



SMI SANTÉ

BUREAUX D'ÉTUDES TECHNIQUES

La complémentaire santé
pour vos salariés



POURQUOI SOUSCRIRE ?

LA SOLUTION SANTÉ ADAPTÉE À VOS SALARIÉS ET À VOTRE BUDGET

En tant qu'entreprise soumise à la convention collective des bureaux d'études techniques (BET), vous avez l'obligation de répondre a minima aux dispositions prévues. **Faites de cette obligation une opportunité pour votre entreprise !** Mettre en place une couverture santé complémentaire collective représente aussi une démarche forte de protection sociale pour les salariés et un **véritable atout pour attirer de nouveaux talents et fidéliser vos collaborateurs.**

Notre offre SMI santé BET est conforme à votre convention collective et va au-delà. Vous pouvez ainsi choisir votre couverture santé parmi quatre formules de garanties supérieures aux minima définis par l'accord de branche. Les salariés peuvent ensuite souscrire une option pour renforcer leurs garanties.

Vous souscrivez la formule 1 (supérieure aux minima conventionnels)

Les salariés peuvent opter, à titre facultatif et individuel pour :

- l'**option A** et augmenter leurs garanties au niveau de la formule 2 ;
- l'**option B** et augmenter leurs garanties au niveau de la formule 3 ;
- l'**option D** et augmenter leurs garanties au niveau de la formule 4.

Vous souscrivez la formule 2

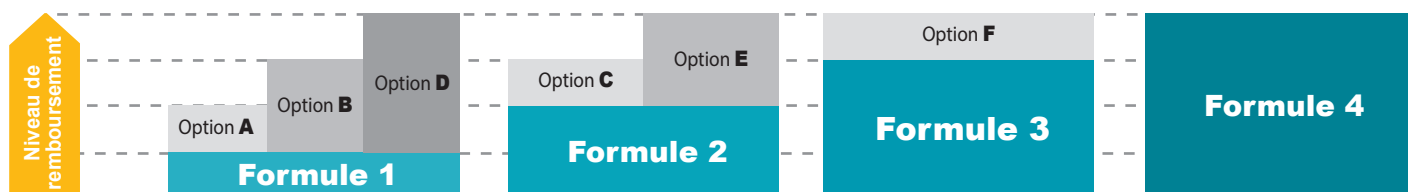
Les salariés bénéficient de garanties améliorées et peuvent opter, à titre facultatif et individuel, pour :

- l'**option C** et augmenter leurs garanties au niveau de la formule 3 ;
- l'**option E** et augmenter leurs garanties au niveau de la formule 4.

Vous souscrivez la formule 3

Les salariés peuvent bénéficier d'une couverture des plus performantes en optant, à titre facultatif et individuel, pour :

- l'**option F** et augmenter leurs garanties au niveau de la formule 4.



Un **renfort hospitalisation** (non responsable) est également à la disposition des salariés, à titre individuel, pour une meilleure prise en charge des honoraires de médecins n'ayant pas adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

L'OFFRE SMI SANTÉ BET, C'EST :

- le choix, pour vous, entre plusieurs formules de base obligatoires, avec des garanties supérieures à celles prévues par l'accord de branche ;
- la possibilité pour le salarié d'améliorer son niveau de couverture grâce à des options facultatives ;
- la couverture des enfants incluse et celle du conjoint en option ;
- un espace entreprise sécurisé et personnalisé simplifiant la gestion de votre contrat santé ;
- des outils et services favorisant l'accès aux soins pour vos collaborateurs.



Des services pour simplifier vos démarches

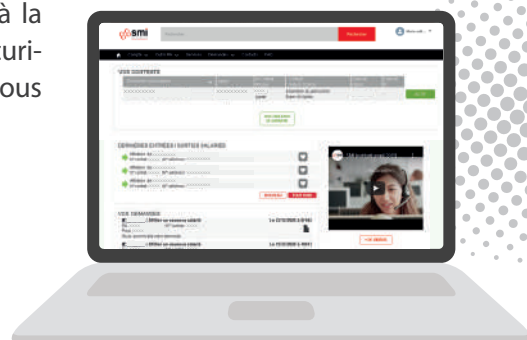
SMI santé BET est une offre complète et compétitive qui vous offre de nombreux services en complément des garanties santé de votre contrat.

