

**CONTRAT
COLLECTIF
À ADHÉSION
FACULTATIVE
FRAIS DE SANTÉ - TNS
SMI santé pro**

Notice d'information

Chapitre I

Dispositions générales

Article 1

Cadre juridique du contrat collectif

L'association APSMI, ci-après l'association, a souscrit auprès de la mutuelle SMI un contrat collectif à adhésion facultative, en vue de permettre à ses membres, et le cas échéant à leurs ayants droit, de bénéficier de garanties frais de santé, dans les conditions définies ci-après.

La présente notice précise les garanties et les prestations auxquelles peuvent prétendre les membres de l'association APSMI ayant adhéré au contrat collectif « frais de santé TNS - SMI santé pro », ainsi que leurs modalités de prise en charge, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

Ce document vous indique également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou des limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Ne sont effectivement accordées que les garanties prévues dans le tableau des garanties joint à la présente notice d'information et correspondant à la formule de garanties choisie par le membre participant pour laquelle il paye les cotisations. La formule de garanties applicable est mentionnée dans le certificat d'adhésion.

L'association APSMI est composée de membres exerçant une activité non salariée ou d'anciens travailleurs non salariés retraités.

SMI est une mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.

Les relations contractuelles découlant de l'adhésion au contrat collectif sont régies par les conditions de ce dernier, la présente notice d'information et le certificat d'adhésion, ainsi que par les statuts de la mutuelle.

Le contrat collectif « frais de santé TNS - SMI santé pro » et l'adhésion du membre participant sont régis par la loi française et notamment par le Code de la Mutualité.

La langue utilisée est le français.

Article 2

Conclusion et modifications du contrat collectif

Le contrat collectif est souscrit par l'association auprès de SMI.

Il peut être modifié par avenant conclu entre l'association et SMI.

Les modifications du contrat collectif sont notifiées aux membres participants par la remise, par SMI pour le compte de l'Association, d'une notice d'information, conformément à l'article 6.1 ci-après.

Article 3

Adhésion des membres de l'association

La signature par toute personne physique répondant aux conditions de l'article 1, de la demande d'adhésion au contrat collectif emporte adhésion à l'association APSMI, acceptation des conditions définies dans la notice d'information, ainsi que des statuts de SMI.

Article 4

Résiliation du contrat collectif

Le contrat collectif peut être résilié tous les ans, à l'initiative de l'APSMI, à effet du 31 décembre de chaque année, en adressant une lettre ou tout autre support durable ou moyen énoncé à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité (notamment déclaration au siège social ou acte extrajudiciaire), sous réserve de respecter un préavis de deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, le cachet de la poste de la lettre, la date du mail ou la date de la notification faisant foi. Le contrat sera alors résilié au 31 décembre de l'année en cours (à minuit).

L'APSMI peut également résilier le contrat à tout moment, sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de souscription, en adressant une lettre ou tout autre support durable ou moyen énoncé à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité (notamment déclaration au siège social ou acte extra-

judiciaire). Le contrat sera alors résilié un mois après la réception, par SMI, de la notification. Dans le cas où l'APSMI souhaite résilier le contrat pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, elle peut également demander à ce dernier de se charger de la résiliation dans les conditions énoncées à l'article L. 221-10-2 du code de la mutualité.

En outre, l'Association APSMI peut résilier le contrat collectif à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, dans les conditions précisées dans le contrat collectif.

En cas de résiliation du contrat collectif par l'APSMI, ses effets se poursuivent à l'égard des adhésions antérieures à la résiliation.

Article 5

Membres participants et bénéficiaires

5.1 Définition des membres participants

Par membres participants, il faut entendre l'ensemble des personnes physiques membres de l'Association, qui adhèrent au contrat collectif « frais de santé TNS - SMI santé pro ».

5.2 Définition des bénéficiaires

Les bénéficiaires des prestations de la mutuelle SMI sont les membres participants et, le cas échéant, sous réserve de leur affiliation et du paiement de la cotisation supplémentaire correspondante par le membre participant, leurs ayants droit figurant sur leur bulletin individuel d'adhésion.

Par ayants droit du membre participant, il convient d'entendre :

- **son conjoint**, ou à défaut son partenaire de PACS, ou à défaut son concubin relevant à titre personnel d'un régime de Sécurité sociale :
 - est considérée comme concubin, la personne vivant en couple avec le membre participant dans le cadre d'une union de fait, s'il peut être prouvé la vie commune, sous la forme d'un justificatif (quittance de loyer, etc.), et à condition que ni le membre participant ni son concubin ne soient par ailleurs marié ou pacsé ;
 - est considérée comme partenaire de PACS, la personne liée au membre participant par un Pacte civil de solidarité tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code civil ;
- **ses enfants à charge**. Sont considérés comme à charge les enfants du membre participant ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin à charge au sens fiscal et/ou social et affiliés à un régime obligatoire de Sécurité sociale français :
 - **jusqu'à leurs 18 ans (jusqu'au 31 décembre de leur 18^e anniversaire)**, sans condition supplémentaire ;
 - **jusqu'à 26 ans au plus (jusqu'au 31 décembre qui suit leur 26^e anniversaire)**, s'ils poursuivent leurs études, sous réserve de produire un certificat de scolarité justifiant leur statut d'étudiant (études secondaires, supérieures, contrat d'apprentissage, de professionnalisation, d'orientation ou service civique). Ce certificat est à fournir avant le 31 octobre de chaque année. En cas d'absence de certificat à cette date, la couverture des droits est supprimée le 31 décembre de l'année et l'enfant est radié, à cette date, du dossier du membre participant. Cette couverture au titre de l'adhésion du membre participant prend fin le premier jour de l'année civile qui suit la date anniversaire des 26 ans ;
 - **durant une année à partir de la fin de leurs études, et au plus tard jusqu'à 27 ans (jusqu'au 31 décembre qui suit leur 27^e anniversaire)**, s'ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre comme demandeurs d'emploi à France Travail ;
 - **sans limite d'âge**, s'ils justifient d'une situation de handicap donnant lieu à l'octroi d'une allocation adultes handicapés (AAH) définie à l'article L. 821-1 du code de la Sécurité sociale ou s'ils sont titulaires de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » définie à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles.

En outre, le nouveau-né est garanti à la date de la naissance dans les conditions prévues par le présent contrat si la demande en est faite à la mutuelle SMI dans les trois mois qui suivent la naissance (sous réserve que les droits aux prestations du membre participant soient ouverts à cette date).

Dans tous les cas, la présentation régulière des pièces justifica-

tives nécessaires à la reconnaissance de la qualité d'ayant droit (photocopie de la carte d'étudiant, photocopie du contrat d'apprentissage, etc.) conditionne l'ouverture et le maintien des garanties.

Chapitre II

Adhésion et résiliation des membres participants et de leurs ayants droit

Article 6

Adhésion des membres participants et affiliation de leurs ayants droit

6.1 Adhésion des membres participants

L'engagement réciproque de la mutuelle SMI et du membre participant résulte de la demande d'adhésion de ce dernier au contrat collectif souscrit par l'association APSMI dont il est membre, après consultation du document d'information sur le produit (IPID). Elle se matérialise par la signature d'un bulletin d'adhésion et de la fiche de conseil et d'information et l'émission par SMI d'un certificat d'adhésion remis au membre participant par la mutuelle SMI pour le compte de l'association. Les membres de l'association acquièrent la qualité de « membre participant » de la mutuelle SMI, à la date de leur adhésion au contrat.

Le bulletin d'adhésion mentionne notamment l'identité des bénéficiaires des garanties (membre participant et le cas échéant, son (ses) ayant(s) droit), la date d'effet souhaitée de l'adhésion, la formule de garanties souhaitée, le montant et les modalités de règlement des cotisations. Le tableau des garanties précisant les garanties afférentes à chaque formule de garanties est joint à la présente notice d'information.

Le certificat d'adhésion précise notamment la formule de garanties choisie et la liste des bénéficiaires. Il est établi sur la base des déclarations du membre participant concernant sa situation et celle de ses ayants droit, concernant :

- à l'adhésion du membre participant :
 - ses nom, prénom(s), date de naissance, numéro de Sécurité sociale et domicile, ainsi que, le cas échéant, ceux de ses ayants droit affiliés au présent contrat ;
 - le niveau de garanties auxquelles il souhaite adhérer,
 - son attestation de carte vitale, ainsi que celle de ses ayants droit affiliés au présent contrat ;
- en cours d'adhésion, le membre participant devra déclarer dans les 15 jours suivants :
 - tout événement entraînant la perte du statut de travailleur indépendant ;
 - toute modification des éléments ci-dessus spécifiés dans son bulletin d'adhésion ;
 - toute modification dans la composition de sa famille en cas d'affiliation d'ayants droit (notamment naissance, adoption, divorce ou séparation, décès) ;
 - tout changement de domicile ou fixation de domicile hors de France métropolitaine ou des départements d'outre-mer.

En cas de perte du statut de travailleur indépendant, sauf pour cause de liquidation de sa pension de retraite, le membre participant ne peut plus être membre de l'association, ni adhérent au contrat collectif « frais de santé TNS - SMI santé pro ». SMI lui proposera d'adhérer à une formule de garanties compatible avec sa nouvelle situation.

Ces déclarations doivent parvenir à SMI, par lettre recommandée, dans les quinze jours suivant la connaissance par le membre participant de la survenance de l'un de ces événements. Si l'absence ou le retard de déclaration cause un préjudice à SMI, elle pourra invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder au versement des prestations prévues, et obtenir réparation du préjudice devant les tribunaux.

En cas d'aggravation du risque, liée à l'un de ces événements et indépendante de l'état de santé du membre participant, SMI se réserve le droit de proposer une augmentation des cotisations et/ou une diminution des prestations. En cas de refus, le membre participant pourra résilier son adhésion.

La qualité de membre participant emporte la possibilité d'être représenté aux instances de la mutuelle (assemblée générale/conseil d'administration) selon les modalités fixées par les statuts

de SMI et donne accès au fonds social de la mutuelle.

