



SOLUTION SANTÉ VITAKER

LA SOLUTION SANTÉ DÉDIÉE AUX ÉLÈVES AVOCATS



KERIALIS
Prévoyance, Santé & Retraite



À VOS CÔTÉS POUR VOUS PROTÉGER

Forts de plus de 60 ans d'expérience, nous avons à cœur de nous réinventer régulièrement pour vous proposer les offres les plus adaptées à vos besoins. Organisme à but non lucratif, nous définissons pour vous les prix les plus justes.

Nous accompagnons nos clients en matière de prévoyance, de complémentaire santé, de dépendance, d'indemnités de fin de carrière et de retraite supplémentaire.

Notre objectif : vous proposer une couverture santé essentielle à moindre coût.



85

collaborateurs



32 039

salariés assurés



133,7 M€

de fonds propres



+65 ans

d'expertise au service
des professions du droit



108,2 M€

de cotisations
annuelles



17 347

retraités assurés

Source : Rapport Annuel 2024

SANTÉ

OFFRE VITAKER

PARCE QUE LA SANTÉ RESTERA
TOUJOURS UNE PRIORITÉ

KERIALIS propose VITAKER ANI, la complémentaire santé collective adaptée aux élèves avocats.

Avec **sa formule unique et ses options facultatives**, étudiées au plus près des spécificités des élèves avocats, additionnées à une qualité de gestion rigoureuse, **nous proposons une couverture santé conforme au panier de soins à un budget maîtrisé.**



**KERIALIS EN FAIT PLUS
POUR VOUS**

- > Garanties conformes au contrat responsable et au 100% santé
- > Aucun délai de carence
- > Tarif unique quel que soit l'âge
- > Couverture des ayants droit (conjoint/enfant(s))
- > Pas de sélection médicale
- > Une garantie obsèques

UN RÉGIME DE BASE

Le contrat **VITAKER ANI** permet d'avoir accès à une garantie de base couvrant l'essentiel des frais de santé.

UN RÉGIME OPTIONNEL

Deux options facultatives possibles qui permettent d'améliorer votre couverture. En choisissant l'une des formules de garanties surcomplémentaires, vous pouvez renforcer vos garanties.

UNE STRUCTURE DE COTISATION UNIQUE

Une structure de cotisation adaptée à chaque situation familiale : Adulte/Enfant.

VOTRE AFFILIATION

SG Santé vous accompagne dans l'affiliation de votre contrat santé VITAKER.



VOS REMBOURSEMENTS SANTÉ

SG SANTE centre de gestion, est chargé de :

- > **Rembourser** vos frais de santé,
- > **Mettre en place** la télétransmission avec la Sécurité sociale,
- > **Délivrer** vos prises en charge hospitalières,
- > **Coordonner** votre service de tiers-payant.

OFFREZ-VOUS UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ PERFORMANTE

VITAKER ANI

Dès **34,04 €* /mois**

- > **prise en charge** du ticket modérateur
- > **prise en charge** du forfait journalier hospitalier
- > **couverture des frais dentaires**
- > **forfait optique** quelque soit la correction des verres
- > **un panier 100% santé** en dentaire, optique et aides auditives

**Cotisation adulte ANI 2026*

TABLEAU DE VOS GARANTIES (1/3)


