

Complémentaire santé et Arélia santé

Gammes Essentielles et Intégrales

Tableau des garanties 2024

Contrats responsables
Conforme « 100% Santé »
Éligible Madelin



Gammes Essentielles et Intégrales

Nature des prestations	ECO	Intégrale 100	Essentielle 125	Intégrale 125	Essentielle 150	Intégrale 150	Essentielle 200	Intégrale 200	Essentielle 350	Intégrale 350
Soins Courants										
✓ Honoraires Médicaux ⁽¹⁾ Médecins adhérents OPTAM et OPTAM-CO (y compris radiologues)	100 % TBR	100 % TBR	145 % TBR	170 % TBR	220 % TBR	350 % TBR				
✓ Honoraires Médicaux ⁽¹⁾ Médecins non adhérents OPTAM et OPTAM-CO (y compris radiologues)	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 % TRO	350 % TBR				
✓ Matériel médical (orthopédiques, capillaires, mammaires, bas de contention...)	100 % TBR	100 % TBR	125 % TBR	150 % TBR	200 % TRO	350 % TBR				
✓ Pharmacie remboursée : ■ à 65 % par le RO ■ à 30% par le RO ■ à 15% par le RO	100 % TBR	100 % TBR	100 % TBR	100 % TBR	100 % TBR	100 % TBR				
Médecine douce et Prévention										
✓ Actes de prévention pris en charge dans le cadre des contrats responsables (Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 - Actes de prévention qui relèvent d'un des postes de frais listé à l'article R.160-5 du Code de la sécurité sociale)	100 % TBR	100 % TBR	125 % TBR	150 % TBR	200 % TRO	350 % TBR				
✓ Actes d'ostéopathe, étio-pathe, chiropracteur, acupuncteur, kinésologue, micro-kinésithérapeute, naturopathe, sexologue, sophrologue, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, phytothérapeute, shiatsu, diététicien, nutritionniste, pédicure, podologue (maximum 5 actes par an et par assuré, toutes spécialités confondues)	NON	NON	31 € par acte	31 € par acte	39 € par acte	46 € par acte				
✓ Ostéodensitométrie ou Amniocentèse ou Fécondation In Vitro (remboursement par an et par assuré pour l'un des trois actes)	NON	NON	NON	46 €	77 €	100 €				
✓ Forfait Pharmacie (par an et par assuré) ■ Médicaments prescrits non remboursés par le R.O. ■ Vaccins non remboursés par le R.O.	NON	25 €	58 €	77 €	77 €	97 €				
Hospitalisation médicale, chirurgicale, à domicile⁽²⁾										
✓ Frais de séjour	100 % TBR	100 % TBR	150 % TBR	150% TBR	200% TBR	300% TBR				
✓ Honoraires Médicaux et chirurgicaux Médecins adhérents OPTAM et OPTAM-CO	100 % TBR	100 % TBR	170 % TBR	170% TBR	220% TBR	300% TBR				
✓ Honoraires Médicaux et chirurgicaux Médecins Non adhérents OPTAM et OPTAM-CO	100 % TBR	100 % TBR	150 % TBR	150% 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				
✓ Forfait patient urgences ⁽⁹⁾	100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR	100% TBR				
✓ Chambre particulière y compris maternité (illimité, sauf cas (2))	NON	39 € par jour	58 € par jour	97 € par jour	135 € par jour	193 € par jour				
✓ Lit d'accompagnement (illimité)	NON	23 € par jour	23 € par jour	39 € par jour	39 € par jour	46 € par jour				
✓ Frais TV, Internet, Téléphone (15 jours par an)	NON	12 € par jour	19 € par jour	19 € par jour	25 € par jour	25 € par jour				
✓ Transport	100 % TBR	100 % TBR	125 % TBR	150 % TBR	200 % TBR	300 % TBR				
Aides auditives										
Aides auditives (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 ⁽⁷⁾	Frais réels dans la limite des Prix limites de vente	Frais réels dans la limite des Prix limites de vente	Frais réels dans la limite des Prix limites de vente	Frais réels dans la limite des Prix limites de vente	Frais réels dans la limite des Prix limites de vente	Frais réels dans la limite des Prix limites de vente				
✓ Equipements « Panier libre » Classe II et accessoires	100 % TBR	100 % TBR	125 % TBR	150 % TBR	200 % TBR	350 % TBR				
✓ Forfait supplémentaire équipements « Panier libre » Classe II remboursés par le RO (par oreille, par assuré, dans la limite de 1 700 € par oreille y compris le remboursement de la Sécurité sociale et le Ticket modérateur)	NON	NON	NON	142 €	152 €	169 €				
✓ Forfait supplémentaire Accessoires remboursés par le RO	NON	NON	NON	27 €	51 €	68 €				
Naissance ou Adoption										
✓ Forfait naissance – Adoption (par enfant) ⁽³⁾	NON	155 €	193 €	232 €	309 €	348 €				
Cure thermale (acceptée par le R.O.)										
✓ Soins et honoraires	NON	100 % TBR	125 % TBR	150 % TBR	200 % TBR	350 % TBR				
✓ Forfait supplémentaire cure thermale : Frais de transport et d'hébergement (par an et par assuré)	NON	NON	NON	NON	135 €	174 €				
Frais d'obsèques										
✓ Si souscription avant l'âge de 50 ans ⁽⁸⁾	NON	NON	NON	1 546 €	1 739 €	1 932 €				

