



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

IPID & Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

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

Date d'effet : 01/01/2021

SERENITE 500			
RESPONSABLE			
	Remboursement RO*	Remboursement Complémentaire	Remboursement Total (dont RO*)
HOSPITALISATION**			
HONORAIRES			
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (DPTAM)	80 % BR	120 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (non DPTAM)	80 % BR	100 % BR	180 % BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER			
Forfait journalier hospitalier illimité (1)	Néant	Frais réels	Frais réels
AUTRES PRESTATIONS			
Frais de séjour	80 % BR	120 % BR	200 % BR
Frais d'accompagnement, hors cure (par jour)	Néant	25 €	25 €
Plafond frais d'accompagnant exprimé par an		200 €	200 €

SOINS COURANTS

TÉLÉCONSULTATION

Consultation de médecine générale par téléphone, 24h/24, 7j/7, partout dans le monde, n° de tél sans surcoût depuis la France au 36 33 et un programme de prévention digital My Easy Santé aide l'assuré à préserver et améliorer sa santé au quotidien.		CF. NOTICES	CF. NOTICES
--	--	-------------	-------------

HONORAIRES MÉDICAUX

Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes (DPTAM)	70 % BR	80 % BR	150 % BR
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes (non DPTAM)	70 % BR	60 % BR	130 % 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

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
Médicaments à service médical rendu modéré	30 % BR	70 % 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
------------------	--------------------	--------------------	--------------------

BONUS FIDÉLITÉ sur les verres en fonction de l'ancienneté dans la garantie + 40 € entre 3 et 5 ans / + 40 € entre 6 et 10 ans / + 40 € après 10 ans

AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES

Lentilles prises en charge ou non par le RO (sur prescription de - de 3 ans)	60 % BR / Néant	40% BR / Néant + 240 €	100% BR / Néant + 240 €
Chirurgie réfractive de l'oeil par laser (par oeil)	Néant	400 €	400 €

DENTAIRE

SOINS DENTAIRES HORS 100% SANTÉ

Soins dentaires remboursés par le RO hors cadre du panier de soins 100% santé	70 % BR	30 % 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	70 % BR	330 % BR	400 % BR
Inlays et onlays d'obturation / Inlay core hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés	70 % BR	180 % BR	250 % BR

PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES LIBRES

Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	70 % BR	330 % BR	400 % BR
Inlays et onlays d'obturation / Inlay core hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des	70 % BR	180 % BR	250 % BR

SERENITE 500

RESPONSABLE

Date d'effet : 01/01/2021

	Remboursement RO*	Remboursement Complémentaire	Remboursement Total (dont RO*)
DENTAIRE			
PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES LIBRES			
paniers honoraires libres			
AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES			
Orthodontie remboursée par le RO à 70 % BR (par semestre)	70 % BR	280 % BR	350 % BR
Orthodontie non remboursée par le RO (4)	Néant	200 €	200 €
Implantologie non remboursée par le RO (4)(5)	Néant	250 €	250 €
Parodontologie non remboursée par le RO (4)(6)	Néant	250 €	250 €
Plafond dentaire, en année d'adhésion, hors soins et panier 100% Santé, pour la 1ère et 2ème année (7)		1 500 €	1 500 €
Plafond dentaire, en année d'adhésion, hors soins et panier 100% Santé, à partir de la 3ème année (7)		2 500 €	2 500 €

AIDES AUDITIVES ⁽⁸⁾

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
FORFAIT RENFORT auditif		250 € / an	

BIEN-ÊTRE

MÉDECINE DOUCE			
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur (praticiens diplômés)	Néant	90 € (30 € / séance)	90 € (30 € / séance)
PRÉVENTION			
Contraception féminine non remboursée par le RO	Néant	50 €	50 €
Vaccins non remboursés par le RO	Néant	30 €	30 €
Examen de densitométrie osseuse non pris en charge par le RO	Néant	50 €	50 €

TRANSPORT

TRANSPORT MÉDICAL			
Transport médical remboursé par le RO	65 % BR	35 % 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	65 % BR / 70 % BR	35 % BR / 30 % BR + 150 €	100 % BR + 150 €

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 décret 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) Forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire ; remboursement sur facture acquittée.

(5) 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 prothétique 1) : 20% de la prestation

(6) Le poste parodontologie concerne les actes suivants : curetage/surfaçage, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire et greffe osseuse à l'exclusion de tout autre acte.

(7) 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.

(8) 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 11 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.

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 2021 :

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 de 1 € 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.

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).

