



SMI SANTÉ SENIORS

Votre complémentaire frais de santé



Prenez soin de vous !

Pourquoi choisir SMI santé seniors ?

Que vous soyez à la retraite ou encore en activité, être bien couvert par une mutuelle est primordial pour diminuer votre reste à charge sur les frais de santé. Et parce que les attentes en matière de santé sont propres à chacun, **SMI santé seniors**, destiné aux personnes de plus de 55 ans, a été conçu avec cinq formules afin de répondre à vos besoins spécifiques et à vos priorités.

Avec SMI santé seniors, vous bénéficiez des garanties suivantes* :

jusqu'à
75 €
par jour
pour une chambre particulière en cas d'hospitalisation, y compris en ambulatoire

jusqu'à
400 %
de la base de **remboursement** pour des prothèses dentaires remboursées et
400 €
pour celles non remboursées

Un forfait allant jusqu'à
450 €
pour la cure thermale

un forfait automédication allant jusqu'à
80 €

jusqu'à
350 %
de la base de **remboursement**
+ 250 €
pour une aide auditive

un forfait jusqu'à
50 €
par séance
pour les médecines douces et pour la pédicurie-podologie

Le +

Bénéficiez d'un poste **médecines douces** élargi à de nombreuses pratiques : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, homéopathie et naturopathie.

Une complémentaire santé qui en fait plus pour vous

En plus d'être bien protégés pour les soins courants, l'hospitalisation, l'optique et le dentaire, vous bénéficiez également de nombreux avantages :

- le choix d'opter pour les garanties du **panier 100 % Santé** (sans reste à charge) ou du **panier libre** ;
- un remboursement sous 48 heures ;
- le **tiers payant** pour ne plus avancer tout ou partie de vos frais ;
- une couverture immédiate, **sans délai de carence** ;
- des tarifs négociés jusqu'à - 40 % avec les partenaires de Santéclair ;
- une **assistance disponible 24h/24, 7j/7** en cas de difficultés ;
- un espace adhérent pour effectuer toutes vos démarches en ligne ;
- une **équipe à votre écoute** pour vous accompagner et vous renseigner.



Dépensez moins !

Avec **SMI santé seniors**, vous accédez à un large réseau de professionnels de santé partenaires de Santéclair. Grâce à cette collaboration, vous bénéficiez de prestations et d'équipements de qualité tout en maîtrisant votre budget.

Des tarifs préférentiels

Les professionnels de santé partenaires de Santéclair vous garantissent des offres préférentielles.



Jusqu'à **-45 %** sur les verres, **-20 %** sur les montures du panier libre et **-15 %** sur les autres équipements (solaires, produits pour lentilles).



Jusqu'à **-35 %** en implantologie et des tarifs négociés sur les actes dentaires les plus courants.



Jusqu'à **-15 %** sur les tarifs de consultation avec les diététiciens, ostéopathes et chiropracteurs.



Bonus fidélité

Parce que votre fidélité compte, vous pouvez bénéficier **d'un mois de cotisation gratuite**, tous les trois ans et sur demande**.

Un tiers payant accepté

Afin de ne faire aucune avance de frais auprès des professionnels de santé partenaires de Santéclair en optique, dentaire et audiologie, présentez simplement votre carte de tiers payant. Vous n'aurez ainsi aucun paiement à effectuer sur la part complémentaire, dans la limite des garanties de votre contrat.

Une analyse de vos devis

Santéclair vous propose un service d'analyse de devis en hospitalisation, optique, dentaire et audiologie, accessible depuis votre espace adhérent. Il vous suffit de déposer votre devis et sous 72 heures, un spécialiste vous indique si la dépense prévue est conforme aux tarifs habituellement pratiqués dans votre région. En hospitalisation et en dentaire, vous avez également la possibilité d'analyser vous-même votre devis en quelques minutes.



