



BÉNÉFICIEZ D'UNE PROTECTION SANTÉ

dans le cadre fiscal avantageux
de la loi Madelin

**C'EST VOUS
L'AVENIR**



**SOCIETE
GENERALE**

VOUS ÊTES...

ARTISAN, COMMERÇANT, PROFESSION LIBÉRALE, GÉRANT NON SALARIÉ D'UNE SARL...

et vous dépendez actuellement d'un régime obligatoire qui gère et rembourse une partie de vos dépenses de santé (sur le modèle du régime général de la Sécurité sociale pour les salariés).

VOUS ÊTES JEUNE CRÉATEUR OU INSTALLÉ DEPUIS LONGTEMPS, SEUL, EN COUPLE, AVEC OU SANS ENFANTS ?

La Complémentaire Santé Société Générale dédiée aux Pros vous propose, avec ses 4 formules de remboursement et ses 2 renforts en option⁽¹⁾, une couverture adaptée à vos besoins de santé et à votre budget.

DÉCOUVREZ LES SOLUTIONS SANTÉ PROS DE SOCIÉTÉ GÉNÉRALE ET PROFITEZ DE LA FISCALITÉ AVANTAGEUSE DE LA LOI MADELIN

UNE OFFRE COMPATIBLE AVEC LA RÉFORME DU 100 % SANTÉ

DE QUOI S'AGIT-IL ?

La réforme 100 % Santé, aussi appelée "Reste à Charge Zéro", vous permet d'accéder à des équipements de qualité en optique⁽²⁾, en dentaire⁽³⁾ et en aide auditive⁽⁴⁾ sans reste à charge.

COMMENT CELA FONCTIONNE-T-IL ?

Vos professionnels de santé vous proposent des équipements optique⁽²⁾, dentaire⁽³⁾ et auditif⁽⁴⁾ dits 100 % Santé, intégralement remboursés par votre contrat La Complémentaire Santé Société Générale.

Vous restez, bien sûr, libre d'opter pour des équipements non 100 % Santé. En revanche, ces derniers peuvent vous laisser un reste à charge selon la formule souscrite.



(1) Dans les conditions prévues au contrat. (2) À compter du 1^{er} janvier 2020. (3) À compter du 1^{er} janvier 2020 pour certains soins prothétiques (couronnes et bridges) et du 1^{er} janvier 2021 pour l'ensemble des autres prothèses sans reste à charge (prothèses amovibles ou dentiers notamment). (4) À compter du 1^{er} janvier 2021.

COMMENT FONCTIONNE VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE ?

Vos remboursements sont calculés sur la base de remboursement de votre régime obligatoire.

Une partie de vos dépenses de santé reste à votre charge. Cette partie peut être plus ou moins importante si les professionnels de soins de santé pratiquent des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire des honoraires supérieurs à la base de remboursement.

Par exemple, pour une consultation chez un spécialiste⁽⁵⁾ fixée à 60 € avec un dépassement d'honoraire.

QUI REMBOURSE QUOI ?

Votre dépense

60 €

Base de
remboursement
de votre régime
obligatoire : 50 €

34 €

► Remboursement par votre régime obligatoire
(70 % de la base de remboursement du régime
obligatoire moins la contribution forfaitaire)

1 €⁽⁶⁾

► Contribution forfaitaire prise en charge
par vous et ne pouvant être remboursée
par une complémentaire santé

15 €⁽⁷⁾

► Montant à votre charge de 25 €
qui peut être remboursé par votre
complémentaire santé

10 €

(le dépassement
d'honoraire)

COMPLÉTEZ LES REMBOURSEMENTS DE VOTRE RÉGIME OBLIGATOIRE

La Complémentaire Santé Société Générale peut prendre en charge tout ou partie des frais non remboursés par votre régime obligatoire : dépassement d'honoraires, de frais dentaires ou d'optique...








A vous de choisir le niveau de remboursement adapté à vos besoins et à vos dépenses de santé.



(5) Visite ponctuelle chez un spécialiste conventionné du secteur 1 ou 2 après orientation par le médecin traitant. (6) La participation forfaitaire de 1 euro est retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse jusqu'à douze jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale de l'État. (7) 15 € correspondant au ticket modérateur. C'est la part des dépenses de santé restant à la charge de l'assuré après le remboursement du régime obligatoire. Cette part peut être prise en charge par une complémentaire santé en fonction des garanties du contrat souscrit.

