

## SMI santé collectivités territoriales

Vous avez le choix parmi trois formules de garanties, selon vos besoins et votre budget.

	Sécurité	Confort	Privilège
--	----------	---------	-----------

Y compris le remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels engagés.

### HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE

FRAIS DE SÉJOUR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX			
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (hors ambulatoire)	100 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>	150 % de la BR médecins DPTM 130 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>	150 % de la BR médecins DPTM 130 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (en ambulatoire)	150 % de la BR médecins DPTM 130 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>
CHAMBRE PARTICULIÈRE MÉDECINE - CHIRURGIE - MATERNITÉ (dans la limite de 30 jours par hospitalisation en médecine et en chirurgie et dans la limite de 12 jours par hospitalisation en maternité)	70 € par jour hors ambulatoire 40 € par jour en ambulatoire	100 € par jour hors ambulatoire 50 € par jour en ambulatoire	100 € par jour hors ambulatoire 50 € par jour en ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT (pour enfant jusqu'à 12ans, dans la limite de 30 jours par hospitalisation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Frais réels	Frais réels	Frais réels

### SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX			
CONSULTATIONS - VISITES	150 % de la BR médecins DPTM 130 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	150 % de la BR médecins DPTM 130 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>
ACTES DE CHIRURGIE en cabinet	150 % de la BR médecins DPTM 130 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE OU D'ÉCHOGRAPHIE	150 % de la BR médecins DPTM 130 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM <sup>(1)</sup>
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % de la BR	140 % de la BR	140 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.	100 % de la BR	140 % de la BR	140 % de la BR
Psychologues conventionnés avec l'Assurance maladie (dispositif Mon soutien psy) <sup>(2)</sup>	100 % de la BR dans la limite de 12 séances <sup>(3)</sup> par année civile	100 % de la BR dans la limite de 12 séances <sup>(3)</sup> par année civile	100 % de la BR dans la limite de 12 séances <sup>(3)</sup> par année civile
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	100 % de la BR + 915 € par année civile	100 % de la BR + 915 € par année civile	100 % de la BR + 915 € par année civile
TRANSPORT TERRESTRE	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR

### DENTAIRE

SOINS	100 % de la BR	130 % de la BR	130 % de la BR
PROTHÈSES 100 % SANTÉ <sup>(4)</sup>	Frais réels <sup>(5)</sup>	Frais réels <sup>(5)</sup>	Frais réels <sup>(5)</sup>
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ <sup>(6)</sup>			
prises en charge par la Sécurité sociale	220 % de la BR	290 % de la BR	370 % de la BR
non prises en charge par la Sécurité sociale (hors prothèses provisoires)	150 % de la BR reconstituée	220 % de la BR reconstituée	300 % de la BR reconstituée
ORTHODONTIE			
prise en charge par la Sécurité sociale	250 % de la BR	320 % de la BR	400 % de la BR
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	100 € par année civile	200 € par année civile	300 € par année civile

### OPTIQUE

Les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du ticket modérateur a minima. Un équipement (monture + deux verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les deux ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à un an avec possibilité d'un renouvellement anticipé<sup>(7)</sup>.

ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ <sup>(4)</sup>	Frais réels <sup>(5)</sup>	Frais réels <sup>(5)</sup>	Frais réels <sup>(5)</sup>
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES			
monture + 2 verres simples	108 €	208 €	258 €
monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe	154 €	233 €	283 €
monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	200 €	258 €	308 €
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	100 % de la BR + 100 € par année civile	100 % de la BR + 200 € par année civile	100 % de la BR + 250 € par année civile
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	200 € par oeil	400 € par oeil	400 € par oeil

	Sécurité	Confort	Privilège
Y compris le remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels engagés.			
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
Le remboursement des aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille <sup>(7)</sup> .			
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ <sup>(4)</sup>	Frais réels <sup>(4)</sup>	Frais réels <sup>(4)</sup>	Frais réels <sup>(4)</sup>
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES <sup>(8)</sup>	100 % de la BR + 915 € par année civile	100 % de la BR + 915 € par année civile	100 % de la BR + 915 € par année civile
<b>CURE THERMALE</b>			
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)	65 % de la BR + 305 € par cure	65 % de la BR + 382 € par cure	65 % de la BR + 458 € par cure
<b>MATERNITÉ</b>			
FORFAIT NAISSANCE - adoption (doublé en cas de naissance gémellaire)	77 € par enfant	77 € par enfant	77 € par enfant
<b>ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>			
CHIROPRACTIE - OSTÉOPATHIE <sup>(9)</sup>	20 € par séance dans la limite de 2 par année civile	30 € par séance dans la limite de 2 par année civile	40 € par séance dans la limite de 2 par année civile
DIÉTÉTICIEN	20 € par année civile	30 € par année civile	40 € par année civile
SEVRAGE TABAGIQUE - médicaments, patchs**	20 € par année civile	30 € par année civile	40 € par année civile
VACCINS prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>ACTE DE PRÉVENTION</b>			
Pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
<b>AUXILIAIRE DE VIE</b>			
Prestation couverte jusqu'à la date de départ en retraite***	3,05 € par heure	3,05 € par heure	3,05 € par heure
<b>SMI ASSISTANCE</b>			
ASSISTANCE SANTÉ	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA		
<b>GARANTIE INDEMNITÉ OBSÈQUES</b>			
INDEMNITÉ OBSÈQUES (bénéficiaire de plus de 12 ans)*	534 €	763 €	763 €

### Garanties valide depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2025

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

\* Sur présentation de la facture acquittée

\*\* Sur présentation de facture et du décompte de la Sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés.

\*\*\* La prise en charge par la Sécurité sociale et par SMI est possible uniquement lorsqu'un organisme social intervient (CAF, CNAV, etc.)

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont limités au tarif d'autorité.

<sup>(1)</sup> 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-ACO (Option pratique tarifaire maîtrisée aux spécialistes anesthésie - chirurgie - obstétrique). Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

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

<sup>(3)</sup> Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de douze séances par année civile.

<sup>(4)</sup> Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement.

<sup>(5)</sup> 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.

<sup>(6)</sup> 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.

<sup>(7)</sup> 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.

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

<sup>(9)</sup> 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 et les franchises médicales.