SMAT TNS RENFORT

VOS SERVICES INCLUS !

❑ **DES SERVICES INNOVANTS :**

- Un service unique ANGEL dans toutes nos offres santé (question de santé au quotidien, question sociale, accès direct à la Téléconsultation,...) incluant le second avis médical délivré par un médecin expert en cas de pathologie grave ou d'opération programmée
- Une assistance incluse dans toutes nos offres santé (aide à domicile, portage de repas, prise en charge des animaux...)
- Une Protection Juridique dans tous les domaines de droit de la vie privée, et en cas de litige (recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale) et une Protection Juridique spécialement dédiée aux TNS
- Un réseau de soins de plus de 9000 professionnels de santé : des tarifs privilégiés en optique, dentaire et audiologie, une plateforme d'informations et de géolocalisation des professionnels de santé
- Hospiway : pour préparer au mieux son hospitalisation ou celle d'un proche
- Mon Coach santé Angel : une application pour préserver sa forme et sa santé

Votre espace adhérent personnel et sécurisé, dès votre souscription, et accessible depuis tous vos smartphones, tablettes, ordinateurs pour télécharger votre carte de tiers payant, suivre vos remboursements, mettre à jour vos coordonnées, effectuer une demande…

❑ **DES REMBOURSEMENTS RAPIDES ET DES EXPERTS À VOTRE ÉCOUTE**

Une dispense d'avance de frais grâce au tiers payant chez plus de 230 000 professionnels de santé

VOS AVANTAGES :

❑ **DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS :**

Des offres conformes à la réforme "100% Santé"

❑ **NOS + SMATIS :**

Spécial TNS. Avec nos offres éligibles à la Loi Madelin, déduisez le montant de vos cotisations santé de votre bénéfice imposable

Bénéficiez d'une réduction de votre cotisation santé si vous souscrivez un contrat collectif pour vos salariés

Smatis propose des garanties en prévoyance pour vous aider à anticiper au mieux les aléas de la vie et autres difficultés : Garanties décès, obsèques, allocation hospitalière, protection des accidents de la vie...

❑ **TÉLÉCONSULTATION INCLUSE :**

En cas de problème de santé et d'indisponibilité du médecin traitant, nous vous proposons une consultation médicale assurée par un médecin inscrit à l'Ordre des médecins, 24h/24, 7j/7, n'importe où dans le monde.

❑ **UNE ADHÉSION SIMPLE ET IMMÉDIATE :**

Pas de limite d'âge - pas de questionnaire médical - aucun frais de dossier - prise d'effet immédiate des garanties

