

**CONTRAT
COLLECTIF
À ADHÉSION
FACULTATIVE
FRAIS DE SANTÉ
SMI TNS CONFORT**

Notice d'information

Contrat n°53953

Chapitre I

Dispositions générales

Article 1

Cadre juridique du contrat collectif

L'association APSMI 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 « SMI TNS confort », 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 « SMI TNS confort » et l'adhésion du membre participant sont régi par la loi française et notamment par le code de la mutualité.

La langue utilisée est la langue française.

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 extrajudiciaire).

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 « SMI TNS confort ».

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 ;
 - est considérée comme concubin la personne vivant en couple avec l'adhérent dans le cadre d'une union de fait, s'il peut être prouvé la vie commune, sous la forme d'un justificatif (quit-tance de loyer, etc.) et à condition qu'ils ne soient ni l'un ni l'autre, par ailleurs, ni mariés, ni pacsés ;
 - est considérée comme partenaire de PACS la personne liée à l'adhérent 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 légitimes, naturels, reconnus ou adoptifs de l'adhérent ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, si ces enfants satisfont à l'une des conditions suivantes :
 - être âgé de moins de 18 ans, ayant droit de l'adhérent, de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin au sens de la Sécurité sociale et n'exercer aucune activité professionnelle ;
 - être âgé de moins de 26 ans (au plus tard jusqu'au 31 décembre de leur 26^e anniversaire), sur présentation d'un justificatif :
 - s'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures leur conférant le statut étudiant ;
 - s'ils sont sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation ou d'orientation ;
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre comme demandeur d'emploi à Pôle emploi, durant une année à partir de la fin de leurs études, et au plus tard jusqu'au 31 décembre de leur 27^e anniversaire ;
 - sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles.

Dans tous les cas, la présentation régulière des pièces justificatives nécessaires (photocopie de la carte d'étudiant, photocopie du contrat d'apprentissage, etc.) conditionne le maintien des garanties.

En outre, l'enfant nouveau-né du membre participant, ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin, est garanti à la date de sa naissance dans les conditions définies par la présente notice d'information, si la demande de son affiliation est faite à la mutuelle SMI dans les trois mois qui suivent sa naissance (sous réserve que les droits aux prestations du membre participant soient ouverts).

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 d'information et de conseil 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 » 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, 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 ;
 - tout justificatif attestant qu'il est à jour de ses cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse ;
- 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 vieillesse, le membre participant ne peut plus être membre de l'association, ni adhérent au contrat collectif « SMI TNS confort ». 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 15 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.

Le membre participant devra également produire chaque année les justificatifs attestant qu'il est à jour de ses cotisations aux régimes obligatoires d'Assurance maladie et d'Assurance vieillesse.

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 établie 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 peut solliciter l'évolution de sa garantie vers un niveau de garantie supérieur, au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve que la demande soit parvenue à SMI avant cette date. La modification peut toutefois intervenir en cours d'année en cas de changement de situation familiale (mariage, pacs, naissance, séparation, décès, etc.). Dans ce cas, la date d'effet interviendra au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

La demande de mutation vers un niveau de garanties inférieur, pourra intervenir au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve que la demande soit parvenue à SMI avant cette date, en cas de variation de la cotisation de plus de 10 %, ou à l'issue d'une période de deux années d'adhésion au moins, dans l'option supérieure.

La modification 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.

L'adhérent doit répondre avec exactitude aux questions posées par la mutuelle SMI, au moment de l'adhésion au contrat collectif « SMI TNS confort » 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.

La preuve de la fausse déclaration du membre participant incombe à SMI.

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 des membres participants

L'adhésion du membre participant prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation et de l'acceptation de SMI, à la date d'effet choisie dans le bulletin d'adhésion, sans que cette date puisse être antérieure à la date de sa signature.

