



SMI SANTÉ ENTREPRISE

La complémentaire santé pour vos salariés



POURQUOI SOUSCRIRE ?

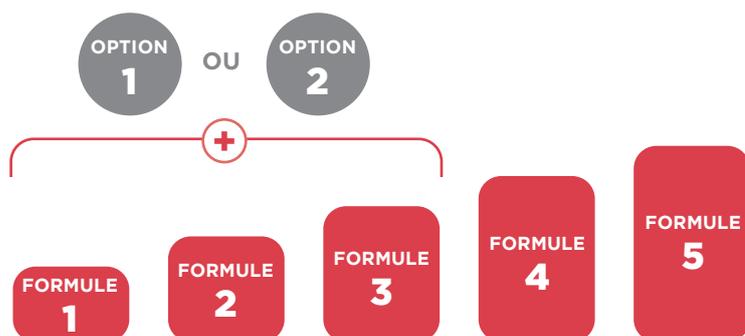
LA SOLUTION SANTÉ ADAPTÉE À VOS SALARIÉS ET QUI PROTÈGE VOTRE BUDGET

Mettre en place une couverture de complémentaire santé collective vous permet de répondre aux obligations légales, mais aussi d'adopter une démarche forte de protection sociale pour vos salariés.

SMI santé entreprise constitue une protection sociale avantageuse et un véritable atout pour attirer de nouveaux talents et fidéliser vos collaborateurs. Confrontés aux aléas de la vie, ils ont besoin de garanties complètes et adaptées à leurs besoins.

- Vous choisissez la formule de base qui s'applique à titre obligatoire parmi cinq niveaux de garanties.
- Vos salariés peuvent augmenter leurs garanties grâce à deux options* à titre individuel.

Fidélisez vos salariés dès à présent avec l'offre SMI !



* Uniquement pour les formules 1, 2 et 3.

2

SMI SANTÉ ENTREPRISE



Des services pour simplifier vos démarches

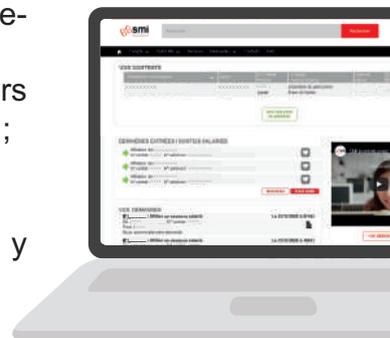
SMI santé entreprise est une offre complète et compétitive qui vous offre de nombreux services en complément des garanties santé de votre contrat.

Un service client performant 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 entreprise et salarié, ce qui garantit des réponses personnalisées et fiables sur toutes les thématiques : affiliation, garanties, réseau de tiers payant, télétransmission, remboursements et prise en charge, etc.

Une gestion certifiée ISO 9001 offre toutes les garanties de transparence, de respect des engagements et de sécurité pour la gestion de votre contrat. En plus d'une mise en place simple et rapide de votre contrat frais de santé, vous bénéficiez de la gestion SMI, spécialiste de la santé collective depuis plus de 90 ans.

Un espace entreprise facilite vos démarches relatives à la gestion de votre contrat santé. SMI met à votre disposition un espace sécurisé, gratuit, disponible 24h/24, 7j/7 depuis son site internet. Optimisé pour tous types d'écrans, cet outil propose de nombreuses fonctionnalités :

- consulter votre dossier (données entreprises, listes des effectifs, etc.) ;
- gérer les modifications sur les dossiers des salariés (affiliation, radiation, etc.) ;
- consulter les garanties souscrites ;
- accéder aux différents services ;
- formuler tous types de demandes et y joindre des documents ;
- etc.



Les avantages

POUR VOUS, EMPLOYEUR :

- des tarifs attractifs ;
- une fiscalité avantageuse ;
- une mise en place simple et rapide.



POUR VOS SALARIÉS :

- des dépenses maîtrisées : tarifs négociés, tiers payant, analyse de devis ;
- des services pour faciliter la vie au quotidien ;
- un accès illimité au réseau de soins Santéclair.