Notice d'information

La mutuelle SMI remet à l'association APSMI la présente notice d'information qui définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. L'association est tenue de la remettre à chaque membre participant, accompagnée des statuts de SMI.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, par avenant au contrat collectif, l'association est tenue de les informer en leur remettant une nouvelle notice ou un additif établi à cet effet par SMI. Les membres participants peuvent dénoncer leur adhésion du fait de ces modifications dans un délai d'un mois à compter de la remise de cette notice.

La preuve de la remise de la notice au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'association. Celle-ci est seule responsable à l'égard du membre participant en l'absence de remise de la notice d'information initiale ou modificative.

6.2 Affiliation des ayants droit

Les ayants droit du membre participant tels que définis à l'article 5.2 ci-avant, sont affiliés de façon facultative. Ainsi, chaque membre participant a le choix d'affilier ou non l'un ou plusieurs de ses ayants droit

6.3 Modification de la garantie

Le membre participant définit la garantie pour laquelle il opte, pour lui-même et ses ayants droit, sur le bulletin d'adhésion qu'il adresse à SMI. Les prestations garanties sont définies au tableau remis au moment de l'adhésion ou du changement de garanties et correspondant à la formule choisie par le membre participant dans son bulletin d'adhésion.

En cas de changement ultérieur de garanties, les actes et soins dont la date est antérieure à la date d'effet de la modification sont remboursés conformément à la garantie précédemment souscrite par le membre participant, étant établi que la date de référence retenue est celle de la date des soins, telle qu'indiquée sur le décompte de la Sécurité sociale (pour les soins pris en charge par le régime obligatoire) et/ou celle de la facture (pour les actes non remboursés par le régime obligatoire).

Le changement de garanties n'est autorisé qu'à l'expiration d'un délai de douze mois suivant la date d'effet de l'adhésion, puis au 1^{er} janvier de chaque année. La demande doit être reçue au plus tard le 31 octobre de l'année précédente pour une prise d'effet le 1^{er} janvier suivant.

Si la nouvelle garantie prévoit des remboursements d'un montant supérieur à l'ancienne garantie, un délai de carence de trois mois s'applique pour les différences de remboursement entre les deux garanties.

Le tarif applicable à la nouvelle garantie tient compte de l'âge du membre participant et de ses éventuels ayants droit à la date de la modification.

La demande de modification vers un niveau de garantie inférieur peut toutefois intervenir à tout moment, en cas de changement de situation familiale (mariage, pacs, concubinage, naissance, séparation, décès, sortie d'un enfant du foyer, etc.), ou de changement dans la situation professionnelle du conjoint (perte ou reprise d'emploi, départ en retraite).

Dans ce cas, la date d'effet interviendra au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

6.4 Conséquences d'une fausse déclaration

La cotisation afférente à l'adhésion du membre participant est notamment fixée en fonction des éléments déclarés lors de son adhésion.

Le membre participant doit répondre avec exactitude aux questions posées par la mutuelle SMI, au moment de l'adhésion au contrat collectif « frais de santé TNS - SMI santé pro » ou au cours de son exécution. Toute erreur ou fausse déclaration de sa part pourra entraîner l'attribution à SMI de dommages et intérêts, voire entraîner la nullité de son adhésion au présent contrat.

Fausse déclaration intentionnelle du membre participant

La garantie accordée au membre participant par SMI est nulle

en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à SMI qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts, conformément à l'article L.221-14 du code de la mutualité.

Fausse déclaration non intentionnelle du membre participant

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au certificat d'adhésion :

- si elle est constatée avant toute réalisation du risque, SMI a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. À défaut d'accord de celui-ci, son adhésion prend fin dix jours après notification de l'augmentation adressée au membre participant par lettre recommandée. SMI restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus ;
- dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations qui aurait été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 7

Date d'effet – durée de l'adhésion des membres participants

7.1 À l'égard des membres participants

7.1.1 Prise d'effet de l'adhésion et entrée en vigueur des garanties des membres participants

L'adhésion du membre participant prend effet, sous réserve de l'acceptation de SMI, à la date d'effet demandée dans le bulletin d'adhésion, sans que cette date puisse être antérieure à la date de sa signature. La date d'effet de l'adhésion est précisée dans le certificat d'adhésion.

Les garanties des membres participants prennent effet à la date figurant au certificat d'adhésion. Cette date ne peut être antérieure à la réception du BIA et des pièces mentionnées à l'article 8.1.

7.1.2 Durée de l'adhésion des membres participants

L'adhésion du membre participant et ses droits à garanties, prennent effet **pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se poursuit ensuite annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier, pour une durée de un an**, sauf dans les cas prévus à l'article 10.

7.2 A l'égard des ayants droit

L'affiliation des ayants droit prend effet, sous réserve de leur déclaration sur le bulletin individuel d'affiliation :

- soit à la même date que celle du membre participant, si leur affiliation est demandée en même temps que l'adhésion du membre participant au présent contrat ;
- soit à la date sollicitée par le membre participant, sans qu'elle puisse être antérieure à la date de la demande d'affiliation et des pièces mentionnées à l'article 8.1.

Par dérogation, l'affiliation des nouveaux nés ou des enfants adoptés prend effet à compter du 1^{er} jour du mois de leur naissance sous réserve que leur inscription soit demandée (par le biais d'un bulletin d'affiliation modificatif) dans les trois mois qui suivent la naissance et que les droits du membre participant soient déjà ouverts à cette date.

Article 8

Modalité d'adhésion

Le candidat à l'assurance doit adresser à la mutuelle SMI, les pièces suivantes :

8.1 À l'adhésion :

- le bulletin d'adhésion mentionné à l'article 6.1 ;
- la fiche de conseil et d'information datée et signée ;
- un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne afférent au

compte sur lequel seront versées les prestations ;

- une copie de l'attestation de la carte vitale de chacun des bénéficiaires assurés sociaux ;
- une attestation délivrée par les organismes sociaux, selon laquelle il est à jour de ses cotisations d'assurance vieillesse et maladie obligatoires ;
- le paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation ;
- un mandat de prélèvement en cas d'option pour un paiement par prélèvement, accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne afférent au compte sur lequel seront prélevées les cotisations.

8.2 En cours d'exercice

En cas de modification de situation de famille, ou demande d'affiliation ou de retrait d'un ayant droit, le membre participant doit adresser à SMI un bulletin d'affiliation/modification avec l'indication des changements de situation de famille et leur date de surveillance et la copie de l'attestation de la carte vitale des nouveaux bénéficiaires.

Article 9

Renonciation

9.1. Faculté de renonciation

La signature du bulletin d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour le membre participant s'il a adhéré par vente par démarchage ou à distance.

Le membre participant bénéficie d'un délai de renonciation.

Constitue une vente par démarchage, toute adhésion intervenue au domicile, à la résidence ou au lieu de travail du candidat à l'assurance y compris à sa demande, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, suite à sa sollicitation par des préposés ou mandataires de la mutuelle.

Lorsque l'adhésion du membre participant a été réalisée par démarchage, conformément à l'article L.221-18-1 du code de la mutualité, il dispose d'un délai de renonciation de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Toutefois, dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

Constitue une vente à distance toute adhésion intervenue au moyen d'une technique de communication à distance sur support papier, par téléphone ou en ligne sans la présence physique simultanée du membre participant et de la mutuelle. Conformément à l'article L. 221-18 du code de la consommation, en cas de vente à distance, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de quatorze jours calendaires révolus à compter de la date d'effet de son adhésion, ou de la date à laquelle il reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles si cet événement est postérieur, sans avoir à justifier d'un motif, ni à supporter de pénalités.

9.2. Modalités de la renonciation

La renonciation peut être faite par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à SMI – Cœur Défense – Tour A – 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle – 92931 Paris La Défense Cedex ou par tout autre support durable ou moyen énoncé à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité. Elle peut être exercée à l'aide du modèle suivant :

« Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion n° XXXX effectuée le (date) et demande le remboursement des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente, sous déduction éventuelle des prestations dont j'aurais pu bénéficier ou faire bénéficier ».

9.3. Effets de la renonciation

En cas de vente à distance, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception de la lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la demande de renonciation. L'assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la cotisation dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre

né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

Article 10

Cessation des garanties des membres participants et/ou de leurs ayants droit

La cotisation est due jusqu'à la date de la résiliation de l'adhésion du membre participant.

Seuls les frais engagés postérieurement à la date d'effet de la garantie et antérieurement à la date d'effet de la résiliation sont pris en charge dans les conditions définies dans la présente notice d'information.

10.1 Cessation des garanties des membres participants

Le membre participant cesse d'être garanti au titre du contrat collectif « frais de santé TNS - SMI santé pro » en cas de :

- dénonciation, par le membre participant, de son adhésion au contrat, dans les conditions prévues à l'article 10.2 ci-après ;
- changement de régime d'assurance maladie obligatoire, entraînant la perte de la qualité de travailleur non salarié ;
- perte de la qualité d'adhérent de l'association APSMI ;
- non-paiement des cotisations, selon les modalités précisées à l'article 14 ;
- réticence ou fausse déclaration intentionnelle lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion ;
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues ;
- décès du membre participant.

La cessation de la garantie du membre participant entraîne automatiquement la fin des garanties de ses ayants droit. À tout moment, et sous réserve qu'il justifie des conditions d'adhésion, l'ancien membre participant peut demander à nouveau son adhésion au présent contrat.

10.2 Résiliation de son adhésion par le membre participant

10.2.1 Modalités de résiliation

Le membre participant peut dénoncer son adhésion :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ou de l'union ;
- par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque la mutuelle ou l'union propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

10.2.2 Résiliation à l'échéance

Le membre participant peut dénoncer son adhésion chaque année par notification selon l'une des modalités mentionnées ci-dessus, au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, soit avant le 31 octobre, pour une prise d'effet au 31 décembre suivant.

10.2.3 Résiliation infra-annuelle

Le membre participant peut également dénoncer son adhésion à tout moment, selon l'une des modalités mentionnées à l'article 10.2.1 ci-dessus, après expiration d'un délai d'un an à compter de sa date d'adhésion telle que définie à l'article 7.1.1 de la présente notice.

