



## OPTION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ESSENTIEL (N° convention 200 902) + SURCOMPLÉMENTAIRE (N° convention 60200902)

Cette option vous permet de vous garantir un complément aux remboursements de frais médicaux de la Sécurité sociale. Vos remboursements complémentaires sont effectués par votre centre de gestion :

**SG SANTE - Gestion Santé - Cellule PH Services - TSA 40012 - 51049 Châlons-en-Champagne Cedex**  
Tél. 03 26 26 95 07 - [gestion.prestation@sgsante.fr](mailto:gestion.prestation@sgsante.fr)

Vous bénéficiez d'une liaison directe entre votre caisse de Sécurité sociale et notre centre de gestion (liaison Noémie) et nous mettons à votre disposition une carte de Tiers Payant.

En cas d'hospitalisation, de vous-même ou d'un membre de votre famille, une prise en charge directe à l'établissement de soins, se fera sur votre demande, afin de vous éviter une avance des frais d'hospitalisation.

Le contrat est en conformité avec le décret 2014-1374 du 18/11/2014 sur les contrats responsables.

### BARÈMES DES PRESTATIONS DE L'ANNÉE 2024

(en complément des remboursements de la Sécurité sociale y compris la garantie Complémentaire Santé Essentiel)

En orange : amélioration de la garantie grâce à la Surcomplémentaire

HOSPITALISATION ET MATERNITÉ		
Chirurgie, honoraires chirurgicaux, frais de séjours secteur conventionné	OPTAM-OPTAM CO * 100% FR - RSS maxi 200% BR	NON OPTAM-OPTAM CO * 100% FR- RSS maxi 200% BR
Chirurgie, honoraires chirurgicaux, frais de séjours secteur non conventionné	80% FR- RSS maxi TM + 100% BR	
Forfait hospitalier	100% FR	
Chambre particulière (limitation/an et /bénéf à 30 jours en psychiatrie et 60 jours en maison de repos, soins de suite et réadaptation)	2% PMSS soit 77,28 € par jour	
Frais d'accompagnement (enfant -12 ans)	1% PMSS soit 38,64 € par jour	
SOINS MÉDICAUX COURANTS		
Radiographie, actes techniques médicaux	OPTAM-OPTAM CO * 50% BR	NON OPTAM-OPTAM CO * 50% BR
Consultations et visites	OPTAM-OPTAM CO * 50% BR	NON OPTAM-OPTAM CO * 50% BR
Auxiliaires médicaux et analyses médicales	40% BR	
Prothèses orthopédiques	60% BR	
Frais de transport	65% BR	
Pharmacie	100% FR-SS	
PROTHÈSES AUDITIVES		
Equipements 100 % Santé (Dans la limite des PLV)	100% FR-SS	
Equipements à Tarif Libre	60% BR maxi 1700 € - SS par oreille	
FRAIS DENTAIRES		
<b>Panier 100 % Santé (Dans la limite des PLV)</b> Inlays-Core et Prothèses dentaires acceptés par la Sécurité sociale	100% FR-SS	
<b>Panier reste à charge maîtrisé (Dans la limite des PLV)</b> Inlays-Core, Inlays, Onlays et Prothèses dentaires acceptés par la Sécurité sociale	180% BR	
<b>Panier Tarif Libre</b> Soins dentaires Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale Prothèses dentaires refusées par la Sécurité sociale	100% BR 180% BR 100% BR reconstituée	
<b>Autres dispositifs dentaires</b> Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale Dentaire Hors Nomenclature - Parodontologie / implantologie	150% BR 500 € par an et par bénéficiaire	