4 FORMULES ET 2 RENFORTS POUR UNE COUVERTURE ADAPTÉE À VOS BESOINS ET À VOTRE BUDGET

4 FORMULES AU CHOIX

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4
	Une protection simple à un tarif très compétitif	Des garanties essentielles pour un budget limité	Une protection complète dans tous les domaines de la santé	Des garanties élevées pour votre plus grand confort
 Consultation / Pharmacie	Soins et consultations de ville (hors dépassements).	Soins et consultations de ville (jusqu'à 1,5 fois la base du régime obligatoire ⁽¹⁾)	Soins et consultations (jusqu'à 2,5 fois la base du régime obligatoire ⁽¹⁾)	Soins et consultations (jusqu'à 3,5 fois la base du régime obligatoire ⁽¹⁾)
 Hospitalisation	Frais d'hospitalisation (hors dépassements).	Frais d'hospitalisation ⁽²⁾ (jusqu'à 2 fois la base du régime obligatoire ⁽¹⁾).	Frais d'hospitalisation ⁽²⁾ (jusqu'à 3 fois la base du régime obligatoire ⁽¹⁾) Forfait de 60 €/jour pour la chambre particulière	Frais d'hospitalisation ⁽²⁾ (jusqu'à 4 fois la base du régime obligatoire ⁽¹⁾) Forfait de 75 €/jour pour la chambre particulière
 Dentaire	Soins dentaires, prothèses et orthodontie (hors dépassements))	Soins dentaires, prothèses et orthodontie (jusqu'à 2 fois la base du régime obligatoire)	Soins dentaires, prothèses (jusqu'à 2 fois la base du régime obligatoire), et orthodontie Forfaits supplémentaires pour le dentaire non remboursé par le régime obligatoire : ex. 200 €/an pour l'implantologie	Soins dentaires, prothèses (jusqu'à 4 fois la base du régime obligatoire), et orthodontie Forfaits supplémentaires pour le dentaire non remboursé par le régime obligatoire : ex. 400 €/an pour l'implantologie
 Optique	Verres et montures (hors dépassements)	Jusqu'à 200 € pour les lunettes et jusqu'à 100 € pour les lentilles ⁽³⁾	Jusqu'à 350 € pour les lunettes et jusqu'à 300 € pour les lentilles ⁽³⁾	Jusqu'à 800 € pour les lunettes et jusqu'à 700 € pour les lentilles ⁽³⁾
 Aides auditives	Équipements auditifs (hors dépassements)	Équipements auditifs (hors dépassements)	Équipements auditifs (jusqu'à 2,5 fois la base du régime obligatoire)	Équipements auditifs (jusqu'à 3,5 fois la base du régime obligatoire)
 100% Santé	Prise en charge intégrale des équipements optique, dentaire et auditif dits 100% Santé			
 Prévention & Confort	Forfait de 100 €/an pour couvrir vos dépenses de prévention ⁽⁴⁾ , médecine alternative ⁽⁵⁾ et automédication ⁽⁶⁾	Forfait de 200 €/an pour couvrir vos dépenses de prévention ⁽⁴⁾ , médecine alternative ⁽⁵⁾ et automédication ⁽⁶⁾	Forfait de 350 €/an pour couvrir vos dépenses de prévention ⁽⁴⁾ , médecine alternative ⁽⁵⁾ et automédication ⁽⁶⁾ Jusqu'à 200 €/an pour les cures thermales ⁽⁷⁾	Forfait de 450 €/an pour couvrir vos dépenses de prévention ⁽⁴⁾ , médecine alternative ⁽⁵⁾ et automédication ⁽⁶⁾ Jusqu'à 300 €/an pour les cures thermales ⁽⁷⁾
		+ BONUS FIDÉLITÉ	+ BONUS FIDÉLITÉ	+ BONUS FIDÉLITÉ

50 € supplémentaires de remboursement sont offerts par bénéficiaire sur votre forfait Prévention & Confort dès la 3^e année.

LA POSSIBILITÉ
D'AJOUTER JUSQU'À
2 RENFORTS

RENFORT OPTIQUE⁽⁸⁾

+ 100 €⁽³⁾ par bénéficiaire sur les remboursements des frais de lunettes ou de lentilles

RENFORT DENTAIRE

+ 100 €⁽⁹⁾ par bénéficiaire sur les remboursements des soins, prothèses dentaires, orthodontie, implants et parodontologie

(1) Dans le cadre d'une consultation effectuée par un médecin ayant adhéré aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées. (2) Sans distinction entre clinique / hôpital. (3) Forfaits lunettes et lentilles sur 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue pour lesquels un renouvellement anticipé est possible (prise en charge des lentilles remboursées et non remboursées par le régime obligatoire). (4) Contraception, tests de grossesse, sevrage tabagique, autotest VIH, bas de contention, matériel de prévention (tensiomètre, glucomètre), bilan mémoire... (5) Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, naturopathie, acupuncture, pédicurie-podologie, psychologue et diététicien. (6) Un forfait annuel de 40 € est compris dans votre enveloppe Prévention & Confort pour couvrir vos dépenses d'automédication. (7) Cures thermales remboursées par le régime obligatoire. (8) Disponible pour les formules 2 et 3. (9) Forfait dentaire annuel.

LES ATOUTS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOCIÉTÉ GÉNÉRALE

UNE COUVERTURE IMMÉDIATE

- Vous bénéficiez d'une couverture santé immédiate sans aucun délai d'attente et sans questionnaire médical dès la signature de votre adhésion en agence⁽¹⁾.

UNE COUVERTURE POUR TOUTE LA FAMILLE

- Votre conjoint, quelle que soit son activité, et vos enfants peuvent être désignés bénéficiaires sur la même adhésion que vous.
- Votre conjoint salarié bénéficie des tarifs avantageux de La Complémentaire Santé Société Générale dédiée aux pros et d'une réduction de 5%.
- Les 3^e, 4^e et 5^e enfants sont assurés gratuitement.

UNE PROTECTION SELON VOS BESOINS, MODULABLE DANS LE TEMPS

- Vous pouvez à tout moment faire évoluer votre formule et/ou vos renforts⁽²⁾ si vos besoins changent.