Plus de 7 000 professionnels de santé partout en France



Pour accéder à ces professionnels, vous disposez d'un service de géolocalisation qui vous permet également de :

- connaître les tarifs pratiqués, le reste à charge et les modes de paiement acceptés ;
- prendre rendez-vous ;
- consulter un classement hospitalier par spécialité.

** Au plus tôt à partir de trois ans d'adhésion, à date d'anniversaire. Les demandes suivantes peuvent être faites au plus tôt trois ans après la précédente. Les mois gratuits ne sont pas cumulables. Le mois gratuit est appliqué lors de l'appel de cotisation suivant la demande.

Préservez votre santé !



Bénéficiez d'outils innovants pour faciliter votre parcours de soins...

Avec la plateforme d'orientation Santéclair, vous êtes accompagné et conseillé par des experts à chaque étape de votre parcours de soins.



Téléconsultation

Vous accédez à des consultations en ligne avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil de l'Ordre. Grâce à ce service, disponible 7j/7, 24h/24, vous n'avez plus de difficultés pour obtenir un rendez-vous et une ordonnance vous sera délivrée en cas de besoin.



Deuxième avis médical

En cas de pathologie lourde, vous pouvez demander le recours à une nouvelle analyse de votre diagnostic par un médecin spécialiste. Une réponse, sous forme d'un compte-rendu écrit, vous sera apportée en moins de sept jours.

...et pour vous maintenir en bonne santé

Des outils et des services sont mis à votre disposition pour vous aider à être acteur de votre santé et vous donner la possibilité de vous faire accompagner par des professionnels du bien-être.



Analyse de symptômes

Appuyez-vous sur un outil conçu et validé par des médecins pour avoir rapidement un avis sur vos symptômes et être guidé pour leur prise en charge.



Conseils en automédication

Consultez un référentiel de près de 2 000 médicaments qui sont notés selon leur efficacité et leur tolérance. Le prix moyen de vente en pharmacie y est également précisé.



Coaching sommeil

Bénéficiez d'un programme pour améliorer durablement votre sommeil sans médicament.



Coaching nutrition

Adoptez les bons réflexes alimentaires pour perdre du poids sur le long terme.



Coaching sportif

Trouvez un coach sportif adapté à vos besoins. Certains coaches sont certifiés APA (activité physique adaptée).

Qui sommes-nous ?

Créée en 1926, SMI est une mutuelle experte en santé et prévoyance au sein de Covéa, premier groupe mutualiste d'assurance et de protection sociale (réunissant MAAF, MMA, GMF et l'institution de prévoyance APGIS).

4

SMI SANTÉ



596 998
personnes protégées
(santé - prévoyance)



11 005 797
actes remboursés

SMI est certifiée ISO 9001
pour l'ensemble de ses
processus.



Soyez accompagné au quotidien

L'assistance santé intervient en cas d'événement exceptionnel en apportant un soutien matériel ainsi qu'un accompagnement au quotidien. Ce service est accessible 24h/24, 7j/7.

Principaux services*	Aide à domicile	Garde des enfants	Garde des animaux de compagnie	Présence d'un proche
En cas d'hospitalisation	●	●	●	●
En cas d'immobilisation	●	●	●	●
En cas de maternité	●	●		
En cas de décès	●	●	●	●

* Conformément aux conditions indiquées dans la notice « Assistance »

Informations et conseils :



Accompagnement au quotidien



Aides aux aidants



Perte d'autonomie



Assistance protection juridique santé

Incluse dans votre assistance santé, elle vous permet de bénéficier d'informations juridiques et surtout d'une protection en cas de litige se rapportant à un acte médical et/ou à un produit de santé, qui vous opposerait à un professionnel de santé, un laboratoire, etc.