Garanties Formules

Les garanties sont exprimées dans la limite des frais réellement engagés et incluent le remboursement de la Sécurité sociale.

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité)					
FRAIS DE SÉJOUR	100 % de la BR	175 % de la BR	250 % de la BR	350 % de la BR	450 % de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX		175 % 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⁾	450 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE / ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE hors ambulatoire	100 % de la BR				
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE / ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE en ambulatoire	100 % de la BR	175 % de la BR médecins DPTM / 150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	225 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	250 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	300 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CHAMBRE PARTICULIÈRE					
En ambulatoire	-	20 € par jour	30 € par jour	50 € par jour	60 € par jour
Hors ambulatoire (limité à 90 jours par an en hospitalisation psychiatrique)	-	40 € par jour	60 € par jour	100 € par jour	120 € par jour
LIT ACCOMPAGNANT + repas pour enfant jusqu'à 16 ans	-	25 € par jour	30 € par jour	35 € par jour	40 € par jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SOINS COURANTS					
HONORAIRES MÉDICAUX		175 % de la BR médecins DPTM / 150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	225 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	250 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	300 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CONSULTATIONS - VISITES	100 % de la BR				
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	100 % de la BR	175 % de la BR médecins DPTM / 150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	225 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	250 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	300 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE en cabinet	100 % de la BR	175 % de la BR médecins DPTM / 150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	225 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	250 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	300 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE		175 % de la BR médecins DPTM / 150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	225 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	250 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	300 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE	100 % de la BR				
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR	250 % de la BR	300 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX					
Kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc.	100 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR	250 % de la BR	300 % de la BR
Psychologues conventionnés avec l'Assurance maladie (dispositif MonPsy) ⁽²⁾	100 % de la BR dans la limite de 8 séances ⁽³⁾ par année civile	100 % de la BR dans la limite de 8 séances ⁽³⁾ par année civile	100 % de la BR dans la limite de 8 séances ⁽³⁾ par année civile	100 % de la BR dans la limite de 8 séances ⁽³⁾ par année civile	100 % de la BR dans la limite de 8 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
Prescrits, non pris en charge par la Sécurité sociale (dont homéopathie)*	-	50 € par année civile	60 € par année civile	80 € par année civile	100 € par année civile
MATÉRIEL MÉDICAL	100 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR	250 % de la BR	300 % de la BR
TRANSPORT TERRESTRE	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
DENTAIRE					
SOINS	100 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR	250 % de la BR	300 % de la BR
PROTHÈSES PANIER 100% SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais Réels ⁽⁵⁾	Frais Réels ⁽⁵⁾	Frais Réels ⁽⁵⁾	Frais Réels ⁽⁵⁾	Frais Réels ⁽⁵⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100% SANTÉ ⁽⁶⁾ : PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale	125 % de la BR	250 % de la BR	300 % de la BR	400 % de la BR	500 % de la BR
ORTHODONTIE					
Prise en charge par la Sécurité sociale	125 % de la BR	200 % de la BR	250 % de la BR	350 % de la BR	450 % de la BR
Non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾	-	-	-	1 200 € par année civile	1 600 € par année civile
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	-	80 € par année civile	100 € par année civile	250 € par année civile	400 € par année civile
IMPLANT non pris en charge par la Sécurité sociale	-	-	400 € par implant	550 € par implant	800 € par implant
PLAFOND POUR LES PROTHÈSES ET IMPLANTS (Pour les prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale. Au-delà du plafond, remboursement à hauteur de 125 % de la BR y compris le remboursement de la Sécurité sociale. Dans tous les cas, les équipements 100 % santé sont pris en charge au-delà du plafond dentaire.)		1 500 € par année civile	2 500 € par année civile	3 500 € par année civile	4 500 € par année civile

OPTIQUE

En 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⁽⁸⁾.

