



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

IPID & Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

VOS SERVICES INCLUS !

❑ DES SERVICES INNOVANTS :

Une assistance incluse dans toutes nos offres santé (aide à domicile, livraison de médicaments, de courses et portage de repas, prise en charge des animaux...)

Vous bénéficiez de tarifs privilégiés, d'avantages exclusifs, d'un suivi régulier... dans un réseau de plus de 6000 professionnels de santé

Un "bonus coup dur", pour vous soulager financièrement en cas d'aléas

❑ 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 de 9h à 18h

Des remboursements sous 48h par télétransmission

❑ SMATIS EN LIGNE :

En vous connectant sur le site www.smatiss.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"

Smatis récompense votre fidélité avec des bonus sur vos forfaits médecines douces et en optique !

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

❑ 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 :

Aucun frais de dossier

Pas de limite d'âge

Pas de questionnaire médical

Prise d'effet immédiate des garanties

Date d'effet : 01/09/2021

RENFORT 650 +			
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
Chambre particulière (par jour) (2)	Néant	60 €	60 €
Frais d'accompagnant, hors cure (par jour)	Néant	15 €	15 €
Plafond frais d'accompagnant exprimé par an		150 €	150 €

SOINS COURANTS			
TÉLÉCONSULTATION			
Consultation de médecine générale par téléphone, 24h/24, 7j/7, partout dans le monde		CF. CGU TELECONSULTATION	CF. CGU TELECONSULTATION
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
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Honoraires auxiliaires médicaux (3)	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
Médicaments à service médical rendu faible	15 % BR	85 % BR	100 % BR
Vaccin antigrippal (pris en charge ou non par le RO)	100 % BR / Néant	Frais réels	Frais réels
Automédication (forfait annuel)	Néant	15 €	15 €
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			
ÉQUIPEMENT OPTIQUE (4)			
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	40 % BR / Néant + 100 €	100 % BR / Néant + 100 €
Chirurgie réfractive de l'oeil par laser (par oeil)	Néant	150 €	150 €
BONUS FIDÉLITÉ sur les verres en fonction de l'ancienneté dans la garantie			
+ 50 € entre 2 et 3 ans / + 50 € entre 4 et 6 ans / + 50 € après 6 ans			

DENTAIRE			
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ - À COMPTER DU 01/01/2020 ▣			
Soins et actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES MODÉRÉS - À COMPTER DU 01/01/2020 ▣			
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés	70 % BR	55 % BR	125 % 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	30 % BR	100 % BR
PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES LIBRES - À COMPTER DU 01/01/2020			
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	70 % BR	55 % BR	125 % BR
Inlays et onlays d'obturation / Inlay core hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	70 % BR	30 % BR	100 % BR

RENFORT 650 +**RESPONSABLE**

Date d'effet : 01/09/2021

Remboursement RO*

Remboursement
ComplémentaireRemboursement Total (dont
RO*)**DENTAIRE****AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES**

Orthodontie remboursée par le RO (par semestre) 70 % BR 30 % BR 100 % BR

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 - JUSQU'AU 31/12/2019

Soins dentaires - jusqu'au 31/12/2019 70 % BR 30 % BR 100 % BR

Prothèses dentaires - jusqu'au 31/12/2019 70 % BR 55 % BR 125 % BR

Inlays et onlays d'obturation / Inlay core - jusqu'au 31/12/2019 70 % BR 30 % BR 100 % BR

Plafond dentaire, en année d'adhésion, hors soins et panier 100% Santé, pour la 1ère et 2ème année (5)

1000 €

1000 €

Plafond dentaire, en année d'adhésion, hors soins et panier 100% Santé, à partir de la 3ème année (5)

2200 €

2200 €

AIDES AUDITIVES (6)**ÉQUIPEMENTS AUDITIFS - JUSQU'AU 31/12/2020**

Prothèses auditives (par oreille) - jusqu'au 31/12/2020 60 % BR 40 % BR 100 % BR

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, embout...) pris en charge par le RO 60 % BR 40 % BR 100 % BR

BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION**PRÉVENTION**

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**AUTRES PRESTATIONS CURE**

Frais médicaux, de séjour, de transport 70 % 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) Chambre particulière limitée à 60 jours par année civile en psychiatrie et en Soins de Suite et de Réadaptation SSR (structures de moyens séjours). Exclusion de la chambre particulière en ambulatoire.