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 :

- résiliation du contrat collectif, selon les modalités décrites à l'article 4 de la présente notice d'information ;
- ou résiliation par SMI en cas de défaut de paiement des cotisations ;
- ou résiliation de son adhésion par le membre participant par lettre recommandée adressée avant le 31 octobre de chaque année ;
- ou résiliation motivée par le refus d'une modification des conditions de son adhésion, dans le délai d'un mois suivant la réception de la notice d'information modificative ;
- ou perte, par le membre participant, de sa qualité de membre de l'association adhérente ou de sa qualité de travailleur non salarié, sauf si cette perte est occasionnée par la liquidation de ses droits à la retraite.

7.2 À 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.

Par dérogation, l'affiliation des nouveaux nés ou des enfants adoptés prend effet à compter du premier 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'affiliation

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 d'information et de conseil 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 survenance et la copie de l'attestation de la carte vitale des nouveaux bénéficiaires.

Chaque année, le membre participant doit adresser à SMI une attestation délivrée par les organismes sociaux, selon laquelle il est à jour de ses cotisations d'Assurance vieillesse et maladie obligatoires.

Article 9

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.

9.1 Cessation des garanties des membres participants

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

- résiliation du contrat collectif, dans les conditions prévues à l'article 4 ;
- dénonciation, par le membre participant, de son adhésion au contrat, par recommandée ou envoi recommandé électronique à la mutuelle SMI au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle (soit avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'exercice suivant) ;
- changement de régime d'Assurance maladie obligatoire, entraînant la perte de la qualité de travailleur non salarié ;
- non-paiement des cotisations, selon les modalités précisées à l'article 13 ;
- 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.

9.2 Cessation des garanties des ayants droit

Les garanties des ayants droit issues du contrat collectif « SMI TNS confort » cessent en cas de :

- résiliation du contrat collectif ;
- dénonciation, par le membre participant, de son adhésion au contrat collectif « SMI TNS confort », dans les conditions mentionnées à l'article 7.1.2 ;
- décès du membre participant ;
- 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 13 ;
- 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 CMU-C (sur présentation de l'attestation CMU-C) ;
 - 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).

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

Chapitre III

Cotisations

Article 10

Détermination des cotisations

Les cotisations sont fixées conformément aux dispositions de l'article L.110-2 du code de la mutualité et définies au certificat d'adhésion. Elles sont déterminées en fonction notamment de l'âge du membre participant et de son(ses) ayant(s) droit, des aranties souscrites, elles-mêmes déterminées compte tenu de leur régime de Sécurité sociale, 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 « SMI TNS confort ».

Sur cette base, les cotisations sont exprimées en euros et fixées par tranches d'âges, la cotisation étant définie en fonction de l'âge atteint par le membre participant et le cas échéant son(ses) ayants droit, dans l'année civile de l'adhésion. Elles sont définies à l'annexe 1 de la présente notice.

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

Le montant de la cotisation est précisé dans le certificat d'adhésion adressé au membre participant. Il évolue lorsque chaque bénéficiaire des garanties atteint l'âge d'une nouvelle tranche d'âge. La nouvelle cotisation prend alors effet à l'échéance suivant la date anniversaire de l'adhérent, selon la périodicité retenue par ce dernier.

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, les cotisations peuvent être révisées conformément à l'article 11 ci-après.

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 le 1er jour du mois au cours duquel la modification est prise en compte.

Article 11

Révision des cotisations et des prestations

Les cotisations sont réévaluées à chaque échéance annuelle en fonction des résultats techniques des opérations s'inscrivant dans le cadre du contrat collectif « SMI TNS confort », des prévisions de consommation ou de l'évolution du coût des prestations couvertes.

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 « SMI TNS confort », conformément à l'article 2.

En cas de refus, par l'association, de signer un avenant dûment motivé par SMI, celle-ci pourra résilier le contrat collectif, conformément à l'article 4.

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

Article 12

Paiement des cotisations

La cotisation est annuelle et payable à terme d'avance par le membre participant, auprès de SMI. Cependant, le membre parti-

cipant 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 13

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 14

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 « SMI TNS confort » 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 l'adhérent à l'ensemble des membres participants.