	SÉCURITÉ SOCIALE	ANI	Remboursement complémentaire dans la limite des frais réels	
			OPTION 1 (responsable)	OPTION 2 (responsable)
HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MÉDICALE, MATERNITÉ				
Forfait journalier hospitalier		100 % FR		
Forfait patient urgences		100 % FR		
Honoraires médecins, chirurgiens, anesthésistes Praticiens signataires DPTAM/DPTAM-CO et conventionnés	80 % BR ***	100 % BR	100% BR	+200% BR
Honoraires médecins, chirurgiens, anesthésistes Praticiens non signataires DPTAM/DPTAM-CO et non conventionnés ⁽³⁾	80 % BR ***	100 % BR ⁽¹⁾	80% BR ⁽¹⁾⁽²⁾	+180% BR ⁽¹⁾⁽²⁾
Frais de séjour	80 % BR ***	100 % FR		
Chambre particulière Hors Ambulatoire (par nuit) ⁽⁴⁾			+25 €	+50 €
Lit d'accompagnement Enfant - 16 ans (par nuit)				
Frais de transport	65 % BR***	100 % BR	100% BR	+200% BR
Indemnité de naissance ou d'adoption par enfant, doublé en cas de jumeaux			+100 €	+200 €
Consultations, actes liés à l'accouchement Praticiens signataires DPTAM/DPTAM-CO	80 % BR ***	100 % BR		
Consultations, actes liés à l'accouchement Praticiens non signataires DPTAM/DPTAM-CO ⁽³⁾	80 % BR ***	100 % BR ⁽¹⁾		
OPTIQUE				
Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 6 mois par bénéficiaire de moins de 6 ans à partir de la date de facturation selon réglementation en vigueur.				
Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les ans par bénéficiaire de moins de 16 ans à partir de la date de facturation.				
Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire de 16 ans et plus à partir de la date de facturation et par dérogation, tous les ans en cas d'évolution de la vue.				
Il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes susmentionnées pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.				
Possibilité pour le participant de «moduler» les classes de produits. Ex : monture classe A, verres classe B ; monture classe B, verres classe A...				
Équipement Classe A (monture et verres) entrant dans le panier 100 % santé		100 % FR jusqu'au Prix Limite de Vente fixé par la réglementation - Prix maximum de la monture 30 €		
Équipement Classe B (monture et verres) hors panier 100% santé (panier libre)				
<i>Prix maximum de la monture dans les équipements décrits ci-dessous</i>				
- Monture + 2 verres simples (a)	60 % BR	100 € 60 % BR + 100 €	100 € - base +75 €	100 € - base +150 €
- Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe (a) (b)	60 % BR	60 % BR + 150 €		
- Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe (a) (c)	60 % BR	60 % BR + 200 €	+100 €	+200 €
- Monture + 2 verres complexes (b)	60 % BR	60 % BR + 200 €		
- Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe (b) (c)	60 % BR	60 % BR + 200 €		
- Monture + 2 verres très complexes (c)	60 % BR	60 % BR + 200 €		
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (forfait par année civile et par bénéficiaire) (5)	60 % BR	60 % BR + 100 €	+75 €	+150 €
Kératotomy (chirurgie correctrice par œil)			+75 €	+150 €

TABLEAU DE VOS GARANTIES (2/3)