SMAT TNS RENFORT

Date d'effet : 01/01/2024 en cours à ce jour

		SMAT TNS RENFORT		
		RESPONSABLE		
		Remboursement RO*	Remboursement Complémentaire	Remboursement Total (dont RO*)
HOSPITALISATION**				
HONORAIRES				
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (DPTAM)		80 % BR	220 % BR	300 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (non DPTAM)		80 % BR	120 % BR	200 % BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER				
Forfait journalier hospitalier illimité	(1)	Néant	Frais réels	Frais réels
AUTRES PRESTATIONS				
Frais de séjour		80 % BR	220 % BR	300 % BR
Chambre particulière, y compris maternité (par jour)	(2)	Néant	90.00 €	90.00 €
Chambre particulière en ambulatoire (par jour)	(2)	Néant	20.00 €	20.00 €
Frais d'accompagnant enfants de - de 16 ans, hors cure (par jour)		Néant	40.00 €	40.00 €
SOINS COURANTS				
TÉLÉCONSULTATION				
Consultez un médecin généraliste à distance sans avance de frais. Des médecins disponibles 24h/24, 7j/7 partout dans le monde. Préservez votre forme et prenez soins de vous au quotidien grâce à un programme de prévention digital Mon Coach santé Angel.			CF. NOTICES	CF. NOTICES
HONORAIRES MÉDICAUX				
Consultations et visites médecins généralistes (DPTAM)		70 % BR	80 % BR	150 % BR
Consultations et visites médecins généralistes (non DPTAM)		70 % BR	60 % BR	130 % BR
Consultations et visites médecins spécialistes (DPTAM)		70 % BR	130 % BR	200 % BR
Consultations et visites médecins spécialistes (non DPTAM)		70 % BR	110 % BR	180 % BR
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (DPTAM)		70 % BR	130 % BR	200 % BR
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (non DPTAM)		70 % BR	110 % BR	180 % BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (DPTAM)		70 % BR	130 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (non DPTAM)		70 % BR	110 % BR	180 % BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale (max 8 séances / an)		60 % BR	40 % BR	100 % BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX				
Honoraires auxiliaires médicaux	(3)	60 % BR	140 % BR	200 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Frais d'analyse et de laboratoire		60 % BR	140 % BR	200 % BR
MÉDICAMENTS				
Médicaments à service médical rendu majeur		65 % BR	35 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu modéré		30 % BR	70 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu faible		15 % BR	85 % BR	100 % BR
MATÉRIEL MÉDICAL				
Prothèses médicales, orthèses (autres que dentaires et auditives) prises en charge par le RO		60 % BR	240 % BR	300 % BR
Fournitures et accessoires pris en charge par le RO		60 % BR	40 % BR	100 % BR
OPTIQUE (4)				
ÉQUIPEMENT OPTIQUE				
Verres + monture		CF. ANNEXE OPTIQUE	CF. ANNEXE OPTIQUE	CF. ANNEXE OPTIQUE
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES				
Lentilles prises en charge ou non par le RO (sur prescription de - de 3 ans)		60 % BR / Néant	40 % BR / Néant + 200.00 €	100 % BR / Néant + 200.00 €
Chirurgie réfractive de l'oeil par laser (par oeil)		Néant	300.00 €	300.00 €
DENTAIRE				
SOINS DENTAIRES HORS 100% SANTÉ				
Soins dentaires remboursés par le RO hors cadre du panier de soins 100% santé		60 % BR	40 % BR	100 % BR
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ ¤				
Soins et actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES MODÉRÉS ¤				
Inlays et onlays d'obturation hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés		60 % BR	140 % BR	200 % BR

Date d'effet : 01/01/2024 en cours à ce jour

		SMAT TNS RENFORT RESPONSABLE		
		Remboursement RO*	Remboursement Complémentaire	Remboursement Total (dont RO*)
DENTAIRE				
PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES MODÉRÉS ¤				
Inlay core hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés		60 % BR	165 % BR	225 % BR
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés		60 % BR	240 % BR	300 % BR
PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES LIBRES				
Inlays et onlays d'obturation hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres		60 % BR	140 % BR	200 % BR
Inlay core hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres		60 % BR	165 % BR	225 % BR
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres		60 % BR	240 % BR	300 % BR
AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES				
Orthodontie remboursée par le RO (par semestre)		100 % BR	150 % BR	250 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par le RO	(5)	Néant	300.00 €	300.00 €
⊕ Implantologie non remboursée par le RO	(6)	Néant	400.00 €	400.00 €
⊕ Parodontologie non remboursée par le RO	(7)	Néant	300.00 €	300.00 €
Plafond dentaire applicable sur l'ensemble des actes (par an, hors panier de soins et prothèses 100 % santé)	(8)		**2000.00 €**	**2000.00 €**
AIDES AUDITIVES (9)				
ÉQUIPEMENTS AUDITIFS 100% SANTÉ - À COMPTER DU 01/01/2021 ¤				
Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé (classe I à prise en charge renforcée)		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
ÉQUIPEMENTS AUDITIFS - PANIER HONORAIRES LIBRES - À COMPTER DU 01/01/2021 ¤				
⊕ Aides auditives hors paniers de soins 100% santé (classe II à prix libres) dans la limite du contrat responsable (par oreille)		60 % BR	240 % BR	300 % BR
Consommables et accessoires (piles, embouts...) pris en charge par le RO		60 % BR	40 % BR	100 % BR
BIEN-ÊTRE				
MÉDECINE DOUCE				
⊕ Chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur, podologue, pédicure, diététicien, psychologue non remboursés par le RO (praticiens diplômés) par séance	(10)	Néant	30.00 € / séance (maxi 4 par an)	30.00 € / séance (maxi 4 par an)
PRÉVENTION				
Contraception non remboursée par le RO (par an)		Néant	50.00 €	50.00 €
Vaccins prescrits (par an par bénéficiaire)		Néant	50.00 €	50.00 €
TRANSPORT				
FRAIS DE TRANSPORT PRIS EN CHARGE PAR LE RO				
Frais de transport pris en charge par le RO		55 % BR	45 % BR	100 % BR
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO				
FRAIS MÉDICAUX, DE SÉJOUR, DE TRANSPORT				
Frais médicaux, de séjour, de transport		55 % BR / 65 % BR / 70 % BR	145 %BR / 135 %BR / 130 % BR	200 % BR
MATERNITÉ				
MATERNITÉ (11)				
⊕ Forfait maternité - adoption		Néant	300.00 €	300.00 €

