

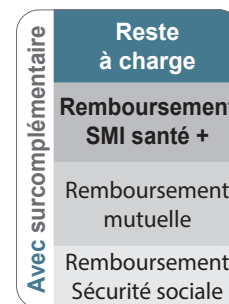
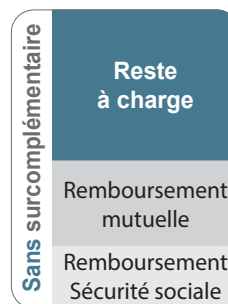
Garanties SMI santé +



Composez la couverture santé qui vous ressemble !

SMI santé + vient compléter le remboursement de la Sécurité sociale et de votre complémentaire santé. Vous avez le choix entre six niveaux de garanties :

- les niveaux **1, 2** et **3** vous permettent de renforcer votre couverture en **soins de ville, hospitalisation** et **pharmacie** ;
- les niveaux **1+, 2+** et **3+** vous permettent d'optimiser votre couverture avec une garantie plus complète, grâce aux remboursements supplémentaires en **dentaire** et en **optique**.



	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
En complément des remboursements du contrat de base et de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels engagés.			
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité et ambulatoire)			
	Les remboursements pour le poste hospitalisation sont plafonnés à 1 000 € par année civile	Les remboursements pour le poste hospitalisation sont plafonnés à 1 200 € par année civile	Les remboursements pour le poste hospitalisation sont plafonnés à 1 400 € par année civile
HONORAIRES MÉDICAUX ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE	+ 25 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾	+ 50 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾	+ 100 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾
CHAMBRE PARTICULIÈRE (limitée à 30 jours par an)	+ 20 € par jour	+ 30 € par jour	+ 40 € par jour
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX CONSULTATIONS - VISITES GÉNÉRALISTES/SPÉCIALISTES	+ 25 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾	+ 50 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾	+ 100 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET	+ 25 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾	+ 50 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾	+ 100 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾
PHARMACIE non prise en charge par la Sécurité sociale (prescrite médicalement ou non)*	+ 30 € par année civile	+ 40 € par année civile	+ 50 € par année civile
ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale			
CHIROPRACTIE – OSTÉOPATHIE – ACUPUNCTURE – ÉTIOPATHIE – HOMÉOPATHIE – NATUROPATHIE – SOPHROLOGIE – PSYCHOLOGIE - DIÉTETICIEN ^{*(2)}	+ 30 € par année civile	+ 40 € par année civile	+ 50 € par année civile
	Niveau 1 +	Niveau 2 +	Niveau 3 +
Les niveaux «plus» incluent toutes les garanties ci-dessus auxquelles s'ajoutent les renforts en dentaire et en optique.			
DENTAIRE			
	Les remboursements pour le poste dentaire sont plafonnés à 1 000 € par année civile	Les remboursements pour le poste dentaire sont plafonnés à 1 200 € par année civile	Les remboursements pour le poste dentaire sont plafonnés à 1 400 € par année civile
PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale	+ 25 % de la BR	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale	+ 25 % de la BR	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
PROTHÈSES, ORTHODONTIE et PARODONTOLOGIE non prises en charge par la Sécurité sociale (code regroupement CCAM TDS**)	+ 50 € par année civile	+ 100 € par année civile	+ 150 € par année civile
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	+ 150 € par année civile	+ 200 € par année civile	+ 250 € par année civile
OPTIQUE			
ÉQUIPEMENT (monture + verres) et LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	+ 25 € par année civile	+ 50 € par année civile	+ 100 € par année civile
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	+ 100 € par oeil et par année civile	+ 150 € par oeil et par année civile	+ 200 € par oeil et par année civile

Garanties valides depuis le 1^{er} janvier 2025

Les garanties sont valables par bénéficiaire. * Sur présentation de la facture acquittée ** Le code de nomenclature Sécurité sociale TDS concerne uniquement les actes sur tissus de soutien de la dent.

BR = base de remboursement de la Sécurité sociale.

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

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

Ce dispositif regroupe les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un Contrat d'accès aux soins (Médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO (Option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes anesthésie-chirurgie-obstétrique).

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

(2) 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.