

LE MEILLEUR POUR VOTRE SANTÉ

Association UNASSEP - Conditions d'adhésion 2026

smi MUTUELLE
Santé | Prévoyance

LE MEILLEUR POUR VOTRE SANTÉ

UNE **GESTION DE QUALITÉ** RECONNUE

- Avec ses accords de télétransmission signés dans toute la France, SMI reçoit directement vos décomptes par l'assurance maladie et vous rembourse sous 48 heures.
- Les conseillers SMI sont disponibles, par téléphone ou par email, du lundi au vendredi pour répondre à toutes vos demandes.
- Pas de serveur vocal !

LE

La gestion de nos prestations santé est certifiée ISO 9001, gage de la meilleure garantie de services, notamment pour vos remboursements.

DES SERVICES **100 % EN LIGNE**

- consultez vos remboursements ;
- demandez des prises en charge hospitalières ;
- accédez au détail de votre contrat ;
- modifiez vos données personnelles : adresse, RIB ;
- géolocalisez les professionnels de santé pratiquant le tiers payant près de chez vous ;

VOS AVANTAGES EN CHOISISSANT SMI

COUVERTURE IMMÉDIATE SANS DÉLAI D'ATTENTE

3 NIVEAUX DE COUVERTURE AU CHOIX

- Le **RÉGIME 1** et le **RÉGIME 2** répondant aux exigences du «nouveau contrat responsable»
- Le **RÉGIME 3** non limité par les exigences du «nouveau contrat responsable»

Vous pouvez mettre en place le régime choisi :

- soit pour vous seul ;
- soit en faire bénéficier également tout ou partie de votre famille.

Vous pourrez adapter votre régime en fonction de l'évolution de votre situation dans les conditions définies au paragraphe «modalités de changement de niveaux de garanties».

ET AUSSI...

UNE ASSISTANCE COMPLÈTE POUR VOUS AIDER

Dans le cas d'une hospitalisation ou d'une immobilisation imprévue à votre domicile, vous pourrez bénéficier de nombreux services d'assistance tels que la garde des enfants, l'aide à domicile ou encore l'acheminement de médicaments.
L'assistance propose également des prestations en cas de situations difficiles (maladie, décès d'un proche...).

UNE ANALYSE DE VOS DEVIS DE SANTÉ

Les experts Santéclair étudient vos devis dentaire, optique et audio-prothèse sous 48 heures. Ils vous informent sur leur conformité en fonction des tarifs proposés dans votre région et sur la pertinence des prestations proposées.
Contact : devis@santeclair.fr

UN ACCÈS AU SERVICE SMI ENTRAIDE

SMI entraide est un service gratuit qui vous accompagne dans les moments importants ou difficiles de la vie. Par téléphone ou par email, des conseillers vous orientent et vous apportent des solutions pour la famille, l'emploi, la santé et le logement.

L'ÉTUDE DE DOSSIER PAR NOTRE COMISSION SOCIALE

Une aide peut être apportée ponctuellement aux adhérents en situation difficile après étude de dossier par notre commission sociale.

DISPOSITIF DU CONTRAT RESPONSABLE

(Article L871-1 du code de la Sécurité sociale)

Dans le cadre du dispositif mis en place au titre des contrats responsables et du parcours de soins, les remboursements complémentaires respectent les obligations et interdictions de prises en charge ci-après :

Obligations de prises en charge

Les garanties prévoient la prise en charge :

- de l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1 du code de la Sécurité sociale, sauf pour les prestations de santé visées aux 6°, 7°, 10 ° et 14° de ce même article ;
- sous réserve que la garantie figure au sein du tableau de garanties et prestations joint en annexe, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale visée à l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;
- du forfait journalier des établissements hospitaliers, sans limitation de durée ;
- sous réserve que la garantie figure au sein du tableau de garanties et prestations joint en annexe, des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, dans les conditions et limites posées par l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, pour les dispositifs d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement.