La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Dans le cas où le membre participant souhaite dénoncer une adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte du membre participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation. La Mutuelle et le nouvel organisme s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture du membre participant durant la procédure.

10.3 Cessation des garanties des ayants droit

Les garanties des ayants droit issues du contrat collectif « frais de santé TNS - SMI santé pro » cessent en cas de :

- dénonciation, par le membre participant, de son adhésion au contrat collectif « frais de santé TNS - SMI santé pro », dans les conditions mentionnées à l'article 10.2 ;
- décès du membre participant ou décès de l'ayant droit,

- évolution de leur situation les conduisant à perdre la qualité d'ayant droit du membre participant ;
- non-paiement des cotisations par le membre participant, selon les modalités précisées à l'article 14 ;
- radiation de leur affiliation par le membre participant. La demande de radiation peut intervenir à chaque échéance annuelle moyennant le respect d'un préavis de deux mois, soit avant le 31 octobre, quel que soit le motif, ou en cours d'année dans les cas suivants :
 - décès de l'ayant droit (sur présentation du certificat de décès) ;
 - adhésion de l'ayant droit à un système de garanties collectives obligatoire de même nature (justifiée par une attestation de l'employeur de l'ayant droit ou de l'organisme assureur des garanties obligatoires) ;
 - souscription d'une couverture prenant place dans le cadre de la complémentaire santé solidaire (sur présentation de l'attestation de droits à la complémentaire santé solidaire) ;
 - départ à l'étranger (sur présentation d'un justificatif attestant de ce départ) ;
 - changement de situation familiale (divorce, séparation, enfant quittant le foyer – sur présentation de tout document attestant du changement) ;
 - réticence ou fausse déclaration intentionnelle lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion ;
 - fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

Dans les cas mentionnés ci-dessus, la radiation prend effet le 1er jour du mois suivant celui de la réception par SMI de la demande de radiation.

Chapitre III Cotisations

Article 11

Détermination des cotisations

Les cotisations sont fixées conformément aux dispositions de l'article L.110-2 du code de la mutualité.

Elles sont exprimées en euros et sont déterminées en fonction notamment de l'âge du membre participant et de son(s) ayant(s) droit, des garanties souscrites, elles-mêmes déterminées compte tenu de leur régime de Sécurité sociale, du département de résidence et des dispositions réglementaires ou législatives et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet de l'adhésion au contrat collectif « frais de santé TNS SMI santé pro ».

L'âge à considérer, pour l'application de la cotisation, est déterminé par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance du membre participant et de chaque ayant droit.

Article 12

Révision des cotisations et des prestations

Les cotisations sont réévaluées à chaque échéance annuelle, le cas échéant par avenant au contrat collectif, en fonction des résultats techniques des opérations s'inscrivant dans le cadre du contrat collectif « frais de santé TNS - SMI santé pro », des prévisions de consommation ou de l'évolution du coût des prestations couvertes.

Le montant de la cotisation évolue également lorsque chaque membre participant et ayant droit des garanties atteint une nouvelle tranche d'âge ou à l'âge atteint (à partir de 18 ans). La nouvelle cotisation prend alors effet au 1er janvier de l'année civile suivant la date anniversaire du membre participant et de son ou ses ayants droit.

En outre, lorsque le risque se trouve aggravé, ou en cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale entraînant une modification de tout ou partie des engagements de la mutuelle, le montant des cotisations et/ou des prestations pourra être révisé par avenant au contrat collectif « frais de santé TNS - SMI santé pro », conformément à l'article 2.

En cas d'affiliation ou de radiation des ayants droit entraînant une modification de la cotisation applicable pour le membre participant, cette modification de cotisation est appliquée dès que la modifica-

tion est prise en compte.

Par exception, et conformément à l'article L.221-5 du code de la mutualité, la modification proposée par la mutuelle visant à mettre le contrat collectif en conformité avec les règles relatives au « contrat responsable » est réputée acceptée à défaut d'opposition de l'association. La mutuelle l'informe par écrit des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. L'association dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des membres participants par l'association.

Les membres participants sont informés par l'association des modifications apportées, selon les modalités prévues à l'article 6.1.

Article 13

Païement des cotisations

La cotisation est annuelle et payable à terme d'avance par le membre participant, auprès de SMI. Cependant, le membre participant peut bénéficier d'un paiement fractionné de la cotisation. La date d'échéance des cotisations et leur montant sont définis dans l'avis d'échéancier joint au certificat d'adhésion. Chaque membre participant est redevable de sa cotisation et l'acquitte directement auprès de SMI. Les cotisations sont payables par chèque, par prélèvement bancaire ou de caisse d'épargne et par virement.

Article 14

Défaut de paiement des cotisations

Le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au certificat d'adhésion. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations effectivement versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

Chapitre IV

Garanties et prestations

Article 15

Prestations

L'adhésion du membre participant non salarié étant facultative et résultant de sa qualité de membre de l'association APSMI, les prestations sont servies tant qu'il reste membre de celle-ci et que son adhésion n'a pas été résiliée. Les prestations accordées au titre du contrat collectif « frais de santé TNS - SMI santé pro » viennent en complément des remboursements effectués par un régime de Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'Assurance maladie. En conséquence, l'absence de prise en charge par le régime obligatoire de la Sécurité sociale entraîne l'absence de remboursement de SMI, sauf stipulation expresse contraire prévue au certificat d'adhésion ou dans le tableau des garanties.

La formule de garanties choisie par le membre participant est identique pour l'ensemble de ses ayants droit.

Toute modification de garanties entraînera l'émission d'une nouvelle notice d'information qui devra être remise par le souscripteur à l'ensemble des membres participants.

Article 16

Étendue territoriale

Les garanties définies au certificat d'adhésion ne sont acquises qu'aux membres participants et à leurs ayants droit exerçant leur activité en France (Départements et régions d'outre-mer - DROM - compris) ou en détachement au sens des règlements européens de sécurité sociale, dès lors qu'ils bénéficient des remboursements d'un régime obligatoire de la Sécurité sociale Française.

Elle s'étend aux accidents et maladies survenus à l'étranger lorsque le régime obligatoire du bénéficiaire s'applique et que les séjours en dehors du territoire français ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes.

S'agissant des garanties d'assistance, l'étendue territoriale est limitée à la France (France métropolitaine et DROM).

Les prestations sont toujours payées en euros.

Article 17

Dispositif du contrat responsable

Les prestations accordées viennent en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'Assurance maladie.

En conséquence, l'absence de prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie entraîne l'absence de remboursement de SMI, sauf stipulation expresse contraire prévue dans la notice d'information ou le tableau des garanties.

17.1 Obligations de prise en charge

Conformément à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, le contrat collectif « frais de santé TNS - SMI santé pro » prévoit la prise en charge, dans les limites prévues dans la formule de garanties choisie par le membre participant mentionnée au certificat d'adhésion :

- de l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R.160-5 du code de la Sécurité sociale (ticket modérateur), **à l'exception des frais de cures thermales, des médicaments remboursés dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré et de l'homéopathie ;**
- sous réserve que la garantie figure dans la formule de garanties mentionnée dans le certificat d'adhésion, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale visée à l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;
- du forfait journalier des établissements hospitaliers, sans limitation de durée. **Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médico-sociaux tels que les maisons d'accueil spécialisées (Mas) ou encore les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (Ehpad), ni les frais de cure thermique ;**
- de l'intégralité, après intervention du régime obligatoire, des lunettes, prothèses dentaires des aides auditives appartenant à une liste réglementée dite « 100% Santé » (ou équipements 100 % Santé ou soins et prothèses 100% Santé), dans la limite des honoraires limites de facturation ou des prix limites de vente, sous réserve du respect des règles légales de renouvellement ;
- des équipements d'optique médicale à prise en charge libre (ou équipements à prise en charge libre), dans le respect des plafonds et plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement ;
- des aides auditives à prise en charge libre (ou équipements à prise en charge libre) dans le respect des plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement ;
- des prothèses dentaires à prise en charge libre (n'appartenant pas aux « soins et prothèses 100% Santé ») ou l'orthodontie prises en charge par le régime obligatoire, dans le respect du plancher de remboursement prévu par la réglementation.

Conformément à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, le présent contrat permet aux adhérents et à leurs ayants droit

d'accéder au tiers payant (dispense d'avance de frais) sur toutes les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats dits « responsables » et sous réserve que le professionnel de santé le pratique :

- au moins à hauteur des tarifs de responsabilité ;
- dans la limite des prix limites de vente pour les équipements 100% Santé optique et auditif et des honoraires limites de facturation pour les soins et prothèses dentaires 100% Santé ;
- et, en tout état de cause, dans la limite des garanties et prestations définies au tableau de garantie annexé et des frais exposés par l'adhérent ou ses ayants droit.

Il est précisé que le contrat prend en charge la participation forfaitaire pour les actes lourds, le forfait patient urgences ainsi que les séances d'accompagnement psychologique prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy » définis à l'article 17.3 ci-après.

17.2 Interdictions de prise en charge

Les garanties définies au certificat d'adhésion ne couvrent pas, conformément à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale sur chaque acte ou consultation réalisé(e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ainsi que les examens d'imagerie médicale, ni les franchises médicales mentionnées au III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale sur les médicaments délivrés hors hospitalisation, les actes paramédicaux en ville ou en établissement ou centre de santé (hors hospitalisation), le transport sanitaire (à l'exception des transports d'urgence) et prestations effectuées par un pharmacien d'officine définies par arrêté ; ces participations restent donc à la charge des adhérents et de leurs ayants droit ;
- la majoration du ticket modérateur mise à la charge des assurés par l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale dans le cas où l'assuré social n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant ;
- les dépassements autorisés d'honoraires sur le tarif des actes et consultations des médecins spécialistes, visés à l'article L. 162-5, 18° du code de la Sécurité sociale, pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins ;
- tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

17.3 Définitions

Au sens des dispositions ci-dessus, on entend par :

Accompagnement psychologique pris en charge par le RO

Cette garantie assure le remboursement du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologique prises en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy » pour les personnes souffrant de troubles légers à modérés.

