



MUT'INTÉRIM SANTÉ

La complémentaire santé dédiée aux salariés intérimaires





Prenez soin de vous !

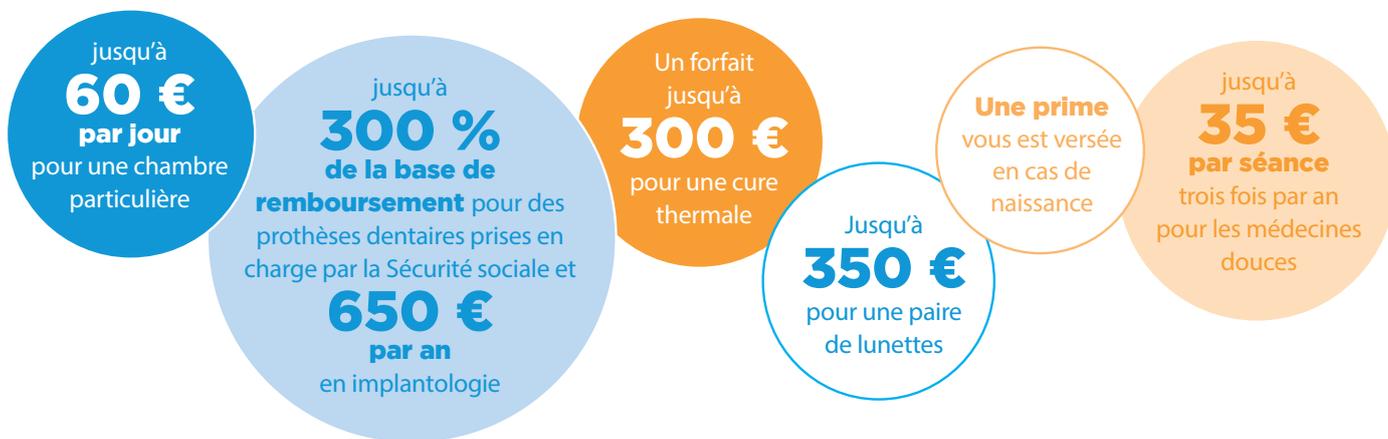
Pourquoi choisir Mut'interim santé ?

Vous ne bénéficiez pas du régime santé obligatoire de la branche professionnelle du travail temporaire pour les raisons suivantes :

- vous avez moins de 414 heures de mission sur les douze derniers mois ;
- vous ne serez pas en mission sur les prochains mois de l'année ;
- vous n'êtes plus intérimaire.

Alors, **Mut'interim santé** est la complémentaire santé qu'il vous faut quels que soient votre âge, votre situation familiale ou encore votre localisation. Et parce que les attentes en matière de santé sont propres à chacun, vous pouvez choisir, parmi quatre formules, la garantie qui répond le mieux à votre besoin.

Vous bénéficiez des remboursements suivants* :



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** 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.

Des services innovants !

Plus qu'une complémentaire santé, Mut'intérim est un vrai soutien en cas de situation difficile.

La cagnotte santé « coup dur »

Cette aide financière vous permet de faire face aux dépassements d'honoraires et aux frais annexes (chambre particulière, télévision, etc.) en cas d'hospitalisation de plus de huit jours et de soins dentaires supérieurs à 1 000 €.

Son capital initial de 300 €* augmente de 100 € chaque année pour atteindre jusqu'à 1 000 € ! Débloquée à votre demande, cette cagnotte viendra compléter les remboursements de la Sécurité sociale et ceux de la formule que vous aurez choisie.

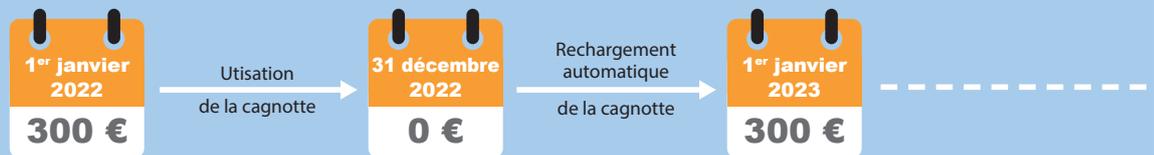
Vous n'utilisez pas votre cagnotte

Votre fidélité est récompensée, votre cagnotte augmente de 100 € par an pour atteindre un maximum de 1000 €.



Vous utilisez votre cagnotte

Votre cagnotte se recharge automatiquement l'année suivante.



Vous résiliez votre contrat ? Votre cagnotte est maintenue pour toute nouvelle adhésion dans les trois ans. Au-delà, votre cagnotte sera réduite de moitié.

LE + Si vous avez des bénéficiaires inscrits sur votre contrat, ils auront eux aussi leur propre cagnotte !

La maîtrise de votre cotisation

En cas de difficultés financières, Mut'intérim santé vous offre deux possibilités de maintenir votre budget. À vous de choisir !



BONUS FIDÉLITÉ

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



DESCENTE EN GAMME

À partir de la deuxième année d'adhésion et une fois par an, vous pouvez diminuer votre niveau de prise en charge en passant sur une à deux formules en dessous de celle que vous aurez choisie à la signature du contrat. Une solution qui vous permettra de réduire durablement votre cotisation.



ET AUSSI...

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

* Le montant de la cagnotte santé « coup dur » est de 300 € à l'adhésion. Elle est utilisable une seule fois par an pour financer les restes à charge des soins coûteux des postes dentaire et hospitalisation. Son déclenchement s'effectue à la demande de l'adhérent en cas d'hospitalisation de plus de 8 jours ou de dépenses dentaires de plus de 1000 €. Son montant est affecté à l'ensemble des soins pris en charge par ces postes, en complément du remboursement de la formule souscrite par l'adhérent, dans la limite des frais réels engagés et dans le respect des règles du contrat responsable. Une fois utilisée, même partiellement, la cagnotte descendra à 0 € et se rechargera automatiquement l'année suivante à 300 €. En cas de non utilisation, son montant augmentera de 100 € par an dans la limite de 1000 €.