DES GARANTIES EN OPTIQUE ET EN DENTAIRE SUIVANT VOS BESOINS

Pour vous et l'ensemble des bénéficiaires de votre adhésion :

- des garanties dentaires jusqu'à 4 fois la base de remboursement de votre régime obligatoire pour la formule 4 et des forfaits prévus pour des garanties non remboursées par le régime obligatoire comme les implants dès la formule 3,
- un forfait lunettes jusqu'à 800 € et un forfait lentilles jusqu'à 700 € pour la formule 4⁽³⁾,

En plus, bénéficiez grâce au réseau de soins Carte Blanche, de tarifs négociés et de prestations de qualité auprès de nos opticiens et audioprothésistes partenaires proches de chez vous⁽⁴⁾.

DES GARANTIES RENFORCÉES EN HOSPITALISATION

Pour vous, professionnel, l'hospitalisation n'est pas toujours simple à gérer. Aussi, La Complémentaire Santé Société Générale vous offre :

- l'exonération de votre cotisation en cas d'hospitalisation⁽⁵⁾,
- une prise en charge immédiate des frais en cas d'hospitalisation,
- la prise en charge d'une partie des dépassements dès la formule 2,
- un forfait pour la chambre particulière (formules 3 et 4),
- un lit accompagnant quel que soit l'âge du patient (formules 3 et 4),
- pour un meilleur rétablissement et pour faciliter la reprise de votre activité : des services d'assistance pour vous et vos proches à choisir parmi un large choix de prestation selon vos besoins (aide ménagère, livraison de courses, conduite aux rendez-vous médicaux...).

UN BONUS POUR VOUS REMERCIER DE VOTRE FIDÉLITÉ

- 50 € supplémentaires de remboursement vous sont offerts par bénéficiaire sur votre forfait Prévention & Confort à partir de la 3^e année⁽⁶⁾.

UN SERVICE INNOVANT DE DEUXIÈME AVIS MÉDICAL

En cas de maladie grave ou de problème de santé sérieux, un médecin expert répond à vos questions en moins de 10 jours pour par exemple confirmer un diagnostic ou vous exposer les avantages et/ou les risques d'un traitement donné.

DES TARIFS ATTRACTIFS⁽⁷⁾

- Formule 1 : 25,38 €/mois
- Formule 2 : 37,71 €/mois
- Formule 3 : 57,42 €/mois
- Formule 4 : 97,51 €/mois







LA FISCALITÉ AVANTAGEUSE DE LA LOI MADELIN

- Vous êtes Travailleur Non Salarié, hors secteur agricole, les cotisations versées au titre de votre adhésion à La Complémentaire Santé Société Générale sont déductibles de votre bénéfice imposable chaque année⁽⁸⁾.
- L'ensemble de la cotisation peut être déductible de votre bénéfice imposable si vous décidez de couvrir votre conjoint et vos enfants⁽⁹⁾.



(1) Couverture effective à la sortie de l'agence. En cas de rejet de prélèvement de la 1^{re} cotisation, le remboursement des prestations déjà versées vous sera demandé. **(2)** Dans le respect des conditions contractuelles : pour une diminution de formule ou la suppression de renfort, la demande doit être faite 60 jours avant la date de renouvellement annuelle de l'adhésion (la suppression d'un renfort ne peut intervenir moins de deux ans à compter du choix de l'option). **(3)** Forfaits lunettes et lentilles sur 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue pour lesquels un renouvellement anticipé est possible (prise en charge des lentilles remboursées et non remboursées par le régime obligatoire). **(4)** Avantage du réseau de soins Carte Blanche sur simple présentation de la carte de Tiers Payant. **(5)** En cas d'hospitalisation de l'adhérent supérieure à 5 jours continus, versement a posteriori à l'adhérent d'une prestation équivalente aux cotisations mensuelles prélevées durant son hospitalisation dans la limite de 3 mois de cotisations consécutifs. **(6)** Pour les formules 2, 3 et 4. **(7)** Exemple d'une cotisation mensuelle d'un jeune créateur de 30 ans habitant à Paris. Tarifs en vigueur à compter du 23/09/2019 pour les nouvelles adhésions. **(8)** Dans la limite fixée par la loi. **(9)** Les cotisations versées par l'Adhérent sont déductibles du bénéfice imposable dans les limites prévues par la réglementation.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Nature des dépenses		Votre dépense	Votre remboursement : régime obligatoire + formule choisie			
			FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4
 Frais médicaux courants	Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 € ⁽¹⁾	24 €	24 €	24 €	24 €
	Consultation d'un spécialiste avec dépassement ayant adhéré aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées ⁽²⁾	60 € ⁽¹⁾	29 €	44 €	59 €	59 €
	Pharmacie remboursée : médicaments dont le service médical est classé modéré	36 € ⁽³⁾	9,80 €	20,60 €	35 €	35 €
 Frais d'hôpitaux	Honoraires chirurgicaux effectués par un médecin avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	271,70 €	355 €	355 €	355 €
	Hospitalisation Forfait journalier 20 €/jour	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
	Hospitalisation Chambre particulière 51 €/jour	51 €	0 €	0 €	5 €	51 €
 Dentaire	Actes et soins dentaires (soin d'une carie 2 faces pratiqué par un chirurgien-dentiste)	70 €	45,38 €	68,07 €	70 €	70 €
	Pose d'une couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires (pratiquée par un chirurgien-dentiste)	538,70 €	120 €	180 €	240 €	480 €
	Orthodontie pour enfant ⁽⁴⁾	550 €	204,25 €	408,50 €	504,25 €	550 €
	Implantologie	810 €	0 €	0 €	200 €	400 €
 Optique ⁽⁵⁾	Paire de lunettes avec 2 verres simples ⁽⁶⁾	280 €	0,15 €	100 €	280 €	280 €
	Paire de lunettes avec 2 verres complexes ⁽⁷⁾	400 €	0,15 €	200 €	350 €	400 €
	Lentilles ⁽⁸⁾	200 €	0 €	100 €	200 €	200 €
	Chirurgie des yeux (2 yeux)	1 500 €	0 €	0 €	300 €	600 €
 Aides auditives	Achat d'une prothèse auditive de classe II	1 476 €	350 €	350 €	874 €	1 224 €
 Confort	4 consultations chez un ostéopathe pour 1 an (45 € la consultation)	180 €	100 €	180 €	180 €	180 €