Les séances doivent nécessairement être réalisées par un psychologue conventionné avec l'Assurance maladie et sont prises en charge dans les conditions et limites prévues par l'article R.162-65 du code de la Sécurité sociale.

Les conditions de mise en œuvre du dispositif « Mon soutien psy » sont consultables sur le site : <https://monsoutienpsy.sante.gouv.fr/>

Aides auditives

Dispositifs médicaux visant à compenser une perte auditive. Les aides auditives sont exclusivement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

La prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des Aides auditives, une visite de contrôle doit être réali-

sée deux fois par an. Elle est incluse dans le prix global déjà payé.

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence au régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec le régime obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre le régime obligatoire et les représentants de cette profession ;
- tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec le régime obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement ;
- tarif de responsabilité (TR) ou tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTM)

Il s'agit de dispositifs négociés par l'Assurance maladie et les syndicats médicaux visant à modérer les dépassements d'honoraires. Exemples de dispositifs : option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie chirurgie obstétrique (OPTAM-ACO).

Équipements 100% Santé ou soins et prothèses 100% santé

Les bénéficiaires peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par le régime obligatoire et le contrat, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Ces soins identifiés (appelés aussi « paniers 100% Santé » ou « paniers à prise en charge renforcée ») sont définis réglementairement.

Les opticiens, audioprothésistes, et chirurgiens dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre 100% Santé.

La différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par le régime obligatoire est remboursée par le contrat. Cette prise en charge par le régime obligatoire et le contrat est plafonnée aux honoraires limites de facturation (dentaire) ou aux Prix limites de vente (optique et aides auditives) auxquels sont tenus les professionnels de santé.

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier 100% Santé et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre 100% Santé.

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier 100% Santé de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Forfait patient urgences

Participation forfaitaire laissée à la charge de l'assuré social pour tout passage non programmé dans les services d'urgence d'un établissement de santé lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie de l'établissement (article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale).

Honoraires Limites de Facturation (HLF)

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien dentiste conventionné avec la régime obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

Depuis 2019, des honoraires limites de facturation sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont celles en particulier contenues dans les « soins et prothèses 100% Santé ».

Lunettes (dans le cadre des équipements d'optique médicale)

Les lunettes sont composées d'une monture et de deux verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie).

Le prix des verres varie selon leur nature et leur puissance (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et les traitements appliqués aux verres (verres amincis, traitements antireflets ou anti-rayures, verres incassables, etc.).

Les équipements 100% Santé sont intégralement remboursés par le régime obligatoire et le contrat dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens.

Dans les autres cas, les opticiens fixent librement le tarif des montures et des verres. La prise en charge par le contrat intervient selon les garanties souscrites et dans la limite des plafonds prévus par les contrats dits « responsables ».

Pour les bénéficiaires de plus de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge intervient après une période minimale de deux ans, sauf variation significative de la vue ou en cas de situation médicale particulière.

Les opticiens ont l'obligation de remettre aux bénéficiaires un devis préalable à la vente comportant le prix de la monture et de chaque verre, ainsi que le remboursement de ceux-ci par le régime Obligatoire. Le devis doit nécessairement comporter une proposition de prestation sans reste à charge pour un équipement 100% Santé.

Participation forfaitaire actes lourds

Il s'agit d'un ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge de l'assuré social et appliqué sur certains actes coûteux pratiqués en ville ou en établissement de santé, en remplacement du ticket modérateur habituel.

Certains actes sont exonérés de toute participation de l'assuré social et, à ce titre, ne sont pas concernés par cette participation forfaitaire actes lourds (notamment radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100% du fait d'une ALD). Ce forfait est systématiquement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

Prix limites de vente (PLV)

Le prix limite de vente d'un dispositif médical correspond à un prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par le régime obligatoire est assortie d'un prix limite de vente. Les médicaments pris en charge par le régime obligatoire, qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limites de vente.

Les aides auditives et lunettes retenues dans les paniers « équipements 100% Santé » ont des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter afin que les bénéficiaires puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Prothèses dentaires

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge. Les prothèses fixes remboursées par le régime obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, céramo-métallique, zircon et céramo-céramique ;
- les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (dentiers) qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

Les chirurgiens-dentistes se sont engagés à appliquer des honoraires limites de facturation selon le type de prothèse et la localisation de la dent (canine, incisive, prémolaire, molaire).

Pour certaines prothèses dentaires, entrant dans le panier de « soins et prothèses 100% Santé », le contrat prend en charge en plus de la base de remboursement du régime obligatoire, l'intégralité des dépenses engagées, permettant ainsi aux bénéficiaires de n'avoir aucun frais restant à leur charge, sous réserve que les chirurgiens-dentistes respectent les honoraires limites de facturation.

Les prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier de « soins et prothèses 100% Santé » sont prises en charge par le régime obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par le contrat dépend du niveau de garantie souscrite.

Les chirurgiens-dentistes doivent également respecter les honoraires limites de facturation fixés pour certaines de ces prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier de « soins et prothèses 100% Santé ».

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser

une prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse dentaire et le prix des prestations associées. Il doit nécessairement comporter une proposition entrant dans le panier de « soins et prothèses 100% Santé » ou à défaut hors champ du panier de « soins et prothèses 100% Santé » mais soumis à un tarif maximum de facturation, lorsqu'une telle proposition existe.

Soins dentaires

C'est l'ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire. Il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Ticket modérateur (TM)

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou de la franchise médicale, qui ne sont pas remboursées par la mutuelle SMI).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).

Le ticket modérateur peut être forfaitaire pour certains actes dits « lourds ».

La participation forfaitaire, les franchises médicales et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble des frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

Tiers payant

Ce système de paiement évite aux membres participants et à leurs ayants droit de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces prestataires de soins sont payés directement par le régime obligatoire et/ou la mutuelle SMI pour les soins ou produits. Conformément à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, il s'applique, au minimum, à toutes les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats dits « responsables ».

Un pharmacien peut ne pas pratiquer le tiers payant en cas de refus de l'usage de médicaments génériques.

La mutuelle SMI propose également un service de tiers payant pour la part qu'elle rembourse. Il appartient aux professionnels de santé de décider s'ils proposent ou non le service du tiers payant pour la part complémentaire. Dans le cas où le professionnel de santé consulté ne souhaite pas proposer ce service, le membre participant et ses ayants droits ne peuvent pas en bénéficier.

Article 18

Risques exclus

Sauf disposition contraire mentionné dans le tableau de garanties annexé au certificat d'adhésion, les frais résultant :

- de séjours en maisons de retraite, services de gérontologie et de gériatrie ;
- du forfait journalier acquitté à l'occasion d'un séjour dans un établissement médicosocial (Mas, Ehpad, etc.) ;

n'ouvriront droit à remboursement de la part de SMI que pour les garanties entrant dans le cadre des contrats dits « responsables » fixé par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Article 19

Demandes de remboursement

Les demandes de remboursement sont reçues et traitées par la mutuelle SMI :

- soit par télétransmission de type « Noémie » ou autre, directement en provenance du centre de paiement de l'organisme obligatoire dont dépend le bénéficiaire ;
- soit sur présentation, par le membre participant, des décomptes

ou relevés de décomptes de l'organisme de Sécurité sociale, des tickets modérateurs et des factures, seules pièces justificatives ouvrant droit au remboursement.

Aucun des documents reçus par la mutuelle SMI pour effectuer ses remboursements ne sera restitué. Il appartient donc au membre participant de garder, s'il le souhaite, une copie de ses documents avant envoi.

Dans le cas où le membre participant aurait perçu indûment ou par erreur des prestations, la mutuelle se réserve le droit de lui en réclamer le remboursement.

Toute fausse déclaration est susceptible d'entraîner la nullité de la garantie conformément à l'article 6.4 de la présente notice.

Article 20

Droits aux prestations

20.1

Les actes médicaux dont la date est antérieure à la date d'effet des garanties ou postérieure à la date de démission, de radiation ou d'exclusion du membre participant ne sont pas remboursables, la date de référence étant celle de la date de décision de la Sécurité sociale (pour les soins pris en charge par le régime obligatoire) et / ou celle de la facture (pour les actes non remboursés par le régime obligatoire).

20.2

La mutuelle SMI se réserve le droit, préalablement ou postérieurement au remboursement des prestations, de faire procéder à un examen du bénéficiaire concerné par un praticien de santé désigné ou agréé par elle, dans le but de vérifier si les conditions de remboursement mentionnées ci-dessus sont effectivement remplies. Le membre participant doit faire toute diligence pour obtenir de ses médecins ou dentistes traitants, tous les documents relatifs à son état de santé, susceptibles d'être portés à la connaissance du médecin ou dentiste Conseil de la mutuelle SMI pour lui donner la possibilité d'apprécier le bien-fondé des demandes de prestations.

Tout refus d'intervenir ou toute réticence qui empêcherait le médecin ou dentiste conseil d'accomplir sa mission, entraînerait la perte des droits aux prestations. Dans le cas où le membre participant aurait perçu indûment des prestations, la mutuelle SMI lui en réclamera le remboursement.

20.3

Le remboursement des frais et actes médicaux par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge du membre participant déduction faite des remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Aucune prestation ne sera servie après la date d'effet de la cessation des garanties sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Dans l'hypothèse où la date de décision de la Sécurité sociale ou la date de la facture serait postérieure à la date de démission, radiation ou exclusion, aucune prestation ne serait versée.

Article 21

Païement des prestations

Les prestations, prévues par la présente notice, seront versées par virement ou par chèque, directement aux membres participants ou à une tierce personne désignée sur le bulletin d'adhésion.

Des accords d'échanges informatisés ont été signés avec les organismes d'assurance maladie gestionnaire des régimes français de sécurité sociale, permettant de faire bénéficier les assurés du régime général de la gestion Noémie.

La mise en place est automatique pour tous les membres participants et leurs ayants droit fournissant la copie de leur attestation Vitale (en cours de validité), sauf :

- en cas de refus du membre participant notifié par courrier ;
- ou si la gestion Noémie fonctionne déjà auprès d'un autre organisme complémentaire (pour un ayant droit du membre participant).

