

Avantages & Services

Garanties Santé

Vos services en inclusion

QUELLE QUE SOIT VOTRE GARANTIE SANTÉ
accessibles directement depuis votre espace adhérent
7j/7 24h/24 sur www.smatis.fr

Réseau itelis

RÉSEAU DE SOINS ITELIS

Grâce aux opticiens, audioprothésistes, chirurgiens dentistes... du réseau Itelis, vous pouvez bénéficier de nombreux avantages (tarifs négociés, dispense d'avance de frais, garanties panne et casse...).

smatis.fr

Espace adhérent

BonjourDocteur

TÉLÉCONSULTATION

BonjourDocteur, l'application qui vous permet de prendre rendez-vous pour une téléconsultation, de trouver une pharmacie ou encore d'accéder à des services partenaires.

bonjourdocteur.com

NOUVEAU



ASSISTANCE

Un retour à domicile en toute sérénité.
Après une hospitalisation prévue ou imprévue, même en ambulatoire, une immobilisation de plus de 5 jours au domicile, au cours d'une maternité, en cas de maladies graves ou décès.

01 55 92 12 00

Appel non surtaxé

NOUVEAU HOSPIWAY

HOSPIWAY

Hospway, le service en ligne qui permet d'organiser au mieux une hospitalisation ou celle d'un proche. Découvrir le palmarès des établissements de santé par spécialité, c'est l'assurance de faire le bon choix.

smatis.fr

Espace adhérent

NOUVEAU



MY EASY SANTÉ

My Easy santé, l'application qui prend soin de vous au quotidien. Des newsletters, des actus, des coachings gratuits, des tests pour préserver sa forme et sa santé.

myeasysante.fr

NOUVEAU



PROTECTION JURIDIQUE

Un service d'information et d'accompagnement en cas de litiges dans les domaines de la santé pour tous nos adhérents. Et pour les TNS, un accompagnement supplémentaire pour les litiges professionnels.

01 30 09 98 02

Appel non surtaxé

Une question concernant les services en inclusion ?

Nos conseillers sont à votre écoute et vous répondent



RAPPEL GRATUIT
& IMMÉDIAT
sur smatis.fr



0977 400 400
appel non surtaxé



TCHATTEZ DIRECTEMENT
AVEC NOS CONSEILLERS
sur smatis.fr

TRANQUILLITE 250

				TRANQUILLITE 250		
				NON RESPONSABLE		
				Remboursement RO*	Remboursement Complémentaire	Remboursement Total (dont RO*)
Date d'effet : 01/01/2024 en cours à ce jour						
HOSPITALISATION**						
HONORAIRES						
Soins et actes médicaux ou chirurgicaux, appareillage et pharmacie				80 % BR	40 % BR	120 % BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER						
Forfait journalier hospitalier (1)				Néant	Frais réels	Frais réels
AUTRES PRESTATIONS						
Frais de séjour				80 % BR	40 % BR	120 % 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 (3)						
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	110 €	60 % BR / Néant + 110 €
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 (3)						
DENTAIRE (4)						
ACTES PRIS EN CHARGE PAR LE RO						
Soins dentaires				60 % BR	40 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires et Inlays-cores				60 % BR	90 % BR	150 % BR
Orthodontie prise en charge par le RO				60 % BR	40 % BR	100 % BR
Inlays et Onlays d'obturation				60 % BR	40 % BR	100 % BR
AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES						
Implantologie non remboursée par le RO				Néant	150 €	150 €
Parodontologie non remboursée par le RO (5)				Néant	150 €	150 €
AIDES AUDITIVES						
ÉQUIPEMENTS AUDITIFS						
Prothèses auditives (par appareil)				60 % BR	40 % BR	100 % BR
BIEN-ÊTRE						
MÉDECINE DOUCE						
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur (praticiens diplômés) (6)				Néant	60 € (30 € / séance)	60 € (30 € / séance)
PRÉVENTION						
Vaccins non remboursés par le RO				Néant	15 €	15 €

TRANQUILLITE 250

NON RESPONSABLE

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

Remboursement RO*

Remboursement
ComplémentaireRemboursement Total
(dont RO*)**BIEN-ÊTRE****PRÉVENTION**

Contraception féminine non remboursée par le RO

Néant

30 €

30 €

TRANSPORT**TRANSPORT MÉDICAL**

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 médicale d'un ophtalmologiste et tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans.
- (4) Plafond annuel (sauf soins) : 1200 € par an les 2 premières années d'adhésion puis 2200 € par an.
- (5) 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.
- (6) 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)

TRANQUILLITE 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 €	54.34 €	28.96 €	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 €	54.34 €	104.96 €	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 €	110.00 €	234.91 €	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 €	108.00 €	470.00 €	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).

		TRANQUILLITE 250	
PRESTATIONS		Remboursement SMATIS France	
EQUIPEMENT OPTIQUE (monture + verres)		Adultes	Enfants de moins de 16 ans
Monture		50,00 €	30,00 €
VERRE SIMPLE unifocal, sphère entre -6,00 et +6,00 dioptries		30,00 €	25,00 €
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		30,00 €	25,00 €
VERRE COMPLEXE unifocal, sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries		35,00 €	25,00 €
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère entre -6,00 à 0,00 dioptries, cylindre supérieur à +4,00 dioptries		35,00 €	25,00 €
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère inférieure à -6,00 dioptries, cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptrie		35,00 €	25,00 €
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère positive et dont la somme S est supérieure à 6 dioptries		35,00 €	25,00 €
VERRE COMPLEXE multifocal ou progressif, sphère entre -4,00 et +4,00 dioptries		40,00 €	25,00 €
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		40,00 €	25,00 €
VERRE TRES COMPLEXE multifocal ou progressif sphérique, sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries		45,00 €	25,00 €
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		45,00 €	25,00 €

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.