Exemples de remboursement valables au 01/01/2020.

(1) La participation forfaitaire de 1 euro est retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse jusqu'à douze jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale de l'État. (2) Visite ponctuelle d'un spécialiste ayant adhéré aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées après orientation par le médecin traitant. (3) 2 boîtes de 18 € avec une franchise médicale de 0,50 € par boîte ne pouvant être remboursée par une complémentaire santé. (4) Traitement d'un semestre avec une séance de surveillance pour une personne âgée de moins de 16 ans. (5) Les garanties Optique s'appliquent par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue pour lesquels un renouvellement anticipé est possible. (6) Exemple pour une paire de lunettes à verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 (monture de 100 € et 90 € par verre). (7) Exemple pour une paire de lunettes à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone -4,00 et +4,00 (monture de 100 € et 150 € par verre). (8) Lentilles non remboursées par le régime obligatoire.

DES SERVICES OFFERTS QUELLE QUE SOIT LA FORMULE CHOISIE

DES SERVICES D'ASSISTANCE AU CHOIX ET PERSONNALISÉS EN FONCTION DE VOTRE SITUATION ET DE VOS BESOINS

Avec La Complémentaire Santé Société Générale, vous et vos proches bénéficiez de services d'assistance personnalisés en cas d'hospitalisation – y compris ambulatoire, d'immobilisation, de maternité et de traitement de radio ou de chimiothérapie.

Vous choisissez, dans la limite du montant défini pour votre formule, les services qui répondent au mieux à vos besoins et à votre situation : aide-ménagère, garde des enfants de moins de 15 ans, conduite au rendez-vous médicaux et/ou professionnels, livraison de courses à domicile...

MONTANT ANNUEL DE L'ENVELOPPE ASSISTANCE SELON LA FORMULE SOUSCRITE

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4
<ul style="list-style-type: none"> ■ Hospitalisation (<i>y compris ambulatoire</i>) ■ Immobilisation ■ Traitement radio/chimiothérapie 	400 €	800 €	1 200 €	1 600 €
Maternité : <ul style="list-style-type: none"> ■ Grossesse normale > 48h ■ Grossesse multiple / pathologique > 24h 	200 €	400 €	600 €	800 €

UN SERVICE DE DEUXIÈME AVIS MÉDICAL

En cas de maladie grave ou de problème de santé sérieux, un médecin expert répond à vos questions en moins de 10 jours pour par exemple confirmer un diagnostic ou vous exposer les avantages et/ou les risques d'un traitement donné.



UN SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

UNE QUESTION DE SANTÉ ? UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU SPÉCIALISTE VOUS RÉPOND PAR ÉCRIT, PAR TÉLÉPHONE OU PAR VIDÉO

La téléconsultation médicale vous est offerte dans le cadre de votre complémentaire Santé via notre partenaire MédecinDirect.

La téléconsultation permet à un médecin d'accompagner un patient en toute confidentialité, de l'informer, de le conseiller, de l'orienter sur les bonnes décisions à prendre concernant sa santé et de lui proposer un diagnostic médical complet accompagné, si nécessaire, d'une ordonnance. Pour en bénéficier, rendez-vous dans votre Espace Assuré sur sante.sogecap.fr, sur l'Appli Santé Société Générale ou sur medecindirect.fr avec les identifiants qui vous seront communiqués après votre adhésion.

LES AVANTAGES

- Accessible 24/7 en France et depuis l'étranger
- MédecinDirect, expert depuis plus de 10 ans sur le marché de la télémédecine
- Un service gratuit pour tous les adhérents
- Des consultations avec des généralistes et spécialistes inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins, donnant lieu, si nécessaire à la délivrance d'une ordonnance en ligne
- Un accompagnement médical complémentaire avant ou après une consultation
- Service 100% sécurisé, 100% confidentiel et 100% indépendant
MédecinDirect n'est pas un service d'urgence. En cas de doute ou d'urgence, veuillez contacter votre médecin traitant ou le 112
MédecinDirect vient en soutien à la médecine de terrain, dans le respect du parcours de soins et n'a pas vocation de s'y substituer.

UN SPÉCIALISTE À VOTRE ÉCOUTE, DES REMBOURSEMENTS EN TOUTE SIMPLICITÉ...

SOGÉCAP SANTÉ, VOTRE INTERLOCUTEUR PRIVILÉGIÉ

Sogécap Santé est à votre disposition **dès l'adhésion et pendant toute la durée de vie de votre adhésion** pour toutes vos questions relatives à vos remboursements, vos garanties, et pour connaître ou évaluer le montant de vos remboursements.