LEXIQUE

RO : Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire - Rbt intégral : Remboursement intégral - TM : Ticket modérateur - DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM - CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - CAS : Contrat d'Accès aux Soins - OPTAM / OPTAM - CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale (chirurgien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgien oral) ou une spécialité de gynécologie obstétrique.

LEGENDE

(1) Forfait Journalier Hospitalier illimité : Exclu en établissements EHPAD et MAS.
(2) Limité à 60 jours en Soins de Suite et de Réadaptation SSR (structures de moyens séjours), et en psychiatrie.
(3) Infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue ... remboursés par le régime obligatoire.
(4) Au 1er janvier 2020, les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier "100% santé") seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le decret n°2019-21 du 11 janvier 2019. Sauf dérogations suivantes, la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :
- par période de 2 ans de date à date pour les assurés âgés de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé*** prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale),
- par période de 1 an de date à date pour les assurés de plus de 6 ans et de moins de 16 ans,
- par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, la période de 2 ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.
*** Le renouvellement anticipé est autorisé lorsque survient une variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0.25 dioptrie sur chaque œil ou variation significative de l'axe (entre 5° et 20° selon le cylindre).
(5) Par acte, limité à 3 par an
(6) Par implant, limité à 3 par an, remboursement effectué sur présentation de la facture du chirurgien dentiste détaillant les frais selon les postes suivants : pose de l'implant et vis de cicatrisation (temps chirurgical) : 80% de la prestation et pose du pilier de prothèse (temps prothétique1) : 20% de la prestation
(7) Le poste parodontologie concerne les actes suivants : surfaçage radiculaire, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire, greffe osseuse et assainissement parodontal par détartrage/surfaçage à l'exclusion de tout autre acte.
(8) Plafond dentaire sur l'ensemble des actes dentaires (actes pris en charge et non pris en charge par le RO) hors panier de soins 100% santé. Au delà, remboursement égal à 100% BR sur les actes pris en charge par le RO, conformément aux obligations du contrat responsable.
(9) Au 1er janvier 2021, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier "100% Santé") seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 141 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement. Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans et à partir de la date de la dernière acquisition d'aides auditives. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois des huit options de la liste telles que prévoit la législation en vigueur.
(10) Justificatif à adresser : l'original de la facture acquittée ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le numéro ADELI, le numéro RPPS ou le numéro FINESS du praticien.
(11) Sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption, forfait doublé en cas de naissances ou adoptions multiples.

* Avant application, contribution forfaitaire de 1 € franchises et pénalités hors parcours de soins. Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel Smatis France intervient en complément. Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement Smatis France, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

** Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés. Prise en charge limitée au Ticket Modérateur en long séjour, établissements spécialisés, gastroplastie (anneaux gastriques, By pass…).