Interdictions de prise en charge

Les garanties ne couvrent pas :

- la participation forfaitaire de un euro sur chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale, ainsi que les franchises médicales mentionnées à l'article L. 322-2 III du code de la Sécurité sociale (plafond annuel : 50 € par assuré) ;
- la majoration de la participation de l'assuré liée au défaut de choix d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription préalable du médecin traitant ;
- la majoration de participation liée au défaut d'autorisation du patient de laisser le professionnel de santé accéder à son dossier médical personnel ;
- les dépassements autorisés d'honoraires sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes, pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins ;
- tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Outre les obligations et interdictions de prises en charge ci-dessus, **les régime 1 et régime 2 proposés sont conformes aux exigences du nouveau contrat responsable et respectent également la réglementation 100 % Santé.**

Cette réglementation concernant les « nouveaux » contrats responsables et solidaires imposent désormais de respecter des planchers et plafonds de remboursements des dépenses de santé.

Ces mêmes évolutions règlementaires prévoient la prise en charge obligatoire de certaines prestations :

- le forfait journalier sera désormais remboursé dans son intégralité et sans limite de durée ;
- les soins dentaires, prothèses et orthodontie devront être pris en charge a minima au ticket modérateur ;
- le remboursement des consultations chez un médecin adhérent au contrat d'accès aux soins (C.A.S.) devra être supérieur de 20 % par rapport aux visites chez un médecin non signataire du contrat d'accès aux soins. Pour savoir si votre médecin adhère au C.A.S. ou non, rendez-vous sur http://ameli-direct.ameli.fr/ ;
- le plafonnement des prestations optiques sur les verres et la monture.

Le régime 3 n'est pas conforme aux obligations du nouveau contrat responsable et se voit appliquer une taxe de solidarité additionnelle de 20,27 % au lieu de 13,27 %.