Article 15

Étendue territoriale

Les garanties définies au certificat d'adhésion ne sont acquises qu'aux membres participants exerçant leur activité en France (régions et départements d'outre-mer 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.

Les prestations sont toujours payées en euros.

Article 16

Dispositif contrat responsable

16.1 Obligations de prise en charge

Conformément à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, le contrat collectif « SMI TNS confort » 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, ainsi que le forfait patient urgences définis à l'article 17.3 ci-après.**

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 psy », définis à l'article 17.3 ci-après.

16.2 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.

16.3 Définitions

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

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 réalisée 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 chirurgie obstétrique (OPTAM-CO). Ils remplacent le contrat d'accès aux soins (CAS) depuis le 1^{er} janvier 2017.

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 le régime obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

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.

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. (S'agissant des médicaments pris en charge par le régime obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limites de vente)

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 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 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 en-tant 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 d'un euro 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 d'un euro, 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 17

Risques exclus

Sauf disposition contraire mentionné dans le tableau de garantie 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 18

Demandes de remboursement

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

- soit par télétransmission de type « NOEMIE » 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 19

Droits aux prestations

19.1

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).

19.2

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 traitants, tous les documents relatifs à son état de santé, susceptibles d'être portés à la connaissance du médecin 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 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.

19.3

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 20

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 NOEMIE.

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 NOEMIE 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 NOEMIE ;
- 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 NOEMIE.

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 21

Autorité de contrôle

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

Article 22

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 23

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 24

Informatiques 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 2 rue de Laborde - CS 40041- 75374 Paris Cedex 08. 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 - 2 rue de Laborde - CS 40041 - 75374 Paris Cedex 8.

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 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 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 : il 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 : il 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 : auprès de SMI - Cellule droit d'accès - 2 rue de Laborde - CS 40041- 75374 Paris Cedex 08.

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 25

Prescription

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du code de la mutualité, toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance sauf si les bénéficiaires en cas de décès du membre participant sont les ayants droit de la victime, où ce délai est alors porté à dix ans. Toutefois, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire 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 : commandement de payer et 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 26

Réclamation - Médiation

26.1 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 contacter :

- par courrier : SMI - Service Qualité - 2 rue de Laborde - CS 40041 - 75374 Paris Cedex 08 ;
- ou par internet : HYPERLINK «<http://www.mutuelle-smi.com>» www.mutuelle-smi.com ;
- ou par téléphone : au numéro non surtaxé figurant sur votre carte de tiers payant.

Vous recevrez un accusé de réception sous dix 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.

26.2 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 de 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 27

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 rem-

boursement des sommes indûment perçues. La preuve de ces fausses déclarations incombe à la mutuelle.

Article 28

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'ouverture et de clôture 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 indûment 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.

Annexe 1

COTISATIONS

Tableau des cotisations

À compter du 1^{er} janvier 2024, les nouvelles cotisations applicables sont les suivantes, selon le niveau de garanties souscrit :

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Enfant < 20 ans	55,00 €	58,42 €	72,19 €	83,14 €
De 20 à 29 ans	68,15 €	79,06 €	102,16 €	118,96 €
De 30 à 39 ans	88,24 €	103,11 €	130,92 €	152,24 €
De 40 à 49 ans	101,39 €	119,17 €	151,12 €	175,25 €
De 50 à 59 ans	122,02 €	143,22 €	181,09 €	211,06 €
De 60 à 69 ans	150,08 €	176,45 €	223,91 €	260,31 €
> 70 ans	175,29 €	206,23 €	260,60 €	303,82 €

