




**SANTÉ  
ET PRÉVOYANCE  
ENTREPRISE**



“  
**Avez-vous  
pensé à...**

”

- › vous mettre en conformité avec vos obligations envers vos salariés ?
- › optimiser vos avantages fiscaux et sociaux ?
- › renforcer l'attractivité de votre entreprise : fidéliser votre personnel et faciliter son recrutement ?



# VOS AVANTAGES FISCAUX ET SOCIAUX

Aréas vous accompagne pour optimiser vos dispositifs d'assurance collective

## Pour l'entreprise

- › Les cotisations versées par l'employeur sont déductibles du bénéfice imposable (article 39-1 du Code général des impôts, désigné ci-après CGI).
- › Elles sont exonérées de charges sociales, patronales et salariales (article D 242-1 du Code de la Sécurité sociale, désigné ci-après CSS).

Et ce, dans les conditions indiquées ci-dessous :

	Régime fiscal	Régime social
	Article 83-1° quater du CGI	Article D 242-1 CSS
	Part employeur + part salarié	Part employeur seule
Plafond	2 % de la rémunération annuelle brute + 5 % du PASS*	1,5 % de la rémunération annuelle brute + 6 % du PASS*
Limite	Limitée à 16 % du PASS*	Limitée à 12 % du PASS*

\*Plafond Annuel de la Sécurité sociale 2019 : 40 524 euros

## Pour le salarié

Depuis la loi de finances 2014, la contribution employeur à un régime collectif frais de santé est considérée comme un avantage en nature, et doit, par conséquent être réintégrée dans l'assiette de l'impôt sur le revenu.

### Une solution conforme aux exigences réglementaires

Pour vous permettre de bénéficier des exonérations sociales et fiscales et du taux réduit de la TSA<sup>(1)</sup> de 13,27 %, nous vous proposons des formules en santé répondant aux exigences réglementaires :

#### Du panier de soin minimum (décret Accord National Interprofessionnel n° 2014-1025 du 8 septembre 2014) :

- › 100 % de la base de remboursement des consultations, actes techniques et pharmacie en ville et à l'hôpital ;
- › le forfait journalier hospitalier sans limite de durée ;
- › 125 % de la base de remboursement pour les prothèses dentaires et l'orthodontie ;
- › l'admission au remboursement de dispositifs médicaux à usage individuel.

#### Contrats responsables

Les formules en santé s'inscrivent dans le cadre du dispositif des contrats dits responsables (loi 2004-810 du 13 août 2004 et tous 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 ;
- › Prise en charge de l'intégralité du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé ;
- › 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<sup>(2)</sup> et audiologie<sup>(2)</sup> ;
- › 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, 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 s'il correspond à l'un des cas visés par la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- › Plafonnement, à compter de 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 comprenant le remboursement de la Sécurité sociale et le Ticket modérateur ;
- › Limitation, à compter de 2021, à un équipement auditif par oreille par période de quatre ans à compter de la dernière acquisition ;
- › 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 ;
- › 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).

#### Une offre qui inclut le dispositif 100% santé pour offrir un reste à charge à 0 €<sup>(2)</sup>.

En vous rendant chez un opticien, un dentiste ou un audioprothésiste, vous pourrez choisir entre une gamme d'équipements et de prestations correspondant à un « panier 100 % santé » ou un « panier libre »<sup>(3)</sup>.

Vous conservez votre liberté de choix. Dans tous les cas, vos modalités de paiement (liées au tiers payant) restent inchangées. L'offre 100% Santé s'adresse à toutes les personnes disposant d'une complémentaire santé responsable.



#### LE SAVIEZ-VOUS ?

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'entreprise doit mettre en place un contrat de complémentaire santé pour l'ensemble des salariés et prendre en charge au minimum la moitié de la cotisation santé du salarié (loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi).

(1) TSA : Taxe de Solidarité Additionnelle.