REMBOURSEMENTS SOUS 48 HEURES

C'est simple et rapide. Grâce à la télétransmission, vos décomptes du régime obligatoire sont, dans la majorité des cas, transmis automatiquement à Sogécap Santé et vos remboursements sont directement versés sur votre compte sous 48 heures.

PAS D'AVANCE DE FRAIS

Avec La Complémentaire Santé Société Générale dédiée aux Pros, vous bénéficiez du tiers payant. Ainsi, vous n'avez pas à régler les dépenses et à avancer d'argent chez la quasi-totalité des pharmaciens et opticiens et, dans la plupart des cas dans les laboratoires d'analyses, les cabinets de radiologie, les hôpitaux publics et les cliniques privées.

SUIVI DE VOS REMBOURSEMENTS

Vous recevez régulièrement par courrier un décompte permettant de connaître, par bénéficiaire, le détail de vos remboursements, le type d'actes et la répartition de la prise en charge entre votre régime obligatoire et La Complémentaire Santé Société Générale dédiée aux Pros.

PENSEZ-Y !

Dans le cas où vous avez déjà réglé les frais liés à un soin ou à une hospitalisation, envoyez votre facture par courrier à :

SOGÉCAP SANTÉ
Service prestations
28 bis, rue de Courcelles
51100 REIMS

Vous pouvez également envoyer la photo de votre facture via votre **Espace Assuré sur sogecap.fr** ou bien via **L'Appli Santé Société Générale** téléchargeable sur Google Play et l'Apple Store.



L'APPLI SANTÉ SOCIÉTÉ GÉNÉRALE : VOTRE PARTENAIRE SANTÉ AU QUOTIDIEN !

Cette application, entièrement gratuite et sécurisée, vous permet de retrouver toutes les informations de votre contrat La Complémentaire Santé Société Générale et bien plus encore en un seul clic !

L'application vous permet notamment de suivre vos remboursements en temps réel, d'effectuer une demande de remboursement en envoyant une photo de vos pièces justificatives (facture ostéopathe, par exemple), de visualiser votre carte de tiers-payant où que vous soyez, de géolocaliser les professionnels de santé les plus proches de chez vous, y compris ceux des réseaux Carte Blanche vous permettant de bénéficier d'avantages tarifaires et serviciels, d'effectuer une téléconsultation médicale en contactant directement depuis votre téléphone la plate-forme MédecinDirect ou encore de bénéficier de vos services d'assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation.

UN ACCÈS À SANTE.SOGECAP.FR

Accessible depuis votre smartphone, tablette et PC, votre Espace Assuré Santé vous permet de gérer votre contrat en toute autonomie.

Vous pouvez consulter le détail de votre adhésion et de vos garanties, vos remboursements santé ainsi que télécharger vos décomptes hebdomadaires. Vous pouvez également modifier vos données personnelles, signaler un changement de bénéficiaire, faire évoluer votre contrat, simuler un remboursement, faire une demande de devis ou de prise en charge.

Vous devez changer de lunettes ou vous faire appareiller de prothèses auditives et vous ne savez pas si votre professionnel de santé est partenaire du réseau Carte Blanche ? Le service de recherche d'un opticien ou d'un audioprothésiste partenaire vous permet de le vérifier ou de trouver un professionnel de santé partenaire près de chez vous.

BON À SAVOIR

QU'EST-CE QUE LA LOI MADELIN ?

Les professionnels indépendants sont tenus de prendre des dispositions s'ils veulent se protéger et protéger leur famille. Aussi, pour inciter les travailleurs indépendants à se protéger, la loi Madelin permet, depuis 1994, de déduire de leur bénéfice imposable les cotisations versées au titre de leur adhésion à un contrat santé, prévoyance ou de retraite supplémentaire.

QUI PEUT BÉNÉFICIER DES AVANTAGES FISCAUX DE LA LOI MADELIN ?

Les avantages de la loi Madelin concernent tous les Travailleurs Non Salariés⁽¹⁾ (TNS), hors secteur de l'agriculture :

- artisans, commerçants (relevant des BIC), professions libérales (relevant des BNC),
- gérants majoritaires de SARL, associés de SNC ou de société en commandite simple,
- associés uniques d'EURL imposables personnellement,
- conjoints collaborateurs (ou partenaires pacsés) inscrits comme tels au Registre du Commerce ou au Répertoire des Métiers.

QUELS SONT LES AVANTAGES ?

Chaque année, les versements que vous effectuez au titre de votre adhésion à La Complémentaire Santé Société Générale dédiée aux Pros sont admis en déduction de votre bénéfice imposable. Les cotisations sont déductibles en respectant un plafond⁽²⁾ égal à la somme de :

- 7% du Plafond Annuel de la Sécurité sociale (soit un maximum de 2 837 € pour 2019),
- et 3,75% du bénéfice imposable de l'exercice concerné, sans que le total ne puisse excéder 3% de 8 fois le montant du Plafond Annuel de la Sécurité sociale (soit un maximum de 9 726 € pour 2019).

Vous pouvez déduire l'intégralité de vos cotisations, même si vous couvrez votre famille.



Les cotisations versées par l'adhérent sont déductibles du bénéfice imposable dans les limites prévues par la réglementation.

EXEMPLE

Pierre, indépendant de 40 ans, marié, 2 jeunes enfants et habitant à Marseille a choisi la formule 3.