Le règlement des prestations est effectué dans un délai de :

- 48 heures en cas de télétransmission Noémie ;
- et jusqu'à cinq jours ouvrés à compter de la réception des décomptes et des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier et des éventuels renseignements complémentaires demandés pour certains soins ou en l'absence de télétransmission Noémie.

Un avis de paiement appelé décompte ou relevé de décomptes est envoyé par la mutuelle SMI aux membres participants et est également disponible sur leur espace adhérent, s'ils l'ont activé.

Chapitre V

Dispositions diverses

Article 22

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de SMI est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Article 23

Subrogation

La mutuelle SMI est subrogée de plein droit aux membres participants et aux ayants droit, victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, et dans la limite des dépenses exposées par la mutuelle à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue, la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Lorsqu'un membre participant ou un ayant droit est victime d'un dommage causé par un tiers responsable, la mutuelle doit en être informée lors de la demande des prestations.

Article 24

Assurances cumulatives

Les remboursements de la mutuelle au titre du contrat, ajoutés à ceux perçus par le membre participant ou ses ayants droit de la part du régime obligatoire ou/et de tout autre organisme complémentaire sur la base d'autres contrats d'assurance maladie complémentaires ne peuvent excéder le montant des dépenses réellement engagées par l'assuré.

Cette limite est appliquée séparément pour chaque prestation, sans compensation entre les différents postes.

En application de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et du décret n°90-769 du 30 août 1990, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Dans le cas où les remboursements de la mutuelle SMI, du régime obligatoire de Sécurité sociale ou de tout autre organisme assureur excèdent les dépenses réellement engagées, la mutuelle SMI se réserve le droit de demander le remboursement des prestations indûment versées.

Article 25

Informatique et libertés

À qui sont transmises les données personnelles des adhérents ?

Les données personnelles des membres participants sont destinées à la mutuelle SMI, régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité, SIREN 784 669 954, dont le siège social se situe –

Cœur Défense – Tour A – 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle – 92931 Paris La Défense Cedex. Pour obtenir des informations sur la mutuelle, le membre participant peut consulter le site www.mutuelle-smi.com.

Les données personnelles des membres participants peuvent être transmises aux personnels des responsables de traitement, à leurs partenaires et sous-traitants contractuellement liés, réassureurs, organismes d'assurance ou organismes sociaux des personnes impliquées, intermédiaires d'assurance ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Les données personnelles des membres participants sont collectées et traitées pour permettre à SMI de réaliser des opérations de prospection commerciale et lui proposer le service ou le produit le plus adapté à ses besoins. Ce traitement a pour base légale l'intérêt légitime des responsables de traitement.

Les informations complémentaires sur la collecte et le traitement des données personnelles du membre participant sont disponibles sur le site de la mutuelle. Le membre participant peut contacter le délégué à la protection des données par courrier postal auprès de SMI - Cellule droit d'accès – Cœur Défense – Tour A – 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle – 92931 Paris La Défense Cedex ou par mail à protectiondesdonnees@mutuelle-smi.com.

Pourquoi avons-nous besoin de collecter et traiter les données personnelles des membres participants ?

Les données personnelles des membres participants sont collectées et traitées pour permettre à SMI de :

- conclure, gérer et exécuter les garanties de leur contrat d'assurance ;
- mener des actions de prévention ;
- lutter contre la fraude à l'assurance ;
- réaliser des opérations de prospection commerciale ;
- conduire des actions de recherche et de développement dans le cadre des finalités précitées ;
- élaborer des statistiques et des études actuarielles ;
- exercer des recours et la gestion des réclamations ;
- exécuter les obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur ;
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Ces traitements ont pour bases légales l'intérêt légitime des responsables de traitement pour les finalités de prospection commerciale et de lutte contre la fraude à l'assurance et le contrat du membre participant pour les autres finalités citées.

Dans ce dernier cas, le refus du membre participant de fournir ses données entraîne l'impossibilité de conclure son contrat. Le responsable de traitement peut avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion du contrat pour l'évaluation du risque. Le membre participant peut, dans ce cas, demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès de votre délégué à la protection des données.

Pendant combien de temps SMI conserve-t-elle les données personnelles des membres participants ?

Les données personnelles collectées et traitées dans le cadre de la conclusion et la gestion du contrat sont conservées conformément aux délais légaux de prescription, fixés selon la nature du contrat.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé sont conservées pendant cinq ans. Dans le cadre de la prospection commerciale, les données personnelles sont conservées trois ans à compter de leur collecte ou du dernier contact avec la personne concernée resté sans effet. En cas d'inscription sur une liste de lutte contre la fraude, les données personnelles sont conservées cinq ans. Le consentement du membre participant pour le dépôt de cookies/tags est conservé treize mois à compter de leur dépôt.

Quels sont les cookies utilisés sur le site internet de SMI ?

Pour en savoir plus sur le type de cookies déposé sur notre site et effectuer leurs choix, les membres participants peuvent consulter l'information spécifique aux cookies accessible sur la page dédiée de notre site internet.

Quels sont les droits dont disposent les membres participants ?

Les membres participants disposent tout d'abord d'un droit d'opposition, qui leur permet de s'opposer à l'usage de leurs données à des fins de prospection commerciale, à tout moment, sans frais.

Les membres participants disposent également :

- d'un droit d'accès, qui leur permet d'obtenir :
 - la confirmation que des données les concernant sont (ou ne sont pas) traitées ;
 - la communication d'une copie de l'ensemble des données personnelles détenues par le responsable de traitement les concernant.

Ce droit concerne l'ensemble des données qui font l'objet (ou non) d'un traitement de notre part ;

- d'un droit de demander la portabilité de certaines données. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que le membre participant a fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de l'utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion du contrat ;
- d'un droit de rectification, qui permet au membre participant de faire rectifier une information le concernant lorsque celle-ci est obsolète ou erronée. Il lui permet également de faire compléter des informations incomplètes le concernant ;
- d'un droit d'effacement, qui permet au membre participant d'obtenir l'effacement de ses données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où les données ne seraient plus nécessaires au traitement ;
- d'un droit de limitation, qui permet au membre participant de limiter le traitement de ses données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif) :
 - en cas d'usage illicite de ses données ;
 - s'il conteste l'exactitude de celles-ci ;
 - s'il lui est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre ses droits.

Le membre participant peut exercer ses droits par courrier à SMI - Cellule droit d'accès – Cœur Défense – Tour A – 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle – 92931 Paris La Défense Cedex.

À l'appui de sa demande d'exercice des droits, il sera demandé au membre participant de justifier de son identité.

Le membre participant peut s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, il ne sera pas démarché par téléphone sauf s'il a communiqué à SMI son numéro de téléphone afin d'être recontacté ou sauf s'il est titulaire auprès de SMI d'un contrat en vigueur.

Le membre participant peut définir des directives générales auprès d'un tiers de confiance ou particulières auprès du responsable de traitement concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données personnelles après son décès. Ces directives sont modifiables ou révocables à tout moment.

En cas de désaccord sur la collecte ou l'usage de ses données personnelles, le membre participant a la possibilité de saisir la Commission nationale de l'informatique et libertés (CNIL).

Article 26

Prescription

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du code de la mutualité, toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites au terme d'un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance sauf en matière d'assurance sur la vie, lorsque le(s) bénéficiaire(s) ne sont pas le membre participant, où ce délai est alors porté à dix ans. Toutefois, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du (des) bénéficiaire(s) sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé ;

- mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (notamment pour le commandement de payer et la saisie).

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par SMI au membre participant en ce qui concerne le paiement de la prime ; par le membre participant à SMI en ce qui concerne le règlement de la prestation).

Article 27

Réclamation - Médiation

27.1 Réclamation

En cas de mécontentement, nous sommes à votre écoute en face à face, par téléphone, par courrier ou par courriel, et mettons tout en œuvre pour vous apporter une réponse dans les meilleurs délais.

Si votre réclamation* est formulée à l'oral et que vous n'obtenez pas entière satisfaction, vous serez invité à la formaliser sur un support écrit auprès des interlocuteurs désignés ci-dessous.

N'hésitez pas à nous contacter :

- par courrier : SMI - Service Qualité – Cœur Défense – Tour A – 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle – 92931 Paris La Défense Cedex ;
- par internet : www.mutuelle-smi.com ;
- par téléphone : au numéro non surtaxé figurant sur votre carte de tiers payant.

Vous recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum, à compter de la date d'envoi de votre réclamation écrite, sauf si une réponse vous est apportée dans ce délai.

Une réponse écrite dans un délai maximum de deux mois, à compter de l'envoi de votre réclamation écrite, vous sera apportée.

(*) Une réclamation est l'expression d'un mécontentement envers un organisme d'assurance ou un intermédiaire d'assurance. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée : clients (particuliers ou professionnels), anciens clients, bénéficiaires, personnes ayant sollicité du professionnel la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par un professionnel, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit.

Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

27.2 Médiation

En tout état de cause, deux mois après l'envoi de votre première réclamation écrite, que nous ayons ou pas répondu, vous pouvez saisir gratuitement le médiateur de la consommation de la Mutualité française :

- soit par courrier à l'attention de :

**Monsieur le médiateur de la consommation
de la Mutualité française
FNMF
255 rue Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15**

- soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

L'auteur de la réclamation dispose d'un délai d'un an à compter de sa réclamation écrite pour saisir le médiateur de la consommation de la Mutualité française.

En cas d'échec avec les démarches susvisées, vous conservez naturellement l'intégralité de vos droits à agir en justice.

Le règlement de la médiation adoptée par la Fédération nationale de la mutualité française est disponible sur le site internet de SMI et de la FNMF (<http://www.mutualite.fr/> La Mutualité française / La médiation mutualiste / Mieux connaître la médiation en mutualité).