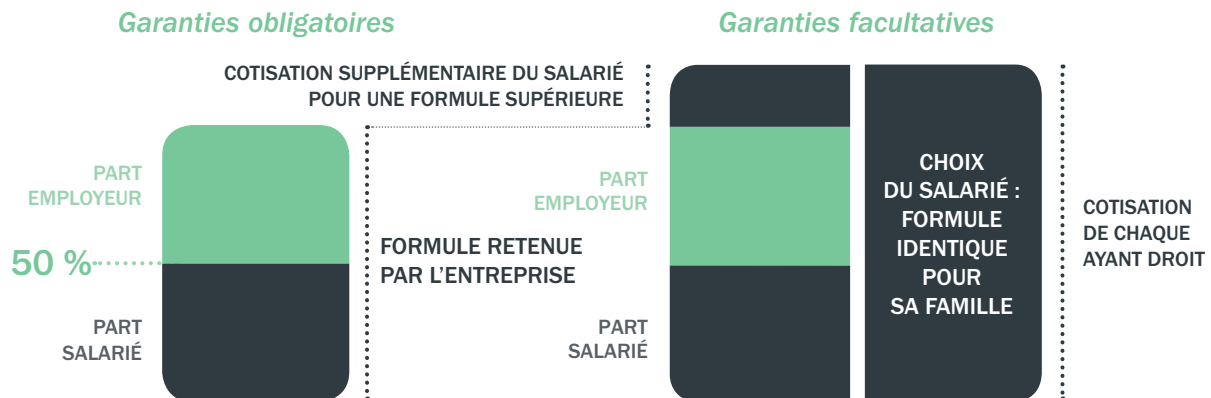
(2) le remboursement intégral « 100% santé » s'applique sur certaines prestations « optique et en dentaire à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 et en audiologie à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

(3) Un « panier libre » propose un équipement avec un reste à charge variable en fonction du niveau de prise en charge de votre formule de garanties.

# Des formules modulables qui permettent de combiner garanties obligatoires et garanties facultatives pour vos salariés

L'entreprise fait le choix d'une formule qui sera la garantie de base du régime collectif mis en place. L'employeur détermine ensuite si l'adhésion obligatoire concerne les salariés seuls ou les salariés et leurs ayants droit.

Les garanties supérieures à celles choisies au titre du régime de base, seront proposées de manière facultative à chaque salarié qui pourra compléter les prestations du contrat obligatoire de son entreprise en souscrivant, pour lui-même et ses ayants droit, la formule souhaitée.



## SERVICES

### Un espace client sécurisé

- + Consulter vos remboursements
- + Réaliser des demandes en ligne
- + Accéder à tous les services Santéclair
- + Télécharger votre carte de tiers-payant virtuelle

### Réseau de soins Santéclair

- + conseils en matière de santé
- + tarifs avantageux auprès de 7 600 professionnels de santé
- + tiers payant exclusif avec leurs partenaires (opticiens, dentistes, audioprothésistes)

### Des services d'assistance complets 24h/24 et 7J/7

- + aide ménagère<sup>(1)</sup>
- + garde d'enfants ou d'animaux
- + école à domicile
- + aide à domicile après hospitalisation
- + recherche et envoi de médicaments...

(1) Sous conditions. Se reporter aux Conditions Générales du contrat Complémentaire santé entreprise et à la Convention Générale d'assistance santé.

## LES + DE L'OFFRE ARÉAS

Un choix parmi 6 formules progressives de garanties pour être conforme à votre politique sociale allant d'une formule entrée de gamme complète aux formules haut de gamme respectant les remboursements maximum du contrat responsable.




## Frais de santé - Formules standards responsables et conformes « 100% santé » (A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020)

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 réels. Les garanties sans référence au % du TBR ou non prises en charge par la Sécurité sociale, sont exprimées en €<sup>(1)</sup>

Les prestations sont accordées par assuré.

NATURE DES PRESTATIONS	Formule PSM <sup>(2)</sup>	Formule A	Formule B	Formule C	Formule D	Formule E
<b>SOINS COURANTS</b>						
Honoraires Médicaux : médecins adhérents OPTAM et OPTAM-CO (y compris radiologues) <sup>(3)</sup>	100% TBR	125% TBR	150% TBR	200% TBR	250% TBR	350% TBR
Honoraires Médicaux : médecins non adhérents OPTAM et OPTAM-CO (y compris radiologues) <sup>(3)</sup>	100% TBR	100% TBR	125% TBR	150% TBR	200% TBR	200% TBR
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires	100% TBR	100% TBR	125% TBR	150% TBR	200% TBR	200% TBR
Matériel médical (orthopédiques, capillaires, mammaires, bas de contention ...)	100% TBR	100% TBR	150% TBR	200% TBR	250% TBR	300% TBR
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR

### DENTAIRE

Soins et prothèses dentaires à prise en charge renforcée « Panier 100% santé » à compter du 01/01/2020 <sup>(4)</sup>	 <p>Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation</p>					
Soins dentaires	125% TBR	150% TBR	175% TBR	200% TBR	250% TBR	300% TBR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris inlays, onlays) « Panier modéré et libre »	125% TBR	175% TBR	200% TBR	300% TBR	350% TBR	450% TBR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	125% TBR	150% TBR	200% TBR	250% TBR	300% TBR	350% TBR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale ou hors nomenclature : prothèses dentaires, implants, orthodontie, parodontologie et tout autre acte dentaire (par an et par assuré)	Non retenu	Non retenu	337,70 €	506,55 €	675,40 €	844,25 €

### OPTIQUE

#### Equipement : 1 monture et 2 verres

Forfait par assuré (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 règlementairement.

