





Vous avez souscrit à une 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 EXCELLENCE.

	RÉGIME OBLIGATOIRE	EXCELLENCE RESPONSABLE	EXCELLENCE NON RESPONSABLE	TOTAL EXCELLENCE
HOSPITALISATION				
Séjour conventionnés	80% BR	100% FR	-	100% FR
Honoraires conventionnés hors CAS ⁽²⁾ et non conventionnés**	70% BR	100% TM + 100% BR	+470% BR	100% TM + 640% BR
Honoraires conventionnés CAS ⁽²⁾	70% BR	100% FR	-	100% FR
Chambre particulière (maternité comprise) (par jour)	-	4% PMSS, soit 126,80 €	-	4% PMSS, soit 126,80 €
Forfait journalier	-	100% FR	-	100% FR
Lit d'accompagnant (par jour) (- de 16 ans et - 20 ans pour les handicapés)	-	1,5% PMSS, soit 47,55 €	-	1,5% PMSS, soit 47,55 €
Séjours, honoraires, chambre particulière en psychiatrie, établissement de repos ou spécialisé prise en charge limitée à* :	-	100% FR	-	100% FR
Actes NON CONVENTIONNÉS**	30% BR	80% FR dans la limite de 200% BR	-	80% FR dans la limite de 230% BR
SOINS COURANTS				
Consultations, visites généralistes conventionnés hors CAS ⁽²⁾ et non conventionnés**	70% BR	100% TM + 100% BR	+220% BR	100% TM + 390% BR
Consultations, visites généralistes conventionnés CAS ⁽²⁾	70% BR	350% BR	-	420% BR
Consultations, visites spécialistes conventionnés hors CAS ⁽²⁾ et non conventionnés**	70% BR	100% TM + 100% BR	+270% BR	100% TM + 440% BR
Consultations, visites spécialistes conventionnés CAS ⁽²⁾	70% BR	+400% BR	-	470% BR
Actes de spécialités, chirurgie, technique médicale hors CAS ⁽²⁾ et non conventionnés**	70% BR	100% TM + 100% BR	+270% BR	100% TM + 440% BR
Actes de spécialités, chirurgie, technique médicale CAS ⁽²⁾	70% BR	+400% BR	-	470% BR
Psychologue (par bénéficiaire et pour un enfant de moins de 18 ans)	-	20 € par séance (dans la limite de 5 séances / an)	-	20 € par séance (dans la limite de 5 séances / an)
Psychomotricien (par bénéficiaire)	-	40 € par séance (dans la limite de 10 séances / an)	-	40 € par séance (dans la limite de 10 séances / an)
Auxiliaires médicaux**	60% BR	+400% BR	-	460% BR
Radiologie, analyses hors CAS ⁽²⁾ et non conventionnés**	70% BR	100% TM + 100% BR	+270% BR	100% TM + 440% BR
Radiologie, analyses CAS ⁽²⁾	70% BR	+400% BR	-	470% BR
Pharmacie	15%, 30%, 65% 100% BR	100% TM	-	100% TM
Médicaments non remboursables par le RO (par an et par bénéficiaire)	-	50 €	-	50 €
MÉDECINE DOUCE				
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, diététicien, éthiopathe, 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 conventionnés**	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 par le RO** (par an et par bénéficiaire)	-	8% PMSS, soit 253,60 €	-	8% PMSS, soit 253,60 €
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 253,60 €	-	8% PMSS, soit 253,60 €
Implantologie** (implant + pilier + couronne sur implant + soins) (par implant, dans la limite de 2 /an / bénéficiaire)	-	29,5% PMSS, soit 935,15 €	-	29,5% PMSS, soit 935,15 €
Plafond annuel par bénéficiaire (rbt des minimas responsables si plafond dépassé)	-	100% PMSS, soit 3 170 € les 2 ^{èmes} années et 132% PMSS, soit 4 184,40 € les années suivantes	-	100% PMSS, soit 3 170 € les 2 ^{èmes} années et 132% PMSS, soit 4 184,40 € les années suivantes
AUTRES PROTHÈSES 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	
LUNETTES ACCEPTÉES - ENFANTS JUSQU'À 18 ANS				
Équipement simple (2 verres + 1 monture) : monture seule ou monture + verres ou verres seuls (par an)	60% BR	7,5% PMSS, 237,75 € dans la limite de 150 € pour la monture seule	-	7,5% PMSS, 237,75 € dans la limite de 150 € pour la monture seule
Équipement complexe (2 verres + 1 monture) : monture seule ou monture + verres ou verres seuls (par an)	60% BR	10% PMSS, soit 317 € dans la limite de 150 € pour la monture seule	-	10% PMSS, soit 317 € dans la limite de 150 € pour la monture seule
LUNETTES ACCEPTÉES - ADULTES				
Monture seule (par an)	60% BR	4,5% PMSS, soit 142,65 €	2% PMSS, soit 63,40 €	6,5% PMSS, soit 206,05 €
Verres unifocaux (sphère de - 6 à +6 et cylindre inférieur ou égal à+4) (par an)	60% BR	5,5% PMSS, soit 174,35 €	-	5,5% PMSS, soit 174,35 €
Verres unifocaux (sphère hors zone - 6 à +6 et cylindre supérieur +4) (par an)	60% BR	7,5% PMSS, soit 237,75 €	-	7,5% PMSS, soit 237,75 €
Verres multifocaux (-8/+8) (par an)	60% BR	16,5% PMSS, soit 523,05 €	-	16,5% PMSS, soit 523,05 €
Verres multifocaux hors zone (-8/+8)	60% BR	22% PMSS, soit 697,40 €	2% PMSS, soit 63,40 €	24% PMSS, soit 760,80 €
Lentilles acceptées ou refusées par le RO (par an)	60% BR	11,5% PMSS, 364,55 €	-	11,5% PMSS, 364,55 €
Plafond annuel par bénéficiaire (Remboursement des minimas responsables si plafond dépassé par an)	-	23% PMSS, soit 729,10 €	-	23% PMSS, soit 729,10 €
Chirurgie réfractive (par an et par œil)	-	18% PMSS, soit 570,60 €	-	18% PMSS, soit 570,60 €
Avantage réseau	-	Prise en charge intégrale sur une sélection d'appareils		

