TABLEAU DE GARANTIES

SMI SANTÉ SENIORS
Formule 1

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	
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, soins de suite et réadaptation) MÉDECINE-CHIRURGIE	-
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans	-
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	**100 %** frais réels
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS – VISITES GÉNÉRALISTES ET 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 MonPsy)(2)	**100 %** de la BR Dans la limite de **8** 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	**100 %** de la BR
Non prises en charge par la Sécurité sociale	-
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(7).	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ(5)	**100 %** frais réels(6)
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES : Monture + 2 verres simples Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes	 **50 €** **125 €** **200 €**
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	**100 %** de la BR
AUDIOLOGIE	
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille(7).	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ(5)	**100 %** frais réels(6)
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES(8)	**100 %** de la BR
CURE THERMALE	
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)	**-**
ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
CHIROPRACTIE – OSTÉOPATHIE – ACUPUNCTURE – ÉTIOPATHIE – HOMÉOPATHIE – NATUROPATHIE*(9)	-
PÉDICURE - PODOLOGIE	-
OSTÉODENSITOMÉTRIE non prise en charge par la Sécurité sociale	-
AUTOMÉDICATION (dont vaccins et homéopathie)*	-

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 1er janvier 2024

Les garanties sont valables par bénéficiaire.

* 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 aujourd'hui 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 CO (option pratique tarifaire maîtrisée/chirurgie-obstétrique).

À noter : depuis le 1er janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au contrat d'accès aux soins précédemment en vigueur.

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://annuairesante.ameli.fr/.

(2) Seules les séances réalisées par un psychologue partenaire sur orientation d'un médecin sont remboursées à ce titre (pas d'accès direct). Leurs coordonnées sont publiées sur un annuaire consultable sur le site : https://monpsy.sante.gouv.fr.

(3) Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de 8 séances par année civile (1ère séance d'entretien et au maximum 7 séances de suivi).

(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) 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.*

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

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

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 (participation de 1 €, franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, 2 € par transport).

TABLEAU DE GARANTIES

SMI SANTÉ SENIORS
Formule 2

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	
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, soins de suite et réadaptation) MÉDECINE-CHIRURGIE	**30 €**/jour hors ambulatoire **10 €**/jour en ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans	**20 €**/jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	**100 %** frais réels
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS – VISITES GÉNÉRALISTES ET 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 MonPsy)(2)	**100 %** de la BR Dans la limite de **8** séances(3)/année civile
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale	**100 %** de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	**100 %** de la BR + **50 €**/année civile
TRANSPORT TERRESTRE	**100 %** de la BR
DENTAIRE	
SOINS	**100 %** 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	**150 %** de la BR
Non prises en charge par la Sécurité sociale	**150 €**/année civile
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(7).	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ(5)	**100 %** frais réels(6)
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES : Monture + 2 verres simples Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes	 **100 €** **150 €** **200 €**
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	**100 %** de la BR + **50 €**/année civile
AUDIOLOGIE	
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille(7).	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ(5)	**100 %** frais réels(6)
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES(8)	**100 %** de la BR + **50 €**/oreille/année civile
CURE THERMALE	
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)	**100 €**/année civile
ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
CHIROPRACTIE – OSTÉOPATHIE – ACUPUNCTURE – ÉTIOPATHIE – HOMÉOPATHIE – NATUROPATHIE*(9)	**20 €**/séance dans la limite de **2** séances/année civile
PÉDICURE - PODOLOGIE	**20 €**/année civile
OSTÉODENSITOMÉTRIE non prise en charge par la Sécurité sociale	**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 1er janvier 2024

Les garanties sont valables par bénéficiaire.

* 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 aujourd'hui 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 CO (option pratique tarifaire maîtrisée/chirurgie-obstétrique).

À noter : depuis le 1er janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au contrat d'accès aux soins précédemment en vigueur.

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://annuairesante.ameli.fr/.

(2) Seules les séances réalisées par un psychologue partenaire sur orientation d'un médecin sont remboursées à ce titre (pas d'accès direct). Leurs coordonnées sont publiées sur un annuaire consultable sur le site : https://monpsy.sante.gouv.fr.

(3) Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de 8 séances par année civile (1ère séance d'entretien et au maximum 7 séances de suivi).