	Remboursement complémentaire dans la limite des frais réels			
	SÉCURITÉ SOCIALE	ANI	OPTION 1 (responsable)	OPTION 2 (responsable)
SOINS DENTAIRES				
Soins et Prothèses entrant dans le panier 100 % santé	100 % FR jusqu'aux Honoraires Limites de Facturation			
Soins et Prothèses et soins hors panier 100 % santé (panier reste à charge maîtrisé et panier libre)	Prestations exprimées y compris le Régime Obligatoire			
- Consultations, soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité Sociale	60 % BR	100 % BR		
- Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale dont Inlay Core	60 % BR	125 % BR	+100% BR	+200% BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	155% BR	+100% BR	+200% BR
Plafond (par année civile et par bénéficiaire) pour les prothèses dentaires remboursées et l'orthodontie années 1 & 2 ⁽⁶⁾			+750 €	+1000 €
Plafond (par année civile et par bénéficiaire) pour les prothèses dentaires remboursées et l'orthodontie à partir de la 3 ^{ème} année ⁽⁶⁾				
Forfait par année civile et par bénéficiaire : Prothèses Dentaires refusées, Orthodontie, Parodontologie, Implantologie, Inlay- Onlay refusés (la 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année)		100 €	+250 €	+500 €
Forfait par année civile et par bénéficiaire : Prothèses Dentaires refusées, Orthodontie, Parodontologie, Implantologie, Inlay- Onlay refusés (à partir de la 3 ^{ème} année)		100 €		
AIDES AUDITIVES				
Aides auditives Classe I entrant dans le panier 100 % santé ⁽⁷⁾	100 % FR jusqu'au Prix Limite de Vente fixé par la réglementation			
Aides auditives Classe II hors panier 100% santé (panier libre) ⁽⁷⁾⁽⁸⁾				
- Prothèses auditives	60 % BR	100 % BR	+100 % BR	+200 % BR
-Piles et accessoires	60 % BR			
SOINS COURANTS				
Auxiliaires médicaux ⁽³⁾	60 % BR	100 % BR	+100 % BR	+200 % BR
Consultations, visites, actes de petite chirurgie				
Praticiens signataires DPTAM/DPTAM-CO et conventionnés	70 % BR	100 % BR	+100% BR	+200% BR
Consultations, visites, actes de petite chirurgie				
Praticiens non signataires DPTAM/DPTAM-CO et non conventionnés ⁽³⁾	70 % BR	100 % BR ⁽¹⁾	+80% BR ⁽¹⁾⁽²⁾	+125% BR ⁽¹⁾⁽²⁾
Consultation Psychologue dans le cadre du dispositif «MonPsy» ⁽⁹⁾	60 % BR	100 % BR		
Analyses, laboratoire				
Praticiens signataires DPTAM/DPTAM-CO et conventionnés	60 % BR	100 % BR	+100% BR	+200% BR
Analyses, laboratoire ⁽³⁾				
Praticiens non signataires DPTAM/DPTAM-CO et non conventionnés ⁽³⁾	60 % BR	100 % BR ⁽¹⁾	+80% BR ⁽¹⁾⁽²⁾	+180% BR ⁽¹⁾⁽²⁾
Imagerie, Radiologie, Echographie				
Praticiens signataires DPTAM/DPTAM-CO et conventionnés	70 % BR	100 % BR	+100% BR	+200% BR
Imagerie, Radiologie, Echographie				
Praticiens non signataires DPTAM/DPTAM-CO et non conventionnés ⁽³⁾	70 % BR	100 % BR ⁽¹⁾	+80% BR ⁽¹⁾⁽²⁾	+180% BR ⁽¹⁾⁽²⁾
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale à hauteur de 65 %	65 % BR	100 % BR		
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale à hauteur de 30 %	30 % BR	100 % BR		
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale à hauteur de 15 %	15 % BR	100 % BR		
Forfait médicaments prescrits non remboursés (par année civile et par bénéficiaire)				
Appareillage	60 % BR	100 % BR	+100% BR	+200% BR
Orthopédie	60 % BR	100 % BR	+100% BR	+200% BR

TABLEAU DE VOS GARANTIES (3/3)

 GARANTIES (y compris Sécurité sociale)	SÉCURITÉ SOCIALE	ANI	Remboursement complémentaire dans la limite des frais réels	
			OPTION 1 (responsable)	OPTION 2 (responsable)
CURES THERMALES				
Cures thermales acceptées par le régime obligatoire (par année civile et par bénéficiaire)	70 % BR	100 % BR	+100 €	+200 €
Soins, transport, hébergement (dans la limite des frais réels) ⁽²⁾⁽⁵⁾				
MÉDECINES DOUCES ET PRÉVENTION				
Médecines naturelles : ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, diététicien (maximum 4 séances par année civile et par bénéficiaire)			+10 €	+20 €
Prévention non-remboursée : ostéodensitométrie, amniocentèse, mammographie, dépistage cancer (par année civile et par bénéficiaire)		35 €		
Vaccins (maximum 2 par année civile et par bénéficiaire)		10 €		
Vaccins (par année civile et par bénéficiaire)				
Substitut nicotine (par année et par bénéficiaire)				
Contraceptifs (par année et par bénéficiaire)				
ASSISTANCE				
Assistance		Oui		
RÉSEAU DE SOINS				
Réseau de soin		Oui		
GARANTIE OBSÈQUES				
Allocation obsèques		500 €		