Prestations dentaires et optiques		ECO	Intégrale 100	Essentielle 125	Intégrale 125	Essentielle 150	Intégrale 150	Essentielle 200	Intégrale 200	Essentielle 350	Intégrale 350
Dentaire											
Soins et prothèses dentaires à prise en charge renforcée « panier 100% santé » ⁽⁷⁾											
	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation	Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation		
Soins dentaires	100 % TBR	100 % TBR	150 % TBR	150 % TBR	150 % TBR	150 % TBR	200 % TRO	200 % TRO	350 % TBR	350 % TBR	
Actes de prévention dentaire pris en charge dans le cadre des contrats responsables (Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 – Actes de prévention dentaire qui relèvent d'un des postes de frais listé à l'article R.160-5 du Code de la sécurité sociale)	100 % TBR	100 % TBR	150 % TBR	150 % TBR	150 % TBR	150 % TBR	200 % TRO	200 % TRO	350 % TBR	350 % TBR	
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. « Panier modéré et libre »	100 % TBR	100 % TBR	150 % TBR	150 % TBR	150 % TBR	150 % TBR	200 % TRO	200 % TRO	350 % TBR	350 % TBR	
Orthodontie remboursée par le R.O.	100 % TBR	100 % TBR	150 % TBR	150 % TBR	150 % TBR	150 % TBR	200 % TRO	200 % TRO	350 % TBR	350 % TBR	
Bonus de fidélité :											
■ A partir de la 3 ^e année	NON	NON	NON	NON	175 % TBR	175 % TBR	225 % TRO	225 % TRO	375 % TBR	375 % TBR	
■ A partir de la 5 ^e année	NON	NON	175 % TBR	175 % TBR	200 % TBR	200 % TBR	250 % TRO	250 % TRO	400 % TBR	400 % TBR	
Forfait supplémentaire											
■ Prothèses dentaires remboursées par le R.O. « Panier modéré et libre » (par an et par assuré)	NON	NON (en option)	NON	155 €	NON	386 €	NON	464 €	NON	541 €	
■ Orthodontie remboursée par le RO (par semestre et par assuré) ⁽⁴⁾	NON	NON (en option)	NON	116 €	NON	193 €	NON	232 €	NON	270 €	
Plafond annuel (hors soins dentaires et prothèses dentaires « panier 100% santé ») ⁽⁶⁾											
■ pour la 1 ^{ère} année	-	-	773 €	773 €	1 159 €	1 159 €	1 352 €	1 352 €	2 318 €	2 318 €	
■ pour la 2 ^{ème} année	-	-	966 €	966 €	1 352 €	1 352 €	1 739 €	1 739 €	2 705 €	2 705 €	
■ à partir de la 3 ^{ème} année	-	-	1 159 €	1 159 €	1 546 €	1 546 €	2 318 €	2 318 €	3 091 €	3 091 €	

Optique⁽⁵⁾

Équipement : 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.