(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) 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.*

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

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

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 (participation de 1 €, franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, 2 € par transport).

smi MUTUELLE Santé | Prévoyance

TABLEAU DE GARANTIES

SMI SANTÉ SENIORS
Formule 3

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	
FRAIS DE SÉJOUR	**150 %** de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE	**170 %** de la BR médecins DPTM **150 %** de la BR médecins non DPTM(1)
CHAMBRE PARTICULIÈRE (**limitée à 30 jours/an** en hospitalisation psychiatrique, soins de suite et réadaptation) MÉDECINE-CHIRURGIE	**45 €**/jour hors ambulatoire **15 €**/jour en ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans	**30 €**/jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	**100 %** frais réels
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS – VISITES GÉNÉRALISTES ET 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 ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE	**170 %** de la BR médecins DPTM **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 MonPsy)(2)	**100 %** de la BR Dans la limite de **8** séances(3)/année civile
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale	**100 %** de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	**150 %** de la BR + **150 €**/année civile
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
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	**150 €**/année civile
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	**150 €**/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(7).	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ(5)	**100 %** frais réels(6)
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES : Monture + 2 verres simples Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes	 **150 €** **200 €** **250 €**
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	**100 %** de la BR + **75 €**/année civile
AUDIOLOGIE	
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille(7).	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ(5)	**100 %** frais réels(6)
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES(8)	**150 %** de la BR + **150 €**/oreille/année civile
CURE THERMALE	
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)	**250 €**/année civile
ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
CHIROPRACTIE – OSTÉOPATHIE – ACUPUNCTURE – ÉTIOPATHIE – HOMÉOPATHIE – NATUROPATHIE*(9)	**30 €**/séance dans la limite de **2** séances/année civile
PÉDICURE - PODOLOGIE	**30 €**/année civile
OSTÉODENSITOMÉTRIE non prise en charge par la Sécurité sociale	**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 1er janvier 2024

Les garanties sont valables par bénéficiaire.

* 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 aujourd'hui 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 CO (option pratique tarifaire maîtrisée/chirurgie-obstétrique).

À noter : depuis le 1er janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au contrat d'accès aux soins précédemment en vigueur.

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://annuairesante.ameli.fr/.

(2) Seules les séances réalisées par un psychologue partenaire sur orientation d'un médecin sont remboursées à ce titre (pas d'accès direct). Leurs coordonnées sont publiées sur un annuaire consultable sur le site : https://monpsy.sante.gouv.fr.

(3) Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de 8 séances par année civile (1ère séance d'entretien et au maximum 7 séances de suivi).

(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) 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.*

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

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

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 (participation de 1 €, franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, 2 € par transport).

smi MUTUELLE Santé | Prévoyance

TABLEAU DE GARANTIES

SMI SANTÉ SENIORS
Formule 4

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	
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, soins de suite et réadaptation) MÉDECINE-CHIRURGIE	**60 €**/jour hors ambulatoire **20 €**/jour en ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans	**40 €**/jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	**100 %** frais réels
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS – VISITES GÉNÉRALISTES ET 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 MonPsy)(2)	**100 %** de la BR Dans la limite de **8** séances(3)/année civile
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale	**100 %** de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	**250 %** de la BR + **200 €**/année civile
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	**300 %** de la BR
Non prises en charge par la Sécurité sociale	**300 €**/année civile
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	**250 €**/année civile
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	**250 €**/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(7).	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ(5)	**100 %** frais réels(6)
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES : Monture + 2 verres simples Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes	 **200 €** **275 €** **350 €**
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	**100 %** de la BR + **100 €**/année civile
AUDIOLOGIE	
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille(7).	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ(5)	**100 %** frais réels(6)
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES(8)	**250 %** de la BR + **200 €**/oreille/année civile
CURE THERMALE	
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)	**350 €**/année civile
ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
CHIROPRACTIE – OSTÉOPATHIE – ACUPUNCTURE – ÉTIOPATHIE – HOMÉOPATHIE – NATUROPATHIE*(9)	**40 €**/séance dans la limite de **2** séances/année civile
PÉDICURE - PODOLOGIE	**40 €**/année civile
OSTÉODENSITOMÉTRIE non prise en charge par la Sécurité sociale	**50 €**/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 1er janvier 2024

Les garanties sont valables par bénéficiaire.