Annexe 2

TABLEAUX DE GARANTIES

SMI TNS CONFORT - NIVEAU 1

GARANTIES	REMBOURSEMENTS SMI Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	
FRAIS DE SÉJOUR	
Établissements conventionnés	150 % de la BR
Établissements non conventionnés	100 % du tarif d'autorité
HONORAIRES MÉDICAUX - établissements conventionnés	
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (en ambulatoire)	145 % de la BR médecins DPTM / 125 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (hors ambulatoire)	170 % de la BR médecins DPTM / 150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
HONORAIRES MÉDICAUX - établissements non conventionnés	
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (y compris en ambulatoire)	100 % du tarif d'autorité
CHAMBRE PARTICULIÈRE (hors ambulatoire) MÉDECINE - CHIRURGIE	1,5 % PMSS par jour (limité à 40 jours par an)
LIT ACCOMPAGNANT (nuitée pour un accompagnant)	25 € par jour
FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT (en médecine, soins de suite et de réadaptation et psychiatrie. Nuitées, repas pour un accompagnant pour les enfants de moins de 10 ans)	1 % PMSS (limité à 30 jours par an)
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 % Frais réels
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS - VISITES	145 % de la BR médecins DPTM / 125 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	145 % de la BR médecins DPTM / 125 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE en cabinet	145 % de la BR médecins DPTM / 125 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE - D'ÉCHOGRAPHIE	145 % de la BR médecins DPTM / 125 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	125 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc.	125 % 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	125 % de la BR
TRANSPORT TERRESTRE	100 % de la BR
DENTAIRE	
SOINS	125 % de la BR
PROTHESES 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
PROTHESES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽⁶⁾	
Prothèses prises en charge par la Sécurité sociale	370 % de la BR
Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale	150 % de la BR reconstituée
INLAYS, ONLAYS ⁽⁴⁾	320 % de la BR
ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale	225 % de la BR
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité Sociale	425 € par année civile
PARODONTOLOGIE	
CURETAGE/SURFACAGE	50 % Frais réels, limité à 1 % PMSS (limité à 2 séances par an)
GREFFE GINGIVALE	50 % Frais réels, limité à 3 % PMSS (limité à 1 greffe par an)
ALLONGEMENT CORONAIRE	50 % Frais réels, limité à 0.5 % PMSS (limité à 2 interventions par an)
LAMBEAU	50% Frais réels, limité à 1.5% PMSS (limité à 4 interventions par an)

OPTIQUE	
En optique, les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du TM à minima. 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les adultes (16 ans et plus), tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à 1 an avec possibilité d'un renouvellement anticipé. ⁽⁷⁾	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS A TARIFS LIBRES : Verres simples (par verre) 100 € Verre complexe ou hypercomplexe (par verre) 120 € Monture 100 €	
LENTILLES	
Prises en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR + 4.1 % PMSS par année civile
Non prises en charge par la Sécurité sociale	4.1 % PMSS par année civile
CHIRURGIE REFRACTIVE	8 % PMSS par année civile
AIDES AUDITIVES	
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les 4 ans par oreille. ⁽⁷⁾	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS A TARIFS LIBRES ⁽⁸⁾	125 % de la BR
MATERNITÉ	
FORFAIT NAISSANCE - adoption	10 % PMSS par enfant (doublé en cas de naissance gémellaire)
CHAMBRE PARTICULIERE	1,5 % PMSS (limité à 12 jours par an)
ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
PILULES et PATCHS CONTRACEPTIFS *	1 % PMSS par année civile
VACCINS *	80 % Frais réels, limité à 4 % PMSS par année civile
PSYCHOLOGUE * ⁽⁹⁾	50 % Frais réels, limité à 1 % PMSS par séance (5 séances/an)
PSYCHOMOTRICITE – ERGOTHERAPIE * ⁽⁹⁾	50 % Frais réels, limité à 1 % PMSS par séance (10 séances/an)
DIÉTÉTICIEN* ⁽⁹⁾	50 % Frais réels, limité à 1 % PMSS par séance (5 séances/an)
EXAMENS DE BIOLOGIE MÉDICALE H.N. ET OSTÉODENSITOMÉTRIE *	50 % Frais réels, limité au PMSS divisé par 30
OSTEOPATIE – CHIROPRACTIE- ETIOPATHIE * ⁽⁹⁾	25 € par séance dans la limite de 100€ par année civile
ACTES DE PREVENTION	
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR
SMI ASSISTANCE	
ASSISTANCE SANTÉ	Garantie souscrite auprès de FIDÉLIA

Garanties valides à partir du 1^{er} janvier 2023

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

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. FR = Frais Réels

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Les remboursements exprimés en % du PMSS font référence au PMSS en vigueur à la date des soins, dans la limite des plafonds et plafonds du contrat responsable.