** Au plus tôt à partir de deux ans d'adhésion, à date d'anniversaire. Les demandes suivantes peuvent être faites au plus tôt deux 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.

Dépensez moins !



Avec **Mut'intérim santé**, 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.

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 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.



Préservez votre santé !

Bénéficiez 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

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 coachs 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).

Données 2022

548 958
personnes protégées
(santé - prévoyance)



9 344 503
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.

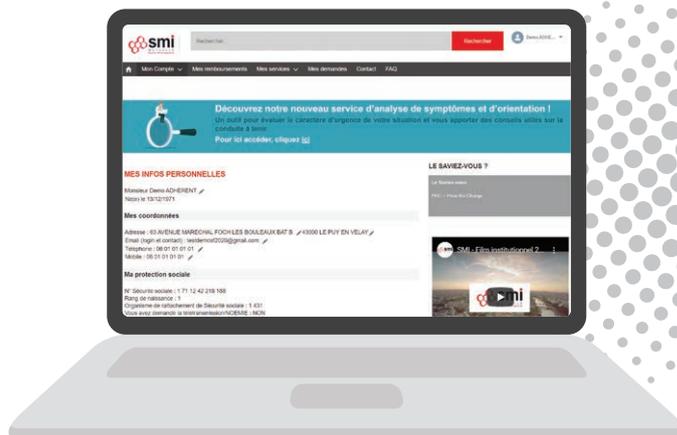
SMI entraide est une plateforme d'écoute vous permettant de solliciter, par téléphone ou par mail, des conseillers afin d'obtenir des informations ou demander une aide dans les domaines de la santé, de la famille, de l'emploi ou du logement.

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.



Vos garanties

Dans la limite des frais réellement engagés - Les garanties s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité)				
FRAIS DE SÉJOUR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
HONORAIRES ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE/ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (y compris en ambulatoire)	100 % de la BR	100 % de la BR	200 % 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⁾
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
CHAMBRE PARTICULIÈRE MÉDECINE - CHIRURGIE - MATERNITÉ	-	20 € par jour hors ambulatoire dans la limite de 30 jours par année civile	40 € par jour hors ambulatoire, dans la limite de 30 jours par année civile 20 € par jour en ambulatoire	60 € par jour hors ambulatoire, dans la limite de 30 jours par année civile 30 € par jour en ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT (pour enfant de moins de 12 ans)	-	15 € par jour limité à 30 jours par année civile	25 € par jour limité à 30 jours par année civile	35 € par jour limité à 30 jours par année civile
CAGNOTTE SANTÉ «COUP DUR»	Oui	Oui	Oui	Oui
SOINS COURANTS				
HONORAIRES MÉDICAUX				
CONSULTATIONS - VISITES	100 % de la BR	100 % de la BR	200 % 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⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
ACTES DE CHIRURGIE en cabinet	100 % de la BR	100 % de la BR	200 % 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⁾
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE - D'ECHOGRAPHIE	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX Kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc.	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % 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
MÉDICAMENTS	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
- pris en charge par la Sécurité sociale à 65 %	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
- pris en charge par la Sécurité sociale à 30 %	-	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
- pris en charge par la Sécurité sociale à 15 %	-	-	100 % de la BR	100 % de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	100 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR	250 % de la BR
TRANSPORT TERRESTRE	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
DENTAIRE				
SOINS	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
PROTHÈSES 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	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	200 % de la BR	250 % de la BR	300 % de la BR
- PROTHÈSES non prises en charge par la Sécurité sociale	-	-	150 € par année civile	250 € par année civile
ORTHODONTIE	100 % de la BR	200 % de la BR	250 % de la BR	300 % de la BR
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	500 € par année civile	650 € par année civile
CAGNOTTE SANTÉ «COUP DUR»	Oui	Oui	Oui	Oui
OPTIQUE				

En optique, les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100 % du TM 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⁾.

	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ⁽⁴⁾				
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES :				
MONTURE + 2 VERRES SIMPLES	50 €	125 €	150 €	300 €
MONTURE + 1 VERRE SIMPLE + 1 VERRE COMPLEXE OU HYPER COMPLEXE	125 €	150 €	200 €	325 €
MONTURE + 2 VERRES COMPLEXES OU HYPERCOMPLEXES	200 €	200 €	250 €	350 €
LENTILLES prises ou non en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR + 50 € par année civile	100 % de la BR + 100 € par année civile	100 % de la BR + 200 € par année civile
AIDES AUDITIVES				

Le remboursement des aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille⁽⁷⁾

	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ⁽⁴⁾				
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES⁽⁸⁾				
100 % de la BR	100 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR	250 % de la BR
MATERNITÉ - ADOPTION				
FORFAIT NAISSANCE - ADOPTION	-	300 € par enfant	300 € par enfant	300 € par enfant
Doublé en cas de naissance gémellaire				
CURE THERMALE				
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transports, soins, hébergement)	-	-	200 € par année civile	300 € par année civile
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
CHIROPRACTEUR - ACUPUNCTEUR - OSTÉOPATHE par un praticien possédant un diplôme d'État ⁽⁹⁾	-	-	25 € par séance (dans la limite de 2 séances par année civile)	35 € par séance (dans la limite de 3 séances par année civile)
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 08 juin 2006				
100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
SMI ASSISTANCE				
ASSISTANCE SANTÉ	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 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://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). 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 et les franchises médicales.

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