VOS GARANTIES

GARANTIES	REGIME 1 Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés	REGIME 2 Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE		
FRAIS DE SÉJOUR	**120 %** de la BR	**200 %** de la BR
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - D'OBSTÉTRIQUE ET AUTRES HONORAIRES (en ambulatoire et hors ambulatoire)	**140 %** de la BR médecins DPTM / **120 %** de la BR médecins non DPTM	**220 %** de la BR médecins DPTM / **200 %** de la BR médecins non DPTM
FORFAIT HOSPITALIER	**Frais réels**	**Frais réels**
PARITICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS	**Frais réels**	**Frais réels**
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 12 ans	**Frais réels** limité à **30** jours / hospitalisation	**Frais réels** limité à **30** jours / hospitalisation
CHAMBRE PARTICULIÈRE hors ambulatoire Médecine - Chirurgie	**1,5 %** du PMSS par jour dans la limite de **30** jours par hospitalisation et par bénéficiaire	**2 %** du PMSS par jour dans la limite de **30** jours par hospitalisation et par bénéficiaire
MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE	**100 %** de la BR	**100 %** de la BR
SOINS COURANTS		
CONSULTATIONS – VISITES généralistes	**140 %** de la BR médecins DPTM / **120 %** de la BR médecins non DPTM	**220 %** de la BR médecins DPTM / **200 %** de la BR médecins non DPTM
CONSULTATIONS – VISITES spécialistes	**140 %** de la BR médecins DPTM / **120 %** de la BR médecins non DPTM	**220 %** de la BR médecins DPTM / **200 %** de la BR médecins non DPTM
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	**120 %** de la BR	**200 %** de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes)	**120 %** de la BR	**200 %** de la BR
ACTES DE CHIRURGIE (en cabinet ou en ambulatoire	**140 %** de la BR médecins DPTM / **120 %** de la BR médecins non DPTM	**220 %** de la BR médecins DPTM / **200 %** de la BR médecins non DPTM
PSYCHOLOGUES conventionnés avec l'Assurance maladie (dispositif Mon soutien psy) (5)	**100 %** de la BR dans la limite de **12** séances(6) par année civile	**100 %** de la BR dans la limite de **12** séances(6) par année civile
RADIOLOGIE - ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE	**140 %** de la BR médecins DPTM / **120 %** de la BR médecins non DPTM	**220 %** de la BR médecins DPTM / **200 %** de la BR médecins non DPTM
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	**140 %** de la BR médecins DPTM / **120 %** de la BR médecins non DPTM	**220 %** de la BR médecins DPTM / **200 %** de la BR médecins non DPTM
MÉDICAMENTS	**100 %** de la BR	**100 %** de la BR
HOMÉOPATHIE (non remboursée)	**150 €** / année civile	**150 €** / année civile
TRANSPORT TERRESTRE des malades	**100 %** de la BR	**100 %** de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	**100 %** de la BR + **656 €** / année civile / bénéficiaire	**100 %** de la BR + **656 €** / année civile / bénéficiaire
DENTAIRE		
PROTHÈSES 100 % SANTÉ (1)	**Frais réels** (2)	**Frais réels** (2)
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ (3) : PROTHÈSES prises en charge par la SS	**300 %** de la BR	**390 %** de la BR
PROTHÈSES non prises en charge par la SS (hors prothèses provisoires)	**220 %** de la BR reconstituée	**310 %** de la BR reconstituée
SOINS pris en charge par la SS	**150 %** de la BR	**200 %** de la BR
ORTHODONTIE prise en charge par la SS	**300 %** de la BR	**390 %** de la BR
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la SS	-	**150 €** par année civile et par bénéficiaire
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la SS (parodontologie prise en charge par la SS : le remboursement est effectué sur la base des soins dentaires)	-	**50 €** par année civile et par bénéficiaire
Plafond prothèses prises ou non en charge par la SS mais inscrites à la nomenclature (au-delà de ce plafond, les prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale seront remboursées à hauteur de 125 % de la BR). Dans tous les cas les équipements 100 % santé sont pris en charge au-delà du plafond dentaire.	**1 000 €** / année civile / bénéficiaire	**1 500 €** / année civile / bénéficiaire
OPTIQUE		
En optique, les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100 % du TM à minima. 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de 100 € par monture - Pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à 1 an avec possibilité d'un renouvellement anticipé (4).		
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ (1)	**Frais réels** (2)	**Frais réels** (2)
ÉQUIPEMENT À TARIFS LIBRES : ÉQUIPEMENT pris en charge par la SS	**248 €** par bénéficiaire	**308 €** par bénéficiaire
LENTILLES prises ou non en charge par la SS (y compris jetables)	**100 %** de la BR + **240 €** / année civile / bénéficiaire	**100 %** de la BR + **300 €** / année civile / bénéficiaire
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	-	**11 %** du PMSS / année civile / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES		
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les 4 ans par oreille. (4)		
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ (1)	**Frais réels** (2) à partir du 01/01/2021	**Frais réels** (2) à partir du 01/01/2021
ÉQUIPEMENT À TARIFS LIBRES	**100 %** de la BR + **656 €** par bénéficiaire et à partir du 01/01/2021 dans la limite de **1 700 €** par oreille	**100 %** de la BR + **656 €** par bénéficiaire et à partir du 01/01/2021 dans la limite de **1 700 €** par oreille
MATERNITÉ forfait par naissance, doublé en cas de naissance gémellaire		
FORFAIT GLOBAL	**320 €** par famille	**400 €** par famille
CHAMBRE PARTICULIERE MATERNITE	**1,5 %** du PMSS / jour limité à **12** jours / maternité	**2 %** du PMSS / jour limité à **12** jours / maternité
CURE THERMALE pris en charge par la Sécurité sociale (transports, soins, hébergement)		
	100 % de la BR + **290 €** / année civile / bénéficiaire	**100 %** de la BR + **445 €** / année civile / bénéficiaire
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
CHIROPRACTIE – OSTÉOPATHIE – ACUPUNCTURE – HOMÉOPATHE – DIÉTÉTICIEN – PÉDICURE – PSYCHOLOGUE (dans le cadre d'une médecine manuelle pratiquée par un médecin ou kinésithérapeute possédant un diplôme d'état)	-	**30 €** par séance dans la limite de **3** séances par année civile et par bénéficiaire
VACCINS non pris en charge par la Sécurité sociale mais prescrits médicalements	**Frais réels**	**Frais réels**
SMI ASSISTANCE		
	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

