OPTION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ESSENTIEL (N° convention 200 902)

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

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 2025 (en complément des remboursements de la Sécurité sociale)

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 TM +100% 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 78,50 € par jour	
Frais d'accompagnement (enfant -12 ans)	1% PMSS soit 39,25 € par jour	
SOINS MÉDICAUX COURANTS		
Consultations et visites	OPTAM-OPTAM CO * 50% BR	NON OPTAM-OPTAM CO * 30% BR
Radiographie, actes techniques médicaux	OPTAM-OPTAM CO * 50% BR	NON OPTAM-OPTAM CO * 30% 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		
Panier 100 % Santé (Dans la limite des PLV) Inlays-Core et Prothèses dentaires acceptés par la Sécurité sociale	100% FR-SS	
Panier reste à charge maîtrisé (Dans la limite des PLV) Inlays-Core, Inlays, Onlays et Prothèses dentaires acceptés par la Sécurité sociale	180% BR	
Panier Tarif Libre Soins dentaires Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale Prothèses dentaires refusées par la Sécurité sociale	 100% BR 180% BR 100% BR reconstituée	
Autres dispositifs dentaires Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale Dentaire Hors Nomenclature - Parodontologie / implantologie	 150% BR 500 € par an et par bénéficiaire	

OPTIQUE (limitation 1 paire de lunettes tous les 2 ans, sauf enfants moins de 16 ans et évolution de la vue au moins 0,5 dioptrie)	
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
BONUS FIDELITE de 100 € pour les verres dès la 3ème année en cas de non consommation les 2 années précédentes	
ACTES HORS NOMENCLATURE	
Ostéopathie / Psychomotricité / Amniocentèse	100 € 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 1er 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'effectueront sur la base de 100% TM

BARÈMES DES COTISATIONS DE L'ANNÉE 2025
GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ESSENTIEL (arrondies à l'euro le plus proche)

-50% pour les moins de 39 ans

	Cotisations avant 39 ans		Cotisations à 39 ans et après	
RÉGIME GÉNÉRAL	**Par an**	**Par mois**	**Par an**	**Par mois**
Par adulte	296 €	24,67 €	592 €	49,33 €
Par enfant	165 €	13,75 €	331 €	27,58 €
Retraité (par personne)	-	-	884 €	73,67 €
RÉGIME SPÉCIFIQUE ALSACE MOSELLE	**Par an**	**Par mois**	**Par an**	**Par mois**
Par adulte	168 €	14 €	336 €	28 €
Par enfant	89 €	7,42 €	178 €	14,83 €
Retraité (par personne)	-	-	504 €	42 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT ET GRILLE OPTIQUE

Pour une prothèse dentaire de 500 € :
Part Sécurité sociale : **72 €**
Part PH Services : **216 € maximum**
Soit un reste à charge de 212 €

Pour une consultation chez un spécialiste adhérent à l'OPTAM ou OPTAM CO de 50 € :
Part Sécurité sociale : **18,55 €**
Part PH Services : **13,25 € maximum**
Soit un reste à charge de 18,20 €

Pour une paire de lunettes à 250 € avec verres unifocaux et monture :
Remboursement PH Services : **150 €**
y compris Sécurité sociale
Soit un reste à charge de 100 €

Pour l'orthodontie de votre enfant (TO90) de 600 € / semestre :
Part Sécurité sociale : **193,50 € maximum / semestre**
Part PH Services : **290,25 € maximum / semestre**
Soit un reste à charge de 116,25 € / semestre

Pour une paire de lunettes à 450 € avec verres multifocaux et monture :
Remboursement PH Services : **200 €**
y compris Sécurité sociale
Soit un reste à charge de 250 €

Pour une hospitalisation de 7 jours en secteur conventionné / intervention d'un chirurgien adhérent à l'OPTAM ou OPTAM CO :
Chambre particulière : **78,50 € / jour soit 549,50 €**
Forfait hospitalier : **20 € / jour soit 140 €**
Honoraires du chirurgien : **1 205 €**
Pris en charge à hauteur de 918,75 €
(base remboursement 306,25 €)
Soit un reste à charge de 286.25 €

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 2 € 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 2025 (3 925 €) et sur la base de la législation en vigueur au 31/12/2024.