



SMI SANTÉ COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Votre complémentaire frais de santé

**OFFRE
LABELLISÉE**

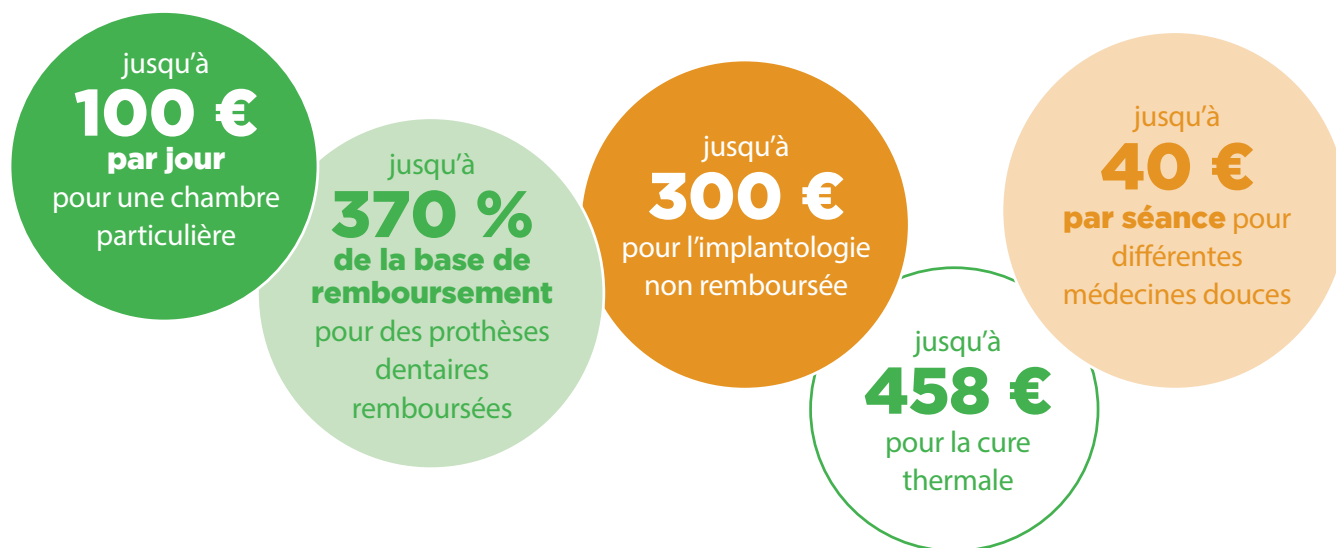


Prenez soin de vous !

Pourquoi choisir SMI santé collectivités territoriales ?

Depuis le 8 novembre 2011, les collectivités territoriales peuvent participer financièrement à la couverture frais de santé de leurs salariés. Protégeant des agents de collectivités territoriales depuis de nombreuses années, la mutuelle SMI renouvelle son engagement avec une complémentaire santé labellisée. Quels que soient votre âge, votre situation familiale ou votre localisation, nos garanties et nos services répondent à vos besoins.

Avec **SMI santé collectivités territoriales**, vous bénéficiez des garanties suivantes* :



Une complémentaire santé qui en fait plus pour vous

En plus d'être bien biens 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** sur la plupart des postes pour ne plus avancer tout ou partie de vos frais ;
- une couverture immédiate, **sans délai de carence** ;
- des tarifs négociés 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 collectivités territoriales**, 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.



Des tarifs négociés sur les verres, **-20 %** sur les montures du panier libre supérieures à 100 € et **-15 %** sur les autres équipements (solaires sans correction, produits pour lentilles).



Jusqu'à **-30 %** 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.



Et aussi...

La cotisation est gratuite à partir du 3^e enfant.

L'avantage du tiers payant

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 conseiller Santéclair 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 8 500 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 depuis votre espace adhérent ou par téléphone ;
- consulter un classement hospitalier par spécialité.

* Études réalisées en 2022 par Santéclair.

Préservez votre santé !

Avec **my SANTÉCLAIR**
Mon repère santé

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

Avec la plateforme de services 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 (sans aucun frais) 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.



Bien dans ma tête

En cas de pathologie lourde, vous pouvez opter pour une solution d'accompagnement personnalisée ! D'un mal-être passager à des troubles plus sévères, chacune des solutions a été étudiée pour répondre à vos différentes problématiques (ex : aide aux aidants, stress au travail, isolement, deuil, etc.). Vous accédez à de nombreux outils comme un programme sur mesure, l'accès à des consultations ou annuaires de professionnels de la santé mentale, etc.



...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 COLLECTIVITÉS TERRITORIALES



562 150
personnes protégées
(santé - prévoyance)



9 660 269
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 d'information d'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.

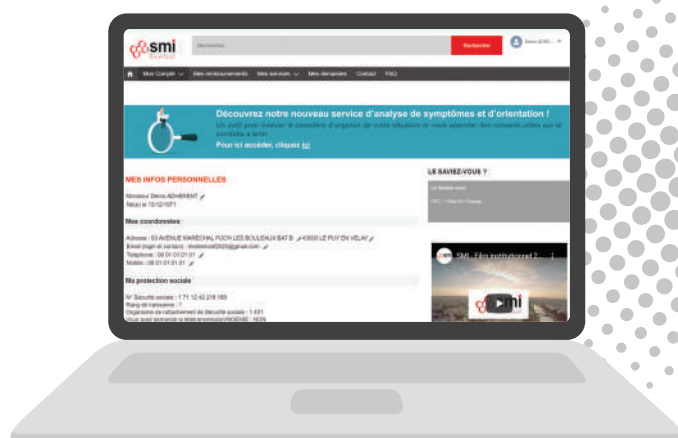
SMI entraide est une plateforme d'écoute vous permettant de solliciter, par téléphone ou par mail, des conseillers afin d'obtenir des informations ou demander une aide dans les domaines de la santé, de la famille, de l'emploi ou du logement.