GARANTIES	REGIME 3 Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	
FRAIS DE SÉJOUR Secteurs conventionnés et non conventionnés*	**500 %** de la BR
ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - D'OBSTÉTRIQUE ET AUTRES HONORAIRES (en ambulatoire et hors ambulatoire)	**500 %** de la BR
FORFAIT HOSPITALIER	**100 %** du forfait en vigueur le jour de l'hospitalisation
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 12 ans	**Frais réels** limité à **30** jours / hospitalisation
CHAMBRE PARTICULIÈRE hors ambulatoire Médecine - Chirurgie	**3 %** du PMSS par jour dans la limite de **30** jours par hospitalisation
MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE	**100 %** de la BR
SOINS COURANTS Secteurs conventionnés et non conventionnés*	
CONSULTATIONS – VISITES généralistes	**500 %** de la BR
CONSULTATIONS – VISITES spécialistes	**500 %** de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	**500 %** de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes)	**500 %** de la BR
ACTES DE CHIRURGIE (en cabinet ou en ambulatoire)	**500 %** de la BR
PSYCHOLOGUES conventionnés avec l'Assurance maladie (dispositif Mon soutien psy) (5)	**100 %** de la BR dans la limite de **12** séances(6) par année civile
RADIOLOGIE - ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE	**500 %** de la BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	**500 %** de la BR
MÉDICAMENTS	**100 %** de la BR
HOMÉOPATHIE (non remboursée)	**150 €** / année civile
TRANSPORT TERRESTRE des malades	**100 %** de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	**100 %** de la BR + forfait de **700 €** par année civile
DENTAIRE Secteurs conventionnés et non conventionnés*	
PROTHÈSES 100 % SANTÉ (1)	**Frais réels** (2)
SOINS DENTAIRES pris en charge par la Sécurité sociale	**500 %** de la BR
ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale	**390 %** de la BR
ORTHODONTIE non prise en charge par la Sécurité sociale	**200 %** de la BR
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ (3) : PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale	**500 %** de la BR
PROTHÈSES non prises en charge par la Sécurité sociale (hors prothèses provisoires)	**400 %** de la BR reconstituée
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale (implantologie acceptée par la Sécurité sociale : si la base de remboursement est égale à 107,50 euros, le remboursement est effectué sur la base des prothèses dentaires acceptées, sinon le remboursement est effectué sur la base des soins dentaires)	Forfait de **400 €** par année civile
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale (parodontologie acceptée par la Sécurité sociale : le remboursement est effectué sur la base des soins dentaires)	Forfait de **100 €** par année civile
Plafond prothèses prises ou non en charge par la Sécurité sociale mais inscrites à la nomenclature. Dans tous les cas les équipements 100 % santé sont pris en charge au-delà du plafond dentaire.	**2 000 €** / année civile / bénéficiaire
OPTIQUE	
En optique, les équipements 100 % Santé sont délivrés tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à 1 an avec possibilité d'un renouvellement anticipé (4).	
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ (1)	**Frais réels** (2)
ÉQUIPEMENT À TARIFS LIBRES : VERRES UNIFOCAUX pris en charge par la Sécurité sociale	Forfait de **10 %** du PMSS **tous les deux ans**
VERRES MULTIFOCAUX pris en charge par la Sécurité sociale	Forfait de **12 %** du PMSS **tous les deux ans**
MONTURE prise en charge par la Sécurité sociale	Forfait de **5 %** du PMSS **tous les deux ans**
LENTILLES prises en charge par la Sécurité sociale	Forfait de **10 %** du PMSS par année civile
LENTILLES non prises en charge par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Forfait de **10 %** du PMSS par année civile
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	Forfait de **30 %** du PMSS par année civile
AIDES AUDITIVES	
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille. (4)	
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ (1)	**Frais réels** (2)
ÉQUIPEMENT À TARIFS LIBRES	**100 %** de la BR + **700 €** par bénéficiaire dans la limite de **1 700 €** par oreille
MATERNITÉ forfait par naissance, doublé en cas de naissance gémellaire	
FORFAIT GLOBAL	**500 €** par famille
CHAMBRE PARTICULIERE MATERNITE	**3 %** du PMSS / jour limité à **12** jours / maternité
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transports, soins, hébergement)	
	100 % de la BR + **500 €** / année civile / bénéficiaire
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
CHIROPRACTIE – OSTÉOPATHIE – ACUPUNCTURE – HOMÉOPATHE – DIÉTÉTICIEN – PÉDICURE – PSYCHOLOGUE (dans le cadre d'une médecine manuelle pratiquée par un médecin ou kinésithérapeute possédant un diplôme d'état)	**45 €** par séance, limité à trois séances par année civile
VACCINS non pris en charge par la Sécurité sociale mais prescrits médicalements	**Frais réels**
SMI ASSISTANCE	
	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