Sa cotisation : le montant de sa cotisation est de 213,37€/mois⁽³⁾ pour lui, sa femme au foyer (conjointe de 40 ans) et ses 2 enfants.

Ses avantages fiscaux : avec une cotisation annuelle de 2 560,44€, il pourra déduire la totalité des cotisations de son bénéfice imposable (bénéfice imposable de 30 000 €).

En bénéficiant d'un allègement fiscal, le budget consacré à sa couverture santé est minoré.

Sogécap n'est pas engagé sur le niveau de fiscalité. Toute évolution de la fiscalité sera à la charge de l'adhérent ou du souscripteur.

COMMENT METTRE EN PLACE MON ADHÉSION ?

1. Complétez et signez la demande d'adhésion (soit avec votre Conseiller, soit après un temps de réflexion).
2. Joignez une copie de votre attestation de carte vitale et celle des autres éventuels bénéficiaires.
3. Adressez vos documents à Sogécap Santé (28 bis, rue de Courcelles 51100 REIMS).
4. Vous êtes couvert le jour indiqué sur votre certificat d'adhésion à "la date d'effet de l'adhésion souhaitée".
5. Sogécap Santé vous adressera votre carte de tiers payant pour vous et votre famille dans les 5 jours après réception de votre dossier si vous avez demandé une prise d'effet immédiate, sinon 1 à 2 semaines avant la prise d'effet de votre adhésion.
6. Vous recevrez également par courrier les identifiants pour accéder à votre Espace Assuré sante.sogecap.fr ainsi qu'à votre application mobile "L'Appli Santé Société Générale". Votre carte de tiers payant sera également accessible dans ces espaces.

INFO PRATIQUE : si vous détenez un contrat à la concurrence, nous vous proposons de vous accompagner dans votre démarche de résiliation pour vous faciliter la vie !

COMMENT SE PROCURER UNE ATTESTATION DE CARTE VITALE ?

- Connectez-vous sur votre compte Ameli (assure.ameli.fr)

ou

- Contactez votre centre de Sécurité sociale par téléphone

ou

- Rendez-vous dans une CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) avec votre carte vitale

VOUS AVEZ DES QUESTIONS ? NOUS AVONS LES RÉPONSES !

QU'EST-CE QU'UN DÉPASSEMENT D'HONORAIRES ?

Il faut savoir que 40 % des médecins du secteur 2⁽¹⁾, principalement les spécialistes, pratiquent des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire que leur tarif de consultation dépasse le tarif prévu par votre régime obligatoire. Ainsi, pour une consultation de spécialiste, le tarif moyen national est de 56 € alors que la base de remboursement de votre régime obligatoire est de 23 €.

QUELS SONT LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES À L'ADHÉSION ?

Pour bénéficier de tous les avantages de La Complémentaire Santé Société Générale, il vous suffit de remplir et signer la demande d'adhésion remise par votre Conseiller. C'est simple : aucune formalité médicale ni aucun justificatif ne vous seront demandés.

COMMENT RÉSILIER MON ANCIEN CONTRAT ?

Si vous adhérez en agence au moins 3 mois avant la date d'échéance de votre ancien contrat, il suffit de remplir la demande de résiliation remise par votre Conseiller. Le service Sogécap Santé se charge des démarches de résiliation auprès de votre ancien assureur. Passé ce délai ou si vous n'adhérez pas directement en agence, la résiliation devra être faite par vos soins : il suffit de remplir la demande de résiliation et la renvoyer au service de gestion de votre ancien assureur.

COMBIEN DE TEMPS MON ADHÉSION EST-ELLE VALABLE ?

Votre adhésion est valable un an à partir de la date de prise d'effet souhaitée et elle est renouvelée annuellement par tacite reconduction, sans démarche de votre part et sans limite d'âge.

ET SI MA FAMILLE S'AGRANDIT, PUIS-JE CHANGER MON ADHÉSION ?

Si vos besoins évoluent, vous pouvez à tout moment ajouter de nouveaux bénéficiaires⁽²⁾ ou changer votre formule pour des remboursements plus importants. Pour cela, il suffit de vous rendre sur votre Espace Assuré sur sante.sogecap.fr ou de contacter le service Sogécap Santé qui vous aidera à choisir la formule la plus adaptée à votre nouvelle situation.

EN CAS D'HOSPITALISATION ET DE FRAIS MÉDICAUX À L'ÉTRANGER, QUE SE PASSE-T-IL ?

Si le régime obligatoire accepte la prise en charge, La Complémentaire Santé Société Générale pour les Pros intervient en complément dans la limite des frais engagés et selon les garanties indiquées à l'adhésion.

COMMENT PUIS-JE CONNAÎTRE LE TYPE DE TARIFS PRATIQUÉ PAR MON MÉDECIN ?

Tout médecin doit afficher les prix pratiqués. Il est ainsi utile de savoir s'il est conventionné ou s'il a adhéré aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées et s'il pratique des dépassements d'honoraires. Dans le cadre du contrat responsable, les Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées sont destinés à favoriser l'accès aux soins des patients grâce à de meilleurs remboursements des consultations effectués par les médecins ayant signé ce contrat. Pensez donc à vérifier si votre médecin en est adhérent.

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOCIÉTÉ GÉNÉRALE DÉDIÉE AUX PROS PEUT-ELLE ÊTRE RÉSILIÉE SI JE CONSOMME TROP ?

NON ! Quelle que soit la formule choisie, vous bénéficiez de garanties à vie dès la prise d'effet de votre adhésion.