<b>OPTIQUE</b> (limitation 1 paire de lunettes tous les 2 ans, sauf enfants moins de 16 ans et évolution de la vue au moins 0,5 dioptrie)	
Lentilles jetables ou non jetables acceptées** ou non par la Sécurité Sociale	100 € par an et par bénéficiaire
Equipements Optique 100 % Santé (Dans la limite des PLV)	100% FR-SS
Equipements à Tarif Libre (1 monture + 2 verres)	150 € par équipement dont maxi 100 € y compris SS pour la monture + 50 € pour les verres progressifs
<b>BONUS FIDELITE de 100 € pour les verres dès la 3<sup>ème</sup> année en cas de non consommation les 2 années précédentes</b>	
<b>ACTES HORS NOMENCLATURE</b>	
Ostéopathie / Psychomotricité / Amniocentèse	100 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive de l'oeil	500 € par an et par bénéficiaire
Sevrage tabagique	50 € par an et par bénéficiaire

- FR : Frais Réels • RSS : Remboursement de la Sécurité sociale • TM : Ticket Modérateur • PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
- BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale • PLV : Prix Limite de Vente
- \* Depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2017 : médecins OPTAM / médecins Non OPTAM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maitrisée). OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.
- \*\* Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements suivants s'effectueraient sur la base de 100% TM

## BARÈMES DES COTISATIONS DE L'ANNÉE 2024

### GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ESSENTIEL + SURCOMPLÉMENTAIRE (arrondies à l'euro le plus proche)

**En orange : montant de la cotisation de la surcomplémentaire**

RÉGIME GÉNÉRAL	Cotisations avant 39 ans		Cotisations à 39 ans et après	
	Par an	Par mois	Par an	Par mois
Par adulte	277 € + 35 €	23,08 € + 2,92 €	555 € + 35 €	46,25 € + 2,92 €
Par enfant	155 € + 21 €	12,92 € + 1,75 €	310 € + 21 €	25,83 € + 1,75 €
Retraité (par personne)	-	-	829 € + 35 €	69,08 € + 2,92 €
RÉGIME SPÉCIFIQUE ALSACE MOSELLE	Par an	Par mois	Par an	Par mois
Par adulte	157 € + 35 €	13,08 € + 2,92 €	315 € + 35 €	26,25 € + 2,92 €
Par enfant	83 € + 21 €	6,92 € + 1,75 €	167 € + 21 €	13,92 € + 1,75 €
Retraité (par personne)	-	-	472 € + 35 €	39,33 € + 2,92 €

Les bénéficiaires couverts au titre des garanties surcomplémentaires sont nécessairement les mêmes que ceux couverts au titre du régime de base Complémentaire Santé Essentiel.

## EXEMPLE D'IMPACT DE L'ADHÉSION OU NON À LA SUR COMPLÉMENTAIRE

pour une opération de prothèse totale du genou – Régime Essentiel + Surcomplémentaire

	Exemples d'honoraires	Reste à charge après sécurité sociale	Régime ESSENTIEL		Régime ESSENTIEL + Surcomplémentaire facultative	
			Remboursement de votre contrat Frais Médicaux	Reste à votre charge	Remboursement de vos contrats Frais Médicaux	Reste à votre charge
Chirurgien et Anesthésiste <b>Adhérent OPTAM</b>	2 450,00€	1 791,71€	1 645,72 €	<b>145,99 €</b>	1 645,72 €	<b>145,99 €</b>
Chirurgien et Anesthésiste <b>Non adhérent OPTAM</b>	2 450,00€	1 791,71€	987,43 €	<b>804,28 €</b>	1 645,72 €	<b>145,99 €</b>

Attention : Les montants indiqués au niveau des remboursements de la Sécurité sociale, du régime complémentaire et du reste à charge de l'assuré ne tiennent pas compte de la contribution forfaitaire de 1 € sur les actes médicaux, à la charge de chaque assuré et s'entendent sous réserve du respect du parcours de soins. Cette contribution est limitée à 50 € par personne et par an, elle ne concerne pas les moins de 18 ans, les femmes enceintes de plus de 6 mois et les bénéficiaires de la CMU. Ces remboursements ne tiennent également pas compte des franchises médicales concernant les actes effectués par un auxiliaire médical. Les exemples en euros ont été établis sur la base du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale 2024 (3 864 €) et sur la base de la législation en vigueur au 31/12/2023.