

Vous avez souscrit à la Formule **EXCELLENCE**, qui vous permet de bénéficier des prestations de base adaptées aux dernières dispositions législatives et réglementaires du contrat responsable ⁽¹⁾ (EXCELLENCE RESPONSABLE), auxquelles s'ajoutent des prestations complémentaires qui viennent renforcer votre couverture sur certains postes (EXCELLENCE NON RESPONSABLE).
 Vous pouvez retrouver le niveau global des prestations de votre formule dans la colonne TOTAL

	REMBOURSEMENT DU REGIME OBLIGATOIRE ⁺	EXCELLENCE RESPONSABLE ⁺	EXCELLENCE NON RESPONSABLE ⁼	TOTAL [!]
HOSPITALISATION ⁽³⁾				
Séjours conventionnés	80% BR	100% FR	-	100% FR
Séjours non conventionnés ⁽⁴⁾	80% BR	80% FR dans la limite de 200% BR	-	80% FR dans la limite de 280% BR
Honoraires :				
- Praticien non signataire du CAS ⁽²⁾ ou en secteur non conventionné ⁽⁴⁾	80% BR	120% BR	+ 480% BR	680% BR
- Praticien signataire du CAS ⁽²⁾	80% BR	100% FR	-	100% FR
Chambre particulière (maternité comprise) (par jour)	-	4% PMSS (soit 132,44 €)	-	4% PMSS (soit 132,44 €)
Forfait journalier	-	100% FR	-	100% FR
Lit d'accompagnant (par jour) (- de 16 ans et - 20 ans pour les handicapés)	-	1,5% PMSS (soit 49,67 €)	-	1,5% PMSS (soit 49,67 €)
SOINS COURANTS				
Consultations, visites généralistes :				
- Praticien non signataire du CAS ⁽²⁾ ou en secteur non conventionné ⁽⁴⁾	70% BR	130% BR	+ 220% BR	420% BR
- Praticien signataire du CAS ⁽²⁾	70% BR	350% BR	-	420% BR
Consultations, visites spécialistes :				
- Praticien non signataire du CAS ⁽²⁾ ou en secteur non conventionné ⁽⁴⁾	70% BR	130% BR	+ 270% BR	470% BR
- Praticien signataire du CAS ⁽²⁾	70% BR	400% BR	-	470% BR
Actes de spécialités, chirurgie, technique médicale :				
- Praticien non signataire du CAS ⁽²⁾ ou en secteur non conventionné ⁽⁴⁾	70% BR	130% BR	+ 270% BR	470% BR
- Praticien signataire du CAS ⁽²⁾	70% BR	400% BR	-	470% BR
Psychologue (par bénéficiaire et pour un enfant moins de 18 ans)	-	20€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)	-	20€ / séance (dans la limite de 5 séances / an)
Psychomotricien (par bénéficiaire)	-	40€ / séance (dans la limite de 10 séances / an)	-	40€ / séance (dans la limite de 10 séances / an)
Auxiliaires médicaux	60% BR	400% BR	-	460% BR
Analyses	60%, 70% BR	400% BR	-	Jusqu'à 470% BR
Radiologie :				
- Praticien non signataire du CAS ⁽²⁾ ou en secteur non conventionné ⁽⁴⁾	70% BR	130% BR	+ 270% BR	470% BR
- Praticien signataire du CAS ⁽²⁾	70% BR	400% BR	-	470% BR
Pharmacie	15%, 30%, 65%, 100% BR	TM	-	100% BR
Médicaments non remboursables par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	50 €	-	50 €
MEDECINE DOUCE				
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, diététicien, étiope, naturopathe, acupuncteur (par bénéficiaire)	-	50 € / séance (dans la limite de 3 séances / an)	-	50 € / séance (dans la limite de 3 séances / an)
DENTAIRE				
Soins dentaires	70% BR	400% BR	-	470% BR
Inlays, onlays	70% BR	450% BR	-	520% BR
Orthodontie acceptée par le RO	70% - 100% BR	350% BR	-	Jusqu'à 450% BR
Orthodontie non acceptée le RO (par an et par bénéficiaire)	-	8% PMSS (soit 264,88 €)	-	8% PMSS (soit 264,88 €)
Prothèses prises en charge par le RO	70% BR	500% BR	-	570% BR
Inlays cores	70% BR	150% BR	-	220% BR
Parodontologie non remboursée par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	8% PMSS (soit 264,88 €)	-	8% PMSS (soit 264,88 €)
Implantologie (par implant, dans la limite de 2 / an / bénéficiaire) ⁽⁵⁾	-	29,5% PMSS (soit 976,75 €)	-	29,5% PMSS (soit 976,75 €)
Plafond de remboursement annuel par bénéficiaire ⁽⁶⁾	-	100% PMSS (soit 3 311,00 €) les deux premières années et 132% PMSS (soit 4 370,52 €) les années suivantes		
AUTRES PROTHESES ET APPAREILLAGES				
Orthopédie, appareils auditifs, appareillages et accessoires médicaux	60% BR	500% BR	-	560% BR
OPTIQUE				
		Limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue	Limité à un équipement (2 verres + 1 monture) par an	Limité à un équipement (2 verres + 1 monture) par an
LUNETTES ACCEPTÉES - ENFANTS JUSQU'À 12 ANS INCLUS				
Equipelement simple (2 verres + 1 monture) : monture seule ou monture + verres ou verres seuls ⁽⁷⁾	60% BR	7,5% PMSS (soit 248,33 €) dans la limite de 150€ pour la monture seule ⁽⁷⁾	-	Remboursement RO + 7,5% PMSS (soit 248,33 €) dans la limite des FR ⁽⁷⁾
Equipelement complexe (2 verres + 1 monture) : monture seule ou monture + verres ou verres seuls (La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150€) ⁽⁷⁾	60% BR	10% PMSS (soit 331,10 €) dans la limite de 150€ pour la monture seule ⁽⁷⁾	-	Remboursement RO + 10% PMSS (soit 331,10 €) dans la limite des FR ⁽⁷⁾
LUNETTES ACCEPTÉES - ADULTES ET ENFANTS DE PLUS DE 12 ANS ⁽⁸⁾				
Monture seule	60% BR	4,5% PMSS (soit 149,00 €)	+ 2% PMSS (soit 66,22€)	Remboursement RO + 6,5% PMSS (soit 215,22 €) dans la limite des FR
Verres unifocaux (correction entre -4 et +4)	60% BR	5,5% PMSS (soit 182,11 €)	-	Remboursement RO + 5,5% PMSS (soit 182,11 €) dans la limite des FR
Verres unifocaux (correction supérieure à +4)	60% BR	7,5% PMSS (soit 248,33 €)	-	Remboursement RO + 7,5% PMSS (soit 248,33 €) dans la limite des FR
Verres multifocaux (correction entre -8/+8)	60% BR	16,5% PMSS (soit 546,32 €)	-	Remboursement RO + 16,5% PMSS (soit 546,32 €) dans la limite des FR
Autres verres multifocaux (hors zone -8/+8)	60% BR	22% PMSS (soit 728,42 €)	+ 2% PMSS (soit 66,22€)	Remboursement RO + 24% PMSS (soit 794,64 €) dans la limite des FR
Lentilles acceptées ou refusées par le RO	60% BR	11,5% PMSS (soit 380,77 €)	-	Remboursement RO + 11,5% PMSS (soit 380,77 €) dans la limite des FR
Plafond de remboursement annuel par bénéficiaire ⁽⁶⁾	-	23% PMSS (soit 761,53 €)	-	23% PMSS (soit 761,53 €)
Chirurgie réfractive (par an et par œil)	-	18% PMSS (soit 595,98 €)	-	18% PMSS (soit 595,98 €)

	REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE	EXCELLENCE RESPONSABLE	EXCELLENCE NON RESPONSABLE	TOTAL
TRANSPORT				
Transport accepté par le RO	65% BR	TM	-	100% BR
MATERNITÉ				
Forfait naissance ou adoption ⁽⁹⁾	-	11,5% PMSS (soit 380,77 €)	-	11,5% PMSS (soit 380,77 €)
Dépassement d'honoraires	-	Pendant la période de grossesse ainsi qu'en cas d'accouchement par césarienne, les dépassements d'honoraires sont couverts au titre des garanties prévues par chaque poste. Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge en cas d'accouchement par voie basse.		
CURE				
Cure thermale acceptée par le RO ⁽¹⁰⁾ (par an et par bénéficiaire)	70% BR	29,5% PMSS (soit 976,75 €)	-	Remboursement RO + 29,5% PMSS (soit 976,75 €) dans la limite des FR
PREVENTION ET AUTRES SOINS				
Sevrage tabagique: patch, gomme... (par an et par bénéficiaire)	-	50 €	-	50 €
Pilules contraceptives (par an et par bénéficiaire)	-	50 €	-	50 €
Vaccin anti grippe (1 par an et par bénéficiaire)	-	100% FR	-	100% FR
Actes de prévention pris en charge par le RO ⁽¹¹⁾	-	Pris en charge	-	Pris en charge
Forfait ostéodensitométrie non remboursé par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	200 €	-	200 €
Autres actes remboursés par le RO ⁽¹²⁾	-	TM	-	100% BR
SERVICES				
Assistance* Une assistance accessible 24H/24 et 7J/7	-	<ul style="list-style-type: none"> - Des services de confort en cas d'accident, d'hospitalisation ou d'immobilisation: déplacement au chevet d'un proche, aide ménagère, garde-malade, livraison de courses, livraison de médicaments, garde d'enfants, conduite à l'école et retour au domicile, soutien scolaire, conseils médicaux, transport des animaux domestiques... - Des services d'information: assistance téléphonique, plateforme de conseils santé, aide juridique, services en ligne, aide et formalités "obsèques"... - Des services "plus" en cas de décès, maladie ou accident corporel: transport sanitaire, rapatriement, prise en charge du voyage et rapatriement du défunt vers le lieu d'inhumation en France, frais d'hébergement... - Des prestations pour les enfants malades: répétiteur scolaire, garde au domicile de l'enfant malade; - Une Aide aux aidants: garde des personnes à charge, transfert des personnes à charge, prise en charge et organisation du transport aller- retour d'un proche. <p>*Les prestations d'assistance sont soumises à conditions. Pour plus de détails, vous pouvez consulter la Notice d'Informations</p>		
Assistance spéciale Chef d'Entreprise	-	Solution de mobilité en cas de reprise partielle d'activités Assistance à la reconversion professionnelle Accompagnement budgétaire et Conseil social		
Réseau de soins	-	Carte Blanche (Optique, Dentaire et Audioprothèses)		