Article 28

Fraude à l'assurance

Si les membres participants et leurs bénéficiaires fournissent intentionnellement des documents falsifiés ou frauduleux (présentation à la mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures,

faux décomptes, fausses déclarations d'hospitalisation, etc), au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, ils s'exposent à des poursuites pénales, à la nullité de leur affiliation ainsi qu'à la perte de droits à remboursement et seront tenus au remboursement des sommes indument perçues. **La preuve de ces fausses déclarations intentionnelles incombe à la mutuelle.**

Article 29

Convention sur la preuve

Dans le cadre des adhésions à distance, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par la mutuelle SMI ou tout mandataire de son choix matérialisant l'acceptation de l'adhésion du membre participant lui seront opposables ainsi qu'à ses ayants droit, et pourront être admis comme mode de preuve de son identité (ou celle des ayants droit) et de son consentement relatif à l'adhésion au présent règlement mutualiste, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés par lui.

Article 30

Carte de tiers payant

Le tiers payant permet aux membres participants d'obtenir sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, sans aucune avance de fonds, la délivrance des médicaments ou des actes médicaux prescrits par le médecin traitant. Il est pratiqué sur la base de la carte d'adhérent de l'année en cours.

Les modalités de fonctionnement de la carte, les prestations couvertes, les dates d'ouvertures et de clôtures des droits, les personnes concernées et les droits d'utilisation sont précisés sur la carte et sur le document joint lors de la remise de la carte.

La carte de tiers payant ne sera délivrée que pour les membres participants à jour de leur cotisation.

La mutuelle ne saurait être tenue pour responsable en cas de refus de tiers payant par un professionnel de santé.

Le membre participant et ses ayants droit s'engagent à restituer sans délai leur carte de tiers payant en cas de dénonciation, de radiation ou d'exclusion, notamment à la suite du non paiement des cotisations. Ils s'engagent, à défaut, à la détruire et à en attester par écrit et s'interdisent, en tout état de cause, de la communiquer aux professionnels de santé après la date d'effet de la cessation de leurs garanties.

Ils s'engagent à rembourser SMI de toute somme indument avancée pour leur compte en cas de manquement à cette obligation.

L'utilisation de la carte par un membre participant dont l'adhésion est suspendue ou résiliée constitue un délit pouvant entraîner des poursuites.

Article 31

Dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Les opérations de SMI sont réalisées conformément à la réglementation en vigueur et selon des procédures internes décrites par la mutuelle.

SMI se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Sur ces bases, elle est ainsi fondée à demander aux membres participants et leurs ayants droit, la justification et/ou la vérification de leur identité ; des informations relatives à la provenance ou la destination des fonds liés au contrat d'assurance, ou toute autre information qui pourrait lui permettre d'avoir une meilleure connaissance de la relation d'affaires.

Annexe

**TABLEAUX DE
GARANTIES**

GARANTIES		REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
 HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité)		
FRAIS DE SÉJOUR		100 % de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE		100 % de la BR médecins DPTM 100 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CHAMBRE PARTICULIÈRE (limitée à 30 jours /an en hospitalisation psychiatrique) MÉDECINE-CHIRURGIE-MATERNITÉ		-
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans		-
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		100 % Frais réels
 SOINS COURANTS		
HONORAIRES MÉDICAUX		
CONSULTATIONS – VISITES GÉNÉRALISTES		100 % de la BR médecins DPTM 100 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CONSULTATIONS – VISITES SPÉCIALISTES		100 % de la BR médecins DPTM 100 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET		100 % de la BR médecins DPTM 100 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX		100 % de la BR médecins DPTM 100 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE		100 % de la BR médecins DPTM 100 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		100 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX		
Kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc.		100 % de la BR
Psychologues conventionnés avec l'Assurance Maladie (dispositif « mon soutien psy ») ⁽²⁾		100 % de la BR Dans la limite de 12 séances ⁽³⁾ /année civile
MÉDICAMENTS		
Pris en charge à 65% par la Sécurité sociale		100 % de la BR
Pris en charge à 30% et 15% par la Sécurité sociale		-
MATÉRIEL MÉDICAL		100 % de la BR
TRANSPORT TERRESTRE		100 % de la BR
 DENTAIRE		
SOINS		
INLAY-ONLAY ⁽⁴⁾		100 % de la BR
PROTHÈSES 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾		100 % Frais réels ⁽⁶⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾		
Prises en charge par la Sécurité sociale		100 % de la BR
Non prises en charge par la Sécurité sociale		-
ORTHODONTIE		
Prise en charge par la Sécurité sociale		100 % de la BR
Non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾		-
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale		-
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale		-
 OPTIQUE		
Les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100 % du TM a minima. Un équipement (monture + deux verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les deux ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à un an avec possibilité d'un renouvellement anticipé ⁽⁸⁾ .		
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾		100 % Frais réels ⁽⁶⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES :		
Monture + 2 verres simples		50 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe		125 €
Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes		200 €
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale		100 % de la BR + 50 € /année civile
CHIRURGIE RÉFRACTIVE		-
 AUDIOLOGIE		
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille ⁽⁸⁾ .		
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾		100 % Frais réels ⁽⁶⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁹⁾		100 % de la BR

 CURE THERMALE	
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)	-
 MATERNITÉ	
FORFAIT NAISSANCE - adoption (doublé en cas de naissance gémellaire)	-
 ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
CHIROPRACTIE – OSTÉOPATHIE – ACUPUNCTURE – ÉTIOPATHIE – HOMÉOPATHIE – NATUROPATHIE – SOPHROLOGIE - PSYCHOLOGIE ^{*(10)}	-
DIÉTÉTICIEN	-
SEVRAGE TABAGIQUE* médicaments – patchs	-
CONTRACEPTIFS non pris en charge par la Sécurité sociale (pilules de nouvelle génération, patchs, préservatifs)*	-
AUTOMÉDICATION (dont vaccins et homéopathie)*	-
 ACTES DE PRÉVENTION	
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêt du 8 juin 2006	100 % de la BR
 SMI ASSISTANCE	
ASSISTANCE SANTÉ	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

Garanties valides depuis le 1^{er} janvier 2025

Les garanties sont valables par bénéficiaire (sauf pour le forfait naissance).

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le tarif d'autorité.

⁽¹⁾ Les médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée négociés entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique).

Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

⁽²⁾ Seules les séances réalisées par un psychologue partenaire sont remboursées à ce titre. Leurs coordonnées sont publiées sur un annuaire consultable sur le site : <https://monsoutienpsy.ameli.fr/>

⁽³⁾ Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de 12 séances par année civile.

⁽⁴⁾ Les inlays/onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

⁽⁵⁾ Équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement.

⁽⁶⁾ Prise en charge plafonnée aux honoraires limites de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale.

⁽⁷⁾ L'orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale est limitée à six semestres.

⁽⁸⁾ Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Pour l'optique, ci-après les correspondances en dioptries :

- verres simples : les verres simples foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ;
- verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieure -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs ;
- verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone -4 à +4.

⁽⁹⁾ La prise en charge maximale est limitée par les plafonds réglementaires applicables aux contrats responsables.

⁽¹⁰⁾ Les actes doivent être pratiqués par des praticiens recensés au répertoire ADELI/RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS/SIRET.

Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat ; les garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des modifications des règles relatives à ces dits contrats. Elles respectent également la réglementation 100 % Santé.

À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires.

GARANTIES		REMBOURSEMENTS
		Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
 HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité)		
FRAIS DE SÉJOUR		100 % de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX		100 % de la BR médecins DPTM
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE		100 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CHAMBRE PARTICULIÈRE (limitée à 30 jours /an en hospitalisation psychiatrique)		30 € /jour hors ambulatoire
MÉDECINE-CHIRURGIE-MATERNITÉ		15 € /jour ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans		20 € / jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		100 % frais réels
 SOINS COURANTS		
HONORAIRES MÉDICAUX		
CONSULTATIONS – VISITES GÉNÉRALISTES		100 % de la BR médecins DPTM 100 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CONSULTATIONS – VISITES SPÉCIALISTES		100 % de la BR médecins DPTM 100 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET		100 % de la BR médecins DPTM 100 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX		100 % de la BR médecins DPTM 100 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE		100 % de la BR médecins DPTM
ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE		100 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		100 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX		
Kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc.		100 % de la BR
Psychologues conventionnés avec l'Assurance Maladie (dispositif « mon soutien psy ») ⁽²⁾		100 % de la BR Dans la limite de 12 séances ⁽³⁾ /année civile
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale		100 % de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL		100 % de la BR
TRANSPORT TERRESTRE		100 % de la BR
 DENTAIRE		
SOINS		100 % de la BR
INLAY-ONLAY ⁽⁴⁾		100 % de la BR
PROTHÈSES 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾		100 % frais réels ⁽⁶⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾		
Prises en charge par la Sécurité sociale		150 % de la BR
Non prises en charge par la Sécurité sociale		150 € /année civile
ORTHODONTIE		
Prise en charge par la Sécurité sociale		150 % de la BR
Non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾		150 € /semestre
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale		-
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale		-
 OPTIQUE		
Les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100 % du TM a minima. Un équipement (monture + deux verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les deux ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à un an avec possibilité d'un renouvellement anticipé ⁽⁸⁾ .		
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾		100 % frais réels ⁽⁶⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES :		
Monture + 2 verres simples		100 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe		150 €
Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes		200 €
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale		100 % de la BR + 100 € /année civile
CHIRURGIE RÉFRACTIVE		100 € /œil/année civile
 AUDIOLOGIE		
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille ⁽⁸⁾ .		
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾		100 % frais réels ⁽⁶⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁹⁾		100 % de la BR
 CURE THERMALE		
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)		100 € /cure

 MATERNITÉ	
FORFAIT NAISSANCE - adoption (doublé en cas de naissance gémellaire)	100 €
 ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
CHIROPRACTIE - OSTÉOPATHIE - ACUPUNCTURE - ÉTIOPATHIE - HOMÉOPATHIE - NATUROPATHIE - SOPHROLOGIE - PSYCHOLOGIE ⁽¹⁰⁾	20 €/séance dans la limite de 3 séances/année civile
DIÉTÉTICIEN	20 €/année civile
SEVRAGE TABAGIQUE* médicaments - patches	20 €/année civile
CONTRACEPTIFS non pris en charge par la Sécurité sociale (pilules de nouvelle génération, patches, préservatifs)*	20 €/année civile
AUTOMÉDICATION (dont vaccins et homéopathie)*	30 €/année civile
 ACTES DE PRÉVENTION	
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR
 SMI ASSISTANCE	
ASSISTANCE SANTE	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

Garanties valides depuis le 1^{er} janvier 2025

Les garanties sont valables par bénéficiaire (sauf pour le forfait naissance).

