

# LES TABLEAUX DE VOS GARANTIES DE L'OFFRE SANTÉ COLLECTIVE MODULABLE

## GARANTIES DU CONTRAT OBLIGATOIRE RESPONSABLE ET CONFORME **100% SANTÉ**

Ces tableaux précisent les garanties, les montants et les limites des niveaux de remboursement de chaque module proposé dans l'offre santé collective modulable. Les niveaux de chaque module choisis sont indiqués pour l'ensemble des salariés concernés dans les conditions particulières du contrat d'assurance collective souscrit par l'entreprise et sur le certificat d'adhésion lorsque le salarié a choisi en complément des garanties facultatives en renfort des garanties obligatoires. Les garanties ci-après exprimées en % du TBR (Tarif de Base de Remboursement de la Sécurité sociale) incluent les remboursements de la Sécurité sociale dans la limite des frais réellement exposés. Les garanties sans référence au % du TBR ou non prises en charge par la Sécurité sociale, sont exprimées en euros ou en % du PMSS (Plafond Mensuel Sécurité sociale). Les prestations sont accordées par bénéficiaire assuré.



### MODULE 1 - HOSPITALISATION<sup>1</sup>

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6	NIVEAU 7
Frais de séjour	100% TBR	150% TBR	200% TBR	250% TBR	300% TBR	400% TBR	520% TBR
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecins adhérents OPTAM et OPTAM-CO <sup>2</sup>	100% TBR	150% TBR	200% TBR	250% TBR	300% TBR	400% TBR	525% TBR
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecins non adhérents OPTAM et OPTAM-CO <sup>2</sup>	100% TBR	130% TBR	180% TBR	200% TBR	200% TBR	200% TBR	200% TBR
Participation forfaitaire pour les actes lourds (Art R160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Forfait journalier hospitalier (illimité)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (par nuitée y compris en ambulatoire et en maternité)	Néant	1,3% PMSS	1,5% PMSS	2,7% PMSS	2,7% PMSS	3% PMSS	4% PMSS
Lit d'accompagnement (par jour et illimité)	Néant	1% PMSS	1,5% PMSS	2,7% PMSS	2,7% PMSS	2,7% PMSS	4% PMSS
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100% TBR	150% TBR	200% TBR	250% TBR	300% TBR	400% TBR	520% TBR



### MODULE 2 - SOINS COURANTS

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Honoraires médicaux : médecins adhérents OPTAM et OPTAM-CO (y compris radiologues) <sup>2</sup>	100% TBR	150% TBR	200% TBR	250% TBR	300% TBR	450% TBR
Honoraires médicaux : médecins non adhérents OPTAM et OPTAM-CO (y compris radiologues) <sup>2</sup>	100% TBR	130% TBR	180% TBR	200% TBR	200% TBR	200% TBR
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire	100% TBR	150% TBR	200% TBR	250% TBR	300% TBR	400% TBR
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR
Matériel médical (grand et petit appareillage) : orthopédique, capillaire, mammaire, bas de contention, etc.	100% TBR	300% TBR	400 % TBR (minimum 100 % TBR + 1000 € par an)	400 % TBR (minimum 100 % TBR + 1000 € par an)	400 % TBR (minimum 100 % TBR + 1000 € par an)	400 % TBR (minimum 100 % TBR + 1000 € par an)



### MODULE 3 - DENTAIRE

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6	NIVEAU 7
Soins dentaires	125% TBR	150% TBR	200% TBR	250% TBR	300% TBR	350% TBR	500% TBR
Panier de soins 100% santé : soins et prothèses dentaires à prise en charge renforcée <sup>3</sup>	100% Frais réels (dans la limite des honoraires limites de facturation)						
"Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale dans le « Panier de soins maîtrisé » (y compris inlays-onlays)"	125% TBR	150% TBR	200% TBR	250% TBR	300% TBR	350% TBR	550% TBR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale dans le « Panier de soins libre » (y compris inlays-onlay)	125% TBR	150% TBR	200% TBR	250% TBR	300% TBR	350% TBR	550% TBR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	125% TBR	150% TBR	200% TBR	250% TBR	300% TBR	350% TBR	500% TBR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale y compris orthodontie et tout autre acte dentaire non remboursé par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	100 €	150 €	200 €	250 €	500 €
Parodontologie (forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	100 €	200 €	400 €	400 €	400 €
Implantologie (forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	400 €	500 €	500 €	800 €	1200 €