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais Réels ⁽⁵⁾	Frais Réels ⁽⁵⁾	Frais Réels ⁽⁵⁾	Télécharger la grille optique Santclair CONFORT	Télécharger la grille optique Santclair PREMIUM		
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES :							
MONTURE + 2 VERRES SIMPLES	100 €	200 €	250 €				
MONTURE + 1 VERRE SIMPLE + 1 VERRE COMPLEXE OU HYPER COMPLEXE	150 €	250 €	300 €				
MONTURE + 2 VERRES COMPLEXES OU HYPERCOMPLEXES	200 €	300 €	350 €				
LENTILLES prises ou non en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR par année civile	100 % de la BR + 100 € par année civile	100 % de la BR + 150 € par année civile				
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	-	200 € par oeil	300 € par oeil				

AIDES AUDITIVES

Le remboursement des aides auditives est limité à un équipement tous les 4 ans par oreille⁽⁶⁾

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais Réels ⁽⁵⁾	Frais Réels ⁽⁵⁾	Frais Réels ⁽⁵⁾	Frais Réels ⁽⁵⁾	Frais Réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁹⁾	100 % de la BR	100 % de la BR + 400 € par oreille	100 % de la BR + 600 € par oreille	100 % de la BR + 800 € par oreille	100 % de la BR + 1 000 € par oreille

CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale

FORFAIT THERMAL - SURVEILLANCE MÉDICALE - TRANSPORT TERRESTRE	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
HÉBERGEMENT		100 % de la BR + 100 € par cure	100 % de la BR + 200 € par cure	100 % de la BR + 300 € par cure	100 % de la BR + 400 € par cure

MATERNITÉ - ADOPTION

FORFAIT NAISSANCE (doublé en cas de naissance gémellaire)	-	100 € par enfant	200 € par enfant	300 € par enfant	400 € par enfant
---	---	------------------	------------------	------------------	------------------

ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

OSTÉOPATHIE - CHIROPRACTIE - ACUPUNCTURE - ÉTIOPATHIE - HOMÉOPATHIE - NATUROPATHIE - SOPHROLOGIE - MICROKINÉSITHÉRAPIE - PSYCHOMOTRICITÉ - PHYTOTHÉRAPIE ⁽¹⁰⁾	-	50 € par séance dans la limite de 1 par année civile	50 € par séance dans la limite de 2 par année civile	50 € par séance dans la limite de 3 par année civile	50 € par séance dans la limite de 4 par année civile
DIÉTÉTICIEN	-	50 € par année civile	60 € par année civile	80 € par année civile	120 € par année civile
VACCINS prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	-	60 € par année civile	80 € par année civile	100 € par année civile	120 € par année civile
INSÉMINATION ARTIFICIELLE - FIV non prise en charge par la Sécurité sociale	-	100 € par année civile	150 € par année civile	200 € par année civile	300 € par année civile
SEVRAGE TABAGIQUE médicaments-patches	-	50 € par année civile	60 € par année civile	80 € par année civile	120 € par année civile

ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 08 juin 2006

	100 % de la BR				
--	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

SMI ASSISTANCE

Garantie souscrite auprès de FIDELIA

Garanties valides depuis le 1^{er} septembre 2022.

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

* 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, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(2) Seules les séances réalisées par un psychologue partenaire sur orientation d'un médecin sont remboursées à ce titre (pas d'accès direct). Les coordonnées des psychologues partenaires sont publiées sur un annuaire consultable sur le site : <https://monpsy.sante.gouv.fr>

(3) Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de 8 séances par année civile (1^{re} séance d'entretien et au maximum 7 séances de suivi).

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

(5) Prise en charge plafonnée aux honoraires 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) 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.

(7) L'orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale est limitée à 6 semestres.

(8) 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 dioptrie :

- verres simples : les verres simple 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 supérieur à - 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 ou + 8 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques hors zone - 4 à + 4.

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

(10) 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 siset.

Les garanties «cure thermique» sont acquises uniquement lorsque la cure thermique 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.

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.

Garanties

Options

Les garanties sont exprimées dans la limite des frais réellement engagés et incluent le remboursement de la Sécurité sociale.