LEXIQUE

FR : Frais réels

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

TM : Ticket modérateur

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

* Valeur PMSS 2026 : 4 005 €

** Cette garantie n'est pas éligible aux options 1 et 2

*** Sauf base de remboursement de la Sécurité sociale supérieure

(1) Si le praticien concerné n'a pas adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) ou au dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (DPTAM-CO), le remboursement complémentaire est réduit de 20 % par rapport aux praticiens adhérents au DPTAM sur le même niveau de garanties et ne pourra pas dépasser TM + 100 % de la Base de Remboursement (BR).

(2) Le cumul entre le régime obligatoire, la garantie de base et l'option surcomplémentaire 1 et 2 ne peut excéder 200 % de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire, une décote de 20 % de la base de remboursement SS est appliquée sur tous les dépassements d'honoraires pratiqués par des médecins non signataires DPTAM/DPTAM-CO.

(3) En secteur non conventionné : BR = Tarif d'autorité.

(4) Chambre particulière limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire en établissement psychiatrique.

(5) **Après épuisement du forfait, seul le remboursement du Ticket Modérateur sera effectué.**

(6) **Après épuisement du forfait, le remboursement sera limité à 125 % de la BR.**

(7) Un équipement est composé d'un appareil par oreille - **Prise en charge limitée pour chaque oreille**, à une aide auditive par période de 4 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

(8) **Remboursement limité à 1700 € par équipement** (Régime Obligatoire + Complémentaire Santé).

(a) Verres simples

- équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;

- équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

- équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

(b) Verres Complexes

- équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;

- équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

- équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

- équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;

- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

(c) Verres très complexes

- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;

- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

- équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(9) Arrêté du 24 juin 2024 modifiant l'arrêté du 8 mars 2022 relatif aux tarifs, codes de facturation et critères d'inclusion du dispositif de prise en charge de séances d'accompagnement psychologique.

Les taux de remboursement des actes et des soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie sont consultables sur le site Internet www.ameli.fr (pour tous les bénéficiaires, ceux affiliés au régime général et au régime local d'Alsace-Moselle).

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (1/2)

(dans le cadre d'un parcours
de soins coordonnés)

GARANTIES CONTRAT	SÉCURITÉ SOCIALE				ANI		Remboursement complémentaire dans la limite des frais réels	
	Prix moyen pratique ou tarif ré- glementé	Base de rem- boursement SS	Taux de rem- boursement SS	Rembrou- sement de l'assurance maladie obli- gatoire	Rembrou- sement de l'assurance maladie complé- mentaire	Reste à charge	OPTION 1 (responsable)	OPTION 2 (responsable)
Actes							Remboursement de l'assurance maladie complé- mentaire	Remboursement de l'assurance maladie complé- mentaire
HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MÉDICALE, MATERNITÉ								
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	0,00 €	0%	0,00 €	20,00 €	0,00 €		
Honoraires du chirurgien avec dé- passement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (1)	422,00 €	271,70 €	100%	271,70 €	0,00 €	150,30 €	+ 271,7 €	+ 543,4 €
Honoraires du chirurgien avec dé- passement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO (1)) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (2)(3)	463,00 €	271,70 €	100%	271,70 €	0,00 €	191,30 €	+ 217,36 €	+ 489,06 €
Chambre particulière (4)	120,00 €	0,00 €	0%	0,00 €	0,00 €	120,00 €	+ 25 €	+ 50 €
OPTIQUE								
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	125,00 €	30%	37,50 €	87,50 €	0,00 €		
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux (5)	356,00 €	0,15 €	60%	0,09 €	100,00 €	255,91 €	+ 75 €	+ 150 €
Equipement optique Classe A (monture + verres) de verres multifocaux (équipement 100% santé)	210,00 €	210,00 €	30%	63,00 €	147,00 €	0,00 €		
Equipement optique Classe B (monture + verres) Verres multifocaux (5)	800,00 €	0,15 €	60%	0,09 €	200,00 €	599,91 €	+ 100 €	+ 200 €
SOINS DENTAIRES								
Détartrage	43,38 €	43,38 €	60%	26,03 €	17,35 €	0,00 €		
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	120,00 €	60%	72,00 €	428,00 €	0,00 €		
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires (prothèse du panier "maîtrisé")	550,00 €	120,00 €	60%	72,00 €	78,00 €	400,00 €	+ 120 €	+ 240 €
Couronne céramo-métallique sur molaires (prothèse du panier "libre")	554,00 €	120,00 €	60%	72,00 €	78,00 €	404,00 €	+ 120 €	+ 240 €
Prothèse dentaire non remboursée	600,00 €	0,00 €	0%	0,00 €	100,00 €	500,00 €	+ 250 €	+ 500 €
Orthodontie pris en charge par la SS	1 000,00 €	193,50 €	100%	193,50 €	106,43 €	700,08 €	+ 193,5 €	+ 387 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (2/2)