* 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 aujourd'hui 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 CO (option pratique tarifaire maîtrisée/chirurgie-obstétrique).

À noter : depuis le 1er janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au contrat d'accès aux soins précédemment en vigueur.

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://annuairesante.ameli.fr/.

(2) Seules les séances réalisées par un psychologue partenaire sur orientation d'un médecin sont remboursées à ce titre (pas d'accès direct). Leurs coordonnées sont publiées sur un annuaire consultable sur le site : https://monpsy.sante.gouv.fr.

(3) Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de 8 séances par année civile (1ère séance d'entretien et au maximum 7 séances de suivi).

(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) 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.*

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

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

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 (participation de 1 €, franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, 2 € par transport).

TABLEAU DE GARANTIES

SMI SANTÉ SENIORS
Formule 5

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	
FRAIS DE SÉJOUR	**350 %** de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE	**350 %** de la BR médecins DPTM **200 %** de la BR médecins non DPTM(1)
CHAMBRE PARTICULIÈRE (**limitée à 30 jours/an** en hospitalisation psychiatrique, soins de suite et réadaptation) MÉDECINE-CHIRURGIE	**75 €**/jour hors ambulatoire **25 €**/jour en ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans	**50 €**/jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	**100 %** frais réels
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS – VISITES GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES	**350 %** de la BR médecins DPTM **200 %** de la BR médecins non DPTM(1)
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET	**350 %** de la BR médecins DPTM **200 %** de la BR médecins non DPTM(1)
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	**350 %** de la BR médecins DPTM **200 %** de la BR médecins non DPTM(1)
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE	**350 %** de la BR médecins DPTM **200 %** de la BR médecins non DPTM(1)
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	**350 %** de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc.	**350 %** de la BR
Psychologues conventionnés avec l'Assurance Maladie (dispositif MonPsy)(2)	**100 %** de la BR Dans la limite de **8** séances(3)/année civile
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale	**100 %** de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	**350 %** de la BR + **250 €**/année civile
TRANSPORT TERRESTRE	**350 %** de la BR
DENTAIRE	
SOINS	**350 %** de la BR
INLAY-ONLAY(4)	**350 %** de la BR
PROTHÈSES 100 % SANTÉ(5)	**100 %** frais réels(6)
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ(4)	
Prises en charge par la Sécurité sociale	**400 %** de la BR
Non prises en charge par la Sécurité sociale	**400 €**/année civile
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	**350 €**/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(7).	
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	**375 €**
Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes	**450 €**
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	**100 %** de la BR + **150 €**/année civile
AUDIOLOGIE	
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille(7).	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ(5)	**100 %** frais réels(6)
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES(8)	**350 %** de la BR + **250 €**/oreille/année civile
CURE THERMALE	
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)	**450 €**/année civile
ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
CHIROPRACTIE – OSTÉOPATHIE – ACUPUNCTURE – ÉTIOPATHIE – HOMÉOPATHIE – NATUROPATHIE*(9)	**50 €**/séance dans la limite de **2** séances/année civile
PÉDICURE - PODOLOGIE	**50 €**/année civile
OSTÉODENSITOMÉTRIE non prise en charge par la Sécurité sociale	**60 €**/année civile
AUTOMÉDICATION (dont vaccins et homéopathie)*	**80 €**/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 1er janvier 2024

Les garanties sont valables par bénéficiaire.

* 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 aujourd'hui 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 CO (option pratique tarifaire maîtrisée/chirurgie-obstétrique).

À noter : depuis le 1er janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au contrat d'accès aux soins précédemment en vigueur.

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://annuairesante.ameli.fr/.

(2) Seules les séances réalisées par un psychologue partenaire sur orientation d'un médecin sont remboursées à ce titre (pas d'accès direct). Leurs coordonnées sont publiées sur un annuaire consultable sur le site : https://monpsy.sante.gouv.fr.

(3) Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de 8 séances par année civile (1ère séance d'entretien et au maximum 7 séances de suivi).

(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) 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.*

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

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

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 (participation de 1 €, franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, 2 € par transport).