(3) Infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue et orthoprothésiste, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste et orthésiste, diététicien, ensemble des professionnels de santé définis par le livre III du Code de la santé publique.

(4) 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.

(5) 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.

(6) 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 civile 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 :

Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés 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 €.

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).

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

(calculés sur des prix estimés et non engagés, bases de remboursement en vigueur lors de l'impression du présent document)

RENFORT 650 +		Prix moyen praticqué ou tarif	Remboursement RO	Remboursement Smatis	Reste à charge	Précisions éventuelles
HOSPITALISATION						
H	Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247.70 €	183.30 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte
	Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247.70 €	107.30 €	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 €	9.00 €	21.00 €	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 €	6.90 €	34.00 €	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE						
	Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux sphériques de niveau 2	125,00 €	51.00 €	74.00 €	0.00 €	Tarif réglementaire
	Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres simples unifocaux	345,00 €	0.09 €	49.91 €	295.00 €	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE						
	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 €	66.00 €	400.00 €	Prix moyen national de l'acte
	Couronne céramo-métallique sur molaires en Tarifs libres	650,00 €	75.25 €	59.12 €	515.63 €	Prix moyen national de l'acte
	Détartrage	28,92 €	20.24 €	8.68 €	0.00 €	Tarif conventionnel
AIDES AUDITIVES						
	Aide auditive de classe I par oreille éligible au Panier 100% Santé (pour un adulte de + de 20 ans)	1 100,00 €	210.00 €	890.00 €	0.00 €	Prix limite de vente
	Aide auditive de classe II par oreille en Tarifs libres (pour un adulte de + de 20 ans)	1 476,00 €	210.00 €	140.00 €	1126.00 €	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).

ANNEXE OPTIQUE

	RENFORT 650 +	
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)	30 €	20 €
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	30 €	20 €
VERRE SIMPLE unifocal, sphère entre -6,00 et +6,00 dioptries	10 €	15 €
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	10 €	15 €
VERRE COMPLEXE unifocal, sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries	85 €	90 €
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère entre -6,00 à 0,00 dioptries, cylindre supérieur à +4,00 dioptries	85 €	90 €
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère inférieure à -6,00 dioptries, cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	85 €	90 €
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère positive et dont la somme S est supérieure à 6 dioptries	85 €	90 €
VERRE COMPLEXE multifocal ou progressif, sphère entre -4,00 et +4,00 dioptries	85 €	90 €
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	85 €	90 €
VERRE TRES COMPLEXE multifocal ou progressif sphérique, sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	85 €	90 €
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	85 €	90 €
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.

(1) Limité à la prise en charge d'un 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. 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.

☐ Tels que définis réglementairement. Dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) et des plafonds du contrat responsable

Classe A : correspond au panier 100% Santé. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les montures à 30 €. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les verres qui varient selon les codes LPP (le code LPP du verre est déterminé par la correction visuelle)

Classe B : correspond au panier tarifs libre. Remboursement de la monture limité à 100 €. Nouveaux plafonds de remboursements des Contrats Responsables 2020 définissant les montants planchers et plafonds.

GAMME 650 ANNEXE OPTIQUE FORFAIT GLOBAL MONTURE + VERRES jusqu'au 31/12/2019

Remboursement en fonction du type de défaut de vision et niveau de correction.

Sur la base d'une correction exprimée en cylindre positif.

Garanties responsables :

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 (à partir de la dernière date de consommation) pour les enfants de moins de 18 ans. Le remboursement pour un verre, selon le niveau de correction, est le « Remboursement SMATIS France » réduit de moitié après déduction du montant remboursé pour la monture.

Le remboursement pour un verre, selon le niveau de correction, est le REMBOURSEMENT MUTUELLE réduit de moitié après déduction du montant remboursé pour la monture.

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 des verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats couvrent une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits.

