

SMI santé seniors

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

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
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	150 % de la BR	250 % de la BR	350 % de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX (y compris en ambulatoire) ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE	100 % de la BR	100 % de la BR	170 % de la BR médecins DPTM 150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	250 % de la BR médecins DPTM 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	350 % de la BR médecins DPTM 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CHAMBRE PARTICULIÈRE MÉDECINE - CHIRURGIE (limitée à 30 jours par an en hospitalisation psychiatrique, soins de suite et réadaptation)	-	30 € par jour hors ambulatoire 10 € par jour en ambulatoire	45 € par jour hors ambulatoire 15 € par jour en ambulatoire	60 € par jour hors ambulatoire 20 € par jour en ambulatoire	75 € par jour hors ambulatoire 25 € par jour en ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT (pour enfant jusqu'à 16 ans)	-	20 € par jour	30 € par jour	40 € par jour	50 € par jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 % frais réels	100 % frais réels	100 % frais réels	100 % frais réels	100 % frais réels
PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS (hors ambulatoire)	100 % frais réels	100 % frais réels	100 % frais réels	100 % frais réels	100 % frais réels
SOINS COURANTS					
HONORAIRES MÉDICAUX					
CONSULTATIONS - VISITES GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES	100 % de la BR	100 % de la BR	170 % de la BR médecins DPTM 150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	250 % de la BR médecins DPTM 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	350 % de la BR médecins DPTM 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET	100 % de la BR	100 % de la BR	170 % de la BR médecins DPTM 150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	250 % de la BR médecins DPTM 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	350 % de la BR médecins DPTM 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	100 % de la BR	100 % de la BR	170 % de la BR médecins DPTM 150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	250 % de la BR médecins DPTM 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	350 % de la BR médecins DPTM 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE OU D'ÉCHOGRAPHIE	100 % de la BR	100 % de la BR	170 % de la BR médecins DPTM 150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	250 % de la BR médecins DPTM 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	350 % de la BR médecins DPTM 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % de la BR	100 % de la BR	150 % de la BR	250 % de la BR	350 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX					
INFIRMIERS, KINÉSITHÉRAPEUTES, ORTHOPHONISTES, ETC.	100 % de la BR	100 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR	250 % de la BR
PSYCHOLOGUES conventionnés par l'Assurance maladie (dispositif Mon soutien psy) ⁽²⁾	100 % de la BR dans la limite de 12 séances ⁽³⁾ par année civile	100 % de la BR dans la limite de 12 séances ⁽³⁾ par année civile	100 % de la BR dans la limite de 12 séances ⁽³⁾ par année civile	100 % de la BR dans la limite de 12 séances ⁽³⁾ par année civile	100 % de la BR dans la limite de 12 séances ⁽³⁾ par année civile
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	100 % de la BR	100 % de la BR + 50 € par année civile	150 % de la BR + 150 € par année civile	250 % de la BR + 200 € par année civile	350 % de la BR + 250 € par année civile
TRANSPORT TERRESTRE	100 % de la BR	100 % de la BR	150 % de la BR	250 % de la BR	350 % de la BR
DENTAIRE					
SOINS	100 % de la BR	100 % de la BR	150 % de la BR	250 % de la BR	350 % de la BR
INLAY-ONLAY ⁽⁴⁾	100 % de la BR	150 % de la BR	150 % de la BR	250 % de la BR	350 % de la BR
PROTHÈSES 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾					
prises en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR	400 % de la BR
non prises en charge par la Sécurité sociale	-	150 € par année civile	200 € par année civile	300 € par année civile	400 € par année civile
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	150 € par année civile	250 € par année civile	350 € par année civile
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	150 € par année civile	250 € par année civile	350 € par année civile

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
Y compris le remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels engagés.					
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. ⁽⁷⁾					
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES					
monture + 2 verres simples	50 €	100 €	150 €	200 €	300 €
monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe	125 €	150 €	200 €	275 €	375 €
monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	200 €	200 €	250 €	350 €	450 €
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR + 50 € par année civile	100 % de la BR + 75 € par année civile	100 % de la BR + 100 € par année civile	100 % de la BR + 150 € par année civile
AIDES AUDITIVES					
Le remboursement des aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille. ⁽⁷⁾					
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾	100 % frais réels ⁽⁶⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁶⁾	100 % de la BR	100 % de la BR + 50 € par oreille et par année civile	150 % de la BR + 150 € par oreille et par année civile	250 % de la BR + 200 € par oreille et par année civile	350 % de la BR + 250 € par oreille et par année civile
CURE THERMALE					
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)	-	100 € par année civile	250 € par année civile	350 € par année civile	450 € par année civile
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE					
CHIROPRACTIE - OSTÉOPATHIE - ACUPUNCTURE - ÉTIOPATHIE - HOMÉOPATHIE - NATUROPATHIE* ⁽⁹⁾	-	20 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile	30 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile	40 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile	50 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile
PÉDICURIE - PODOLOGIE	-	20 € par année civile	30 € par année civile	40 € par année civile	50 € par année civile
OSTÉODENSITOMÉTRIE non prise en charge par la Sécurité sociale	-	30 € par année civile	40 € par année civile	50 € par année civile	60 € par année civile
AUTOMÉDICATION dont vaccins et homéopathie*	-	40 € par année civile	50 € par année civile	60 € par année civile	80 € par année civile
ACTES DE PRÉVENTION					
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
SMI ASSISTANCE					
SMI ASSISTANCE	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA				

Garanties valides depuis le 1^{er} janvier 2025

Les garanties sont valables par bénéficiaire.

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

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

(1) Les médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée négociés entre l'assurance maladie et les organisations représentatives de médecins. Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un contrat d'accès aux soins (médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM-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/>.

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

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

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

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

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

(7) Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Pour l'optique, ci-après les correspondances en dioptries :

- verres simples : les verres simples foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ;

- verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieure -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs ;

- verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone -4 à +4.

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

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

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

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