PRESTATIONS DE L'ANNÉE 2026

BR = base de remboursement de la Sécurité sociale.
PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale
PMSS 2026 = 4 005 €
En secteur non conventionné, le cumul des remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle est plafonné à 200 % du tarif d'autorité pour les lignes concernées par la distinction DPTM / Non DPTM. Pour les frais de séjour, les remboursements en secteur conventionné sont limités à 90 % des frais réels moins Sécurité sociale, dans la limite 400 % de la BR et avec un minimum de 100 % du tarif d'autorité.
Les forfaits en euros s'entendent en complément de la sécurité sociale, hors optique et aides auditives.
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 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 (Option pratique tarifaire maîtrisée) ou l'OPTAM-ACO (Option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes anesthésie-chirurgie-obstétrique). 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://ameli-direct.ameli.fr/.
(1) Équipements 100% santé tels que définis réglementairement.
(2) Prise en charge «frais réels», dans la limite des honoraires limites de facturation et des prix limites de vente fixés pour les professionnels de santé.
(3) Les inlays onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation, fixés pour les professionnels de santé.
(4) Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière date de remboursement du régime obligatoire.
(5) Seules les séances réalisées par un psychologue partenaire sur orientation d'un médecin sont remboursées à ce titre (pas d'accès direct). Leurs coordonnées sont publiées sur un annuaire consultable sur le site : https://monsoutienpsy.sante.gouv.fr.
(6) Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de douze séances par année civile.
(*) En secteur non conventionné, les remboursements des garanties prévues dans le tableau ci-dessus (régime 3) sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale reconstituée à partir de la base de remboursement des soins conventionnés.

TARIFS MENSUELS

Taux de cotisation mensuels au 01/01/2026*

RÉGIME 1

	jusqu'à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	de 60 à 69 ans	plus de 70 ans
1 bénéficiaire	96,93 €	103,27 €	113,95 €	117,25 €	118,35 €
2 bénéficiaires	193,93 €	206,53 €	227,91 €	234,48 €	236,65 €
3 bénéficiaires et plus	256,72 €	273,35 €	301,62 €	310,31 €	313,22 €

RÉGIME 2

	jusqu'à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	de 60 à 69 ans	plus de 70 ans
1 bénéficiaire	125,05 €	133,16 €	146,91 €	151,13 €	152,56 €
2 bénéficiaires	250,06 €	266,31 €	293,84 €	302,31 €	305,14 €
3 bénéficiaires et plus	330,96 €	352,46 €	384,12 €	395,21 €	398,89 €

RÉGIME 3

	jusqu'à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	de 60 à 69 ans	plus de 70 ans
1 bénéficiaire	191,60 €	204,05 €	225,12 €	231,62 €	233,79 €
2 bénéficiaires	377,97 €	402,51 €	444,12 €	456,93 €	461,21 €
3 bénéficiaires et plus	454,50 €	484,00 €	534,01 €	549,41 €	554,54 €

Ces cotisations sont applicables au titre de l'exercice 2026 à législation constante. Toute nouvelle taxe ou impôt que la réglementation imposerait seront répercutés dès sa date d'entrée en vigueur sur les présentes cotisations et mises à votre charge. Les cotisations ci-dessus indiquées sont revues annuellement.

* Déterminé à partir de l'âge de l'adhérent principal au 1er Janvier de l'année civile de la demande d'adhésion

VOUS SOUHAITEZ ADHÉRER ?

Nous vous rappelons que votre demande d'adhésion suppose nécessairement que vous deveniez membre de la personne morale souscriptrice du contrat, à savoir l'association UNASSEP. **Les frais d'adhésion à cette association sont fixés à dix euros par année civile et par adhérent principal.** Ces frais d'association sont prélevés en même temps que la cotisation du mois de janvier.

La signature de votre bulletin d'adhésion provoque automatiquement votre adhésion à l'association UNASSEP.