Adultes et enfants de + de 18 ans :

Garanties responsables				
TYPES DE VERRES		MYOPIE OU HYPERMETROPIE (puissance en dioptrie)	ASTIGMATISME (cylindre ou tore)	RENFORT 650 +
				dont Monture : 30 €
VERRES UNIFOCaux	FAIBLE CORRECTION	De - 6 à + 6	< ou = à 4	50 €
	FORTE CORRECTION	De - 6 à + 6	> à 4	200 €
Au-delà de - 6 à + 6		Avec ou sans astigmatisme		
VERRES MULTIFOCaux	FAIBLE CORRECTION	De - 4 à + 4	Sans astigmatisme	200 €
		De - 8 à + 8	Avec astigmatisme	
	FORTE CORRECTION	Au-delà de - 4 à + 4	Sans astigmatisme	200 €
		Au-delà de - 8 à + 8	Avec astigmatisme	

Enfants de moins de 18 ans :

Garanties responsables				
TYPES DE VERRES		MYOPIE OU HYPERMETROPIE (puissance en dioptrie)	ASTIGMATISME (cylindre ou tore)	RENFORT 650 +
				dont Monture : 20 €
VERRES UNIFOCaux	FAIBLE CORRECTION	De - 6 à + 6	< ou = à 4	50 €
	FORTE CORRECTION	De - 6 à + 6	> à 4	200 €
Au-delà de - 6 à + 6		Avec ou sans astigmatisme		
VERRES MULTIFOCaux	FAIBLE CORRECTION	De - 4 à + 4	Sans astigmatisme	200 €
		De - 8 à + 8	Avec astigmatisme	
	FORTE CORRECTION	Au-delà de - 4 à + 4	Sans astigmatisme	200 €
		Au-delà de - 8 à + 8	Avec astigmatisme	

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

Numéro Siren 781166293 – 6, rue du Piave – CS 90000 – 16920 ANGOULEME CEDEX 9

Produit : RENFORT 650+



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 "RENFORT 650+" 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. Ce produit d'assurance propose également des options facultatives et 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 de séjour, transport, chambre particulière et frais d'accompagnant
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, tous médicaments pris en charge par le Régime Obligatoire (RO), vaccins anti-grippe, automédication et matériel médical
- ✓ **Bien-être et prévention** : examen de densitométrie osseuse non prise en charge par le RO
- ✓ **Frais optiques** : équipement optique (monture et verres) selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres. Lentilles prises en charge ou non par le RO et chirurgie réfractive de l'œil
- ✓ **Frais dentaires** : soins et prothèses dentaires selon le panier de soins 100% Santé, les paniers Honoraires modérés et Honoraires libres. Orthodontie prise 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
- ✓ **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 SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Tiers-payant avec notre partenaire Almeyers, dispense d'avance de frais
- ✓ Réseau de soins Itelis (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Service d'analyse de devis (cf. notice d'information Itelis)
- ✓ Bonus coup-dur (cf. notice d'information "garantie exonération des cotisations complémentaires santé")
- ✓ Fonds d'action sociale
- ✓ Espace adhérent
- ✓ Assistance (aide-ménagère, services de proximité, prise en charge des enfants de moins de 14 ans...): cf. notice d'information "SMATIS ASSISTANCE"

Avantage

Bonus fidélité sur verres en fonction de l'ancienneté dans la garantie : + 50 € entre 2 et 3 ans / + 50 € entre 4 et 6 ans / + 50 € après 6 ans

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail
- ✗ le forfait journalier hospitalier en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)
- ✗ la chambre particulière en ambulatoire
- ✗ les frais d'accompagnant en cures thermales



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DE LA GARANTIE :

- ! 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 long séjour, en établissements spécialisés, et lors d'une gastroplastie
- ! **Frais d'accompagnant** : limités à 150 € par an
- ! **Chambre particulière** : limitée à 60 jours par année civile en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie
- ! **Dentaire** : limitation des remboursements dentaires à un plafond annuel (hors soins et panier 100% Santé) à 1 000 € par an les 2 premières années d'adhésion et 2 200 € les années suivantes. Au-delà, remboursement à hauteur du TM



Où suis-je couvert ?

- ✓ 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 métropolitaine.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc....)

A 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 évènements 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 au moins deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre (délai de préavis)
- 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 ayant une influence directe sur les risques garantis : changement de domicile, changement de régime, changement de situation matrimoniale, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle, dont vous devez apporter la preuve en fournissant 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.