¤ Tels que définis réglementairement. Dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) et des plafonds du contrat responsable.

Tous les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire, sauf mention spécifique.

CONTRAT RESPONSABLE 2022 : Les garanties, niveaux de remboursement, et tarifs pourront être révisés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables. La mutuelle ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire sur les consultations. Hors parcours de soins, le désengagement du régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisées ne sont pas pris en charge par la mutuelle. A compter du 1er janvier 2022, le forfait patient urgences facturé pour les passages aux urgences non suivies d'une hospitalisation est pris en charge par la mutuelle. Le ticket modérateur est intégralement pris en charge par la mutuelle selon les conditions du contrat responsable, y compris pour les actes supérieurs à 120 euros en hospitalisation et pour les soins courants. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur (scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans).
Les conditions d'accès au dispositif MonPsy sont disponibles sur le site : https://monpsy.sante.gouv.fr/.

ANNEXE OPTIQUE

OPTIQUE - Prise en charge d'un équipement tous les deux ans (1) selon les spécifications techniques du verre	SMAT TNS RENFORT Remboursement Total * (RO + SMATIS FRANCE)	
	ADULTE	**ENFANT**
EQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTE (monture + verres) - à compter du 01/01/2020 ¤ (Classe A à prise en charge renforcée)		
Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	100.00 €	50.00 €
Appairage de verres d'indice de réfraction différents	Rbt intégral	Rbt intégral
Supplément pour verres avec filtre	Rbt intégral	Rbt intégral
EQUIPEMENT OPTIQUE - PANIER LIBRE - à compter du 01/01/2020 ¤ (Dans la limite des plafonds du contrat responsable)		
Une monture de classe B	100.00 €	50.00 €
VERRE SIMPLE unifocal, sphère entre -6,00 et +6,00 dioptries	70.00 €	45.00 €
VERRE SIMPLE unifocal sphéro-cylindrique, sphère comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries, cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries et sphère positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	70.00 €	45.00 €
VERRE COMPLEXE unifocal, sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries	130.00 €	90.00 €
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère entre -6,00 à 0,00 dioptries, cylindre supérieur à +4,00 dioptries	130.00 €	90.00 €
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère inférieure à -6,00 dioptries, cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	130.00 €	90.00 €
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère positive et dont la somme S est supérieure à 6 dioptries	130.00 €	90.00 €
VERRE COMPLEXE multifocal ou progressif, sphère entre -4,00 et +4,00 dioptries	130.00 €	90.00 €
VERRE COMPLEXE multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère entre -8,00 et 0,00 dioptries, cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries et sphère positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	130.00 €	90.00 €
VERRE TRES COMPLEXE multifocal ou progressif sphérique, sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	260.00 €	100.00 €
VERRE TRES COMPLEXE multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère entre -8,00 et 0,00 dioptries, cylindre supérieur à +4 dioptries, sphère inférieure à -8,00 dioptries, cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptrie et sphère positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	260.00 €	100.00 €
Autres prestations : prestation d'adaptation de la prescription des verres correcteurs dans le cadre du renouvellement de l'équipement	100.00 % BR	100.00 % BR

* Avant application contribution forfaitaire de 1 € franchises et pénalités hors parcours de soins. Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel Smatis France intervient en complément. Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement Smatis France, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

** Si Option (ou "OP"), les remboursements s'effectuent en complément de la base souscrite.
Si "BO", les remboursements incluent la base souscrite.

(1) Sauf dérogations suivantes, la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :
- par période de 2 ans de date à date pour les assurés âgés de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé*** prévu à l'article L.65-1 du Code de la Sécurité sociale),
- par période de 1 an de date à date pour les assurés de plus de 6 ans et de moins de 16 ans,
- par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
Par dérogation, la période de 2 ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.
***Le renouvellement anticipé est autorisé lorsque survient une variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0.25 dioptrie sur chaque oeil ou variation significative de l'axe (entre 5° et 20° selon le cylindre).