Equipement à prise en charge renforcée « Panier 100% santé » Classe A y compris prestation d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle à compter du 01/01/2020 <sup>(4)(5)</sup>	 <p>Frais réels dans la limite des Prix limites de vente</p>					
Equipement : 2 verres simples « Panier libre » Classe B	180 €	270 €	310 €	350 €	390 €	420 €
Equipement : 1 verre simple et 1 verre complexe « Panier libre » Classe B	240 €	365 €	415 €	465 €	515 €	560 €
Equipement : 1 verre simple et 1 verre très complexe « Panier libre » Classe B	240 €	400 €	460 €	520 €	580 €	610 €
Equipement : 2 verres complexes « Panier libre » Classe B	300 €	460 €	520 €	580 €	640 €	700 €
Equipement : 1 verre complexe et 1 verre très complexe « Panier libre » Classe B	300 €	495 €	565 €	635 €	705 €	750 €
Equipement : 2 verres très complexes « Panier libre » Classe B	300 €	530 €	610 €	690 €	770 €	800 €
Equipement mixte : combinaison de verres et monture de la Classe A et B	A 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					
<b>Dont</b> prise en charge maximum du prix de la monture Classe B	50 €	70 €	90 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles acceptées, refusées ou jetables (forfait par assuré tous les 2 ans sauf les mineurs ou en cas d'évolution justifiée de la vue, forfait renouvelable une fois par an)	Non retenu	200 €	220 €	240 €	260 €	280 €
Chirurgie réfractive (par œil et par assuré)	Non retenu	100 €	200 €	300 €	350 €	450 €

### AIDES AUDITIVES

Aides auditives jusqu'au 31/12/2020

Prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale	100% TBR	100% TBR	130% TBR	150% TBR	200% TBR	250% TBR
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Aides auditives à compter du 01/01/2021

Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition :

Equipements à prise en charge renforcée « Panier 100% santé » Classe I <sup>(4)</sup>	 <p>Frais réels dans la limite des Prix limites de vente</p>					
Equipements « Panier libre » Classe II et accessoires	100% TBR	100% TBR	130% TBR	150% TBR	200% TBR	250% TBR

### HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE<sup>(6)</sup>

Frais de séjour	100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecins adhérents OPTAM et OPTAM-CO	100% TBR	150% TBR	175% TBR	225% TBR	275% TBR	375% TBR
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecins non adhérents OPTAM et OPTAM-CO	100% TBR	120% TBR	140% TBR	180% TBR	200% TBR	200% TBR
Participation forfaitaire pour actes lourds (Art. R160-16 du Code de la SS)	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus
Forfait journalier hospitalier (illimité)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (par jour)	Non retenu	50,66 €	67,54 €	84,43 €	101,31 €	118,20 €
Lit d'accompagnement d'un enfant assuré âgé de moins de 16 ans (illimité ; par jour)	Non retenu	25,33 €	33,77 €	42,21 €	50,66 €	59,10 €

## 🏠 CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Soins et honoraires de surveillance	Non retenu	100% TBR	125% TBR	150% TBR	200% TBR	200% TBR
Forfait hébergement et frais de transport sur facture (par an et pas assuré)	Non retenu	118,20 €	168,85 €	236,39 €	270,16 €	337,70 €
👶 NAISSANCE OU ADOPTION						
Forfait naissance ou adoption (par enfant)	Non retenu	168,85 €	236,39 €	303,93 €	405,24 €	506,55 €
🌿 MÉDECINE DOUCE ET PRÉVENTION						
Actes d'ostéopathe, étiothérapeute, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, nutritionniste, pédicure, podologue (maximum 5 actes par an et par assuré, toutes spécialités confondues)	Non retenu	33,77 € par acte	33,77 € par acte	50,66 € par acte	50,66 € par acte	67,54 € par acte
Ostéodensitométrie ou Amniocentèse ou Fécondation In Vitro (remboursement par an et par assuré pour l'un des 3 actes)	Non retenu	Non retenu	67,54 €	67,54 €	84,43 €	84,43 €
<b>Forfait pharmacie (par an et par assuré) :</b> Vaccins et médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (homéopathie, phytothérapie, pilule contraceptive, sevrage tabagique)		33,77 €	50,66 €	50,66 €	67,54 €	84,43 €
Actes de prévention mentionnés à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale		100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR
👤 FRAIS D'OBSÈQUES	Non retenu	500 €	600 €	800 €	1 000 €	1 200 €
ASSISTANCE 24/24H	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