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.

Vous avez le choix entre **quatre formules**. Le salarié peut souscrire à titre individuel une option pour améliorer ses garanties, le renfort hospitalisation et/ou faire bénéficier son conjoint des mêmes niveaux de garanties.

Offre conforme



	Formule 1	Formule 2 (ou option A)	Formule 3 (ou option B ou C)	Formule 4 (ou option D, E ou F)
Y compris le remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels engagés.				
HOSPITALISATION en établissement conventionné				
FRAIS DE SÉJOUR				
En établissement conventionné	175 % de la BR	200 % de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
En établissement non conventionné	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
HONORAIRES	195 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 175 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO 100 % de la BR en établissement non conventionné	220 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 200 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO 100 % de la BR en établissement non conventionné	220 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 200 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO 100 % de la BR en établissement non conventionné	525 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 200 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO 100 % de la BR en établissement non conventionné
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
CHAMBRE PARTICULIÈRE en secteur conventionné (y compris en ambulatoire)	45 €/jour	60 €/jour	90 €/jour	130 €/jour
LIT ACCOMPAGNANT en secteur conventionné	45 €/jour	60 €/jour	90 €/jour	130 €/jour
TRANSPORT	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
ALLOCATION MATERNITÉ OU ADOPTION	-	-	-	400 € (800 € si naissance multiple)
PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SOINS COURANTS				
HONORAIRES MÉDICAUX				
Consultations - visites généralistes	100 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 100 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO	150 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 130 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO	220 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 200 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO	400 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 200 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO
Consultations - visites spécialistes	195 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 175 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO	220 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 200 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO	300 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 200 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO	450 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 200 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO
Actes techniques médicaux	150 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 130 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO	170 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 150 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO	170 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 150 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO	250 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 200 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO
Imagerie médicale	100 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 100 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO	145 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 125 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO	170 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 150 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO	350 % de la BR médecins OPTAM/OPTAM-ACO 200 % de la BR médecins non OPTAM/OPTAM-ACO
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX				
Infirmiers, kinésithérapeutes, 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 Mon soutien psy) ⁽¹⁾	100 % de la BR dans la limite de 12 séances ⁽²⁾ par année civile	100 % de la BR dans la limite de 12 séances ⁽²⁾ par année civile	100 % de la BR dans la limite de 12 séances ⁽²⁾ par année civile	100 % de la BR dans la limite de 12 séances ⁽²⁾ par année civile
MÉDICAMENTS	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL (appareillage et prothèses médicales hors aides auditives et optique)	175 % de la BR	200 % de la BR	200 % de la BR	200 % de la BR
TRANSPORT	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
PRÉVENTION/MÉDECINE ALTERNATIVE				
Médecines douces (ostéopathe - chiropracteur - pédicure - podologue - acupuncteur - diététicien - psychologue - psychomotricien - tabacologue), professionnel diplômé d'État, sur présentation de la facture acquittée	30 €/séance limité à 3 séances/an	30 €/séance limité à 4 séances/an	35 €/séance limité à 4 séances/an	50 €/séance limité à 5 séances/an
Equilibre alimentaire et produits diététiques, prescrip- tion par un diététicien ou un médecin	-	-	60 €/an	60 €/an
Vaccin antigrippal	-	-	15 €/an	70 €/an
Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	-	-	90 €/an	100 €/an
Contraception féminine	-	-	50 €/an	100 €/an
Sevrage tabagique	-	-	50 €/an	100 €/an
Ostéodensitométrie osseuse	-	-	50 €/an	100 €/an
AIDES AUDITIVES				
Renouvellement tous les quatre ans.				
ÉQUIPEMENT 100 % santé ⁽³⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾
ÉQUIPEMENT à prise en charge libre ⁽⁷⁾	450 €/oreille (avec un minimum de 100 % de la BR)	600 €/oreille (avec un minimum de 100 % de la BR)	1 050 €/oreille (avec un minimum de 100 % de la BR)	1 300 €/oreille (avec un minimum de 100 % de la BR)

