

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

❑ 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 :

Médecine douce

❑ NOS + SMATIS :

Smatis récompense votre fidélité. Vous verrez vos remboursements augmenter au fur et à mesure des années

❑ 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

SECURITE 250			
NON RESPONSABLE			
	Remboursement RO*	Remboursement Complémentaire	Remboursement Total (dont RO*)

Date d'effet : 01/01/2024

HOSPITALISATION**

HONORAIRES			
Soins et actes médicaux ou chirurgicaux, appareillage et pharmacie	80 % BR	20 % BR	100 % BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER			
Forfait journalier hospitalier (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	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux	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 modéré	30 % BR	70 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu majeur	65 % BR	35 % BR	100 % BR
MATÉRIEL MÉDICAL			
Fournitures et accessoires pris en charge par le RO	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Prothèses médicales, orthèses (autres que dentaires et auditives) prises en charge par le RO	60 % BR	40 % BR	100 % BR

OPTIQUE

ÉQUIPEMENT OPTIQUE (3)			
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	80 €	60 % BR / Néant + 80 €
⊕ Chirurgie réfractive de l'oeil par laser (par oeil)	Néant	200 €	200 €
BONUS FIDÉLITÉ sur les verres et monture en fonction de l'ancienneté dans la garantie + 30 € entre 3 et 5 ans / + 30 € entre 6 et 10 ans / + 30 € après 10 ans			

DENTAIRE (4)

ACTES PRIS EN CHARGE PAR LE RO			
Soins dentaires	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires et Inlays-cores	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Orthodontie prise en charge par le RO (par semestre)	100 % BR	-	100 % BR

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENTS AUDITIFS			
Prothèses auditives (par appareil)	60 % BR	40 % BR	100 % BR

BIEN-ÊTRE

MÉDECINE DOUCE			
⊕ Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur (praticiens diplômés) (5)	Néant	60 € (30 € / séance)	60 € (30 € / séance)
PRÉVENTION			
⊕ Vaccins non remboursés par le RO	Néant	15 €	15 €
⊕ Contraception féminine non remboursée par le RO	Néant	30 €	30 €

SECURITE 250**NON RESPONSABLE****Date d'effet : 01/01/2024****TRANSPORT****TRANSPORT MÉDICAL**

	Remboursement RO*	Remboursement Complémentaire	Remboursement Total (dont RO*)
Transport médical remboursé par le RO	55 % BR	45 % BR	100 % BR

LEXIQUE

BR : Base de Remboursement du Régime Obligatoire - RO : Régime Obligatoire

LEGENDE

(1) Limité à 60 jours en Soins de Suite et de Réadaptation SSR (structures de moyens séjours), et en psychiatrie.

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

(3) Un équipement optique complet par bénéficiaire par période de 2 ans à partir de la dernière date de consommation sauf évolution de la prescription de la prescription médicale d'un ophtalmologiste et tous les ans (à partir de la dernière date de consommation) pour les enfants de moins de 16 ans. Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multi focaux, la garantie couvre une prise en charge de deux équipements (un équipement de vision de près et un équipement de vision de loin) sur la période de 2 ans.

(4) Plafond annuel (sauf soins) : 1200 € par an les 2 premières années d'adhésion puis 2200 € par an.

(5) 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.

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 exclue en établissements non conventionnés, Long Séjour, Etablissements spécialisés, gastroplastie (anneaux gastriques, by pass...)

Prise en charge de la participation Forfaitaire pour les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros en hospitalisation et pour les soins courants.

CONTRAT NON RESPONSABLE 2022 : les garanties ne respectent pas les conditions légales des contrats responsables et excluent le 100% Santé. La contribution forfaitaire et les franchises médicales restent à la charge du patient. 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. Les conditions d'accès au dispositif MonPsy sont disponibles sur le site : <https://monpsy.sante.gouv.fr/>.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

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

SECURITE 250		Prix moyen praticqué ou tarif	Remboursement RO	Remboursement Complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles
HOSPITALISATION**						
H	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 réglementaire
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 : monture + 2 verres simples	345,00 €	0.09 €	80.00 €	264.91 €	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE						
	Détartrage	43,38 €	26.03 €	17.35 €	0.00 €	Tarif conventionnel
	Couronne céramo-métallique sur molaire	650,00 €	72.00 €	48.00 €	530.00 €	Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES						
	Aide auditive	1 565,00 €	240.00 €	160.00 €	1165.00 €	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).

		SECURITE 250	
PRESTATIONS		Remboursement SMATIS France	
EQUIPEMENT OPTIQUE (monture + verres)		Adultes	Enfants de moins de 16 ans
Monture		40,00 €	30,00 €
VERRE SIMPLE unifocal, sphère entre -6,00 et +6,00 dioptries		20,00 €	15,00 €
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		20,00 €	15,00 €
VERRE COMPLEXE unifocal, sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries		25,00 €	15,00 €
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère entre -6,00 à 0,00 dioptries, cylindre supérieur à +4,00 dioptries		25,00 €	15,00 €
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère inférieure à -6,00 dioptries, cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptrie		25,00 €	15,00 €
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère positive et dont la somme S est supérieure à 6 dioptries		25,00 €	15,00 €
VERRE COMPLEXE multifocal ou progressif, sphère entre -4,00 et +4,00 dioptries		30,00 €	15,00 €
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		30,00 €	15,00 €
VERRE TRES COMPLEXE multifocal ou progressif sphérique, sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries		35,00 €	15,00 €
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		35,00 €	15,00 €

Limité à la prise en charge d'une équipement par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans, cette limitation est ramenée à une année (6 mois dans le cas d'un bénéficiaire âgé jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie de son visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur).

Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée à partir de la date de la dernière acquisition d'équipements optiques. Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la garantie couvre une prise en charge de deux équipements (un équipement de vision de près et un équipement de vision de loin) sur une période de 2 ans.