



NOUVEAU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Des garanties conventionnelles obligatoires de frais de santé ont été mises en place par les représentants de votre branche professionnelle au profit de l'ensemble des salariés



LES POINTS CLÉS

SMI, choisie par la branche

SMI est l'un des organismes recommandés suite à un appel d'offre mené pour la mise en place de votre régime conventionnel frais de santé. Le régime a pour but d'assurer à vos salariés des garanties frais de santé respectant le «contrat responsable» : soins dentaires, optiques...

A quelle date devez-vous adhérer ?

L'accord collectif du 29 octobre 2015, au bénéfice des salariés des établissements thermaux adhérents, prévoit la mise en place obligatoire, à compter du 1^{er} janvier 2016, du régime conventionnel de protection sociale complémentaire, pour lequel SMI a été recommandée par les représentants de la branche.

Qui bénéficie de ce nouveau régime ?

Tous les salariés de la Convention Collective Nationale du Thermalisme.

Qui est SMI ?

Créée en 1926, SMI est spécialiste des contrats collectifs en santé et en prévoyance. Avec son entrée en 2013 dans la Société de Groupe d'Assurance Mutualiste Covéa, réunissant MAAF, MMA, GMF et l'APGIS, SMI conforte son positionnement au premier rang des leaders de la protection sociale collective.

- 9 000 entreprises adhérentes
- 178 M€ de chiffre d'affaires
- 691 217 bénéficiaires
- 156 collaborateurs répartis sur 3 sites (Paris, Lyon et Cayenne)
- 5,81 fois le montant requis de solvabilité

TROIS OBLIGATIONS RÉGLEMENTAIRES À RESPECTER

Spécialiste de la protection sociale des entreprises (santé et prévoyance), SMI est à vos côtés pour vous accompagner dans la mise en place d'un contrat de santé collectif. Votre établissement doit respecter de nouvelles obligations conventionnelles.

1 Une couverture minimale pour tous les salariés

Un ensemble de garanties conventionnelles doit être proposé à chaque salarié. De cette façon, les principaux frais de santé sont couverts par la complémentaire santé obligatoire.

2 Une participation de l'employeur d'au moins 50%

L'employeur doit financer au minimum 50% des cotisations, voire davantage s'il le décide. Le solde restant est à la charge du salarié. Une complémentaire santé collective peut également proposer aux salariés une option. En y adhérant, ils peuvent améliorer la prise en charge de certaines dépenses de santé et/ou bénéficier du remboursement de garanties supplémentaires. Cette option reste toutefois entièrement à la charge du salarié. L'employeur n'a pas obligation de participer au paiement de cette cotisation supplémentaire.

3 Un contrat responsable et solidaire

La complémentaire santé conventionnelle mise en place au sein de l'entreprise doit répondre aux exigences fixées par la Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2014, le décret du 19 novembre 2014 et la circulaire du 30 janvier 2015 pour être qualifiée de «responsable et solidaire». En cas de non-respect, elle ne pourra pas bénéficier d'un taux de taxe sur les conventions d'assurance de 7 % (au lieu de 14 %) et des exonérations de charges sociales et fiscales.

AVANTAGES

L'entreprise bénéficie d'avantages fiscaux et sociaux au titre des cotisations santé (déductibilité de la part employeur du bénéfice imposable et exonération de charges sociales dans la limite des plafonds autorisés).

Les salariés bénéficient de tarifs plus avantageux que ceux pratiqués dans le cadre de contrats santé individuels et leurs cotisations salariales sont déductibles de leur revenu imposable.

La mise en place d'une complémentaire santé collective conventionnelle est une réelle opportunité de créer du lien social. **Votre régime frais de santé** a été conçu dans ce sens. Répondant à vos obligations légales, il intègre de multiples atouts pour votre établissement.