	Formule 1	Formule 2 (ou option A)	Formule 3 (ou option B ou C)	Formule 4 (ou option D, E ou F)
Y compris le remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels engagés.				
DENTAIRE				
SOINS ET PROTHÈSES 100 % santé ⁽³⁾ (selon le type de prothèse, la localisation de la dent et le matériau)	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾
SOINS				
Soins y compris inlays-onlays	150 % de la BR	200 % de la BR	200 % de la BR	200 % de la BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	200 €/an	300 €/an	300 €/an
PROTHÈSES DENTAIRES à prise en charge libre				
Prises en charge par la Sécurité sociale - Dents du sourire (incisives, canines, premières prémolaires)	300 % de la BR chez un partenaire Santéclair 250 % de la BR chez un non partenaire Santéclair	350 % de la BR chez un partenaire Santéclair 300 % de la BR chez un non partenaire Santéclair	500 % de la BR chez un partenaire Santéclair 450 % de la BR chez un non partenaire Santéclair	600 % de la BR chez un partenaire Santéclair 550 % de la BR chez un non partenaire Santéclair
Prises en charge par la Sécurité sociale - Dents de fond de bouche (deuxièmes prémolaires, molaires)	225 % de la BR chez un partenaire Santéclair 175 % de la BR chez un non partenaire Santéclair	250 % de la BR chez un partenaire Santéclair 200 % de la BR chez un non partenaire Santéclair	400 % de la BR chez un partenaire Santéclair 350 % de la BR chez un non partenaire Santéclair	500 % de la BR chez un partenaire Santéclair 450 % de la BR chez un non partenaire Santéclair
Non prises en charge par la Sécurité sociale	150 €/an	200 €/an	300 €/an	300 €/an
Inlay core	150 % de la BR	200 % de la BR	200 % de la BR	250 % de la BR
Implant*	600 €/an chez un partenaire Santéclair 500 €/an chez un non partenaire Santéclair	700 €/an chez un partenaire Santéclair 500 €/an chez un non partenaire Santéclair	800 €/an chez un partenaire Santéclair 500 €/an chez un non partenaire Santéclair	1 200 €/an chez un partenaire Santéclair 800 €/an chez un non partenaire Santéclair
ORTHODONTIE				
Prise en charge par la Sécurité sociale	250 % de la BR	300 % de la BR	350 % de la BR	450 % de la BR
Non prise en charge par la Sécurité sociale	-	250 % de la BR reconstituée	250 % de la BR reconstituée	350 % de la BR reconstituée
Plafond prothèses dentaires à prise en charge libre (prothèses prises en charge par la Sécurité sociale et inlays core) : limitation à trois prothèses par année civile et par bénéficiaire (hors couronnes sur implants). Au-delà, le remboursement s'effectue à hauteur de 125 % de la BR, y compris le remboursement de la Sécurité sociale.				
OPTIQUE				
Lunettes (1 monture + 2 verres) : un équipement tous les deux ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans (un an) et les cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation ⁽⁵⁾ . Autres prestations : forfaits annuels.				
ÉQUIPEMENT 100 % santé ⁽³⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁴⁾
ÉQUIPEMENT à prise en charge libre (les forfaits « enfants » concernent les enfants de moins de 16 ans et les forfaits « adultes » s'appliquent aux bénéficiaires de 16 ans ou plus)				