## Quelques précisions :

- Les montants des prestations exprimés en € sont indexés sur la PMSS à l'exception des forfaits optiques et des frais d'obsèques - Valeur du PMSS au 1<sup>er</sup> janvier 2019 : **3377 €**
- PSM** : Panier de Soins Minimum
- 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)
- En application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements :**
  - > A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, 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.
  - > A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, 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.
- 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.
- Toute hospitalisation dans un établissement de convalescence, de repos, de psychiatrie, et 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.

**Contrat Responsable** : les formules santé s'inscrivent dans le cadre du dispositif des contrats dits Responsables (la loi 2004-810 du 13 août 2004 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 no. 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, à compter de 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, à compter de 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 de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016).



# Exemples de remboursements Santé Collective

## Panier 100% Santé & Panier Libre

### HOSPITALISATION

Forfait journalier hospitalier en court séjour par jour <sup>(1)</sup>	Quelle que soit la formule souscrite
Dépense	20 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	0,0 €
Remboursement Aréas	20,0 €
Reste à charge	0,0 €

(1) Tarif réglementaire

Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte <sup>(2)</sup>	PSM	A	B	C	D	E
Dépense	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €	355 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	247,7 €	247,7 €	247,7 €	247,7 €	247,7 €	247,7 €
Remboursement Aréas	24,0 €	107,3 €	107,3 €	107,3 €	107,3 €	107,3 €
Reste à charge	83,3 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €

(3) Prix moyen national de l'acte

Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte <sup>(3)</sup>	PSM	A	B	C	D	E
Dépense	431 €	431 €	431 €	431 €	431 €	431 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	247,7 €	247,7 €	247,7 €	247,7 €	247,7 €	247,7 €
Remboursement Aréas	24,0 €	73,5 €	123,1 €	183,3 €	183,3 €	183,3 €
Reste à charge	159,3 €	109,8 €	60,2 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €

(2) Prix moyen national de l'acte

### OPTIQUE <sup>(7)</sup>

à partir du  
1<sup>er</sup> Janvier  
2020

Verres simples + monture Panier 100% Santé <sup>(1)</sup>	Quelle que soit la formule souscrite
Dépense	125 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	22,5 €
Remboursement Aréas	102,5 €
Reste à charge	0,0 €

(1) Equipement de classe A (Verre unifocal, sphère de -4,00 à -6,00 ou de +4,00 à +6,00) - Prix limite de vente Panier 100 % Santé : 125 € dont 30 € pour la monture à compter du 01/01/2020.

Verres complexes + monture Panier 100% Santé <sup>(2)</sup>	Quelle que soit la formule souscrite
Dépense	240 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	43,2 €
Remboursement Aréas	196,8 €
Reste à charge	0,0 €

(2) Equipement de classe A (Verre progressif, sphère de -4,00 à -6,00 et cylindre < ou = + 4,00) - Prix limite de vente Panier 100 % Santé : 240 € dont 30 € pour la monture à compter du 01/01/2020.

Verres très complexes + monture Panier 100% Santé <sup>(3)</sup>	Quelle que soit la formule souscrite
Dépense	290 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	52,2 €
Remboursement Aréas	237,8 €
Reste à charge	0,0 €

(3) Equipement de classe A (Verre progressif, sphère de -4,00 à -6,00 et cylindre > + 4,00) - Prix limite de vente Panier 100 % Santé : 290 € dont 30 € pour la monture à compter du 01/01/2020.

Verres simples + monture <sup>(4)</sup> Panier Libre	PSM	A	B	C	D	E
Dépense	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €	345 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	0,1 €	0,1 €	0,1 €	0,1 €	0,1 €	0,1 €
Remboursement Aréas	179,9 €	269,9 €	309,9 €	344,9 €	344,9 €	344,9 €
Reste à charge	165,0 €	75,0 €	35,0 €	0,0 €	0,0 €	0,0 €

(4) Equipement de classe B (Verre unifocal, sphère de -4,00 à -6,00 ou de +4,00 à +6,00). Prise en charge de la monture plafonnée à 100 €.

