

Formule Intégrale 125

Ce tableau précise les garanties, les montants et les limites de la formule choisie. Sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties, Aréas 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 sont accordées par personne assurée.

Les formules de garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif des contrats dits responsables (la loi 2004-810 du 13 août 2004 et ses décrets d'application).

Nature des prestations	Intégrale 125
Soins Courants	
✓ Honoraires Médicaux ⁽¹⁾ Médecins adhérents OPTAM et OPTAM-CO (y compris radiologues)	145 % TBR
✓ Honoraires Médicaux ⁽¹⁾ Médecins non adhérents OPTAM et OPTAM-CO (y compris radiologues)	125 % TBR
✓ Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires	125 % TBR
✓ Matériel médical (orthopédiques, capillaires, mammaires, bas de contention...)	125 % TBR
✓ Pharmacie remboursée : <ul style="list-style-type: none"> ■ à 65 % par le RO ■ à 30% par le RO ■ à 15% par le RO 	100 % TBR
Médecine douce et Prévention	
✓ Actes de prévention pris en charge dans le cadre des contrats responsables (loi du 13 août 2004 – Arrêté du 08/06/2006) ⁽⁶⁾	125 % 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)	27 € par acte
✓ Ostéodensitométrie ou Amniocentèse ou Fécondation In Vitro (remboursement par an et par assuré pour l'un des trois actes)	NON
✓ Forfait Pharmacie (par an et par assuré) <ul style="list-style-type: none"> ■ Médicaments prescrits non remboursés par le R.O. ■ Vaccins non remboursés par le R.O. 	51 €
Hospitalisation médicale, chirurgicale, à domicile ⁽²⁾	
✓ Frais de séjour	150 % TBR
✓ Honoraires Médicaux et chirurgicaux Médecins adhérents OPTAM et OPTAM-CO	170 % TBR
✓ Honoraires Médicaux et chirurgicaux Médecins Non adhérents OPTAM et OPTAM-CO	150 % TBR
✓ Participation forfaitaire pour actes lourds (Art. R160-16 du Code de la SS)	inclus
✓ Forfait journalier hospitalier (illimité)	Frais réels
✓ Chambre particulière y compris maternité (illimité)	51,42 € par jour
✓ Lit d'accompagnement (illimité)	20,57 € par jour
✓ Frais TV, Internet, Téléphone (15 jours par an)	17 € par jour
✓ Transport	125 % TBR
Aides auditives	
Aides auditives jusqu'au 31/12/2020	
✓ Prothèses auditives	125 % TBR
✓ Forfait supplémentaire appareil auditif remboursé par le RO ou assistant d'écoute acheté en pharmacie non remboursé par le RO (par oreille, par an et par assuré) dont : <ul style="list-style-type: none"> ■ Accessoires remboursés par le RO 	NON NON
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 ⁽⁸⁾	 Frais réels dans la limite des Prix limites de vente
✓ Equipements « Panier libre » Classe II et accessoires	125 % 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
✓ Forfait supplémentaire Accessoires remboursés par le RO	NON
Naissance ou Adoption	
✓ Forfait naissance – Adoption (par enfant) ⁽³⁾	171 €
Cure thermale (acceptée par le R.O.)	
✓ Soins et honoraires	125 % TBR
✓ Forfait supplémentaire cure thermale : Frais de transport et d'hébergement (par an et par assuré)	NON
Frais d'obsèques	
✓ Si souscription avant l'âge de 50 ans ⁽⁹⁾	NON

Dentaire

<ul style="list-style-type: none"> Soins et prothèses dentaires à prise en charge renforcée « panier 100% santé » à compter du 01/01/2020 ⁽⁶⁾ 		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation
<ul style="list-style-type: none"> Soins dentaires 		150 % TBR
<ul style="list-style-type: none"> Actes de prévention dentaire pris en charge dans le cadre des contrats responsables (loi du 13 août 2004 – Arrêté du 08/06/2006) 		150 % TBR
<ul style="list-style-type: none"> Prothèses dentaires remboursées par le R.O. « Panier modéré et libre » 		150 % TBR
<ul style="list-style-type: none"> Orthodontie remboursée par le R.O. 		150 % TBR
<ul style="list-style-type: none"> Bonus de fidélité : <ul style="list-style-type: none"> A partir de la 3^e année A partir de la 5^e année 		NON 175 % TBR
<ul style="list-style-type: none"> Forfait supplémentaire : <ul style="list-style-type: none"> Prothèses dentaires remboursées par le R.O. « Panier modéré et libre » (par an et par assuré) Orthodontie remboursée par le RO (par semestre et par assuré) ⁽⁴⁾ 		137 € 103 €
<ul style="list-style-type: none"> Plafond annuel (hors soins dentaires et prothèses dentaires « panier 100% santé ») ⁽⁷⁾ : <ul style="list-style-type: none"> pour la 1^{ère} année pour la 2^{ème} année à partir de la 3^{ème} année 		686 € 857 € 1 028 €

 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 à compter du 01/01/2020 ⁽⁸⁾



Frais réels dans la limite des Prix limites de vente

<ul style="list-style-type: none"> Équipement : 1 monture + 2 verres simples « Panier libre » Classe B 		190 €
<ul style="list-style-type: none"> Équipement : 1 monture + 1 verre simple et 1 verre complexe « Panier libre » Classe B 		245 €
<ul style="list-style-type: none"> Équipement : 1 monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe « Panier libre » Classe B 		245 €
<ul style="list-style-type: none"> Équipement : 1 monture + 2 verres complexes « Panier libre » Classe B 		300 €
<ul style="list-style-type: none"> Équipement : 1 monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe « Panier libre » Classe B 		300 €
<ul style="list-style-type: none"> Équipement : 1 monture + 2 verres très complexes « Panier libre » Classe B 		300 €
<ul style="list-style-type: none"> 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.	
<ul style="list-style-type: none"> 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) 		150 €
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie réfractive : myopie, astigmatisme, hypermétropie (par an et par assuré) 		150 €

Évolution 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 2021 est de 3 428 €.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Exemples d'actes de prévention : un dépistage annuel, dépistage de l'hépatite B, scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant le quatorzième anniversaire, certains vaccins en fonction de l'âge de l'assuré (Diphthérie, Tétanos et Poliomyélite, Coqueluche, Hépatite B, BCG, Rubéole, Haemophilis, etc), dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, etc.
- Au delà du plafond annuel dentaire, les prothèses dentaires sont prises en charge dans la limite de 100 % du TBR.
- 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.
- 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 : 2019 – Année de Naissance de l'assuré : 1969 – L'âge de l'assuré : 2019 – 1969 = 50 ans → La garantie n'est pas acquise.
 - Exemple 2 : Année de souscription du contrat : 2019 – Année de Naissance de l'assuré : 1970 – L'âge de l'assuré : 2019 – 1970 = 49 ans → La garantie est acquise.