Monture	Enfants : 60 € - Adultes : 80 €	Enfants : 75 € - Adultes : 100 €	Enfants : 100 € - Adultes : 100 €	Enfants : 100 € - Adultes : 100 €
Verres			Verres chez un partenaire Santéclair (et tous traitements)	
			Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾
Verres simple foyer, sphérique (forfait par verre)			Verres chez un non partenaire Santéclair	
Sphère -6 à +6	Enfants : 40 € - Adultes : 70 €	Enfants : 50 € - Adultes : 80 €	Enfants : 60 € - Adultes : 90 €	Enfants : 75 € - Adultes : 115 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	Enfants : 75 € - Adultes : 80 €	Enfants : 85 € - Adultes : 90 €	Enfants : 95 € - Adultes : 100 €	Enfants : 120 € - Adultes : 125 €
Sphère < -12 ou > +12	Enfants : 80 € - Adultes : 90 €	Enfants : 90 € - Adultes : 100 €	Enfants : 100 € - Adultes : 110 €	Enfants : 125 € - Adultes : 140 €
Verres simple foyer, sphéro-cylindrique (forfait par verre)				
Sphère de 0 à -6 et cylindre ≤ +4	Enfants : 50 € - Adultes : 80 €	Enfants : 60 € - Adultes : 90 €	Enfants : 70 € - Adultes : 100 €	Enfants : 90 € - Adultes : 125 €
Sphère > 0 et dont la somme sphère + cylindre ≤ +6	Enfants : 50 € - Adultes : 80 €	Enfants : 60 € - Adultes : 90 €	Enfants : 70 € - Adultes : 100 €	Enfants : 90 € - Adultes : 125 €
Sphère > 0 et dont la somme sphère + cylindre > +6	Enfants : 70 € - Adultes : 80 €	Enfants : 70 € - Adultes : 90 €	Enfants : 70 € - Adultes : 100 €	Enfants : 90 € - Adultes : 125 €
Sphère < -6 et cylindre ≤ +4	Enfants : 80 € - Adultes : 90 €	Enfants : 90 € - Adultes : 100 €	Enfants : 100 € - Adultes : 110 €	Enfants : 125 € - Adultes : 140 €
Sphère de 0 à -6 et cylindre > +4	Enfants : 90 € - Adultes : 100 €	Enfants : 100 € - Adultes : 110 €	Enfants : 110 € - Adultes : 120 €	Enfants : 140 € - Adultes : 150 €
Sphère < -6 et cylindre > +4	Enfants : 100 € - Adultes : 110 €	Enfants : 110 € - Adultes : 120 €	Enfants : 120 € - Adultes : 130 €	Enfants : 150 € - Adultes : 165 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques (forfait par verre)				
Sphère de -4 à +4	Enfants : 105 € - Adultes : 130 €	Enfants : 115 € - Adultes : 140 €	Enfants : 125 € - Adultes : 160 €	Enfants : 155 € - Adultes : 200 €
Sphère < -4 ou > +4	Enfants : 115 € - Adultes : 140 €	Enfants : 125 € - Adultes : 150 €	Enfants : 135 € - Adultes : 170 €	Enfants : 170 € - Adultes : 215 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques (forfait par verre)				
Toutes corrections	Enfants : 125 € - Adultes : 150 €	Enfants : 135 € - Adultes : 160 €	Enfants : 145 € - Adultes : 180 €	Enfants : 180 € - Adultes : 225 €
LENTILLES prises ou non en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR + 85 €/an	100 % de la BR + 100 €/an	100 % de la BR + 200 €/an	100 % de la BR + 350 €/an
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	600 €/oeil/an	700 €/oeil/an	750 €/oeil/an	1 000 €/oeil/an
AUTRES				
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de la loi du 8 juin 2006	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
ASSISTANCE	Oui	Oui	Oui	Oui