À VOTRE ÉCOUTE TOUT AU LONG DE L'ANNÉE Vos contacts utiles pour gérer votre contrat



**PLATEFORME
SOGÉCAP SANTÉ :**
09 69 399 389⁽³⁾

Un conseiller vous répondra du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h 30 et le samedi de 9 h à 16 h 30. Vous pouvez également accéder à vos services de téléconsultation médicale et d'assistance 24/7.



SOGÉCAP SANTÉ
28 bis, rue de Courcelles
51100 Reims

Vous pouvez adresser tous vos documents, justificatifs à cette adresse postale.



**L'APPLI SANTÉ
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE**

L'application mobile est disponible gratuitement sur Apple Store et Google Play.



**VOTRE ESPACE ASSURÉ
SANTE.SOGECAP.FR**

Vous pouvez consulter le détail de votre adhésion, vos garanties et vos remboursements, télécharger vos décomptes et faire évoluer votre contrat.

(1) Médecins conventionnés pratiquant des "honoraires libres". (2) Conjoint ou bénéficiaires âgés de moins de 90 ans à l'adhésion et fiscalement à charge. (3) Coût d'une communication locale depuis une ligne fixe France Télécom en France Métropolitaine. Depuis un autre opérateur en France ou à l'étranger, tarification selon opérateur.

VOS GARANTIES

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4
Hospitalisation				
Forfait journalier Hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels sans limitation de durée	Frais réels sans limitation de durée	Frais réels sans limitation de durée	Frais réels sans limitation de durée
Honoraires (secteur conventionné ou non)	100 % BRSS ⁽²⁾	150 % BRSS ⁽²⁾	300 % BRSS ⁽²⁾	400 % BRSS ⁽²⁾
Frais de séjour en secteur conventionné et non conventionné (y compris maison de repos)	100 % BRSS ⁽³⁾	130 % BRSS ⁽³⁾	200 % BRSS ⁽³⁾	200 % BRSS ⁽³⁾
Transport remboursé par le RO	100 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Chambre particulière	-	-	60 € / jour	75 € / jour
Lit Accompagnant (quel que soit l'âge)	-	-	30 € / jour	45 € / jour
Exonération des cotisations	Oui	Oui	Oui	Oui
Soins courants				
Honoraires médicaux				
▪ Généralistes	100 % BRSS ⁽²⁾	150 % BRSS ⁽²⁾	200 % BRSS ⁽²⁾	300 % BRSS ⁽²⁾
	100 % BRSS ⁽³⁾	130 % BRSS ⁽³⁾	180 % BRSS ⁽³⁾	200 % BRSS ⁽³⁾
▪ Spécialistes	100 % BRSS ⁽²⁾	150 % BRSS ⁽²⁾	250 % BRSS ⁽²⁾	350 % BRSS ⁽²⁾
	100 % BRSS ⁽³⁾	130 % BRSS ⁽³⁾	180 % BRSS ⁽³⁾	200 % BRSS ⁽³⁾
Honoraires paramédicaux	100 % BRSS ⁽²⁾	150 % BRSS ⁽²⁾	200 % BRSS ⁽²⁾	300 % BRSS ⁽²⁾
	100 % BRSS ⁽³⁾	130 % BRSS ⁽³⁾	180 % BRSS ⁽³⁾	200 % BRSS ⁽³⁾
Analyses et examens de laboratoire	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Matériel médical	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Médicaments				
▪ Dont le service médical rendu majeur ou important	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
▪ Dont le service médical est classé modéré	30 % BRSS ⁽⁴⁾	60 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
▪ Dont le service médical est classé faible	15 % BRSS ⁽⁴⁾	40 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
▪ Prescrits non remboursés	-	40 € / an	75 € / an	150 € / an
Dentaire				
Soins et prothèses 100 % Santé	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Soins	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS
Prothèses				
▪ Remboursées par le RO	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
▪ Non remboursées par le RO	-	-	100 € / acte	200 € / acte
Orthodontie				
▪ Remboursée par le RO	100 % BRSS	200 % BRSS	100 % BRSS + 300 € / acte	100 % BRSS + 400 € / acte
▪ Non remboursée par le RO	-	-	-	200 € / acte
Implantologie, parodontologie	-	-	200 € / an	400 € / an
Plafond dentaire annuel	-	-	1 500 €	2 000 €
Aides auditives				
Equipements 100 % Santé	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres équipements remboursés par le RO	100 % BRSS	100 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS
Bilan auditif	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Entretien	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Optique				
Equipements 100 % Santé	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres équipements optiques				
▪ Paire de lunettes avec 2 verres de classe a	100 % BRSS	100 €	300 €	420 €
▪ Paire de lunettes avec 1 verre de classe a et 1 verre de classe b	100 % BRSS	125 €	325 €	560 €
▪ Paire de lunettes avec 2 verres de classe b	100 % BRSS	200 €	350 €	700 €
▪ Paire de lunettes avec 1 verre de classe a et 1 verre de classe c	100 % BRSS	125 €	350 €	610 €
▪ Paire de lunettes avec 1 verre de classe b et 1 verre de classe c	100 % BRSS	200 €	350 €	750 €
▪ Paire de lunettes avec 2 verres de classe c	100 % BRSS	200 €	350 €	800 €
▪ dont forfait pour la monture	30 € maximum	100 € maximum (150 € en 2019)	100 € maximum (150 € en 2019)	100 € maximum (150 € en 2019)
	-	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Lentilles remboursées ou non par le RO	100 % BRSS	+ 100 € / 2 ans	+ 300 € / 2 ans	+ 700 € / 2 ans
Chirurgie de l'œil	-	-	150 € / an et / œil	300 € / an et / œil
Cure thermique				
Cure thermique remboursée par le RO	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS + 200 € / an	100 % BRSS + 300 € / an
Prévention et Confort				
Actes de prévention dans le cadre du contrat responsable	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait Prévention non remboursée / Médecine Alternative ⁽⁵⁾	100 € / an	200 € / an	350 € / an	450 € / an
▪ dont forfait automédication	40 € / an	40 € / an	40 € / an	40 € / an
Allocation Maternité / Adoption	-	-	100 €	200 €
Cotisation gratuite à partir du 3 ^{ème} enfant ⁽⁶⁾	Oui	Oui	Oui	Oui