Verres complexes + monture <sup>(5)</sup> Panier Libre	PSM	A	B	C	D	E
Dépense	600 €	600 €	600 €	600 €	600 €	600 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	0,1 €	0,1 €	0,1 €	0,1 €	0,1 €	0,1 €
Remboursement Aréas	299,9 €	459,9 €	519,9 €	579,9 €	599,9 €	599,9 €
Reste à charge	300,0 €	140,0 €	80,0 €	20,0 €	0,0 €	0,0 €

(5) Equipement de classe B (Verre progressif, sphère de -4,00 à -6,00 et cylindre < ou = + 4,00). Prise en charge de la monture plafonnée à 100 €.

Verres très complexes + monture <sup>(6)</sup> Panier Libre	PSM	A	B	C	D	E
Dépense	700 €	700 €	700 €	700 €	700 €	700 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	0,1 €	0,1 €	0,1 €	0,1 €	0,1 €	0,1 €
Remboursement Aréas	299,9 €	529,9 €	609,9 €	689,9 €	699,9 €	699,9 €
Reste à charge	400,0 €	170,0 €	90,0 €	10,0 €	0,0 €	0,0 €

(6) Equipement de classe B (Verre progressif, sphère de -4,00 à -6,00 et cylindre > + 4,00). Prise en charge de la monture plafonnée à 100 €. (7) 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. Renouvellement anticipé possible si justifié réglementairement.



# Exemples de remboursements Santé Collective

## Panier 100% Santé & Panier Libre

### DENTAIRE

à partir du  
1<sup>er</sup> Janvier  
2020

Détartrage <sup>(1)</sup>	Quelle que soit la formule souscrite
Dépense	29 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	20,2 €
Remboursement Aréas	8,7 €
Reste à charge	0,0 €

(1) Tarif conventionnel

Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et 1 <sup>ères</sup> molaires Panier 100% Santé <sup>(2)</sup>	Quelle que soit la formule souscrite
Dépense	500 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	84,0 €
Remboursement Aréas	416,0 €
Reste à charge	0,0 €

(2) Honoraires limites de facturation «100 % Santé» : 500 € à compter du 01/01/2020

Couronne céramo-métallique sur 2 <sup>èmes</sup> prémolaires <sup>(3)</sup> Panier Libre	PSM	A	B	C	D	E
Dépense	539 €	539 €	539 €	539 €	539 €	539 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	84,0 €	84,0 €	84,0 €	84,0 €	84,0 €	84,0 €
Remboursement Aréas	66,0 €	126,0 €	156,0 €	276,0 €	336,0 €	454,7 €
Reste à charge	388,7 €	328,7 €	298,7 €	178,7 €	118,7 €	0,0 €

(3) Prix moyen national de l'acte

Couronne céramo-métallique sur molaires <sup>(4)</sup> Panier Libre	PSM	A	B	C	D	E
Dépense	539 €	539 €	539 €	539 €	539 €	539 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	75,3 €	75,3 €	75,3 €	75,3 €	75,3 €	75,3 €
Remboursement Aréas	59,1 €	112,9 €	139,8 €	247,3 €	301,0 €	408,5 €
Reste à charge	404,3 €	350,6 €	323,7 €	216,2 €	162,5 €	55,0 €

(4) Prix moyen national de l'acte

### AIDES AUDITIVES <sup>(4)</sup>

Aide auditive de classe II pour un adulte de plus de 20 ans (par oreille) <sup>(1)</sup> Panier Libre	PSM	A	B	C	D	E
Dépense	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	210,0 €	210,0 €	210,0 €	210,0 €	210,0 €	210,0 €
Remboursement Aréas	140,0 €	140,0 €	245,0 €	315,0 €	490,0 €	665,0 €
Reste à charge	1 126,0 €	1 126,0 €	1 021,0 €	951,0 €	776,0 €	601,0 €

(1) Prix moyen national de l'acte

Aide auditive de classe I pour un adulte de plus de 20 ans Panier 100% Santé (par oreille) <sup>(2)</sup>	Quelle que soit la formule souscrite
Dépense	950 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	240,0 €
Remboursement Aréas	710,0 €
Reste à charge	0,0 €

(2) Prix limite de vente Panier 100 % Santé : 950 € à compter du 01/01/2021

Aide auditive de classe II pour un adulte de plus de 20 ans (par oreille) <sup>(3)</sup> Panier Libre	PSM	A	B	C	D	E
Dépense	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €	1 476 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	240,0 €	240,0 €	240,0 €	240,0 €	240,0 €	240,0 €
Remboursement Aréas	160,0 €	160,0 €	280,0 €	360,0 €	560,0 €	760,0 €
Reste à charge	1 076,0 €	1 076,0 €	956,0 €	876,0 €	676,0 €	476,0 €

(3) Panier Libre - Prix moyen national de l'acte. Plafond de prise en charge 1700 € par oreille y compris le remboursement de la Sécurité sociale à compter du 01/01/2021

(4) Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition.