Les prestations sont versées dans la limite des dispositions prévues aux conditions générales.

Document non contractuel. Les montants sont calculés par rapport aux remboursements effectués par rapport à la base de remboursement du Régime Obligatoire connue en date du 01/04/2015, hors Alsace-Moselle. Les garanties indiquées dans les colonnes portant la notion «Responsable» et «Non Responsable» sont exprimées en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire. Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré.

RO : Régime Obligatoire - FR : Frais réels - BR : Base de Remboursement - TM : Ticket Modérateur

PMSS 2018 : 3 311 €

(1) Contrat Responsable : le contrat respectant les obligations visées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses différents textes d'application.

(2) CAS * : Le Contrat d'Accès aux Soins est signé entre l'assurance maladie et les médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, par lequel ces médecins s'engagent à modérer le montant des dépassements d'honoraires facturés en améliorant le remboursement de leurs patients. La prise en charge des dépassements d'honoraires par le présent régime diffère selon que le médecin a signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins.

(3) Les séjours (frais de séjour, hébergement et honoraires) et la chambre particulière en établissement psychiatrique, de repos ou spécialisé sont pris en charge tels que définis dans le tableau de garanties dans la limite de 90 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà de 90 jours, la prise en charge est limitée au remboursement du TM.

(4) Les actes non conventionnés : le remboursement des actes dispensés par un médecin n'ayant pas signé de convention avec l'assurance maladie française est effectué sur la base du tarif d'autorité, fixé par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale, égal à 16% de la base de remboursement.

(5) L'implantologie = implant + pilier + couronne sur implant si non prise en charge par le RO + soins de parodontologie liés à la pose de l'implant limité à 2 implants par an et par bénéficiaire.

(6) Pour les plafonds dentaires et optiques (hors verres multifocaux hors zone), les plafonds s'entendent par année civile. En cas de dépassement du plafond, le remboursement est limité au TM.

(7) La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150€.

(8) Le remboursement d'un équipement mixte s'obtient en additionnant le forfait monture seule ainsi que la moitié du forfait verre unifocal et la moitié du forfait verre multifocal, correspondant à la correction optique de l'assuré.

(9) Forfait doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

(10) Hors frais de transport.

(11) Les actes de prévention pris en charge par le RO sont les actes tel que le scellement de sillons, le détartrage annuel sus et sous-gingival, ou encore la vaccination comme le DTP.

(12) Le remboursement du RO sera fonction de la nature de l'acte.

* Depuis le 1er janvier 2017, le CAS est remplacé par l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire maîtrisée) destinée aux médecins de secteur 2 et par l'OPTAM CO applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique, qui a pour objectif de favoriser l'accès aux soins, optimiser la qualité des soins, maîtriser les dépenses de santé (réduction du reste à charge pour les patients, maîtrise des déficits de l'Assurance Maladie, limiter le niveau des dépassements d'honoraires), moderniser et valoriser la médecine libérale (rémunération et conditions d'exercices des médecins libéraux). La convention médicale en date du 25 août 2016 prévoit qu'aucune adhésion au CAS ne sera possible à compter du 1er janvier 2017. Les médecins ayant adhéré au CAS se verront proposer d'adhérer à la nouvelle option en signant un avenant au contrat. Les remboursements des actes pratiqués par un signataire de l'OPTAM ou OPTAM CO sont identiques à ceux des actes pratiqués par un signataire du CAS.