Équipement à prise en charge renforcée « Panier 100% santé » Classe A y compris prestation d'appariage et d'adaptation de la correction visuelle ⁽⁴⁾		Frais réels dans la limite des Prix limites de vente	Frais réels dans la limite des Prix limites de vente	Frais réels dans la limite des Prix limites de vente		Frais réels dans la limite des Prix limites de vente		Frais réels dans la limite des Prix limites de vente		Frais réels dans la limite des Prix limites de vente	
Équipement : 1 monture + 2 verres simples « Panier libre » Classe B	100% TBR	120 €	120 €	190 €	190 €	260 €	260 €	330 €	330 €	400 €	400 €
Équipement : 1 monture + 1 verre simple et 1 verre complexe « Panier libre » Classe B	100% TBR	160 €	160 €	245 €	245 €	330 €	330 €	415 €	415 €	500 €	500 €
Équipement : 1 monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe « Panier libre » Classe B	100% TBR	160 €	160 €	245 €	245 €	330 €	330 €	415 €	415 €	500 €	500 €
Équipement : 1 monture + 2 verres complexes « Panier libre » Classe B	100% TBR	200 €	200 €	300 €	300 €	400 €	400 €	500 €	500 €	600 €	600 €
Équipement : 1 monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe « Panier libre » Classe B	100% TBR	200 €	200 €	300 €	300 €	400 €	400 €	500 €	500 €	600 €	600 €
Équipement : 1 monture + 2 verres très complexes « Panier libre » Classe B	100% TBR	200 €	200 €	300 €	300 €	400 €	400 €	500 €	500 €	600 €	600 €
Équipement mixte : combinaison de verres et monture de 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.										
Lentilles remboursées ou non par le R.O. (forfait par assuré tous les deux ans sauf pour les mineurs et en cas d'évolution justifiée de la vue, forfait renouvelable une fois par an)	100% TBR	100 €	100 €	150 €	150 €	250 €	250 €	300 €	300 €	350 €	350 €
Chirurgie réfractive : myopie, astigmatisme, hypermétropie (par an et par assuré)	NON	100 €	100 €	150 €	150 €	250 €	250 €	300 €	300 €	350 €	350 €

(1) Le remboursement des consultations en psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilées est limité à 100 % du TBR au-delà de 12 consultations par assuré et par an.
(2) Toute hospitalisation dans un établissement, un centre ou un service de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle (sauf hospitalisation consécutive à un accident corporel garanti, déclaré pendant la validité du contrat), de moyen séjour, de convalescence, de repos, de gériatrie ou de gérontologie, de psychiatrie, 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 100 % du TBR au-delà de 60 jours par assuré et par an pour les frais de séjours et honoraires médicaux ;
■ dans la limite maximum de 60 jours pour la chambre particulière.
(3) Le forfait naissance ou adoption est versé une seule fois par foyer à l'un des parents assuré au contrat depuis au moins neuf mois.
(4) **Orthodontie remboursée par le RO - Forfait supplémentaire par semestre et par assuré** : Par semestre on entend : le semestre de traitement tel que défini par la sécurité sociale et codifié TO 90.
(5) **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.

(6) Au delà du plafond annuel dentaire, les prothèses dentaires sont prises en charge dans la limite de 100 % du TBR.
(7) **En application du décret no. 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements** :
■ 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 du Régime obligatoire 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 du Régime obligatoire 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 du Régime obligatoire 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.
(8) La garantie est acquise si l'assuré est âgé de moins de 50 ans à la souscription du contrat. L'âge pour l'octroi de la garantie se détermine par différence de millésime quel que soit le mois de naissance.
Exemple 1 : Année de souscription du contrat : 2024 – Année de Naissance de l'assuré : 1974 – L'âge de l'assuré : 2024 – 1974 = 50 ans → La garantie n'est pas acquise.
Exemple 2 : Année de souscription du contrat : 2024 – Année de Naissance de l'assuré : 1975 – L'âge de l'assuré : 2024 – 1975 = 49 ans → La garantie est acquise.
(9) **Forfait patient urgences**
Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation..

Renfort dentaire et optique Gamme Intégrales

Nature des prestations	Gamme Intégrales				
	Intégrale 100	Intégrale 125	Intégrale 150	Intégrale 200	Intégrale 350
Forfaits dentaires					
Forfait supplémentaire (par an et par assuré)					
■ Prothèses dentaires remboursées par le R.O. « Panier modéré et libre »	155 €	193 €	232 €	464 €	696 €
■ Actes dentaires non remboursés par le R.O. ou hors nomenclature : prothèses dentaires, implants, orthodontie et parodontologie ou tout autre acte dentaire.	NON				
Forfait supplémentaire (par semestre et par assuré) ⁽⁴⁾	116 €	135 €	155 €	232 €	270 €
■ Orthodontie remboursée par le R.O.					