Service Relation Adhérents SMI

N°Cristal 09 69 36 11 37

APPEL NON SURTAXE

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

Courtier

Monsieur Nicolau
06 08 85 98 49
contact@cogea-assurances.net

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Modalités d'affiliation et de radiation

L'affiliation individuelle prend effet au 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande d'adhésion par SMI, pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année.
L'adhésion des bénéficiaires (adhérents et ayants droit) s'effectue pour une période minimum de deux années civiles.
L'adhésion se poursuit ensuite par tacite reconduction sauf demande de résiliation adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre pour une prise d'effet au 1er janvier de l'année suivante, sauf défaut de paiement et sauf résiliation du contrat par le souscripteur.

Les adhérents peuvent toutefois résilier leur adhésion et / ou l'adhésion de leurs ayants droit avant le terme des deux années civiles d'adhésion, sous réserve que cette demande soit présentée sous un préavis de deux mois avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1er janvier de l'année suivante, en cas de variation de la cotisation de plus de 10 %.
Les adhérents peuvent également résilier leur adhésion et / ou l'adhésion de leurs ayants droit (conjoint marié, partenaire de PACS, concubin ou enfants à charge) à tout moment en dehors des conditions ci-dessus visées en cas de changement de situation de famille ou professionnelle (mariage, naissance, signature d'un PACS, décès, adhésion à un contrat collectif obligatoire de l'adhérent ou du conjoint, perte d'emploi du conjoint, etc.). La radiation prendra effet le 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande par SMI. En cas de séparation ou de divorce, les garanties cesseront de plein droit pour les conjoints, partenaires de PACS ou concubins.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, l'employeur est tenu de les informer en leur remettant une nouvelle notice établie à cet effet par SMI. Tout membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.
La radiation peut être demandée au terme de ces deux années civiles d'adhésion, sous réserve que cette demande soit présentée sous un préavis de deux mois soit avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1er janvier de l'année suivante, sauf dans les cas ci-dessous évoqués.

Définition des ayants droit

Sous réserve du paiement de la cotisation et de leur affiliation, vos ayants droit peuvent bénéficier des garanties et prestations.
Sont considérés comme vos ayants droit :

- votre conjoint à charge au sens Sécurité sociale ou relevant à titre personnel d'un régime de Sécurité sociale ; à défaut, votre partenaire lié par un PACS ou, à défaut, votre concubin ;
- vos enfants à charge : sont considérés comme enfants à charge, les enfants légitimes, naturels, reconnus ou adoptifs à votre charge ou à la charge de votre conjoint, partenaire de PACS ou concubin :
  - jusqu'à leur 18 ans ;
  - jusqu'au 31 décembre de leur 26e anniversaire, sur présentation d'un justificatif :
    - s'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures entraînant l'affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants ;
    - s'ils sont sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation ou d'orientation ;
  - durant une année à partir de la fin de leurs études, et au plus tard jusqu'au 31 décembre de leur 27ème anniversaire, s'ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle emploi. ;
  - sans limite d'âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles.

Modalités de changement de niveaux de garanties

La mutation d'un adhérent de sa garantie vers une garantie supérieure ne pourra être acceptée qu'à l'échéance principale du 1er janvier sous réserve que la demande soit parvenue à la SMI avant cette date.
Elle pourra toutefois intervenir exceptionnellement en cours d'année à l'occasion d'un changement de situation familiale : mariage, naissance, etc. Dans ce cas, la date d'effet interviendra, au plus tôt, le 1er jour du mois du trimestre civil suivant la réception de la demande.

La demande de mutation vers une garantie inférieure pourra intervenir à l'échéance principale du 1er janvier, en cas de variation de la cotisation de plus de 10 % ou à l'issue d'une période de deux années dans l'option supérieure.
Elle pourra toutefois intervenir exceptionnellement en cours d'année à l'occasion d'un changement de situation professionnelle : chômage, perte d'emploi du conjoint, divorce, etc. Dans ce cas, la date d'effet interviendra, au plus tôt, le 1er jour du mois du trimestre civil suivant la réception de la demande.

Exclusions

A moins qu'elles ne soient prises en charge par le régime obligatoire du salarié, ne sont pas garantis, sauf mention contraire figurant au tableau de garanties joint, les dépenses de santé et d'une façon générale tous les frais résultant :

- de séjours en maisons de retraite, services de gérontologie et de gériatrie ;
- du forfait hospitalier acquitté à l'occasion d'un séjour en établissements et/ou services pour maladies nerveuses, mentales ou psychiatriques.