## MODULE 4 - OPTIQUE ET AIDES AUDITIVES

OPTIQUE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Équipement : 1 monture et 2 verres Forfait par bénéficiaire (incluant le ticket modérateur et le remboursement de la Sécurité sociale) dont 30 € maximum pour les montures en Classe A et 100 € en Classe B, renouvelable à compter de la dernière acquisition : - Tous les deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus, réduit à un an en cas d'évolution justifiée de la vue. - Tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans, non applicable pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la vue objectivée par un ophtalmologiste. - Tous les 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. - Aucun délai pour le renouvellement des verres en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales définies réglementairement.					
Équipement à prise en charge renforcée « Panier 100 % santé » Classe A y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle <sup>3</sup>	100% Frais réels (dans la limite des prix limites de vente)				
Équipement incluant 2 verres simples <sup>4</sup> « Panier libre » Classe B	190 €	220 €	260 €	300 €	420 €
Équipement incluant 1 verre simple et 1 verre complexe <sup>4</sup> « Panier libre » Classe B	220 €	290 €	340 €	400 €	560 €
Équipement incluant 1 verre simple et 1 verre très complexe <sup>4</sup> « Panier libre » Classe B	320 €	400 €	480 €	550 €	610 €
Équipement incluant 2 verres complexes <sup>4</sup> « Panier libre » Classe B	250 €	360 €	420 €	500 €	700 €
Équipement incluant 1 verre complexe et 1 verre très complexe <sup>4</sup> « Panier libre » Classe B	350 €	470 €	560 €	650 €	750 €
Équipement incluant 2 verres très complexes <sup>4</sup> « Panier libre » Classe B	450 €	580 €	700 €	800 €	800 €
Équipement mixte avec combinaison de verres et monture de la Classe A et de la Classe B dont prise en charge maximum du prix de la monture	À concurrence des montants des équipements de classe B selon typologie du verre, déduction faite des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels dans la limite des prix limites de vente				
Lentilles acceptées, refusées ou jetables (forfait par an et par bénéficiaire)	50 €	80 €	100 €	100 €	100 €
Chirurgie réfractive de l'oeil (forfait par an et par bénéficiaire)	100 €	200 €	250 €	300 €	450 €
	Néant	300 €	600 €	700 €	1100 €
<b>AUDITIF</b>	<b>NIVEAU 1</b>	<b>NIVEAU 2</b>	<b>NIVEAU 3</b>	<b>NIVEAU 4</b>	<b>NIVEAU 5</b>
Panier de soins 100% santé : équipement à prise en charge renforcée (classe I) <sup>3</sup>	100% Frais réels (dans la limite des prix limites de vente)				
Hors panier de soins 100% santé : équipements « Panier libre » classe II et accessoires	100% TBR	200% TBR	250% TBR	300% TBR	1700 €



## MODULE 5 - PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCE

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
<b>Pack bien-être</b>			
Médecine douce : acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe, kinésithérapeute (microkinésithérapie, méthode Mézière), pédicure (y compris Réflexologie), podologue (y compris Réflexologie), sophrologue, nutritionniste, psychologue, tabacologue, étiope (forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	100 €	300 €
Équilibre alimentaire et produits diététiques (forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	60 €
Psychologue, sophrologue (forfait par séance, maxi 5 séances par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	35 €
Psychomotricien, ergothérapeute (forfait par séance, maxi 10 séances par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	35 €
Pharmacie non remboursée et homéopathie (forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	50 €
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale (soins et honoraires, frais d'hébergement)	Néant	100% TBR	100% TBR + 300 €
<b>Pack prévention</b>			
Actes de prévention pris en charge dans le cadre des « Contrats responsables » <sup>5</sup>	170 % TBR	170 % TBR	170 % TBR
Vaccin antigrippal	Néant	15 €	Frais réels
Autres vaccins (forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	50 €	110 €
Sevrage tabagique (forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	50 €	100 €
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale	Néant	50 €	115 € (minimum 50 % FR)
Pilules contraceptives (forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	150 €
<b>Allocations</b>			
Allocation naissance ou d'adoption (par enfant)	Néant	Néant	500 €
Frais d'obsèques	Néant	Néant	50% PMSS
<b>Assistance 24/24h</b>	Incluse automatiquement		

## QUELQUES PRÉCISIONS

### Valeur du PMSS au 1<sup>er</sup> janvier 2024 : 3 864 €

- 1 Toute hospitalisation dans un établissement de convalescence, de repos, de psychiatrie, de neuropsychiatrie et assimilées, de cure (hors cure thermale) ainsi que les maisons d'enfants à caractère sanitaire et les aériums est prise en charge :
  - dans la limite de 60 jours par an et par assuré pour la chambre particulière,
  - dans la limite de 100 % du TBR au-delà de 60 jours par an et par assuré pour les frais de séjour et les honoraires médicaux.
- 2 L'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (pour les Chirurgiens et Obstétriciens) sont des conventions signées entre les médecins du secteur 2 ainsi que certains médecins du secteur 1 autorisés à facturer des dépassements d'honoraires et l'assurance maladie. Lorsqu'un médecin signe cette convention, il s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires. La liste des médecins signataires de ce dispositif est disponible sur [www.ameli-direct.fr](http://www.ameli-direct.fr)
- 3 En application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements de soins prothétiques dentaires, d'optique et auditifs :
  - les soins prothétiques dentaires faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100 % santé » sont intégralement pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie,
  - les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100 % Santé » seront intégralement pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des prix limites de vente fixés par la Liste des Produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale,
  - les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100 % Santé » seront intégralement pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des prix limites de vente fixés par la Liste des produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

#### 4 Verre 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 dioptries et 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 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 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 ou progressif sphérique 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 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 très 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 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.