	OPTION 1	OPTION 2
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité)		
FRAIS DE SÉJOUR	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX		
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE / ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE Hors ambulatoire	+ 50 % de la BR médecins DPTM ⁽¹⁾	+ 100 % de la BR médecins DPTM ⁽¹⁾
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE / ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE En ambulatoire	+ 50 % de la BR médecins DPTM ⁽¹⁾	+ 100 % de la BR médecins DPTM ⁽¹⁾
CHAMBRE PARTICULIÈRE (limitée à 90 jours par an en hospitalisation psychiatrique)	+ 10 € par jour	+ 20 € par jour
LIT ACCOMPAGNANT + repas pour enfant jusqu'à 16 ans	+ 5 € par jour	+ 10 € par jour
SOINS COURANTS		
HONORAIRES MÉDICAUX		
CONSULTATIONS - VISITES	+ 50 % de la BR médecins DPTM ⁽¹⁾	+ 100 % de la BR médecins DPTM ⁽¹⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	+ 50 % de la BR médecins DPTM ⁽¹⁾	+ 100 % de la BR médecins DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE en cabinet	+ 50 % de la BR médecins DPTM ⁽¹⁾	+ 100 % de la BR médecins DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE	+ 50 % de la BR médecins DPTM ⁽¹⁾	+ 100 % de la BR médecins DPTM ⁽¹⁾
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc.)	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
MÉDICAMENTS		
Prescrits, non pris en charge par la Sécurité sociale (dont homéopathie)*	+ 20 € par année civile	+ 40 € par année civile
MATÉRIEL MÉDICAL	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
DENTAIRE		
PROTHÈSES HORS PANIER 100% SANTÉ ⁽²⁾ :		
PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
ORTHODONTIE		
Prise en charge par la Sécurité sociale	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
Non prise en charge par la Sécurité sociale	-	+ 400 € par année civile
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	+ 100 € par année civile	+ 200 € par année civile
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	+ 200 € par implant	+ 400 € par implant
PLAFOND POUR LES PROTHÈSES ET IMPLANTS (Pour les prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale. Au-delà du plafond, remboursement à hauteur de 125 % de la BR y compris le remboursement de la Sécurité sociale. Dans tous les cas, les équipements 100 % santé sont pris en charge au-delà du plafond dentaire.)	500 € par année civile	1 000 € par année civile
OPTIQUE		
En 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 À TARIFS LIBRES :		
MONTURE + 2 VERRES SIMPLES	+ 25 €	+ 50 €
MONTURE + 1 VERRE SIMPLE + 1 VERRE COMPLEXE OU HYPER COMPLEXE	+ 35 €	+ 75 €
MONTURE + 2 VERRES COMPLEXES OU HYPERCOMPLEXES	+ 50 €	+ 100 €
LENTILLES prises ou non en charge par la Sécurité sociale	+ 30 € par année civile	+ 60 € par année civile
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	+ 100 € par oeil	+ 200 € par oeil

	OPTION 1	OPTION 2
AIDES AUDITIVES		
Le remboursement des aides auditives est limité à un équipement tous les 4 ans par oreille ⁽⁶⁾		
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁴⁾	+ 200 € par oreille	+ 400 € par oreille
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale		
FORFAIT THERMAL - SURVEILLANCE MÉDICALE - TRANSPORT TERRESTRE - HÉBERGEMENT	+ 100 € par cure	+ 200 € par cure
MATERNITÉ - ADOPTION		
FORFAIT NAISSANCE (doublé en cas de naissance gémellaire)	+ 100 € par enfant	+ 200 € par enfant
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
OSTÉOPATHIE - CHIROPRACTIE - ACUPUNCTURE - ÉTIOPATHIE - HOMÉOPATHIE - NATUROPATHIE - SOPHROLOGIE - MICROKINÉSITHÉRAPIE - PSYCHOMOTRICITÉ - PHYTOTHÉRAPIE ⁽⁵⁾	+ 50 € par séance dans la limite de 1 séance par année civile	+ 50 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile
DIÉTÉTICIEN	+20 € par année civile	+ 40 € par année civile
VACCINS prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	+ 20 € par année civile	+ 40 € par année civile
INSÉMINATION ARTIFICIELLE - FIV non prise en charge par la Sécurité sociale	+ 50 € par année civile	+ 100 € par année civile
SEVRAGE TABAGIQUE médicaments-patches	+ 20 € par année civile	+ 40 € par année civile
SMI ASSISTANCE		
Garantie souscrite auprès de FIDELIA		

Garanties valides depuis le 1^{er} septembre 2022.