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance
Compagnie : SMATIS FRANCE – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité N° SIREN 7
6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9
Produit : **SMAT TNS**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?
Le produit d'Assurance Complémentaire Santé SMAT TNS est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Il intervient en complément de la Sécurité sociale française mais couvre également des garanties non prises en charge par la Sécurité sociale. Le produit respecte les conditions légales du contrat responsable. Le produit est éligible à la Loi Madelin et inclut des services associés.

QU'EST-CE-QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge, sauf pour ce qui concerne le panier de soins 100% Santé pour les postes optique, dentaire et audioprothèse qui est sans reste à charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES
✓ **Hospitalisation :** honoraires médicaux et chirurgicaux, actes médicaux, forfait journalier hospitalier illimité, frais de séjour, chambre particulière y compris en maternité et ambulatoire
✓ **Soins courants :** honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, tous médicaments pris en charge par le Régime Obligatoire (RO) et matériel médical
✓ **Frais optiques :** équipement optique (monture et verres) selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres. Lentilles remboursées par le RO
✓ **Frais dentaires :** soins et prothèses dentaires selon les paniers de soins 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres. Orthodontie prise en charge par le RO.
✓ **Aides auditives :** équipement selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres
✓ **Bien-être et prévention :** ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, podologue, pédicure, diététicien, psychologue non remboursés par le RO (praticiens diplomés),
✓ **Transport :** frais de transport pris en charge par le RO
✓ **Cures thermales remboursées par le RO :** frais médicaux, de séjour et de transport
✓ **Téléconsultation Médicale** (cf. conditions générales d'utilisation "Téléconsultation médicale")
✓ Prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 € en hospitalisation et pour les soins courants.
✓ Actes de prévention conformément à l'Arrêté ministériel du 08/06/2006

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT INCLUSES :
Hospitalisation : frais d'accompagnant (enfant - de 16 ans) hors cure
Optique : lentilles non remboursées par le RO,chirurgie réfractive de l'oeil par laser (par oeil)
Dentaire : Prothèses dentaires, implantologie et parodontologie non remboursés par le RO
Bien-être : médecine douce, contraception et vaccins non remboursés par le RO
Maternité : forfait maternité - adoption

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS *
✓ Tiers-payant, Réseau de soins Itelis, Assistance et le 2nd Avis Médical, Fonds d'action social, Espace adhérent,
✓ ANGEL (une équipe pluridisciplinaire répond à toutes les questions médicales et sociales pour vous et vos proches)
✓ Mon Coach santé Angel (application pour préserver sa forme et sa santé)
✓ Hospiway (préparer au mieux son hospitalisation ou celle d'un proche)
✓ Protection Juridique (droit vie privé, les recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale)
✓ Protection Juridique Pro (information juridique, protection pénale et disciplinaire)
* soumis à condition (cf. notice d'information)

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

QU'EST-CE-QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

X les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
X les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail
X les dépenses soins ou interventions non pris en charge par le RO, sauf cas particuliers prévus dans les garanties souscrites
X lorsque l'adhérent bénéficie de la part de son RO d'un remboursement à 100% et que les garanties souscrites ne prévoient pas de dépassement
X le forfait journalier hospitalier illimité en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)
X les frais d'accompagnant en cures thermales

Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DE LA GARANTIE :
! la participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boites de médicaments et actes paramédicaux et la franchise de 2 € sur les transports sanitaires.
! la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
! les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)
! **Optique** : prise en charge d'un équipement (monture et verres) tous les deux ans, réduite pour les mineurs en fonction de leur âge ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue
! **Aides auditives** : sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans à partir de la date de la dernière acquisition d'une aide auditive

