COMPETITIVE 500 - 2021

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

❑ **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

Des conseillers experts en santé à votre écoute du lundi au vendredi

Des remboursements sous 48h par télétransmission

❑ **SMATIS EN LIGNE :**

En vous connectant sur le site www.smatis.fr, vous pouvez :

- vérifier et modifier vos informations personnelles et visualiser votre contrat
- consulter vos remboursements et éditer votre carte de tiers payant
- géolocaliser les professionnels de santé du réseau Itélis
- établir vos demandes de prise en charge hospitalière

VOS AVANTAGES :

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

Des offres conformes à la réforme "100% Santé"

Un fonds d'action sociale pour vous soutenir dans les moments difficiles

Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable

❑ **NOS + SMATIS :**

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

COMPETITIVE 500 - 2021

Date d'effet : 15/10/2023 en cours à ce jour

	COMPETITIVE 500 RESPONSABLE		
	Remboursement RO*	Remboursement Complémentaire	Remboursement Total (dont RO*)
HOSPITALISATION**			
HONORAIRES			
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (DPTAM)	80 % BR	20 % BR	100 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (non DPTAM)	80 % BR	20 % BR	100 % BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER			
Forfait journalier hospitalier illimité (1)	Néant	Frais réels	Frais réels
AUTRES PRESTATIONS			
Frais de séjour	80 % BR	20 % BR	100 % BR
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 et spécialistes (DPTAM)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes (non DPTAM)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (DPTAM)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (non DPTAM)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (DPTAM)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (non DPTAM)	70 % BR	30 % BR	100 % 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 (2)	60 % BR	40 % BR	100 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
Frais d'analyse et de laboratoire	60 % BR	40 % BR	100 % BR
MÉDICAMENTS			
Médicaments à service médical rendu majeur	65 % BR	35 % BR	100 % BR
MATÉRIEL MÉDICAL			
Prothèses médicales, orthèses (autres que dentaires et auditives) prises en charge par le RO	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Fournitures et accessoires pris en charge par le RO	60 % BR	40 % BR	100 % BR
OPTIQUE (3)			
ÉQUIPEMENT OPTIQUE			
Verres + monture	CF. ANNEXE OPTIQUE	CF. ANNEXE OPTIQUE	CF. ANNEXE OPTIQUE
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES			
Lentilles remboursées par le RO (sur prescription ophtalmologique de moins de 3 ans)	60 % BR	40 % BR	100 % BR
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 ¤			
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Inlays et onlays d'obturation / Inlay core hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés	60 % BR	40 % BR	100 % BR
PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES LIBRES			
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Inlays et onlays d'obturation / Inlay core hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	60 % BR	40 % BR	100 % BR
AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES			
Orthodontie remboursée par le RO (par semestre)	100 % BR		100 % BR

Date d'effet : 15/10/2023 en cours à ce jour

	COMPETITIVE 500 RESPONSABLE		
	Remboursement RO*	Remboursement Complémentaire	Remboursement Total (dont RO*)
AIDES AUDITIVES (4)			
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	40 % BR	100 % BR
Consommables et accessoires (piles, embouts...) pris en charge par le RO	60 % BR	40 % BR	100 % BR
TRANSPORT			
TRANSPORT MÉDICAL			
Transport médical remboursé par le RO	55 % BR	45 % BR	100 % BR
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO			
FRAIS MÉDICAUX, DE SÉJOUR, DE TRANSPORT			
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires), frais d'hébergement et de transport	55 % BR / 65 % BR / 70 % BR	45 % BR / 35 % BR / 30 % BR	100 % BR

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) Infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue ... remboursés par le régime obligatoire.
(3) 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).
(4) 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.

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

* 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.

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	COMPETITIVE 500 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 % BR	100 % BR
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 % BR	100 % BR
VERRE SIMPLE unifocal, sphère entre -6,00 et +6,00 dioptries	100 % BR	100 % BR
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	100 % BR	100 % BR
VERRE COMPLEXE unifocal, sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries	100 % BR	100 % BR
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère entre -6,00 à 0,00 dioptries, cylindre supérieur à +4,00 dioptries	100 % BR	100 % BR
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère inférieure à -6,00 dioptries, cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	100 % BR	100 % BR
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère positive et dont la somme S est supérieure à 6 dioptries	100 % BR	100 % BR
VERRE COMPLEXE multifocal ou progressif, sphère entre -4,00 et +4,00 dioptries	100 % BR	100 % BR
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	100 % BR	100 % BR
VERRE TRES COMPLEXE multifocal ou progressif sphérique, sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	100 % BR	100 % BR
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	100 % BR	100 % BR
Autres prestations : prestation d'adaptation de la prescription des verres correcteurs dans le cadre du renouvellement de l'équipement	100 % BR	100 % 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).

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

(calculés sur des prix estimés et non engagés, bases de remboursement en vigueur à la date d'édition du présent document)

COMPETITIVE 500	Prix moyen pratiqué ou tarif	Remboursement RO	Remboursement Complémentaire	**Reste à charge**	Précisions éventuelles
HOSPITALISATION**					
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (sur la base du code BFGA427 transmis par l'UNOCAM)	355,00 €	271.70 €	0.00 €	**83.30 €**	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (sur la base du code BFGA427 transmis par l'UNOCAM)	431,00 €	271.70 €	0.00 €	**159.30 €**	Prix moyen national de l'acte
Forfait journalier hospitalier illimité en court séjour	20,00 €	0.00 €	20.00 €	**0.00 €**	Tarif règlementaire
SOINS COURANTS					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	26,50 €	17.55 €	7.95 €	**1.00 €**	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	31,50 €	21.05 €	9.45 €	**1.00 €**	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (DPTAM) (consultation dans le cadre de l'accès spécifique)	52,00 €	21.05 €	9.45 €	**21.50 €**	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent au DPTAM de secteur 2) (consultation dans le cadre de l'accès spécifique)	65,00 €	16.15 €	7.35 €	**41.50 €**	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux sphère]-4,00 à -6,00] (équipement 100% santé)	125,00 €	20.70 €	104.30 €	**0.00 €**	Tarif réglementaire
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres simples unifocaux	345,00 €	0.09 €	0.06 €	**344.85 €**	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE					
Détartrage	43,38 €	26.03 €	17.35 €	**0.00 €**	Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur dent visible éligible au Panier 100% Santé	500,00 €	72.00 €	428.00 €	**0.00 €**	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires éligible au Panier RAC Maîtrisé	550,00 €	72.00 €	48.00 €	**430.00 €**	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires en Tarifs libres	650,00 €	72.00 €	48.00 €	**530.00 €**	Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé) pour un adulte de + de 20 ans - Au 1er janvier 2021	950,00 €	240.00 €	710.00 €	**0.00 €**	Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille en Tarifs libres (pour un adulte de + de 20 ans) - Au 1er janvier 2021	1 565,00 €	240.00 €	160.00 €	**1 165.00 €**	Prix moyen national de l'acte

L'ensemble des calculs ne prend pas en compte la participation des franchises.

Note de lecture des exemples :

Si un médecin spécialiste non adhérent à un DPTAM (OPTAM ou autres) facturait 65 euros sa consultation (tarif conventionnel de 24,50 euros + 40,50 euros de dépassements d'honoraires), le remboursement de l'assurance maladie obligatoire serait de 16,15 euros. Pour une garantie ou contrat à 150% de la Base de Remboursement (régime obligatoire inclus), le remboursement de l'assurance maladie complémentaire serait de 19,60 euros. Le reste à charge pour le patient serait donc de 29,25 euros (1 euro de participation forfaitaire +28,25 euros).