En secteur non conventionné, les remboursements sont limités au 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). A 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://annuaire.sante.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) Équipements 100% santé tels que définis réglementairement.

(5) 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.

(6) 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.

(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 un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des 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. 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 TNS CONFORT - NIVEAU 2

GARANTIES	REMBOURSEMENTS SMI Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	
FRAIS DE SÉJOUR	
Établissements conventionnés	200 % de la BR
Établissements non conventionnés	100 % du tarif d'autorité
HONORAIRES MÉDICAUX - établissements conventionnés	
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (en ambulatoire)	195 % de la BR médecins DPTM / 175 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (hors ambulatoire)	220 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
HONORAIRES MÉDICAUX - établissements non conventionnés	
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (y compris en ambulatoire)	100 % du tarif d'autorité
CHAMBRE PARTICULIÈRE (hors ambulatoire) MÉDECINE – CHIRURGIE	2 % PMSS par jour (limité à 40 jours par an)
LIT ACCOMPAGNANT (nuitée pour un accompagnant)	30 € par jour
FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT (en médecine, soins de suite et de réadaptation et psychiatrie. Nuitées, repas pour un accompagnant pour les enfants de moins de 10 ans)	2 % PMSS (limité à 30 jours par an)
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 % Frais réels
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS – VISITES	195 % de la BR médecins DPTM / 175 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	195 % de la BR médecins DPTM / 175 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE en cabinet	195 % de la BR médecins DPTM / 175 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE - D'ÉCHOGRAPHIE	195 % de la BR médecins DPTM / 175 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	175 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc.	175 % 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	175 % de la BR
TRANSPORT TERRESTRE	100 % de la BR
DENTAIRE	
SOINS	175 % de la BR
PROTHESES 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
PROTHESES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽⁶⁾	
Prothèses prises en charge par la Sécurité sociale	470 % de la BR
Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale	200 % de la BR reconstituée
INLAYS, ONLAYS ⁽⁴⁾	370 % de la BR
ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale	275 % de la BR
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité Sociale	450 € par année civile
PARODONTOLOGIE	
CURETAGE/SURFACAGE	50 % Frais réels, limité à 1 % PMSS (limité à 2 séances par an)
GREFFE GINGIVALE	50 % Frais réels, limité à 3 % PMSS (limité à 1 greffe par an)
ALLONGEMENT CORONAIRE	50 % Frais réels, limité à 0.5 % PMSS (limité à 2 interventions par an)
LAMBEAU	50 % Frais réels, limité à 1.5 % PMSS (limité à 4 interventions par an)