OPTION 1

OPTION 2

SOCLE CONVENTIONNEL

2 options facultatives au choix pour le salarié

Le socle conventionnel est souscrit par votre établissement

**1 SOCLE
2 OPTIONS
C'EST SIMPLE !**

Des atouts pour votre établissement

- ✓ Une complémentaire santé destinée à tous vos salariés, sans sélection médicale
- ✓ Une offre flexible pour s'adapter aux besoins de votre établissement tout en répondant aux attentes des salariés
- ✓ Une offre conforme à vos obligations
- ✓ La possibilité pour vos salariés de compléter la garantie obligatoire en optant pour une des deux options complémentaires et facultatives
- ✓ L'occasion de valoriser l'image de votre établissement auprès de vos salariés

Des avantages pour vos salariés

- ✓ L'opportunité de bénéficier d'un meilleur rapport qualité / prix par rapport à une couverture santé individuelle
- ✓ La possibilité de couvrir sa famille

EN PLUS !

Votre salarié pourra étendre à titre individuel et facultatif sa couverture à son conjoint et à ses enfants.



LES GARANTIES DU RÉGIME CONVENTIONNEL ET DES OPTIONS FACULTATIVES

	SOCLE CONVENTIONNEL	OPTION COMPLEMENTAIRE 1	OPTION COMPLEMENTAIRE 2
	Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés	En complément du remboursement du socle conventionnel dans la limite des frais réels engagés	En complément du remboursement du socle conventionnel dans la limite des frais réels engagés
HOSPITALISATION médicale et chirurgicale y compris maternité			
Frais de séjour	100% BR	+ 50% BR	+ 150% BR
Forfait hospitalier	100% FR limité au forfait réglementaire en vigueur	-	-
Actes chirurgicaux Actes d'anesthésie Autres honoraires	100% BR	+ 70 % BR médecins CAS* + 50 % BR médecins non CAS*	+ 150 % BR médecins CAS* + 100 % BR médecins non CAS*
Chambre particulière (hors hospitalisation)	-	+ 1,5% PMSS / jour	+ 3% PMSS / jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	-	+ 1,5% PMSS / jour	+ 2,5% PMSS / jour
TRANSPORT TERRESTRE			
Transport terrestre	100% BR	-	+ 100% BR
MATERNITÉ			
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	-	+ 100€	+ 250€
ACTES MÉDICAUX			
Généralistes (Consultations - visites)	100% BR	+ 70 % BR médecins CAS + 50 % BR médecins non CAS	+ 100 % BR médecins CAS + 80 % BR médecins non CAS
Spécialistes (Consultations - visites)	100% BR	+ 70 % BR médecins CAS + 50 % BR médecins non CAS	+ 100 % BR médecins CAS + 80 % BR médecins non CAS
Actes de chirurgie Actes techniques médicaux	100% BR	+ 70 % BR médecins CAS + 50 % BR médecins non CAS	+ 100 % BR médecins CAS + 80 % BR médecins non CAS
Actes d'imagerie médicale Actes d'échographie	100% BR	+ 70 % BR médecins CAS + 50 % BR médecins non CAS	+ 100 % BR médecins CAS + 80 % BR médecins non CAS
Auxiliaires médicaux	100% BR	-	-
Analyses	100% BR	-	-
Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	+ 250 € par œil par année civile
PHARMACIE			
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR	-	-
APPAREILLAGES			
Orthopédie et autres prothèses prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR	-	+ 150€ / année civile / bénéficiaire
Prothèses auditives prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR	-	+ 300€ / année civile / bénéficiaire
DENTAIRE			
Soins	100% BR	-	+ 50 % BR
Inlays simples / Onlays	125% BR	+ 125 % BR	+ 225 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale (y compris inlays core et les inlays à clavette)	125% BR	+ 125 % BR	+ 225 % BR
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	125% BR	+ 125 % BR	+ 225 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	+ 200€ / semestre / bénéficiaire	+ 500€ / semestre / bénéficiaire
Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale	-	+ 400€ / année civile / bénéficiaire	+ 500€ / année civile / bénéficiaire
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	-
Implants dentaires (pose de piliers + implants)	-	-	-
OPTIQUE			
1 équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans pour les adultes sauf évolution de la vue. Tous les ans, pour les enfants.			
Monture et verres	RSS + 200€ dont une prise en charge maximale de 100€ pour la monture	+ RSS + 200€ dont une prise en charge maximale de 50€ pour la monture	+ RSS + 250€ dont une prise en charge maximale de 50€ pour la monture
Lentilles prises ou non en charge par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	RSS + 200€/bénéficiaire sur 2 années civiles consécutives	RSS + 100€/bénéficiaire sur 2 années civiles consécutives	RSS + 200€/bénéficiaire sur 2 années civiles consécutives
CURE THERMALE			
Cure thermale	100% du PLF + 150€ dans la limite des FR, au titre des frais d'hébergement et de déplacement lorsque la cure ne peut être suivie dans l'établissement où travaille le salarié pour des raisons d'ordre médical	-	-
Éducation thérapeutique du patient	-	50% du programme ETP s'il est agréé ARD et dispensé en station thermale, plafonné à 150€	-
PRÉVENTION			
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	30€/ acte, limité à 3 actes / année civile	-	-
Prise en charge de tous les actes de prévention conformément au décret du 29 septembre 2005	100% BR	-	-
SMI ASSISTANCE			
Oui			