En toute hypothèse et conformément à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale, les remboursements résultant des obligations de prise en charge du contrat responsable sont pris en charge au titre des garanties définies à la présente notice.

Principe indemnitaire

Conformément à l'article L.224-8 du code de la mutualité, les remboursements des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.
Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite vous pouvez obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de votre choix. Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Prescription

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du code de la mutualité, toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance sauf si les bénéficiaires en cas de décès de l'assuré sont les ayants droit de la victime, où ce délai est alors porté à dix ans. Toutefois, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.
Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé ;
- acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par SMI à l'assuré en ce qui concerne le paiement de la prime ; par l'assuré à SMI en ce qui concerne le règlement de la prestation).

Etendue territoriale

Les garanties visées à la présente notice ne vous sont acquises que si vous exercez votre activité en France (départements et collectivités d'outre-mer compris).
Les garanties frais de santé souscrites s'étendent aux accidents et maladies survenus à l'étranger lorsque le régime obligatoire du bénéficiaire s'applique et que les séjours en dehors du territoire français ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes.

Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, la garantie qui vous est accordée par la mutuelle est nulle, dès lors que cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.
Les cotisations acquittées demeurent acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Contrôle

SMI se réserve le droit, avant ou après le paiement des prestations, de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande de prestations au titre du présent règlement. En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la mutuelle.

Informatique et Libertés

Conformément à la loi Informatiques et libertés du 6 Janvier 1978 modifiée, vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la mutuelle. Vous pouvez exercer ce droit d'accès et de rectification en vous adressant à SMI – 2 Rue de Laborde CS 40041 – 75374 PARIS Cedex 08.

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier de prestations ou d'assistance sont destinées à mettre en œuvre les garanties auxquelles le bénéficiaire peut prétendre.
Ces informations sont uniquement transmises par la mutuelle aux prestataires sollicités dans l'organisation de la gestion des prestations.

Médiation

La SMI a fait le choix d'utiliser les services du médiateur de la FNMF (Fédération nationale de la mutualité française).
FNMF - Service médiation
255 rue Vaugirard 75719 PARIS CEDEX 15
E-mail : mediation@mutualite.fr
Le médiateur peut être saisi soit par l'adhérent ou son ayant droit après épuisement des procédures internes et seulement si aucune action contentieuse n'a été engagée.

Subrogation

Conformément à l'article L.224-9 du code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la mutuelle est subrogée de plein droit dans vos droits et actions ou dans ceux de vos ayants droit contre les tiers responsables. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégralité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Contrôle

La mutuelle est soumise au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (61 rue Taitbout - 75009 Paris).

Révision des cotisations

Les cotisations sont réévaluées à chaque échéance annuelle en fonction des résultats techniques, des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes.
En cas de modifications des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale entraînant une modification de tout ou partie des engagements de SMI, les cotisations seront révisées à compter de la date d'application par la Sécurité sociale des dispositions et / ou bases de remboursements nouvelles.

Défaut de paiement

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, les garanties sont suspendues trente jours après la mise en demeure de l'adhérent restée infructueuse. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.
La mutuelle peut résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours précités.
Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.
Dans le cas où ont été payées à la mutuelle les cotisations ou fractions de cotisations dues ainsi que les éventuels frais de poursuites et de recouvrement, les garanties non résiliées reprennent leurs effets pour l'avenir à midi le lendemain du jour auquel a été réalisé le paiement.

Réclamation

Toute réclamation peut être adressée à SMI :

- par courrier : à l'attention du service qualité ;
- par internet : www.mutuelle-smi.com ;
- par téléphone : au numéro de téléphone indiqué sur votre attestation de tiers payant.



UNASSEP - SMI 264 - Décembre 2025 - Document non contractuel - Crédit photo : iStock

PARIS - LYON - CAYENNE | **www.mutuelle-smi.com**

Document à caractère informatif

smi
MUTUELLE
Santé | Prévoyance

SMI, mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité - Siren 784669954 - Agréée pour les branches 1, 2, 20 et 21
Siège social : Cœur Défense - Tour A - 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle - 92931 Paris La Défense Cedex