OPTIQUE	
En optique, les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du TM à minima. 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les adultes (16 ans et plus), tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à 1 an avec possibilité d'un renouvellement anticipé. (7)	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ (4)	Frais réels (5)
ÉQUIPEMENTS A TARIFS LIBRES : Verres simples (par verre) 120 € Verre complexe ou hypercomplexe (par verre) 140 € Monture 100 €	
LENTILLES	
Prises en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR + 4.7 % PMSS par année civile
Non prises en charge par la Sécurité sociale	4.7 % PMSS par année civile
CHIRURGIE REFRACTIVE	10 % PMSS par année civile
AIDES AUDITIVES	
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les 4 ans par oreille. (7)	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ (4)	Frais réels (5)
ÉQUIPEMENTS A TARIFS LIBRES (8)	175 % de la BR
MATERNITÉ	
FORFAIT NAISSANCE - adoption	13 % PMSS par enfant (doublé en cas de naissance gémellaire)
CHAMBRE PARTICULIERE	1,5 % PMSS (limité à 12 jours/an)
ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
PILULES et PATCHS CONTRACEPTIFS *	1 % PMSS par année civile
VACCINS *	80 % Frais réels, limité à 4 % PMSS par année civile
PSYCHOLOGUE * (9)	50 % Frais réels, limité à 1 % PMSS par séance (5 séances/an)
PSYCHOMOTRICITE – ERGOTHERAPIE *(9)	50 % Frais réels, limité à 1 % PMSS par séance (10 séances/an)
DIÉTÉTICIEN* (9)	50 % Frais réels, limité à 1 % PMSS par séance (5 séances/an)
EXAMENS DE BIOLOGIE MÉDICALE H.N. ET OSTÉODENSITOMÉTRIE *	50 % Frais réels, limité au PMSS divisé par 30
OSTEOPATIE – CHIROPRACTIE- ETIOPATHIE * (9)	30 € par séance dans la limite de 120€ par année civile
ACTES DE PREVENTION	
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR
SMI ASSISTANCE	
ASSISTANCE SANTÉ	Garantie souscrite auprès de FIDÉLIA

Garanties valides à partir du 1^{er} janvier 2023

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

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. FR = Frais Réels

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Les remboursements exprimés en % du PMSS font référence au PMSS en vigueur à la date des soins, dans la limite des plafonds et plafonds du contrat responsable.

En secteur non conventionné, les remboursements sont limités au 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). A 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://annuaire.sante.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 (1^{ère} séance d'entretien et au maximum 7 séances de suivi).

(4) Équipements 100% santé tels que définis réglementairement.

(5) 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.

(6) 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.

(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 un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des 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. 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 TNS CONFORT - NIVEAU 3

GARANTIES	REMBOURSEMENTS SMI Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	
FRAIS DE SÉJOUR	
Etablissements conventionnés	100 % Frais réels
Etablissements non conventionnés	80 % de la BR + 90 % Frais réels
HONORAIRES MÉDICAUX - établissements conventionnés	
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (en ambulatoire)	250 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (hors ambulatoire)	100 % Frais réels médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
HONORAIRES MÉDICAUX - établissements non conventionnés	
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (y compris en ambulatoire)	200 % du tarif d'autorité
CHAMBRE PARTICULIÈRE (hors ambulatoire) MÉDECINE - CHIRURGIE	2,5 % PMSS par jour (limité à 40 jours par an)
LIT ACCOMPAGNANT (nuitée pour un accompagnant)	35 € par jour
FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT (en médecine, soins de suite et de réadaptation et psychiatrie. Nuitées, repas pour un accompagnant pour les enfants de moins de 10 ans)	2,5 % PMSS (limité à 30 jours par an)
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 % Frais réels
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS - VISITES	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⁾
ACTES DE CHIRURGIE en cabinet	250 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE	250 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
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
TRANSPORT TERRESTRE	100 % de la BR
DENTAIRE	
SOINS	250 % de la BR
PROTHESES 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
PROTHESES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽⁶⁾	
Prothèses prises en charge par la Sécurité sociale	570 % de la BR
Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale	300 % de la BR reconstituée
INLAYS, ONLAYS ⁽⁴⁾	420 % de la BR
ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale	325 % de la BR
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité Sociale	500 € par année civile
PARODONTOLOGIE	
CURETAGE/SURFACAGE	50 % Frais réels, limité à 1 % PMSS (limité à 2 séances par an)
GREFFE GINGIVALE	50 % Frais réels, limité à 3 % PMSS (limité à 1 greffe par an)
ALLONGEMENT CORONAIRE	50 % Frais réels, limité à 0.5 % PMSS (limité à 2 interventions par an)
LAMBEAU	50% Frais réels, limité à 1.5% PMSS (limité à 4 interventions par an)