Prestations 2015

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

RSS = Remboursement de la Sécurité sociale.

PLF = Prix Limite de Facture

En secteur non conventionné, les remboursements sont limités au Tarif d'Autorité.

Les garanties « Cure thermale » sont acquises uniquement lorsque la cure thermale est prise en charge par la Sécurité sociale. Toutefois, si cette dernière n'intervient pas pour les frais d'hébergement, le forfait garanti par la formule est remboursé.

* Médecins CAS : médecins ayant signé le Contrat d'Accès aux Soins / Médecins non CAS : médecins n'ayant pas signé le Contrat d'Accès aux Soins. Contrat d'Accès aux Soins : dispositif par lequel les médecins s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère au CAS ou non, rendez-vous sur <http://ameli-direct.ameli.fr/>.

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.



DES SERVICES DE QUALITÉ INCLUS UN ACCOMPAGNEMENT QUOTIDIEN

Grâce à notre expertise en matière d'assurance santé, nous vous offrons une qualité de services et de conseils.

Une mise en place simple et rapide

Un enregistrement rapide des nouvelles adhésions, grâce à la disponibilité de nos équipes de gestion. Les cartes de tiers payant sont adressées aux salariés dès la mise en place du contrat.

Un accompagnement permanent

Vous avez besoin d'être aidé dans vos démarches ? Nous sommes là pour vous informer sur la réglementation et vos responsabilités.

Un espace web dédié

Pour vous accompagner dans la gestion de votre contrat, nous mettons à votre disposition un extranet dédié vous permettant de suivre les adhésions et d'effectuer les démarches administratives :

Gestion de vos collaborateurs : exportation de la liste des salariés et de leurs bénéficiaires, demande de nouvelle adhésion ;

Base documentaire personnalisée (garanties, bulletins d'affiliation, informations sur la protection sociale, guides entreprise sur les thématiques qui vous impactent...).

POUR VOUS, EMPLOYEUR

Un accès au réseau de soins Santéclair

En plus du tiers payant auprès de 7000 professionnels de santé, le réseau Santéclair donne l'accès à vos salariés à :

Des partenaires de santé contrôlés : réseaux optique (3050 opticiens), chirurgie réfractive, 2900 chirurgiens-dentistes, ostéopathes, 600 audioprothésistes, 270 diététiciens ;

Avec des avantages spécifiques, des prix négociés : les économies réalisées par les assurés peuvent atteindre 40 % en optique, 20 % en dentaire, 50 % en implantologie dentaire, ou encore 45 % sur les audioprothèses, à prestations et qualité équivalentes ;

Des conseils pour les aider à agir sur leur santé : étude des devis audio prothétique, hospitalier, optique et dentaire.

Un tiers payant étendu

Grâce aux conventions signées avec la majorité des professionnels de santé (accords de tiers payant), vos salariés n'ont plus à avancer les frais, notamment sur les dépenses les plus élevées : pharmacie, laboratoires, radiologie, soins externes, auxiliaires médicaux, optique, dentaire, audioprothésiste, hôpital... et ce, partout en France.