# Exemples de remboursements Santé Collective

## Panier 100% Santé & Panier Libre

### SOINS COURANTS

Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires <sup>(1)</sup>	PSM	A	B	C	D	E
Dépense	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €	25 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	16,5 €	16,5 €	16,5 €	16,5 €	16,5 €	16,5 €
Remboursement Aréas	7,5 €	7,5 €	7,5 €	7,5 €	7,5 €	7,5 €
Reste à charge	1,0 €	1,0 €	1,0 €	1,0 €	1,0 €	1,0 €

(1) Tarif conventionnel

Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires <sup>(2)</sup>	PSM	A	B	C	D	E
Dépense	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	20,0 €	20,0 €	20,0 €	20,0 €	20,0 €	20,0 €
Remboursement Aréas	9,0 €	9,0 €	9,0 €	9,0 €	9,0 €	9,0 €
Reste à charge	1,0 €	1,0 €	1,0 €	1,0 €	1,0 €	1,0 €

(2) Tarif conventionnel

Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) <sup>(3)</sup>	PSM	A	B	C	D	E
Dépense	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	20,0 €	20,0 €	20,0 €	20,0 €	20,0 €	20,0 €
Remboursement Aréas	9,0 €	16,5 €	23,0 €	23,0 €	23,0 €	23,0 €
Reste à charge	15,0 €	7,5 €	1,0 €	1,0 €	1,0 €	1,0 €

(3) Prix moyen national de l'acte

Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) <sup>(4)</sup>	PSM	A	B	C	D	E
Dépense	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €	56 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale	15,1 €	15,1 €	15,1 €	15,1 €	15,1 €	15,1 €
Remboursement Aréas	6,9 €	6,9 €	12,7 €	18,4 €	29,9 €	29,9 €
Reste à charge	34,0 €	34,0 €	28,3 €	22,5 €	11,0 €	11,0 €

(4) Prix moyen national de l'acte



# LA PRÉVOYANCE DE VOS SALARIÉS

*Une couverture adaptée  
en cas de coup dur*

La majorité des salariés, cadres ou non cadres, bénéficient d'une couverture sociale complémentaire insuffisante. En cas d'arrêt de travail, les revenus sont largement diminués. Et en cas de décès, les capitaux versés aux proches doivent être complétés afin de maintenir le niveau de vie de la famille.

## DÉCÈS

## INCAPACITÉ ET INVALIDITÉ

## RENTE ÉDUCATION ET RENTE CONJOINT



Une formule  
pour les créateurs  
d'entreprise



## LES + DE L'OFFRE ARÉAS

La rente éducation pour compléter la garantie décès en capital

Un large choix de franchises

Franchises réduites en accident et hospitalisation



## LE SAVIEZ VOUS ?

La Convention Collective Nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 (article 7) oblige les entreprises à souscrire au minimum un régime de prévoyance pour les cadres avec un taux de 1.50 % de la tranche A du salaire.

# Un spécialiste de l'assurance des professionnels à vos côtés

Aréas Assurances est un groupe indépendant issu de sociétés d'assurance mutuelles dont la plus ancienne a été fondée en 1825. Aujourd'hui représenté en France par le 7<sup>ème</sup> réseau d'agents généraux.

Aréas rassemble plus de 1300 salariés, agents généraux et collaborateurs attachés à promouvoir une relation de confiance avec ses clients.

Nos 500 points de vente, dont le conseil et la présence humaine sont les valeurs fondamentales, permettent une réponse personnalisée aux attentes de notre clientèle, représentée notamment par les travailleurs indépendants.

Aréas a pour mission d'apporter une réponse globale aux chefs d'entreprise, tant pour leur protection professionnelle et personnelle que pour le financement de leur retraite.

Une large gamme de garanties complètes et adaptables selon les spécificités de chaque entreprise a été conçue dans cet esprit.

Document non contractuel à caractère publicitaire. Se reporter aux Conditions Générales des produits.



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