(dans le cadre d'un parcours
de soins coordonnés)

GARANTIES CONTRAT	SÉCURITÉ SOCIALE		ANI				Remboursement complémentaire dans la limite des frais réels	
							OPTION 1 (responsable)	OPTION 2 (responsable)
AIDES AUDITIVES								
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé) ⁽⁶⁾	950,00 €	400,00 €	60%	240,00 €	710,00 €	0,00 €		
Aide auditive de classe II par oreille ⁽⁶⁾⁽⁷⁾	1 565,00 €	400,00 €	60%	240,00 €	160,00 €	1 165,00 €	+ 400 €	+ 800 €
SOINS COURANTS								
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	26,50 €	26,50 €	70%	17,55 €	7,95 €	1,00 €	+ 26,50 €	+ 53 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique sans dépassement d'honoraires	31,50 €	31,50 €	70%	21,05 €	9,45 €	1,00 €	+ 31,50 €	+ 63 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾ ⁽²⁾ ⁽³⁾)	52,00 €	31,50 €	70%	21,05 €	9,45 €	21,50 €	+ 31,50 €	+ 63 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾ ⁽²⁾ ⁽³⁾)	65,00 €	24,50 €	70%	16,15 €	7,35 €	41,50 €	+ 19,60 €	+ 30,63 €

Valeur PMSS 2026 : 4 005 €

* Garantie non éligible aux options 1 et 2

- (1) Si le praticien concerné n'a pas adhéré au dispositif de l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou à l'Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO), le remboursement complémentaire est réduit de 20 % par rapport aux praticiens adhérents à l'OPTAM sur le même niveau de garanties et ne pourra pas dépasser TM + 100 % de la Base de Remboursement (BR).
- (2) Le cumul entre le régime obligatoire, la garantie de base et l'option surcomplémentaire 1 et 2 ne peut excéder 200 % de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire, une décote de 20 % de la base de remboursement SS est appliquée sur tous les dépassements d'honoraires pratiqués par des médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO.
- (3) En secteur non conventionné : BR = Tarif d'autorité.
- (4) Chambre particulière limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire en établissement psychiatrique.
- (5) Prix maximum de la monture 100 €.
- (6) Un équipement est composé d'un appareil par oreille - Prise en charge limitée pour chaque oreille, à une aide auditive par période de 4 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.
- (7) Remboursement limité à 1700 € par équipement (Régime Obligatoire + Complémentaire Santé).