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

* 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, 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 dioptrie :

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

- verres complexes : les verres simple foyer avec une sphère supérieur à - 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 ou + 8 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques hors zone - 4 à + 4.

(4) 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.

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

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.

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.

Des services utiles pour les salariés

SMI est à l'écoute de vos collaborateurs et met en place des services adaptés à leurs besoins.

L'offre **SMI santé entreprise** comprend également des prestations complémentaires destinées à les informer, les protéger et les soutenir.

L'espace adhérent permet à vos salariés de suivre en temps réel leurs demandes, d'accéder à un historique des échanges ou de recourir à l'un des services dont ils sont bénéficiaires. Cet espace, gratuit et sécurisé, est disponible 24h/24, 7j/7 et est optimisé pour tous types d'écrans. Il permet de :

- formuler une demande de prise en charge en dentaire et optique ;
- faire analyser des devis ;
- télécharger l'attestation de tiers payant ;
- consulter le tableau de garanties et les remboursements des six derniers mois ;
- effectuer la mise à jour de données personnelles ou bancaires ;
- accéder aux services proposés par Santéclair ;
- etc.

La plateforme de services Santéclair accompagne les adhérents dans toutes les étapes du parcours de soins en leur proposant des services et des équipements de qualité au meilleur prix.



Un **réseau de soins** de plus de 8 500 professionnels de santé partenaires proposant des **tarifs négociés**, la géolocalisation des praticiens (prise de rendez-vous en ligne, accès au tarif pratiqué, au reste à charge, aux modes de paiement acceptés, etc.) et la pratique du **tiers payant** évitant l'avance des frais.



Un accès à des **séances de téléconsultation** (sans aucun frais) avec un médecin inscrit au conseil de l'ordre, 7j/7, 24h/24. Ce service permet également d'obtenir une ordonnance.



Un recours, en cas de pathologie lourde, à un **deuxième avis médical** afin d'obtenir une nouvelle analyse par un médecin expert en moins de sept jours.



Un accès au service **Bien dans ma tête**, une solution d'accompagnement que ce soit pour un mal-être passager ou pour un trouble psychologique plus sévère : téléconsultation psy, programme personnalisé de coaching bien-être, annuaire des urgences psychiatriques, etc.



Des applications de **coaching** (sport, sommeil, nutrition) pour stimuler et entretenir le bien-être.



Un **outil d'analyse de symptômes et d'orientation** pour bénéficier d'une évaluation de l'état de santé et de conseils sur la conduite à tenir.

Qui sommes-nous ?

Créée en 1926, SMI est une société à but non lucratif. Elle est un acteur incontournable du système de santé et de la protection sociale.

Elle gère 2 400 services de soins et d'accompagnement pour ses adhérents. SMI est une mutuelle experte en santé et prévoyance collective au sein de **Covéa, premier groupe mutualiste** d'assurance et de protection sociale (réunissant MAAF, MMA, GMF et l'institution de prévoyance APGIS), auquel elle adhère depuis 2013.

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 d'information « Assistance »

Informations et conseils :

 Accompagnement au quotidien

 Aides aux aidants

 Perte d'autonomie



Assistance protection juridique santé

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

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

L'action sociale attribue une aide financière à caractère exceptionnel aux adhérents ou à leurs bénéficiaires. Elle peut intervenir pour toutes les dépenses de santé et annexes (optique, audiologie, frais d'obsèques, matériel et aménagements liés au handicap, petit appareillage dont capillaire, service à la personne, soins médicaux, etc.). L'attribution de cette aide n'est pas automatique et est appréciée au cas par cas.

Chiffres clés

 **9 000**
entreprises adhérentes

 **3**
sites : Paris,
Lyon et Cayenne

 **562 150**
personnes protégées
(santé - prévoyance)

 **155**
collaborateurs



PARIS - LYON - CAYENNE
www.mutuelle-smi.com

Document à caractère promotionnel

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