	RÉGIME OBLIGATOIRE 	EXCELLENCE RESPONSABLE 	EXCELLENCE NON RESPONSABLE 	TOTAL EXCELLENCE 
AUTRE SOINS				
TRANSPORT				
Transport accepté par le RO	65% BR	TM	-	TM
MATERNITÉ				
Naissance ou adoption (doublé par naissance ou adoption multiple)	-	11,5% PMSS, soit 364,55 €	-	11,5% PMSS, soit 364,55 €
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 (par an et par bénéficiaire) hors frais de transport	70% BR	29,5% PMSS, soit 935,15 €	-	29,5% PMSS, soit 935,15 €
PRÉVENTION 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 prévus à l'article R.8716-2 du Code de la SS	-	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	-	TM	-	TM
ASSISTANCE				
Garanties FIAPSIL	-	Assistance en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint / Assistance en cas d'hospitalisation d'un enfant de l'adhérent/ Assistance en cas d'hospitalisation imprévue du conjoint / Prévention et informations médicales (détails sur http://www.fiapsil.asso.fr)		

Document non contractuel, montants calculés par rapport à la Base de Remboursement du Régime Obligatoire connue en date du 01/04/2015
Les garanties sont exprimées en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire.

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

(2) CAS : Contrat 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.

* Au-delà de 90 jours : prise en charge du TM

** Actes non conventionnés : 80% des FR dans la limite de 200% BR sur la base du tarif d'autorité (le remboursement des actes dispensés par un médecin n'ayant pas signé de convention avec la sécurité sociale est effectué sur la base d'un tarif d'autorité fixé par le ministre chargé de la Sécurité sociale, égal à 16% de la Base de remboursement).

*** 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

Pour les plafonds dentaire et optique: les années s'entendent par année civile. Les actes hors nomenclature SS ne sont pas remboursés sauf dispositions contraires au Certificat d'Adhésion

RO : Régime Obligatoire
FR : Frais réels
BR : Base de Remboursement
TM : Ticket Modérateur
PMSS 2015 : 3 170 €