TARIFS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ VITAKER

TARIFS DU RÉGIME GÉNÉRAL (en € et en % du PMSS)

	ANI
Adulte	34,04 € (0,85%)
Enfant	26,83 € (0,67%)

TARIFS DES OPTIONS DU RÉGIME GÉNÉRAL (en € et en % du PMSS)

	OPTION 1 (responsable)	OPTION 2 (responsable)
Adulte	18,82 € (0,47%)	31,24 € (0,78%)
Enfant	15,62 € (0,39%)	24,03 € (0,60%)



Tarifs exprimés en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)
Valeur du PMSS 2026 : 4 005 €
(sous réserve de la publication du texte réglementaire fixant officiellement son montant)

LES SERVICES KERIALIS



L'ESPACE PERSONNEL SG SANTÉ, L'OUTIL POUR SIMPLIFIER VOS DÉMARCHES

- Consulter / Modifier ses données personnelles,
- Imprimer sa carte de tiers payant à tout moment,
- Retrouver ses règlements en temps réel,
- Effectuer une demande de prise en charge hospitalière,
- Retrouver sa notice d'information,
- Consulter les garanties de son contrat en cours,
- Consulter l'ensemble des praticiens des différents réseaux,
- Archiver l'historique de ses règlements,
- Transférer ses documents administratifs,
- Retrouver son guide utilisateur de son contrat en cours,
- Demander un devis de remboursement.



MON @SSISTANCE, UN ACCOMPAGNE- MENT DE TOUS LES INSTANTS

Pour vous accompagner dans vos problématiques quotidiennes, la garantie d'assistance est automatiquement incluse dans nos contrats santé. La plateforme est entièrement sécurisée et accessible gratuitement, avec zéro service payant.

- Aide à domicile,
- Garde ou transfert d'enfants ou dépendants à charge,
- Dispositif de téléassistance,
- Conseils et informations médicales,
- Soutien psychologique et accompagnement social,
- Accompagnement spécifique et aides pour le quotidien.



UN ACCÈS AU RÉSEAU DE SOINS ITELIS

KERIALIS s'est associé à ITELIS, le leader des réseaux de soins en France afin de vous offrir un accès à des soins de qualité au meilleur coût :

- Soins courants (optique, audition, dentaire),
- Soins bien-être (ostéopathie, chiropraxie, diététique) en cabinet, à domicile ou en visioconférence.



VOS CONSULTATIONS MÉDICALES À DISTANCE AVEC BONJOURDOCTEUR

KERIALIS propose le service de téléconsultation et de télémédecine BonjourDocteur.

Inclus à votre contrat santé KERIALIS, BonjourDocteur vous permet de consulter gratuitement des médecins 24h/24 et 7j/7 depuis votre mobile, votre ordinateur et votre tablette.



Retrouvez l'ensemble des services KERIALIS
sur notre site www.kerialis.fr

UN ACCOMPAGNEMENT DE CHAQUE INSTANT

VOS GESTIONNAIRES DÉDIÉS

Gestion de mon adhésion

Gestion administrative individuelle

Tél. : **04 34 48 01 14**
E-mail : gestion.admin@sgsante.fr

Pour toute demande concernant un remboursement

Gestion prestations individuelles

Tél. : **03 26 26 95 01**
E-mail : 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 **06h00** à **20h00**
- Le **samedi** de **9h30** à **17h30**

Service Qualité et Réclamations :

- Par **courrier**, une relation client centralisée :

SG Santé
TSA 40012
51049 Châlons-en-Champagne Cedex

- Par **e-mail** : service.reclamation@sgsante.fr

Plus d'infos sur www.sgsante.fr

SGsanté
SERVICE CLIENT



Communication non contractuelle à caractère commercial

KERIALIS Prévoyance - Institution de Prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du code de la Sécurité sociale N° SIREN : 784 411 175 - 80, rue Saint-Lazare – 75455 Paris Cedex 09
soumise au contrôle de l'ACPR, site 4 Place de Budapest CS 92459 75 436 Paris Cedex 09
Plaquette VITAKER EFB - Novembre 2025 - Photos : Adobe Stock - Getty Images - iStock



KERIALIS
80, rue Saint-Lazare - 75455 Paris Cedex 09

[in](#) [X](#) [f](#) [d](#) [v](#)
www.kerialis.fr