RENFORT HOSPITALISATION⁽⁸⁾ en établissement conventionné ou non⁽⁹⁾ (garantie non responsable) - Actes remboursés par la Sécurité sociale				
HONORAIRES Médecin non OPTAM/OPTAM-ACO	+ 200 % de la BR			

Garanties valides à partir du 1^{er} janvier 2025

BR = base de remboursement de la Sécurité sociale. En secteur non conventionné, les remboursements sont limités au tarif d'autorité.

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 (Option pratique tarifaire maîtrisée) ou l'OPTAM-ACO (Option pratique tarifaire maîtrisée aux spécialistes anesthésie - chirurgie - obstétrique). 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/>. Pour les médecins « non DPTM », le cumul du remboursement de la Sécurité sociale et de la mutuelle est plafonné à 200 % de la BR, quel que soit le régime et la situation géographique.

Partenaire Santéclair : tarifs négociés et remboursements majorés, exclusivement chez les professionnels de santé partenaires de Santéclair accessibles selon leur implantation. Leurs coordonnées sont consultables à partir de l'espace assuré ou en contactant votre assureur conseil. Santéclair est une SA au capital de 4 336 711 € immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977 - Siège social : 7, mail Pablo Picasso - 44046 Nantes Cedex 1.

RO = régime obligatoire

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) et s'entendent « y compris les remboursements versés par la Sécurité sociale ». Les montants des garanties exprimés en euros par an sont des forfaits annuels par bénéficiaire, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf mention contraire précisée dans le tableau des formules de garanties ; ils correspondent aux remboursements de l'assureur et incluent le cas échéant le remboursement de la Sécurité sociale. Dans tous les cas, les prestations sont limitées aux frais réellement engagés.

Précisions sur les garanties : (1) Seules les séances réalisées par un psychologue partenaire sont remboursées à ce titre. Leurs coordonnées sont publiées sur un annuaire consultable sur le site : <https://monsoutienpsy.ameli.fr/> ; (2) Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de 12 séances par année civile ; (3) Tels que définis réglementairement ; (4) Prise en charge plafonnée aux honoraires limites de facturation ou aux prix limites de vente ; (5) Les cas de renouvellement anticipé sont définis dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018 ; (6) Dans la limite des plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale ; (7) La prise en charge maximale est limitée par les plafonds réglementaires applicables aux contrats responsables ; (8) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique ; (9) En établissement non conventionné, la prise en charge est limitée au ticket modérateur.

* La garantie « Implants » comprend le pilier implantaire et l'implant.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables (sauf pour le renfort hospitalisation) 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.

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 BET** 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 notamment de :

- formuler une demande de prise en charge en dentaire et optique ;
- faire analyser de 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 vos salariés 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, aux modes de paiement acceptés, etc.) et la pratique du **tiers payant** évitant l'avance des frais.



Un accès à des **séances de téléconsultation**⁽¹⁾, sans limite de nombre et sans avance de frais, avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil de l'Ordre. Ce service est disponible 7j/7, 24h/24 et permet d'obtenir une ordonnance en cas de besoin.



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



Prévention et bien être

Vos salariés ont la possibilité, à partir d'une auto-évaluation complète de leur bien-être et de leurs habitudes de vie, d'obtenir un bilan personnalisé et une orientation vers les outils et services adaptés pour préserver leur santé, tels que :

- 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 avec un professionnel de la santé mentale, programme personnalisé de coaching bien-être, annuaire des urgences psychiatriques, etc. ;
- des applications de **coaching** (sport, sommeil, nutrition, arrêt du tabac) pour rester en forme ;
- un **outil d'analyse de symptômes et d'orientation**, certifié dispositif médical, pour avoir rapidement un avis sur ses symptômes et être guidé pour leur prise en charge.

(1) Téléconsultations sans frais en dehors de la participation forfaitaire par consultation qui sera déduite sur vos prochains remboursements effectués par l'Assurance maladie. Le renouvellement d'ordonnance et la délivrance de certificats médicaux sportifs, d'un arrêt de travail ou d'un certificat d'enfant malade sont soumis à conditions et limites.

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 vos salariés 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 les opposeraient à un professionnel de santé, laboratoire de santé, etc.

SMI entraide est une plateforme d'écoute permettant à vos collaborateurs 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 à vos salariés ou à leurs bénéficiaires. Elle peut intervenir pour toutes les dépenses de santé importantes (optique, audiologie, matériel et aménagements liés au handicap, petit appareillage, service 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

 **548 958**
personnes protégées
(santé - prévoyance)

 **148**
collaborateurs

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



Le saviez-vous ?

Votre branche a également mis en place des dispositions à respecter en prévoyance. Découvrez dès à présent l'offre SMI prévoyance bureaux d'études techniques, conforme à vos obligations conventionnelles en vous rendant sur

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 : Cœur Défense – Tour A – 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle – 92931 Paris La Défense Cedex.

