques chiffres :

- **3 300** Opticiens
- **45** centres de chirurgie réfractive
- **2 500** Chirurgiens-dentistes
- **50** Implantologues
- **750** Audioprothésistes
- **375** Diététiciennes
- **350** Ostéopathes et Chiropracteurs
- **30** Hôpitaux et cliniques

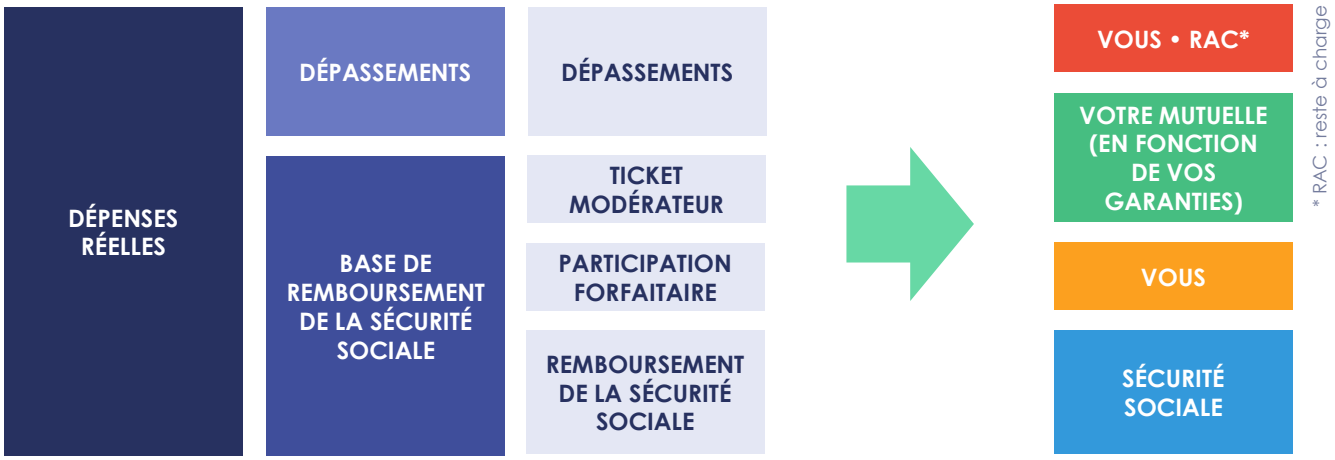
Pour accéder au réseau des partenaires ITELIS : Rien de plus simple ! Utilisez la géolocalisation !

- Connectez-vous à votre espace personnel **www.sgsante.fr ou sur l'appli SG Santé**
- Cliquez sur « Trouver un partenaire santé du réseau ».
- Rendez-vous chez le praticien partenaire de votre choix
- Présentez-lui votre carte de Tiers Payant sur laquelle figure la mention **ITELIS**
- Demandez à bénéficier des avantages **ITELIS**.



COMMENT ÊTRE REMBOURSÉ(E) :

Répartition des remboursements des frais de santé :



La **Sécurité sociale** vous rembourse un pourcentage de la Base de remboursement Sécurité Sociale. **Proxiggod/SG Santé** intervient, après la Sécurité sociale, en remboursement du ticket modérateur et de l'éventuel dépassement d'honoraires, conformément à votre contrat Frais de santé.

Vous avez opté pour la télétransmission entre la Sécurité Sociale et SG Santé :
Vos décomptes SS contiennent un message de type « décompte transmis directement à votre organisme complémentaire » : vous n'avez rien à faire ! Nous recevons automatiquement vos décomptes.

Vous n'avez pas opté pour la télétransmission :
Vos décomptes SS ne contiennent pas de message de type « décompte transmis directement à votre organisme complémentaire » : vous devez télécharger vos décomptes sur ameli.fr et nous les adresser.

Les justificatifs à nous adresser :

- ✓ Pour les prothèses dentaires : la facture détaillée et acquittée de tous les actes (mentionnant le numéro des dents soignées).
- ✓ Pour les frais dentaires (parodontie, orthodontie refusée), les prothèses auditives, le grand appareillage ou la médecine douce (ostéopathie, acupuncture...) : la facture détaillée et acquittée ainsi que la prescription médicale (seulement pour les appareillages et les audioprothèses).
- ✓ Pour les frais d'optique (monture, verres, lentilles, kératotomie) : l'ordonnance ainsi que la facture acquittée (mentionnant la correction visuelle et le type de verre).
- ✓ Pour les frais de séjour et les soins externes réalisés en secteur hospitalier sans hospitalisation : l'avis des sommes à payer et la facture acquittée.
- ✓ Pour les dépassements d'honoraires (en milieu hospitalier) : l'avis des sommes à payer.

GAGNEZ DU TEMPS :
Prenez une photo de vos justificatifs et transmettez-les via l'appli mobile SG Santé

Attention à la qualité et à la luminosité des images fournies. Toute pièce justificative non lisible sera refusée et non traitée.

proxigood

SG santé

VOUS SOUHAITEZ NOUS CONTACTER :



Avec PROXIGOOD, vos gestionnaires dédiés sont à votre disposition pour tous renseignements ou prise en charge :

Contactez vos interlocuteurs du **lundi** au **vendredi** de **6h00 à 20h00** et le **samedi** de **9h30 à 17h30**

	Gestion administrative : *(affiliations, modifications, radiations…)*		Gestion de vos remboursements : *(prises en charge hospitalière, devis…)*	
6h - 20h	Sandrine ALBANESE		Siham YOUNSI	
	03 26 26 90 15	sandrine.albanese@sgsante.fr	04 34 48 01 18	siham.younsi@sgsante.fr
	Ophélie ROSSEL		Marie-Anna GUERRIER	
	03 26 26 90 15	ophelie.rossel@sgsante.fr	04 34 48 01 18	marie-anna.guerrier@sgsante.fr

Via l'espace web :

WWW.SGSANTE.FR

Via l'appli mobile :



Adresse postale :

SG SANTE
TSA 40012
51049 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX

Service Qualité & Réclamations : écrivez-nous à service.reclamation@sgsante.fr

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

PROXIGOOD est une offre développée par AGEO Collectives Conseil en partenariat avec la mutuelle SMATIS, à destination exclusive des entreprises relevant de la Branche « Commerce de détail alimentaire non spécialisé ».

AGEO Collectives Conseil Sarl au capital de 10.000 € - 7 rue de Turbigo 75001 PARIS - – Numéro SIREN 534 059 092. Intermédiaire en assurance enregistré à l'ORIAS sous le numéro 12065002.

SG Santé SAS au capital de 457 340 €, dont le siège social est situé 14 rue Joliot-Curie CS 30248 - 51010 CHÂLONS EN CHAMPAGNE CEDEX - RCS Châlons en Champagne 493 349 682 - Intermédiaire en assurance enregistré à l'ORIAS sous le numéro 15 001 350. | 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) .

Sociétés de courtage d'assurances exerçant sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) conformément aux dispositions de l'article L520-2-II-1 b du Code des Assurances www.acpr.banque-france.fr - Responsabilité Civile Professionnelle conforme à l'article L530-2 du Code des Assurances - 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 conformément à l'article L612-2 du Code de la Consommation