ANNEXE OPTIQUE

SERENITE 500		
OPTIQUE - Prise en charge d'un équipement tous les deux ans (1) selon les spécifications techniques du verre	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 €	30 €
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 €	30 €
VERRE SIMPLE unifocal, sphère entre -6,00 et +6,00 dioptries	70 €	35 €
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 €	35 €
VERRE COMPLEXE unifocal, sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries	80 €	85 €
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère entre -6,00 à 0,00 dioptries, cylindre supérieur à +4,00 dioptries	80 €	85 €
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère inférieure à -6,00 dioptries, cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	80 €	85 €
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère positive et dont la somme S est supérieure à 6 dioptries	80 €	85 €
VERRE COMPLEXE multifocal ou progressif, sphère entre -4,00 et +4,00 dioptries	90 €	85 €
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	90 €	85 €
VERRE TRES COMPLEXE multifocal ou progressif sphérique, sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	100 €	85 €
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 €	85 €
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)

SERENITE 500	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 €	83.30 €	0.00 €	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 €	159.30 €	0.00 €	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	25,00 €	16.50 €	7.50 €	1.00 €	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20.00 €	9.00 €	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)	50,00 €	20.00 €	24.00 €	6.00 €	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)	56,00 €	15.10 €	13.80 €	27.10 €	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 €	22.50 €	102.50 €	0.00 €	Tarif réglementaire
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres simples unifocaux	345,00 €	0.09 €	239.91 €	45.00 €	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE					
Détartrage	28,92 €	20.24 €	8.68 €	0.00 €	Tarif conventionnel
 Couronne céramo-métallique sur dent visible éligible au Panier 100% Santé	500,00 €	84.00 €	416.00 €	0.00 €	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires éligible au Panier RAC Maîtrisé	550,00 €	84.00 €	396.00 €	70.00 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires en Tarifs libres	650,00 €	75.25 €	354.75 €	220.00 €	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	1 476,00 €	240.00 €	410.00 € (dont forfait versé une seule fois par an)	826.00 €	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 50 euros sa consultation (tarif conventionnel de 23 euros + 27 euros de dépassements d'honoraires), le remboursement de l'assurance maladie obligatoire serait de 15,10 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 18,40 euros. Le reste à charge pour le patient serait donc de 16,50 euros (1 euro de participation forfaitaire +15,50 euros).

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 781166293

6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9

Produit : SERENITE 500 ou SERENITE 500+



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 "SERENITE 500" ou "SERENITE 500+" 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, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales du contrat responsable mis en conformité avec le nouveau panier de soins "100% Santé" ou "Reste à charge 0" pour les postes optique, dentaire et audioprothèse, applicable au 01/01/2020 et au 01/01/2021 pour les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives. Le produit n'est pas éligible à la Loi Madelin. Il inclut également 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, forfait journalier hospitalier illimité, frais des séjours, transport, chambre particulière si option souscrite et frais d'accompagnant
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments pris en charge à 65% ou 30% par le Régime Obligatoire (RO), matériel médical
- ✓ **Frais optiques** : équipement optique (monture et verres) selon les paniers de soins 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres. Lentilles prises en charge ou non par le RO et chirurgie réfractive de l'oeil
- ✓ **Frais dentaires** : soins et prothèses dentaires selon les paniers de soins 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres et orthodontie prise en charge ou non par le RO, implantologie et parodontologie non prises en charge par le RO
- ✓ **Aides auditives** : équipement selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres
- ✓ **Cure thermique prise en charge par le RO** : frais médicaux, de séjours et de transport
- ✓ **Bien-être et prévention non pris en charge par le RO** : médecine douce, contraceptifs féminins, vaccins et examen de densitométrie
- ✓ **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 en soins courants
- ✓ Actes de prévention conformément à l'Arrêté ministériel du 08/06/2006

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière en santé "Sérénité 500+"
Ces garanties sont au choix de l'adhérent qui en acquitte les cotisations correspondantes.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Tiers-payant, Réseau de soins Itelis*, Assistance*, Fonds d'action social, Espace adhérent,
 - ✓ Bonus coup-dur* jusqu'au 31/12/2020
 - A compter du 01/01/2021 :
 - ✓ My Easy Santé (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)
- * soumis à condition (cf. notice d'information)

Avantage

Bonus fidélité sur verres selon ancienneté dans la garantie : + 40 € entre 3 et 5 ans, + 40 € entre 6 et 10 ans, + 40 € après 10 ans

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 médicaments à Service Médical Rendu (SMR) faible (remboursés à 15% par le RO)
- X le forfait journalier hospitalier exclu en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)
- X la chambre particulière pour la garantie "Sérénité 500"
- X la chambre particulière en ambulatoire pour la garantie "Sérénité 500+"
- X les frais d'accompagnant en cures thermales



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

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT RESPONSABLE :

- ! la participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boîtes 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 en centres de long séjour, en établissements spécialisés et lors d'une gastroplastie
- ! **Frais d'accompagnant** : limités à 200 € par an. Exclut en cures thermales
- ! **Chambre particulière en santé "Sérénité 500+"** : limitée à 60 jours en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie.
- ! **Dentaire** : limitation des remboursements dentaires à un plafond annuel (hors soins et panier de soins 100% Santé) à 1 500 € par an les 2 premières années d'adhésion et 2 500 € les suivantes. Au-delà, remboursement à hauteur du TM
- ! **Médecine douce** : forfait annuel de 90 € limité à 30 € par séance



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 événements suivants dès que vous en avez connaissance :
 - => changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation 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.



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 matérialisée 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 résiliation 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;
- 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;
- à compter du 1er décembre 2020, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de votre garantie, à tout moment, par lettre 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.