Optique ⁽⁵⁾					
Equipement : 1 Monture et 2 verres					
Forfait par assuré (incluant le ticket modérateur et le remboursement de la Sécurité sociale) 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.					
La prise en charge de la monture reste plafonnée à 100 € pour les garanties de base plus les renforts.					
Forfait par assuré	70 €	70 €	70 €	70 €	20 €
■ Equipement : 1 monture + 2 verres simples « Panier libre » Classe B					
■ Equipement : 1 monture + 1 verre simple et 1 verre complexe « Panier libre » Classe B	85 €	85 €	85 €	85 €	60 €
■ Equipement : 1 monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe « Panier libre » Classe B	85 €	85 €	85 €	85 €	85 €
■ Equipement : 1 monture + 2 verres complexes « Panier libre » Classe B	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
■ Equipement : 1 monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe « Panier libre » Classe B	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
■ Equipement : 1 monture + 2 verres très complexes « Panier libre » Classe B	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
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					
■ Equipement mixte : combinaison de verres et monture de classe A et B					
■ Lentilles remboursées ou non par le R.O. (forfait par assuré tous les deux ans sauf pour les mineurs et en cas d'évolution justifiée de la vue, forfait renouvelable une fois par an)	70 €	70 €	100 €	150 €	200 €
■ Chirurgie réfractive : myopie, astigmatisme, hypermétropie (par an et par assuré)	150 €	150 €	200 €	200 €	250 €

(4) **Orthodontie remboursée par le RO - Forfait supplémentaire par semestre et par assuré** : Par semestre on entend : le semestre de traitement tel que défini par la sécurité sociale et codifié TO 90.

(5) **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.

Option « Bien-être » Gammes Essentielles et intégrales

Forfaits supplémentaires : Aides auditives, Matériel médical, cure thermique et médecine douce	Gamme Essentielle et Intégrale									
	Intégrale 100	Essentielle 125	Intégrale 125	Essentielle 150	Intégrale 150	Essentielle 200	Intégrale 200	Essentielle 350	Intégrale 350	
Aides auditives										
Aides auditives	Prise en charge d'un équipement par oreille une fois tous les quatre ans, à compter de la date de dernière acquisition									
Forfait supplémentaire équipements « Panier libre » Classe II remboursés par le RO (par oreille, par assuré, dans la limite de 1 700 € par oreille y compris le remboursement de la Sécurité sociale et le Ticket modérateur)	128 €	128 €	128 €	128 €	128 €	128 €	128 €	128 €	128 €	
Forfait supplémentaire Accessoires remboursés par le RO	41 €	41 €	41 €	41 €	41 €	41 €	41 €	41 €	41 €	
Matériel médical										
Matériel médical (orthopédiques, capillaires, mammaires, bas de contention ...)	193 €	193 €	193 €	193 €	193 €	193 €	193 €	193 €	193 €	
Cure thermique (acceptée par le R.O.)										
Frais de transport et d'hébergement (par an et par assuré)	193 €	193 €	193 €	193 €	193 €	193 €	193 €	193 €	193 €	
Médecine douce										
Actes d'ostéopathe, étio-pathe, chiropracteur, acupuncteur, kinésologue, micro-kinésithérapeute, naturopathe, sexologue, sophrologue, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, phytothérapeute, shiatsu, diététicien, nutritionniste, pédicure, podologue (par an et par assuré, toutes spécialités confondues)	31 € par acte	Maximum 3 actes supplémentaires dans la limite des montants garantis en base								

Ce tableau précise les garanties, les montants et les limites de la formule souscrite par l'assuré et indiquée aux conditions particulières. Sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties, l'assureur rembourse les dépenses de santé médicalement prescrites à caractère thérapeutique ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre du régime obligatoire. Les garanties 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 sont accordées par personne assurée.

Les limites et forfaits annuels s'entendent par année civile hors équipements optiques (monture et verres) et aides auditives.