L'action sociale peut vous attribuer une aide financière à caractère exceptionnel. Elle intervient pour toutes les dépenses liées à un problème de santé (optique, audiologie, matériel 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
trois formules de garanties,
selon vos besoins et votre budget.**

	Sécurité	Confort	Privlège
	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	100 % de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX			
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (hors ambulatoire)	100 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	150 % de la BR médecins DPTM 130 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	150 % de la BR médecins DPTM 130 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (en ambulatoire)	150 % de la BR médecins DPTM 130 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CHAMBRE PARTICULIÈRE MÉDECINE - CHIRURGIE - MATERNITÉ (dans la limite de 30 jours par hospitalisation en médecine et en chirurgie et dans la limite de 12 jours par hospitalisation en maternité)	70 € par jour hors ambulatoire 40 € par jour en ambulatoire	100 € par jour hors ambulatoire 50 € par jour en ambulatoire	100 € par jour hors ambulatoire 50 € par jour en ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT (pour enfant jusqu'à 12ans, dans la limite de 30 jours par hospitalisation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
CONSULTATIONS - VISITES	150 % de la BR médecins DPTM 130 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	150 % de la BR médecins DPTM 130 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE en cabinet	150 % de la BR médecins DPTM 130 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE OU D'ÉCHOGRAPHIE	150 % de la BR médecins DPTM 130 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	180 % de la BR médecins DPTM 160 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % de la BR	140 % de la BR	140 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX Infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.	100 % de la BR	140 % de la BR	140 % 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
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	100 % de la BR + 915 € par année civile	100 % de la BR + 915 € par année civile	100 % de la BR + 915 € par année civile
TRANSPORT TERRESTRE	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
DENTAIRE			
SOINS	100 % de la BR	130 % de la BR	130 % de la BR
PROTHÈSES 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽⁶⁾			
prises en charge par la Sécurité sociale	220 % de la BR	290 % de la BR	370 % de la BR
non prises en charge par la Sécurité sociale (hors prothèses provisoires)	150 % de la BR reconstituée	220 % de la BR reconstituée	300 % de la BR reconstituée
ORTHODONTIE			
prise en charge par la Sécurité sociale	250 % de la BR	320 % de la BR	400 % de la BR
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	100 € par année civile	200 € par année civile	300 € par année civile

	Sécurité	Confort	Privilège
	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 à 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 ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES			
monture + 2 verres simples	108 €	208 €	258 €
monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe	154 €	233 €	283 €
monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	200 €	258 €	308 €
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	100 % de la BR + 100 € par année civile	100 % de la BR + 200 € par année civile	100 % de la BR + 250 € par année civile
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	200 € par oeil	400 € par oeil	400 € par oeil
AIDES AUDITIVES			
	Le remboursement des aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille ⁽⁷⁾ .		
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁸⁾	100 % de la BR + 915 € par année civile	100 % de la BR + 915 € par année civile	100 % de la BR + 915 € par année civile
CURE THERMALE			
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)	65 % de la BR + 305 € par cure	65 % de la BR + 382 € par cure	65 % de la BR + 458 € par cure
MATERNITÉ			
FORFAIT NAISSANCE - adoption (doublé en cas de naissance gémellaire)	77 € par enfant	77 € par enfant	77 € par enfant
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
CHIROPRACTIE - OSTÉOPATHIE ^{*(9)}	20 € par séance dans la limite de 2 par année civile	30 € par séance dans la limite de 2 par année civile	40 € par séance dans la limite de 2 par année civile
DIÉTÉTICIEN	20 € par année civile	30 € par année civile	40 € par année civile
SEVRAGE TABAGIQUE - médicaments, patches**	20 € par année civile	30 € par année civile	40 € par année civile
VACCINS prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	Frais réels	Frais réels	Frais réels
ACTE 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
AUXILIAIRE DE VIE			
Prestation couverte jusqu'à la date de départ en retraite***	3,05 € par heure	3,05 € par heure	3,05 € par heure
SMI ASSISTANCE			
ASSISTANCE SANTÉ	Garanties soucrites auprès de FIDÉLIA		
GARANTIE INDEMNITÉ OBSÈQUES			
INDEMNITÉ OBSÈQUES (bénéficiaire de plus de 12 ans)*	534 €	763 €	763 €

Garanties valides depuis le 1^{er} septembre 2022

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

* Sur présentation de la facture acquittée

** Sur présentation de facture et du décompte de la Sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés.

*** La prise en charge par la Sécurité sociale et par SMI est possible uniquement lorsqu'un organisme social intervient (CAF, CNAV, etc.)

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont limités au 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://annuairesante.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). Leurs coordonnées 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 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⁾ 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⁾ 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 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.

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. Elles respectent également la réglementation 100 % Santé. À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires (participation de 1€, franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical,



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