OPTIQUE	
En optique, les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du TM à minima. 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les adultes (16 ans et plus), tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à 1 an avec possibilité d'un renouvellement anticipé. ⁽⁷⁾	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS A TARIFS LIBRES : Verres simples (par verre) 160 € Verre complexe ou hypercomplexe (par verre) 180 € Monture 100 €	
LENTILLES prises ou non en charge par la Sécurité sociale	
Prises en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR + 6.5 % PMSS par année civile
Non prises en charge par la Sécurité sociale	6.5 % PMSS par année civile
CHIRURGIE REFRACTIVE	15 % PMSS par année civile
AIDES AUDITIVES	
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les 4 ans par oreille. ⁽⁷⁾	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS A TARIFS LIBRES ⁽⁸⁾	250 % de la BR
MATERNITÉ	
FORFAIT NAISSANCE - adoption	16 % PMSS par enfant (doublé en cas de naissance gémellaire)
CHAMBRE PARTICULIERE	1,5 % PMSS (limité à 12 jours par an)
ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
PILULES et PATCHS CONTRACEPTIFS *	1 % PMSS par année civile
VACCINS *	80 % Frais réels, limité à 4 % PMSS par année civile
PSYCHOLOGUE * ⁽⁹⁾	50 % Frais réels, limité à 1 % PMSS par séance (5 séances/an)
PSYCHOMOTRICITE – ERGOTHERAPIE * ⁽⁹⁾	50 % Frais réels, limité à 1 % PMSS par séance (10 séances/an)
DIÉTÉTICIEN* ⁽⁹⁾	50 % Frais réels, limité à 1 % PMSS par séance (5 séances/an)
EXAMENS DE BIOLOGIE MÉDICALE H.N. ET OSTÉODENSITOMÉTRIE *	50 % Frais réels, limité au PMSS divisé par 30
OSTEOPATIE – CHIROPRACTIE- ETIOPATHIE * ⁽⁹⁾	35 € par séance dans la limite de 140€ par année civile
ACTES DE PREVENTION	
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR
SMI ASSISTANCE	
ASSISTANCE SANTÉ	Garantie souscrite auprès de FIDÉLIA

Garanties valides à partir du 1^{er} janvier 2023

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

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. FR = Frais Réels

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Les remboursements exprimés en % du PMSS font référence au PMSS en vigueur à la date des soins, dans la limite des plafonds et plafonds du contrat responsable.

En secteur non conventionné, les remboursements sont limités au 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). A noter : depuis le 1^{er} 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://annuaire.sante.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 (1^{ère} séance d'entretien et au maximum 7 séances de suivi).

(4) Équipements 100% santé tels que définis réglementairement.

(5) 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.

(6) 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.

(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 un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des 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. 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 TNS CONFORT - NIVEAU 4

GARANTIES	REMBOURSEMENTS SMI Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	
FRAIS DE SÉJOUR	
Établissements conventionnés	100 % Frais réels
Établissements non conventionnés	80 % de la BR + 95 % Frais réels
HONORAIRES MÉDICAUX - établissements conventionnés	
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (en ambulatoire)	325 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (hors ambulatoire)	100 % Frais réels médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
HONORAIRES MÉDICAUX - établissements non conventionnés	
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (y compris en ambulatoire)	200 % du tarif d'autorité
CHAMBRE PARTICULIÈRE (hors ambulatoire) MÉDECINE - CHIRURGIE	3 % PMSS par jour (limité à 40 jours par an)
LIT ACCOMPAGNANT (nuitée pour un accompagnant)	35 € par jour
FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT (en médecine, soins de suite et de réadaptation et psychiatrie. Nuitées, repas pour un accompagnant pour les enfants de moins de 10 ans)	3 % PMSS (limité à 30 jours par an)
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 % Frais réels
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS - VISITES	325 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	325 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE en cabinet	325 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE - D'ÉCHOGRAPHIE	325 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	325 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc.	325 % 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	325 % de la BR
TRANSPORT TERRESTRE	100 % de la BR
DENTAIRE	
SOINS	375 % de la BR
PROTHESES 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
PROTHESES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽⁶⁾	
Prothèses prises en charge par la Sécurité sociale	670 % de la BR
Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale	400 % de la BR reconstituée
INLAYS, ONLAYS ⁽⁶⁾	470 % de la BR
ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale	375 % de la BR
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité Sociale	550 € par année civile
PARODONTOLOGIE	
CURETAGE/SURFACAGE	50 % Frais réels, limité à 1 % PMSS (limité à 2 séances par an)
GREFFE GINGIVALE	50 % Frais réels, limité à 3 % PMSS (limité à 1 greffe par an)
ALLONGEMENT CORONAIRE	50 % Frais réels, limité à 0.5 % PMSS (limité à 2 interventions par an)
LAMBEAU	50 % Frais réels, limité à 1.5 % PMSS (limité à 4 interventions par an)
FORFAIT SUPPLÉMENTAIRE PARODONTOLOGIE	200 € par année civile