PRINCIPALES RESTRICTIONS :
! **Hospitalisation** : Prise en charge limitée au Ticket Modérateur (TM) en centres de long séjour, en établissements spécialisés et lors d'une gastroplastie
! **Chambre particulière** : limitée à 60 jours en soins de suite et de réadaptation SSR (structures de moyens séjour) et en psychiatrie
! **Dentaire** : limitation à 3 actes par pour les prothèses dentaires non prises en charge par le RO, limitation du forfait implants non remboursés par le RO à 3 implants par an. Plafond dentaire sur l'ensemble des actes dentaires limités à un forfait annuel (actes pris en charge ou non par le RO) hors panier de soins 100% santé. Au delà, remboursement à hauteur du TM sur les actes pris en charge par le RO
! **Médecine douce** : limité à un forfait en euros et en nombre de séance par an et par bénéficiaire

OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

✓ en France métropolitaine, dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer, ainsi que dans les pays membres de l'Union Européenne
✓ dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
✓ les garanties d'assistance s'appliquent uniquement à la France.

QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)

À la souscription du contrat :
- remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion, le dater et le signer sous peine de nullité de votre contrat
- fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- régler la cotisation selon les modalités de règlement et la fréquence indiquées sur le bulletin d'adhésion.

En cours de contrat :
- fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- faire parvenir les demandes de remboursements sur la demande de l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire
- informer l'assureur des évènements suivants dès que vous en avez connaissance :
  => changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situtation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité
  => changement de profession : dans ce cas, vous devez fournir sur la demande de l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification de votre contrat et de sa cotisation
- Honorer le paiement de vos cotisations.

En cas de sinistre :
- fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur pour percevoir les prestations.

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Vous devez régler vos cotisations à la date de signature de votre bulletin d'adhésion. Vos cotisations sont annuelles et sont payables d'avance. Vous avez la possibilité de fractionner leur règlement qui peut être mensuel, trimestriel ou semestriel, selon le moyen de paiement défini lors de votre adhésion : par chèque ou prélèvement automatique. Votre avis d'échéance détaille le montant de vos cotisations suivant la périodicité et le mode de règlement que vous aurez choisis.
Dans le cas où vous adhérez en tant que TNS (travailleur non salarié), les cotisations à votre charge incluent la cotisation relative à l'adhésion à l'association A.N.P.P.I. (Association Nationale des Professions Indépendantes), située : 140, Avenue de la République – 92327 CHATILLON CEDEX) ouvrant droit à la déduction fiscale des cotisations des bénéfices industriels, commerciaux ou non commerciaux (BIC, BNC) en application de la "Loi Madelin" n°94126 du 11 février 1994. Cette cotisation associative est de 1,56 euros par an.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Votre contrat prend effet :
- à la date précisée sur votre bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet de votre contrat ne peut pas être rétroactive à votre demande d'adhésion. La prise d'effet de votre adhésion est matéralisée par la signature de votre bulletin d'adhésion.
Le contrat est renouvelé tacitement à son échéance fixée au 31 décembre de chaque année, sauf dénonciation ou résiliation.

Votre contrat prend fin :
- en cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile: vous pouvez, si vous le souhaitez, renoncer à votre adhésion en nous adressant une lettre recommandée. Vous disposez, pour ce faire, d'un délai de 14 jours calendaires qui commence à courir à compter du jour où votre contrat a pris effet ou, si cette date est postérieure, à compter du jour où vous avez reçu l'ensemble de la documentation contractuelle
- en cas de fausses déclarations intentionnelles
- en cas de résilation de votre contrat auprès de l'assureur
- en cas de défaut de paiement de vos cotisations.

COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :
- à la date d'échéance de votre contrat, soit au 31 décembre de chaque année, en nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, au moins deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre;
- lorsque l'avis d'échéance annuel de vos cotisations vous est adressé moins de 15 jours avant votre délai de préavis pour résilier votre contrat ou après cette date, vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de votre avis d'échéance pour dénoncer votre contrat (sauf si vous êtes un Travailleur non Salarié bénéficiant de la loi Madelin);
- en cas de changement de votre situation: changement de domicile, changement de régime, changement de situation matrimoniale, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle, dont vous devez nous fournir les justificatifs. La fin de votre adhésion interviendra dans ce cas dans les 3 mois suivant la date de l'évènement ou de sa révélation. Elle prendra effet le premier jour du mois suivant la notification:
- après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de votre garantie, à tout moment, par tout moyen (lettre simple ou support durable), seul(e) ou avec votre nouvel assureur si vous le souhaitez, sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après la confirmation de la réception de votre notification.

version 01/2024

SMATIS France, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité – N° SIREN 781166293
Autorité chargée de son contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 9
Identifiant Unique REP (Filière Papier) : FR232363_03SCXC

SMAT TNS COURTAGE - Exemples de Remboursement (1)

SMAT TNS RENFORT Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement Assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Assurance maladie complémentaire) (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00 € (15,00€ en services psychiatriques)	0,00 €	0,00 €	20,00 € (15,00 €)	0,00 €
Chambre particulière (hôpital public)	Non connu (NC)	Non remboursée	Non remboursée	90,00 €	Selon frais engagés
Séjours avec actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte en secteur privé					
Frais de séjour	**Différent selon public/privé**	**BR**	**BR-24€**	**24€**	**0€**
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	**Dépassements maîtrisés**	**BR**	**100% BR**	**Dépassements si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Opération en secteur privé : honoraires chirurgiens	Tarif moyen de 422,00 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	**Honoraires libres**	**BR**	**100% BR**	**Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)**	**Selon contrat**
Opération en secteur privé : honoraires chirurgiens	Tarif moyen de 463,00 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0,00 €
Séjours sans actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	**Différent selon public/privé**	**BR**	**80% BR**	**20% BR**	**0€**
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,97 €	0,00 €

Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	**Tarif de convention**	**BR**	**70% BR-1€**	**30% BR**	**1€ de participation forfaitaire**
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	*26,50 €*	*26,50 €*	*17,55 €*	*7,95 €*	*1€ de participation forfaitaire*
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	*33,50 €*	*33,50 €*	*23,45 €*	*10,05 €*	*0,00 €*
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologique, ophtalmologique, dermatologique, etc...)	*31,50 €*	*31,50 €*	*21,05 €*	*9,45 €*	*1€ de participation forfaitaire*
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	**Dépassements maîtrisés**	**BR**	**70% BR-1€**	**30% BR + dépassement si prévu au contrat**	**1€ de participation forfaitaire + dépassement selon contrat**
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	*49,00 €*	*33,50 €*	*23,45 €*	*25,55 €*	*0,00 €*
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologique, ophtalmologique, dermatologique, etc...)	*52,00 €*	*31,50 €*	*21,05 €*	29,95 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	**Honoraires libres**	**BR**	**70% BR-1€**	**30% BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)**	**1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat**
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	*64,00 €*	*24,50 €*	*17,15 €*	*26,95 €*	*19,90 €*
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologique, ophtalmologique, dermatologique, etc...)	*65,00 €*	*24,50 €*	*16,15 €*	*26,95 €*	*21,90 €*
Matériel médical	**Tarif moyen facturé**	**BR**	**60% BR**	**40% BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : achat d'une paire de béquilles	*25,99 €*	*24,40 €*	*14,64 €*	*9,76 €*	*1,59 €*