#### Contrat Responsable :

les formules santé s'inscrivent dans le cadre du dispositif des contrats dits responsables (la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et ses décrets d'application) :

- respect du parcours de soins,
- obligation de ne pas prendre en charge la contribution forfaitaire appliquée aux consultations, actes de laboratoires, actes de radiologie et les franchises médicales,
- couverture obligatoire de l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé sauf les cures thermales, les médicaments dont le service médical rendu est faible ou modéré ainsi que l'homéopathie (décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014),
- prise en charge de l'intégralité du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé (décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014),
- prise en charge obligatoire de l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements relevant du panier de soins à prise en charge renforcée dit « 100% santé » en optique, dentaire et audiologie (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019),
- encadrement de la prise en charge des équipements optiques ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée par des plafonds et planchers variables selon la correction (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019). Le plafonnement de la prise en charge de la monture à 100 €,
- limitation à un équipement optique par période de deux ans à compter de la dernière acquisition ou par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Un renouvellement anticipé est possible si justifié par l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019),
- plafonnement, depuis 2021, de la prise en charge des équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée à 1 700 € par oreille y compris le remboursement de la Sécurité sociale et le Ticket modérateur (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019),
- limitation, depuis 2021, à un équipement auditif par oreille par période de quatre ans à compter de la dernière acquisition (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019),
- limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif de l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et de l'OPTAM-CO (pour les Chirurgiens et Obstétriciens). La prise en charge est obligatoirement inférieure de 20 % à celle des dépassements d'honoraires des médecins qui adhèrent à ce dispositif (décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014),
- accès au tiers payant pour tout acte médical dispensé auprès d'un professionnel de santé pratiquant le tiers payant sur la part couverte par les contrats d'assurance complémentaire des assurés et sous réserve que le tiers payant du régime obligatoire ait été pratiqué (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé).

#### Prise en charge maximum d'un équipement optique panier libre classe B (hors 100% santé)

- Monture + 2 verres simples : 420 €
- Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe : 560 €
- Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe : 610 €
- Monture + 2 verres complexes : 700 €
- Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe : 750 €
- Monture + 2 verres très complexes : 800 €

5 La liste des actes de prévention pris en charge dans le cadre des « Contrats responsables » prévue au Code de la Sécurité sociale comprend les prestations suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant le 14ème anniversaire,
2. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival (effectué en 2 séances maximum),
3. Un bilan de langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans,
4. Dépistage de l'hépatite B,
5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants,
  - Audiométrie tonale ou vocale,
  - Audiométrie tonale avec tympanométrie,
  - Audiométrie vocale dans le bruit,
  - Audiométrie tonale et vocale,
  - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées,
  - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges,
  - Coqueluche avant 14 ans,
  - Hépatite B avant 14 ans,
  - BCG avant 6 ans,
  - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
  - Haemophilus influenzae B,
  - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Conformément au Règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la Protection des Données Personnelles (RGPD), nous vous informons que les données recueillies feront l'objet d'un traitement automatisé par Aréas Assurances, responsable de traitement pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et à des fins de prospection et gestion commerciales. Elles pourront être transmises aux sociétés du groupe Aréas Assurances et à ses partenaires aux mêmes fins, y compris en dehors de l'Union Européenne.

Ces données seront conservées pour les durées de prescription légales.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motif légitime, d'effacement, de limitation du traitement, ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous disposez également du droit à la portabilité de vos données à caractère personnel et du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'ensemble de vos droits peut être exercé auprès du Délégué à la protection des Données Personnelles à l'adresse suivante : [dpo@areas.fr](mailto:dpo@areas.fr).

Vous pouvez obtenir plus d'informations sur vos droits sur notre site [www.areas.fr](http://www.areas.fr) ou sur le site de la CNIL [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).



47-49, rue de Miromesnil 75380 Paris Cedex 08  
Tél. : 01 40 17 65 00 - [www.areas.fr](http://www.areas.fr)

Aréas Dommages | Aréas Vie  
N° Siren : 775 670 466 | N° Siren : 353 408 644  
Sociétés d'assurance mutuelles à cotisations fixes  
Entreprises régies par le Code des assurances

