



SMI SANTÉ +

À chacun sa surcomplémentaire



Pourquoi choisir SMI santé + ?



Quelle que soit votre situation familiale, que vous soyez encore en activité ou à la retraite, il est primordial d'avoir une bonne couverture santé. Vous bénéficiez déjà d'une complémentaire frais de santé mais vous estimez que vos dépenses ne sont pas suffisamment remboursées ? Souscrire à **SMI santé +** permet de diminuer votre reste à charge en cas de frais supplémentaires, notamment sur les dépassements d'honoraires ou sur les dépenses onéreuses comme les prothèses dentaires, la chirurgie réfractive ou les médecines douces.

Composez la couverture santé qui vous ressemble !

SMI santé + vient compléter le remboursement de la Sécurité sociale et de votre complémentaire santé. Vous avez le choix entre six niveaux de garanties :

- les niveaux **1**, **2** et **3** vous permettent de renforcer votre couverture en **soins de ville, hospitalisation** et **pharmacie** ;
- les niveaux **1 +**, **2 +** et **3 +** vous permettent d'optimiser votre couverture avec une garantie plus complète, grâce aux remboursements supplémentaires en **dentaire** et en **optique**.

Sans surcomplémentaire	Reste à charge	Avec surcomplémentaire	Reste à charge
	Remboursement mutuelle		Remboursement SMI santé +
	Remboursement Sécurité sociale		Remboursement mutuelle
			Remboursement Sécurité sociale

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
En complément des remboursements du contrat de base et de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réels engagés.			
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité et ambulatoire)			
HONORAIRES MÉDICAUX ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE	+ 25 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾ Remboursements plafonnés à 1 500 € par année civile	+ 50 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾ Remboursements plafonnés à 2 000 € par année civile	+ 100 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾ Remboursements plafonnés à 2 500 € par année civile
CHAMBRE PARTICULIÈRE	+ 20 € par jour	+ 30 € par jour	+ 45 € par jour
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX CONSULTATIONS - VISITES GÉNÉRALISTES/SPÉCIALISTES	+ 25 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾	+ 50 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾	+ 100 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET	+ 25 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾	+ 50 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾	+ 100 % de la BR médecins DPTM/non DPTM ⁽¹⁾
PHARMACIE non prise en charge par la Sécurité sociale (prescrite médicalement ou non)*	+ 30 € par année civile	+ 40 € par année civile	+ 50 € par année civile
ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale			
CHIROPRACTIE - OSTÉOPATHIE ^{*(2)}	+ 30 € par année civile	+ 40 € par année civile	+ 50 € par année civile
	Niveau 1 +	Niveau 2 +	Niveau 3 +
Les niveaux «plus» incluent toutes les garanties ci-dessus auxquelles s'ajoutent les renforts en dentaire et en optique.			
DENTAIRE			
	Les remboursements pour le poste dentaire sont plafonnés à 1 250 € par année civile et par bénéficiaire	Les remboursements pour le poste dentaire sont plafonnés à 1 500 € par année civile et par bénéficiaire	Les remboursements pour le poste dentaire sont plafonnés à 1 750 € par année civile et par bénéficiaire
PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale	+ 25 % de la BR	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale	+ 25 % de la BR	+ 50 % de la BR	+ 100 % de la BR
PROTHÈSES, ORTHODONTIE et PARODONTOLOGIE non prises en charge par la Sécurité sociale (code regroupement CCAM TDS**)	+ 50 € par année civile	+ 100 € par année civile	+ 150 € par année civile
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	+ 150 € par année civile	+ 200 € par année civile	+ 250 € par année civile
OPTIQUE			
ÉQUIPEMENT (monture + verres) et LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	+ 25 € par année civile	+ 50 € par année civile	+ 100 € par année civile
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	+ 100 € par oeil et par année civile	+ 150 € par oeil et par année civile	+ 200 € par oeil et par année civile

Garanties valides depuis le 1^{er} janvier 2020

Les garanties sont valables par bénéficiaire. * Sur présentation de la facture acquittée ** Le code de nomenclature Sécurité sociale TDS concerne uniquement les actes sur tissus de soutien de la dent.

BR = base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le tarif d'autorité.

(1) 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 ou l'OPTAM CO (option pratique tarifaire maîtrisée / chirurgie - obstétrique). À noter : depuis le 1^{er} janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au contrat d'accès aux soins précédemment en vigueur.

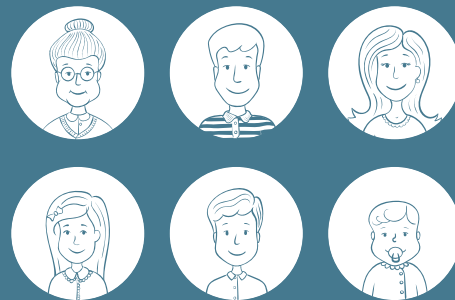
Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(2) Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le ministère de la santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.

Une couverture santé à la carte !

Vous souhaitez être mieux remboursé en cas de dépassement d'honoraires chez votre médecin ? Votre conjoint à la vue qui baisse et va bientôt devoir porter des lunettes ? Et votre fille, quant à elle, va devoir porter un appareil dentaire ?

Parce que vos besoins ne sont pas forcément ceux de votre conjoint et/ou de vos enfants, **SMI santé +** vous permet de choisir le niveau de remboursement de chacun des membres de votre famille.



Le + : À partir du 3^e enfant, la cotisation est gratuite*

* À condition que le 3^e enfant soit inscrit sur la même garantie que les deux premiers.

Des services pour faciliter votre quotidien

Une adhésion simplifiée

- Une couverture dès le 1^{er} jour, sans délai de carence.
- Aucun questionnaire médical.

Un espace adhérent qui vous fait gagner du temps

- Accès au détail de votre contrat.
- Consultation de vos remboursements.
- Gestion de votre (vos) adhésion(s) SMI.
- Modification de vos données personnelles.

Un accès à SMI entraide

Ce service gratuit vous accompagne dans les moments importants de votre vie. Nos conseillers vous orientent et vous apportent des solutions pour la famille, l'emploi, la santé et le logement.

Une gestion de qualité reconnue

- Remboursements sous 48 heures.
- Certification ISO 9001 de la gestion SMI, gage de la qualité de nos services, notamment pour les remboursements.



Qui sommes-nous ?

Créée en 1926, SMI est une mutuelle experte en santé et prévoyance au sein de Covéa, premier groupe mutualiste d'assurance et de protection sociale (réunissant MAAF, MMA, GMF et l'institution de prévoyance APGIS).

590 438
personnes protégées
(santé - prévoyance)

11 024 946
actes remboursés

SMI est certifiée ISO 9001
pour l'ensemble de ses
processus.



Formulez votre demande de devis



www.mutuelle-smi.com



 **N°Cristal** 09 69 39 17 50

APPEL NON SURTAXE

du lundi au jeudi de 8h30 à 17h45 et le vendredi de 8h30 à 16h45



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 : 2, rue de Laborde - CS 40041 - 75374 Paris Cedex 08