SMAT TNS RENFORT Contrat d'assurance santé responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement Assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement Assurance maladie complémentaire) (AMC)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	**Prix moyen national**	**BR**	**60% BR**	**40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires**	**0€**
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	*500,00 €*	*120,00 €*	*72,00 €*	*428,00 €*	*0,00 €*
Soins (hors 100% santé)	**Tarif de convention**	**BR**	**60% BR**	**40% BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : détartrage	*43,38 €*	*43,38 €*	*30,36 €*	*13,02 €*	*0,00 €*
Prothèses (hors 100% santé)	**Prix moyen national**	**BR**	**60% BR**	**40% BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	*554,00 €*	*120,00 €*	*72,00 €*	*188,00 €*	*294,00 €*
Orthodontie (moins de 16 ans)	**Prix moyen national**	**BR**	**100% BR**	**Dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : traitement par semestre (6 semestres max)	*698,00 €*	*193,50 €*	*193,50 €*	*290,25 €*	*214,25 €*
Optique					
Equipement 100% santé	**Prix moyen national**	**BR**	**60% BR**	**40% BR + dépassement dans la limite des PLV (4)**	**0€**
Ex : Verres simples et monture (5)	*42,50€ (par verre) + 30€ (monture)*	*12.75€ (par verre) + 9€ (monture)*	*7.65€ (par verre) + 5.40€ (monture)*	*34,85€ (par verre) + 24.60€ (monture)*	*0,00 €*
Ex : Verres progressifs et monture(5)	*90€ (par verre) + 30€ (monture)*	*27€ (par verre) + 9€ (monture)*	*16.20€ (par verre) + 5.40€ (monture)*	*73.80€ (par verre) + 24.60€ (monture)*	*0,00 €*
Equipement (hors 100% santé)	**Prix moyen national**	**BR**	**60% BR**	**40% BR + dépassement si prévu au contrat dans la limite des plafonds réglementaires**	**Selon contrat**
Ex : Verres simples et monture (6)	*107€ (par verre) + 142€ (monture)*	*0.05€ (par verre) + 0.05€ (monture)*	*0.03€ (par verre) + 0.03€ (monture)*	*239,91 €*	*116,00 €*
Ex : Verres progressifs et monture (6)	*239€ (par verre) + 142€ (monture)*	*0.05€ (par verre) + 0.05€ (monture)*	*0.03€ (par verre) + 0.03€ (monture)*	*359,91 €*	*260,00 €*
Lentilles	**Prix moyen national**	**Pas de prise en charge (dans le cas général)**	**Pas de prise en charge (dans le cas général)**	**Prise en charge si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Forfait annuel	*NC*	*Non remboursé (dans le cas général)*	*Non remboursé (dans le cas général)*	*200,00 €*	*Selon frais engagés*
Chirurgie réfractive	**Prix moyen national**	**Non remboursé**	**Non remboursé**	**Selon contrat**	**Selon contrat**
Ex : opération correctrice de la myopie	*NC*	*Non remboursé*	*Non remboursé*	*300,00 €*	*Selon frais engagés*
Aides auditives					
Equipement 100% santé	**Prix moyen national**	**BR**	**60% BR**	**40% BR + dépassement dans la limite des PLV**	**0€**
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	*950,00 €*	*400,00 €*	*240,00 €*	*710,00 €*	*0,00 €*
Equipement (hors 100% santé)	**Prix moyen national**	**BR**	**60% BR**	**40% BR + dépassement si prévu au contrat dans la limite des plafonds réglementaires**	**Selon contrat**
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	*1 565,00 €*	*400,00 €*	*240,00 €*	*960,00 €*	*365,00 €*

(1) : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

(2) : Les contrats sont dits "responsables" quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

(3) : La BR est un tarif de "référence" fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

(4) : Prix limite de vente

(5) : Equipement 100% Santé. Verres simples et monture : verre unifocal classe A, SPH]-2,00 à -4,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00] Indice de réfraction ≥ 1,59. Verres progressifs classe A, sphère]-4,00 à -6,00] Indice de réfraction ≥ 1,67

(6) : Equipement hors 100% Santé : Verre simples et monture : verre unifocal classe B, SPH [0 à - 2,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]. Verres progressifs : verre progressif classe B, SPH [0 à - 2,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits surla base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM. (https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/)