RENFORT OPTIQUE + forfait 100 € / 2 ans
(pour formules 2 et 3 uniquement)

RENFORT DENTAIRE + forfait 100 € / an
(toutes formules éligibles)

Les pourcentages sont exprimés en Base de Remboursement Sécurité sociale (BRSS).

BRSS : Base de Remboursement Sécurité sociale, il s'agit de la base retenue par le régime obligatoire pour déterminer le montant du remboursement.

FR : Frais Réels. **RO** : Régime d'Assurance Maladie auquel chaque personne est rattachée en fonction de sa situation personnelle.

(1) Le forfait journalier hospitalier est couvert sur la base de 100 % du tarif journalier fixé chaque année par la Sécurité sociale, hors Alsace-Moselle. **(2)** Praticiens (généralistes, spécialistes, radiologues, etc.) ayant adhéré aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées. **(3)** Praticiens (généralistes, spécialistes, radiologues, etc.) n'ayant pas adhéré aux Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées. **(4)** Ces montants exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) correspondent au seul remboursement du Régime Obligatoire, hors Alsace-Moselle. **(5)** Bonus Fidélité : sur les formules 2, 3 et 4, un bonus de fidélité de 50 € sur le forfait Prévention & Confort est offert à chaque bénéficiaire dès sa troisième année consécutive d'adhésion, renouvelé ensuite chaque année d'assurance. **(6)** Dans la limite de trois enfants gratuits.

À TRÈS BIENTÔT

DANS NOS AGENCES

1 300 conseillers à votre service

SUR INTERNET

professionnels.societegenerale.fr

SUR VOTRE MOBILE

avec l'Appli Société Générale

PAR TÉLÉPHONE

3955

Service gratuit
+ prix appel

et dites "PRO"

3955 : des conseillers vous répondent de 8 h à 22 h en semaine et le samedi jusqu'à 19 h, hors jours fériés. Depuis l'étranger +33 (0) 810 01 3955. Tarif au 01/09/2019.

Document publicitaire sans valeur contractuelle.

La Complémentaire Santé Société Générale : contrat d'assurance collective à adhésion facultative souscrit par l'Association APOGEE auprès de Sogécap, compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation régie par le *Code des Assurances*. Ce contrat est présenté par Société Générale, dont le siège social est situé 29, boulevard Haussmann (Paris IX*), en sa qualité d'intermédiaire en assurances, immatriculation ORIAS n° 07 022 493 (www.orias.fr). Cette offre est valable en France et soumise à des conditions d'éligibilité. Les événements garantis, les conditions, les limites et exclusions figurent au contrat.

Sogécap, Société Anonyme d'assurance sur la vie et de capitalisation au capital de 1 168 305 450 EUR. Entreprise régie par le *Code des assurances* - 086 380 730 R.C.S. Nanterre. Siège social : Tour D2 - 17 bis place des Reflets - 92919 Paris La Défense 2 - Service Relations Clients : 42, bd Alexandre Martin - 45057 Orléans Cedex 1.

Apogée - Association pour l'optimisation et la gestion de l'épargne-retraite. Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901. Tour Société Générale - 17 cours Valmy - 92972 Paris La Défense Cedex.

Inter Partner Assistance - Succursale pour la France - 6, rue André Gide 92320 Châtillon - Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro B316 139 500 - SIRET n° 316 139 500 00 011, N° TVA intracommunautaire FR 42 316 139 500, Code APE 6512Z - Siège social : avenue Louise 166 - 1050 - Bruxelles - Belgique - S.A. de droit belge au capital de 11 702 613 EUR - RCB/HRB 39025 Entreprise d'Assurance agréée sous le n° BNB 0487.

MédecinDirect, société par actions simplifiée au capital social de 87 100 EUR, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés d'Evry sous le numéro 508 346 673, dont le siège social est situé à Longjumeau (91160).

Carte Blanche Partenaires - S.A.S. au capital de 100 000 EUR - RCS Paris B 379 301 518 - Siret : 379 301 518 00104 - Siège social : 26 rue Laffitte - 75009 Paris.



Société Générale. S.A. au capital de 1 066 714 367,50 EUR. Siège social : 29, Boulevard Haussmann - 75009 Paris - 552 120 222 RCS Paris - Dialogues - Septembre 2019 - Réf. 539 588 G - Crédit photo : Getty Images - iStock.



Société Générale participe au recyclage du papier et a conçu ce document dans le souci d'une incidence minimale sur l'environnement.