OPTIQUE	
En optique, les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du TM à minima. 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les adultes (16 ans et plus), tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à 1 an avec possibilité d'un renouvellement anticipé. ⁽⁷⁾	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS A TARIFS LIBRES : Verres simples (par verre) Verre complexe ou hypercomplexe (par verre) Monture	160 € 210 € 100 €
LENTILLES prises ou non en charge par la Sécurité sociale	
Prises en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR + 7.5 % PMSS par année civile
Non prises en charge par la Sécurité sociale	7.5 % PMSS par année civile
CHIRURGIE REFRACTIVE	21 % PMSS par année civile
AIDES AUDITIVES	
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les 4 ans par oreille. ⁽⁷⁾	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS A TARIFS LIBRES ⁽⁸⁾	325 % de la BR
MATERNITÉ	
FORFAIT NAISSANCE - adoption	19 % PMSS par enfant (doublé en cas de naissance gémellaire)
CHAMBRE PARTICULIERE	1,5 % PMSS (limité à 12 jours par an)
ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
PILULES et PATCHS CONTRACEPTIFS *	1 % PMSS par année civile
VACCINS *	80 % Frais réels, limité à 4 % PMSS par année civile
PSYCHOLOGUE * ⁽⁹⁾	50 % Frais réels, limité à 1 % PMSS par séance (5 séances/an)
PSYCHOMOTRICITE – ERGOTHERAPIE * ⁽⁹⁾	50 % Frais réels, limité à 1 % PMSS par séance (10 séances/an)
DIÉTÉTIEN * ⁽⁹⁾	50 % Frais réels, limité à 1 % PMSS par séance (5 séances/an)
EXAMENS DE BIOLOGIE MÉDICALE H.N. ET OSTÉODENSITOMÉTRIE *	50 % Frais réels, limité au PMSS divisé par 30
OSTÉOPATIE – CHIROPRACTIE- ETIOPATHIE * ⁽⁹⁾	40 € par séance dans la limite de 160 € par année civile
ACTES DE PREVENTION	
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR
SMI ASSISTANCE	
ASSISTANCE SANTÉ	Garantie souscrite auprès de FIDÉLIA

Garanties valides à partir du 1^{er} janvier 2023

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

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. FR = Frais Réels

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Les remboursements exprimés en % du PMSS font référence au PMSS en vigueur à la date des soins, dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable.

En secteur non conventionné, les remboursements sont limités au 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). A 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://annuaire.sante.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 (1^{ère} séance d'entretien et au maximum 7 séances de suivi).

(4) Équipements 100% santé tels que définis réglementairement.

(5) 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.

(6) 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.

(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 un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des 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. 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).



Siège social – Agence de Paris
2, rue de Laborde - CS 40041
75374 PARIS Cedex 08

Agence de Lyon
33, rue Maurice Flandin
69003 LYON

Agence de Guyane
2, rue du Capitaine Bernard
97300 CAYENNE

www.mutuelle-smi.com