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le tarif d'autorité.

⁽¹⁾ Les médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée négociés entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique).

Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

⁽²⁾ Seules les séances réalisées par un psychologue partenaire sont remboursées à ce titre. Leurs coordonnées sont publiées sur un annuaire consultable sur le site : <https://monsoutienpsy.ameli.fr/>

⁽³⁾ Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de 12 séances par année civile.

⁽⁴⁾ Les inlays/onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

⁽⁵⁾ Équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement.

⁽⁶⁾ Prise en charge plafonnée aux honoraires limites de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale.

⁽⁷⁾ L'orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale est limitée à six semestres.

⁽⁸⁾ Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Pour l'optique, ci-après les correspondances en dioptries :

- verres simples : les verres simples foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ;
- verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieure -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs ;
- verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone -4 à +4.

⁽⁹⁾ La prise en charge maximale est limitée par les plafonds réglementaires applicables aux contrats responsables.

⁽¹⁰⁾ Les actes doivent être pratiqués par des praticiens recensés au répertoire ADELI/RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS/SIRET.

Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat ; les garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des modifications des règles relatives à ces dits contrats. Elles respectent également la réglementation 100 % Santé.

À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires.

GARANTIES		REMBOURSEMENTS
		Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
 HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité)		
FRAIS DE SÉJOUR		150 % de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX		170 % de la BR médecins DPTM
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE		150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CHAMBRE PARTICULIÈRE (limitée à 30 jours /an en hospitalisation psychiatrique)		40 € /jour hors ambulatoire
MÉDECINE-CHIRURGIE-MATERNITÉ		20 € /jour ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans		30 € /jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		100 % frais réels
 SOINS COURANTS		
HONORAIRES MÉDICAUX		
CONSULTATIONS - VISITES GÉNÉRALISTES		170 % de la BR médecins DPTM
		150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CONSULTATIONS - VISITES SPÉCIALISTES		170 % de la BR médecins DPTM
		150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET		170 % de la BR médecins DPTM
		150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX		170 % de la BR médecins DPTM
		150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE		170 % de la BR médecins DPTM
ACTES D'IMAGERIE - D'ÉCHOGRAPHIE		150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		150 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX		
Kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc.		150 % de la BR
Psychologues conventionnés avec l'Assurance Maladie (dispositif « mon soutien psy ») ⁽²⁾		100 % de la BR
		Dans la limite de 12 séances ⁽³⁾ /année civile
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale		100 % de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL		150 % de la BR
TRANSPORT TERRESTRE		150 % de la BR
 DENTAIRE		
SOINS		150 % de la BR
INLAY-ONLAY ⁽⁴⁾		150 % de la BR
PROTHÈSES 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾		100 % frais réels ⁽⁶⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾		
Prises en charge par la Sécurité sociale		200 % de la BR
Non prises en charge par la Sécurité sociale		200 € /année civile
ORTHODONTIE		
Prise en charge par la Sécurité sociale		200 % de la BR
Non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾		250 € /semestre
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale		200 € /année civile
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale		300 € /année civile
 OPTIQUE		
Les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100 % du TM a minima. Un équipement (monture + deux verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les deux ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à un an avec possibilité d'un renouvellement anticipé ⁽⁸⁾ .		
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾		100 % frais réels ⁽⁶⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES :		
Monture + 2 verres simples		200 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe		225 €
Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes		250 €
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale		100 % de la BR + 150 € /année civile
CHIRURGIE RÉFRACTIVE		150 € /œil/année civile
 AUDIOLOGIE		
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille ⁽⁸⁾ .		
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾		100 % frais réels ⁽⁶⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁹⁾		150 % de la BR
 CURE THERMALE		
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)		150 € /cure

 MATERNITÉ	
FORFAIT NAISSANCE - adoption (doublé en cas de naissance gémellaire)	150 €
 ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
CHIROPRACTIE - OSTÉOPATHIE - ACUPUNCTURE - ÉTIOPATHIE - HOMÉOPATHIE - NATUROPATHIE - SOPHROLOGIE - PSYCHOLOGIE ⁽¹⁰⁾	30 €/séance dans la limite de 3 séances/année civile
DIÉTÉTICIEN	30 €/année civile
SEVRAGE TABAGIQUE* médicaments - patches	30 €/année civile
CONTRACEPTIFS non pris en charge par la Sécurité sociale (pilules de nouvelle génération, patches, préservatifs)*	30 €/année civile
AUTOMÉDICATION (dont vaccins et homéopathie)*	40 €/année civile
 ACTES DE PRÉVENTION	
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR
 SMI ASSISTANCE	
ASSISTANCE SANTÉ	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

Garanties valides depuis le 1^{er} janvier 2025

Les garanties sont valables par bénéficiaire (sauf pour le forfait naissance).

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le tarif d'autorité.

⁽¹⁾ Les médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée négociés entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique).

Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

⁽²⁾ Seules les séances réalisées par un psychologue partenaire sont remboursées à ce titre. Leurs coordonnées sont publiées sur un annuaire consultable sur le site : <https://monsoutienpsy.ameli.fr/>

⁽³⁾ Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de 12 séances par année civile.

⁽⁴⁾ Les inlays/onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

⁽⁵⁾ Équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement.

⁽⁶⁾ Prise en charge plafonnée aux honoraires limites de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale.

⁽⁷⁾ L'orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale est limitée à six semestres.

⁽⁸⁾ Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Pour l'optique, ci-après les correspondances en dioptries :

- verres simples : les verres simples foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ;
- verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieure -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs ;
- verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone -4 à +4.

⁽⁹⁾ La prise en charge maximale est limitée par les plafonds réglementaires applicables aux contrats responsables.

⁽¹⁰⁾ Les actes doivent être pratiqués par des praticiens recensés au répertoire ADELI/RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS/SIRET.

Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat ; les garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des modifications des règles relatives à ces dits contrats. Elles respectent également la réglementation 100 % Santé.

À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires.

GARANTIES		REMBOURSEMENTS
		Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
 HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité)		
FRAIS DE SÉJOUR		180 % de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX		180 % de la BR médecins DPTM
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE		160 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CHAMBRE PARTICULIÈRE (limitée à 30 jours/an en hospitalisation psychiatrique)		50 €/jour hors ambulatoire
MÉDECINE-CHIRURGIE-MATERNITÉ		25 €/jour ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans		40 €/jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		100 % frais réels
 SOINS COURANTS		
HONORAIRES MÉDICAUX		
CONSULTATIONS - VISITES GÉNÉRALISTES		180 % de la BR médecins DPTM
		160 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CONSULTATIONS - VISITES SPÉCIALISTES		180 % de la BR médecins DPTM
		160 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET		180 % de la BR médecins DPTM
		160 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX		180 % de la BR médecins DPTM
		160 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE		180 % de la BR médecins DPTM
ACTES D'IMAGERIE - D'ÉCHOGRAPHIE		160 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		180 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX		
Kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc.		180 % de la BR
Psychologues conventionnés avec l'Assurance Maladie (dispositif « mon soutien psy ») ⁽²⁾		100 % de la BR
		Dans la limite de 12 séances ⁽³⁾ /année civile
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale		100 % de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL		180 % de la BR
TRANSPORT TERRESTRE		180 % de la BR
 DENTAIRE		
SOINS		180 % de la BR
INLAY-ONLAY ⁽⁴⁾		180 % de la BR
PROTHÈSES 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾		100 % frais réels ⁽⁶⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾		
Prises en charge par la Sécurité sociale		250 % de la BR
Non prises en charge par la Sécurité sociale		250 €/année civile
ORTHODONTIE		
Prise en charge par la Sécurité sociale		250 % de la BR
Non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾		300 €/semestre
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale		250 €/année civile
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale		350 €/année civile
 OPTIQUE		
Les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100 % du TM a minima. Un équipement (monture + deux verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les deux ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à un an avec possibilité d'un renouvellement anticipé ⁽⁸⁾ .		
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾		100 % frais réels ⁽⁶⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES :		
Monture + 2 verres simples		225 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe		250 €
Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes		300 €
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale		100 % de la BR + 180 €/année civile
CHIRURGIE RÉFRACTIVE		180 €/œil/année civile
 AUDIOLOGIE		
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille ⁽⁸⁾ .		
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾		100 % frais réels ⁽⁶⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁹⁾		180 % de la BR
 CURE THERMALE		
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)		180 €/cure

 MATERNITÉ	
FORFAIT NAISSANCE - adoption (doublé en cas de naissance gémellaire)	180 €
 ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
CHIROPRACTIE - OSTÉOPATHIE - ACUPUNCTURE - ÉTIOPATHIE - HOMÉOPATHIE - NATUROPATHIE - SOPHROLOGIE - PSYCHOLOGIE ⁽¹⁰⁾	40 €/séance dans la limite de 3 séances/année civile
DIÉTÉTICIEN	40 €/année civile
SEVRAGE TABAGIQUE* médicaments - patches	40 €/année civile
CONTRACEPTIFS non pris en charge par la Sécurité sociale (pilules de nouvelle génération, patches, préservatifs)*	40 €/année civile
AUTOMÉDICATION (dont vaccins et homéopathie)*	50 €/année civile
 ACTES DE PRÉVENTION	
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR
 SMI ASSISTANCE	
ASSISTANCE SANTÉ	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

Garanties valides depuis le 1^{er} janvier 2025

Les garanties sont valables par bénéficiaire (sauf pour le forfait naissance).

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le tarif d'autorité.

⁽¹⁾ Les médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée négociés entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique).

Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

⁽²⁾ Seules les séances réalisées par un psychologue partenaire sont remboursées à ce titre. Leurs coordonnées sont publiées sur un annuaire consultable sur le site : <https://monsoutienpsy.ameli.fr/>

⁽³⁾ Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de 12 séances par année civile.

⁽⁴⁾ Les inlays/onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

⁽⁵⁾ Équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement.

⁽⁶⁾ Prise en charge plafonnée aux honoraires limites de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale.

⁽⁷⁾ L'orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale est limitée à six semestres.

⁽⁸⁾ Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Pour l'optique, ci-après les correspondances en dioptries :

- verres simples : les verres simples foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ;
- verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieure -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs ;
- verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone -4 à +4.

⁽⁹⁾ La prise en charge maximale est limitée par les plafonds réglementaires applicables aux contrats responsables.

⁽¹⁰⁾ Les actes doivent être pratiqués par des praticiens recensés au répertoire ADELI/RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS/SIRET.

Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat ; les garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des modifications des règles relatives à ces dits contrats. Elles respectent également la réglementation 100 % Santé.

À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires.

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
 HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité)	
FRAIS DE SÉJOUR	200 % de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE	200 % de la BR médecins DPTM 180 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CHAMBRE PARTICULIÈRE (limitée à 30 jours/an en hospitalisation psychiatrique) MÉDECINE-CHIRURGIE-MATERNITÉ	60 €/jour hors ambulatoire 30 €/jour ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans	50 €/jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 % frais réels
 SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS – VISITES GÉNÉRALISTES	200 % de la BR médecins DPTM 180 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CONSULTATIONS – VISITES SPÉCIALISTES	200 % de la BR médecins DPTM 180 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET	200 % de la BR médecins DPTM 180 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	200 % de la BR médecins DPTM 180 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE	200 % de la BR médecins DPTM 180 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	200 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc.	200 % de la BR
Psychologues conventionnés avec l'Assurance Maladie (dispositif « mon soutien psy ») ⁽²⁾	100 % de la BR Dans la limite de 12 séances ⁽³⁾ /année civile
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	200 % de la BR
TRANSPORT TERRESTRE	200 % de la BR
 DENTAIRE	
SOINS	200 % de la BR
INLAY-ONLAY ⁽⁴⁾	200 % de la BR
PROTHÈSES 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	
Prises en charge par la Sécurité sociale	300 % de la BR
Non prises en charge par la Sécurité sociale	300 €/année civile
ORTHODONTIE	
Prise en charge par la Sécurité sociale	300 % de la BR
Non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾	350 €/semestre
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	300 €/année civile
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	400 €/année civile
 OPTIQUE Les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100 % du TM à minima. Un équipement (monture + deux verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les deux ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à un an avec possibilité d'un renouvellement anticipé ⁽⁸⁾ .	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES :	
Monture + 2 verres simples	250 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe	275 €
Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes	350 €
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	100 % de la BR + 200 €/année civile
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	200 €/œil/année civile
 AUDIOLOGIE Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille ⁽⁸⁾ .	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁹⁾	200 % de la BR
 CURE THERMALE	
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)	200 €/cure

 MATERNITÉ	
FORFAIT NAISSANCE - adoption (doublé en cas de naissance gémellaire)	200 €
 ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
CHIROPRACTIE - OSTÉOPATHIE - ACUPUNCTURE - ÉTIOPATHIE - HOMÉOPATHIE - NATUROPATHIE - SOPHROLOGIE - PSYCHOLOGIE ⁽¹⁰⁾	45 €/séance dans la limite de 3 séances/année civile
DIÉTÉTICIEN	45 €/année civile
SEVRAGE TABAGIQUE* médicaments - patches	45 €/année civile
CONTRACEPTIFS non pris en charge par la Sécurité sociale (pilules de nouvelle génération, patches, préservatifs)*	45 €/année civile
AUTOMÉDICATION (dont vaccins et homéopathie)*	60 €/année civile
 ACTES DE PRÉVENTION	
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR
 SMI ASSISTANCE	
ASSISTANCE SANTÉ	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

Garanties valides depuis le 1^{er} janvier 2025

Les garanties sont valables par bénéficiaire (sauf pour le forfait naissance).

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le tarif d'autorité.

⁽¹⁾ Les médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée négociés entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique).

Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

⁽²⁾ Seules les séances réalisées par un psychologue partenaire sont remboursées à ce titre. Leurs coordonnées sont publiées sur un annuaire consultable sur le site : <https://monsoutienpsy.ameli.fr/>.

⁽³⁾ Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de 12 séances par année civile.

⁽⁴⁾ Les inlays/onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

⁽⁵⁾ Équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement.

⁽⁶⁾ Prise en charge plafonnée aux honoraires limites de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale.

⁽⁷⁾ L'orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale est limitée à six semestres.

⁽⁸⁾ Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Pour l'optique, ci-après les correspondances en dioptries :

- verres simples : les verres simples foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ;
- verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieure -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs ;
- verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone -4 à +4.

⁽⁹⁾ La prise en charge maximale est limitée par les plafonds réglementaires applicables aux contrats responsables.

⁽¹⁰⁾ Les actes doivent être pratiqués par des praticiens recensés au répertoire ADELI/RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS/SIRET.

Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat ; les garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des modifications des règles relatives à ces dits contrats. Elles respectent également la réglementation 100 % Santé.

À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires.

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
 HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité)	
FRAIS DE SÉJOUR	250 % de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE	250 % de la BR médecins DPTM 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CHAMBRE PARTICULIÈRE (limitée à 30 jours / an en hospitalisation psychiatrique) MÉDECINE-CHIRURGIE-MATERNITÉ	70 € /jour hors ambulatoire 35 € /jour ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans	60 € /jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 % frais réels
 SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS – VISITES GÉNÉRALISTES	250 % de la BR médecins DPTM 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CONSULTATIONS – VISITES SPÉCIALISTES	250 % de la BR médecins DPTM 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET	250 % de la BR médecins DPTM 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	250 % de la BR médecins DPTM 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE	250 % de la BR médecins DPTM 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	250 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc.	250 % de la BR
Psychologues conventionnés avec l'Assurance Maladie (dispositif « mon soutien psy ») ⁽²⁾	100 % de la BR Dans la limite de 12 séances ⁽³⁾ /année civile
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	250 % de la BR
TRANSPORT TERRESTRE	250 % de la BR
 DENTAIRE	
SOINS	250 % de la BR
INLAY-ONLAY ⁽⁴⁾	250 % de la BR
PROTHÈSES 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	
Prises en charge par la Sécurité sociale	350 % de la BR
Non prises en charge par la Sécurité sociale	350 € /année civile
ORTHODONTIE	
Prise en charge par la Sécurité sociale	350 % de la BR
Non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾	450 € /semestre
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	350 € /année civile
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	500 € /année civile
 OPTIQUE	
Les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100 % du TM a minima. Un équipement (monture + deux verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les deux ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à un an avec possibilité d'un renouvellement anticipé ⁽⁸⁾ .	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES :	
Monture + 2 verres simples	300 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe	325 €
Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes	400 €
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	100 % de la BR + 250 € /année civile
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	250 € /œil/année civile
 AUDIOLOGIE	
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille ⁽⁹⁾ .	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁹⁾	
 CURE THERMALE	
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)	250 € /cure

 MATERNITÉ	
FORFAIT NAISSANCE - adoption (doublé en cas de naissance gémellaire)	250 €
 ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
CHIROPRACTIE - OSTÉOPATHIE - ACUPUNCTURE - ÉTIOPATHIE - HOMÉOPATHIE - NATUROPATHIE - SOPHROLOGIE - PSYCHOLOGIE ⁽¹⁰⁾	50 €/séance dans la limite de 3 séances/année civile
DIÉTÉTICIEN	50 €/année civile
SEVRAGE TABAGIQUE* médicaments - patches	50 €/année civile
CONTRACEPTIFS non pris en charge par la Sécurité sociale (pilules de nouvelle génération, patches, préservatifs)*	50 €/année civile
AUTOMÉDICATION (dont vaccins et homéopathie)*	70 €/année civile
 ACTES DE PRÉVENTION	
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR
 SMI ASSISTANCE	
ASSISTANCE SANTÉ	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

Garanties valides depuis le 1^{er} janvier 2025

Les garanties sont valables par bénéficiaire (sauf pour le forfait naissance).

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le tarif d'autorité.

⁽¹⁾ Les médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée négociés entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'Accès aux Soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique).

Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

⁽²⁾ Seules les séances réalisées par un psychologue partenaire sont remboursées à ce titre. Leurs coordonnées sont publiées sur un annuaire consultable sur le site : <https://monsoutienpsy.ameli.fr/>

⁽³⁾ Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de 12 séances par année civile.

⁽⁴⁾ Les inlays/onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

⁽⁵⁾ Équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement.

⁽⁶⁾ Prise en charge plafonnée aux honoraires limites de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale.

⁽⁷⁾ L'orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale est limitée à six semestres.

⁽⁸⁾ Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Pour l'optique, ci-après les correspondances en dioptries :

- verres simples : les verres simples foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ;
- verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieure -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs ;
- verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone -4 à +4.

⁽⁹⁾ La prise en charge maximale est limitée par les plafonds réglementaires applicables aux contrats responsables.

⁽¹⁰⁾ Les actes doivent être pratiqués par des praticiens recensés au répertoire ADELI/RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS/SIRET.

Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat ; les garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des modifications des règles relatives à ces dits contrats. Elles respectent également la réglementation 100 % Santé.

À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires.



Siège social – Agence de Paris
Cœur Défense – Tour A
90-110 esplanade du Général-de-Gaulle
92931 Paris La Défense Cedex

Agence de Lyon
33, rue Maurice Flandin
69003 Lyon

Agence de Guyane
2, rue du Capitaine Bernard
97300 Cayenne

www.mutuelle-smi.com

Document à caractère informatif

SMI, mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité
Siren 784 669 954 | Agréée pour les branches 1, 2, 20 et 21
Siège social : – Cœur Défense – Tour A – 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle – 92931 Paris La Défense Cedex



GROUPE
**CO
vea**