Selon la formule souscrite, les remboursements sont exprimés :

- en pourcentage du Tarif de Base de Remboursement (TBR - Il s'agit du tarif fixé par les régimes obligatoires pour déterminer le remboursement lié aux soins dispensés par les praticiens ayant adhéré à la "Convention Nationale") et incluent le remboursement de votre régime obligatoire (RO) et celui d'Aréas.
- en pourcentage du Taux de Remboursement du régime Obligatoire (TRO), le taux indiqué s'applique au taux de remboursement du régime obligatoire (RO). Le remboursement d'Aréas s'ajoute au remboursement de votre régime obligatoire (RO)

Evolution des garanties

- Les montants de garantie exprimés en euro sont indexés sur le PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) au 1^{er} janvier de chaque année, à l'exception des forfaits optiques et aides auditives. La valeur du PMSS au 1^{er} janvier 2024 est de 3 864 €.

■ **OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et OPTAM-CO (pour les Chirurgiens et Obstétriciens)**

■ **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

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) ;
- Couverture obligatoire, depuis le 05 avril 2022, de l'intégralité du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologique réalisées auprès de psychologues conventionnés par la Sécurité sociale. Sont pris en charge les assurés dès l'âge de 3 ans adressés par le médecin traitant, ou le cas échéant par un médecin impliqué dans leur prise en charge et ce dans la limite de huit séances par année civile (décret no. 2022-195 du 17 février 2022) ;
- Prise en charge de l'intégralité du forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé (décret no. 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 no. 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 no. 2019-21 du 11 janvier 2019) ;
- Plafonnement, depuis le 01/01/2021, 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 no. 2019-21 du 11 janvier 2019) ;
- Limitation, depuis le 01/01/2021, 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 du Contrat d'Accès aux Soins ; 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).

Des services complets pour vous faciliter la vie

Assistance Santé 24h/24 et 7j/7*

Toutes nos formules incluent des prestations d'assistance complètes.*

Assistance lors de déplacement en France et à l'étranger

- Rapatriement ou transport sanitaire
- Frais médicaux d'urgence à l'étranger
- Organisation et prise en charge du retour au domicile des enfants de moins de 15 ans restés seuls sur place
- Assistance en cas de vol, perte ou destruction des papiers d'identité, moyens de paiement ou titres de transport...

Prestations à domicile en cas d'accident ou de maladie

- Aide à domicile, garde d'enfants malade à domicile et école à domicile
- Garde ou transfert d'enfants (ou petits-enfants) de moins de 15 ans, de personnes dépendantes, d'animaux

Prestations en cas d'affection de longue durée

- Evaluation des besoins et recommandations
- Enveloppe de service d'aide à domicile (ex : auxiliaires de vie, aide ménagère, garde à domicile des enfants de moins de 15 ans, portage des repas, livraison des courses...)

Aide psychologique en cas d'évènement traumatissant

Aide à l'assuré dépendant

- Accompagnement social (bilan de vie, plan d'aide...)
- Audit habitat

Prestations à l'entrée en dépendance

- Evaluation des besoins et recommandations
- Enveloppe de services et d'aide à domicile (auxiliaire de vie, aide ménagère, garde à domicile des enfants de moins de 15 ans, portage des repas, livraison des courses, garde d'animaux de compagnie, coiffure et esthétique à domicile...)

Téléassistance ponctuelle à domicile et prolongement à un tarif préférentiel au-delà de 3 mois

Nutricoach

- Bilan d'évaluation des pratiques alimentaires et informations diététiques par téléphone
- 5 entretiens de suivi ou de coaching par téléphone
- Mise à disposition d'un site internet avec module de suivi

Le réseau de soins Santéclair

Pour contribuer à limiter votre reste à charge et vous assurer des soins de qualité

- Conseils et prévention en matière de santé : automédication, therasomnia, linecoaching, classement des hôpitaux
- Tarifs avantageux auprès des 7 200 professionnels de santé partenaires : opticiens, centres auditifs, chirurgiens-dentistes, chirurgiens-dentistes qualifiés en implantologie dentaire, ostéopathes, diététiciens, centres de chirurgie de l'oeil...
- Service d'analyse de devis
- Tiers payant avec les partenaires
- Outil de géolocalisation des professionnels de santé partenaires

*sous réserve des conditions et limites prévues à la convention d'assistance.

Les prestations d'assistance sont assurées par Fragonard Assurances (SA au capital de 37 207 660 € - 479 065 351 RCS Paris - Siège social : 2 rue Fragonard - 75017 Paris - Entreprise régie par le Code des assurances) et mises en œuvre par AWP France SAS (SAS au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Bobigny - Siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>)



49, rue de Miromesnil 75380 Paris Cedex 08
Tél. : 01 40 17 65 00 - 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