Des conseillers à l'écoute

Du lundi au vendredi, des conseillers accompagnent au quotidien vos salariés : réponse aux questions (téléphone, courrier et email) et mise en œuvre des prises en charge hospitalières.

POUR VOS SALARIÉS

Des remboursements rapides

Avec ses accords de télétransmission signés dans toute la France, SMI rembourse 48H après réception du décompte de l'Assurance Maladie.

POURQUOI SOUSCRIRE ?

3 BONNES RAISONS...

- SMI est recommandée par votre branche pour la gestion et l'assurance du régime conventionnel obligatoire
- Des avantages fiscaux et sociaux
- Une offre et des services adaptés aux besoins de vos salariés

UN TARIF ATTRACTIF...

Le régime conventionnel a été conçu pour vous offrir des garanties au prix le plus juste.

	Salarié isolé	Couple	Famille	
BASE				RÉGIME GÉNÉRAL
Cotisation patronale	13,22 €	13,22 €	13,22 €	
Cotisation salariale	13,22 €	39,68 €	55,82 €	
OPTION 1				
Cotisation salariale	36,05 €	83,57 €	108,66 €	
OPTION 2				
Cotisation salariale	52,05 €	114,22 €	147,54 €	
	Salarié isolé	Couple	Famille	
BASE				RÉGIME LOCAL
Cotisation patronale	7,99 €	7,99 €	7,99 €	
Cotisation salariale	7,99 €	23,96 €	33,71 €	
OPTION 1				
Cotisation salariale	25,31 €	57,30 €	73,89 €	
OPTION 2				
Cotisation salariale	35,97 €	77,61 €	99,55 €	

ET UNE ADHÉSION EN SEULEMENT 3 ÉTAPES

ÉTAPE 1 MISE EN PLACE

Mettez en place le régime par Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE), Accord d'entreprise ou référendum

SMI est à votre disposition pour vous accompagner dans cette première étape et vous aider à choisir le mode de mise en place le plus adapté à votre établissement.

DEVEZ-VOUS AUSSI COUVRIR LA FAMILLE DE VOS SALARIÉS ?

Non, ce n'est pas une obligation.
Vos salariés pourront étendre à titre individuel et facultatif leur couverture à leur famille.

ÉTAPE 2 ADHÉSION

Complétez, datez et signez la demande d'adhésion. Pensez à joindre l'ensemble des pièces justificatives et envoyez le tout à l'adresse figurant sur ce même document.

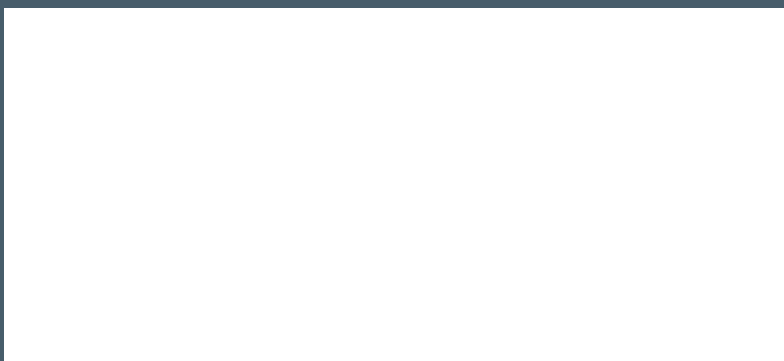
A QUEL MOMENT LES SALARIÉS DOIVENT ADHÉRER ?

Dès le premier jour de travail, même s'ils se trouvent en période d'essai.

ÉTAPE 3 AFFILIATION

Transmettez à vos salariés le bulletin d'affiliation afin qu'ils le complètent, datent et signent. Des pièces justificatives sont également nécessaires pour l'ouverture du contrat.

VOTRE CONTACT



SMI, Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité
SIREN 784669954
2 rue de Laborde 75374 Paris Cedex 08