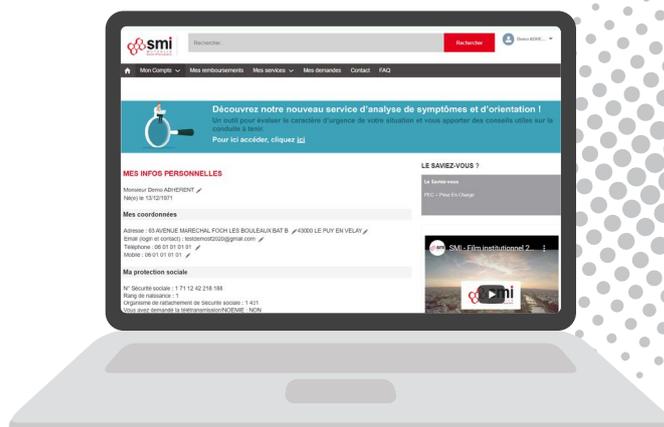
SMI entraide est une plateforme d'écoute vous permettant de solliciter, par téléphone ou par mail, des conseillers afin d'obtenir des informations ou demander une aide dans les domaines de la santé, de la famille, de l'emploi ou du logement.

L'action sociale peut vous attribuer une aide financière à caractère exceptionnel. Elle intervient pour toutes les dépenses de santé et annexes (optique, audiologie, frais d'obsèques, matériels et aménagements liés au handicap, petit appareillage dont capillaire, service à la personne, soins médicaux, etc.). L'octroi de cette aide n'est pas automatique et est appréciée au cas par cas.

Notre service client est disponible par téléphone ou par email du lundi au vendredi pour répondre à toutes vos demandes. Nos conseillers ont accès à tous les éléments et à l'historique du dossier de chaque adhérent, ce qui garantit des réponses personnalisées et fiables sur toutes les thématiques : bénéficiaires, garanties, réseau de tiers payant, télétransmission, remboursements, prise en charge, etc.

Votre espace adhérent favorise le suivi, en temps réel, de vos demandes. Vous pouvez également accéder à l'historique des échanges ou recourir à l'un des services dont vous êtes bénéficiaire. Cet espace, gratuit et sécurisé, est disponible 24h/24, 7j/7 et s'adapte à tous types d'écrans. Il vous permet, entre autres, de :

- faire analyser vos devis ;
- télécharger votre attestation de tiers payant ;
- consulter votre tableau de garanties et vos remboursements des six derniers mois ;
- effectuer la mise à jour de vos données personnelles ou bancaires ;
- accéder aux services proposés par Santéclair.



Garanties

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 (hors ambulatoire)	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)	-	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	250 % de la BR	350 % de la BR
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 ⁽²⁾	100 % de la BR	150 % de la BR	150 % de la BR	250 % de la BR	350 % de la BR
PROTHÈSES 100 % SANTÉ ⁽⁶⁾	100 % frais réels ⁽⁵⁾				
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽³⁾					
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. ⁽³⁾					
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁶⁾	100 % frais réels ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁵⁾
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. ⁽³⁾					
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁶⁾	100 % frais réels ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁵⁾	100 % frais réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁷⁾	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* ⁽⁴⁾	-	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 soucrites auprès de FIDÉLIA				

Garanties valides depuis le 1^{er} juillet 2021

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 CO (Option pratique tarifaire maîtrisée - Chirurgie/Obstétrique). À 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) 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.

(3) 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.

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

(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) Équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement.

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

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.



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

Du lundi au jeudi de 08h30 à 17h00
le vendredi de 08h30 à 16h00

Agence de Lyon
33, rue Maurice Flandin
69003 LYON

Pas d'accueil du public

Agence de Guyane
2, rue du Capitaine Bernard
97300 CAYENNE

Du lundi au vendredi de 08h00 à 12h00
et de 15h00 à 18h00

www.mutuelle-smi.com

Document d'information à valeur non contractuelle

SMI, mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité
SIREN 784 669 954 | Agréée pour les branches 1, 2, 20 et 21
Siège social : 2, rue de Laborde - CS 40041 - 75374 Paris Cedex 08

