

HOSPITALISATION

Pensez à la prévoyance Prévoir'Hospitalisation** et Prévoir'Accidents**

Assurance maladie
obligatoire
Sur la base du TBSS



ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE + MUTUELLE SMH

HOSPITALISATION DANS DES ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER ¹	/	intégral illimité	intégral illimité	intégral illimité	intégral illimité	intégral illimité
---	---	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

FRAIS DE SÉJOUR

Médecine - chirurgie	80%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Établissements spécialisés	80%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Maisons de repos	80%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Participation forfaitaire de l'assuré (forfait patient) ²	/	intégral	intégral	intégral	intégral	intégral

HONORAIRES (DANS LE CADRE D'UNE HOSPITALISATION EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS HOSPITALIER PUBLIC OU PRIVÉ)

Actes techniques médicaux						
• médecins ayant adhéré aux DPTAM	80% ou 100%	100% BRSS	125% BRSS	130% BRSS	145% BRSS	180% BRSS
• médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM	80% ou 100%	100% BRSS	105% BRSS	110% BRSS	125% BRSS	160% BRSS
Actes d'anesthésie et de chirurgie³						
• médecins ayant adhéré aux DPTAM	80% ou 100%	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	170% BRSS	180% BRSS
• médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM	80% ou 100%	100% BRSS	105% BRSS	130% BRSS	150% BRSS	160% BRSS

CHAMBRE PARTICULIÈRE⁴

Médecine chirurgie dans la limite des frais engagés (50 jours par année civile)	/	/	/	AVEC nuitée : 35€/jour SANS nuitée : 20€/jour	AVEC nuitée : 55€/jour SANS nuitée : 25€/jour	AVEC nuitée : 70€/jour SANS nuitée : 25€/jour
Long séjour dont psychiatrie et établissements spécialisés dans la limite des frais engagés (30 jours par année civile)	/	/	/	16€/jour	16€/jour	16€/jour
Frais accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans ⁴ Frais de repas + nuit de l'accompagnant	/	/	/	remboursement intégral	remboursement intégral	remboursement intégral
FRAIS DE TRANSPORT (AMBULANCE, TAXI)	55%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

HOSPITALISATION DANS DES ÉTABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS

Cliniques non conventionnées : Prestation forfaitaire mutuelle SMH (jusque 60 jours par année civile)	/	/	/	/	12,20€/jour	12,20€/jour
Maisons de santé non conventionnées : Prestation forfaitaire mutuelle SMH (jusque 60 jours par année civile)	/	/	/	/	9,15€/jour	9,15€/jour

MATERNITÉ

Actes d'anesthésie et obstétrique³						
• médecins ayant adhéré aux DPTAM	100%	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	170% BRSS	180% BRSS
• médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM	100%	100% BRSS	105% BRSS	130% BRSS	150% BRSS	160% BRSS
Chambre particulière maternité⁴ dans la limite des frais engagés	/	/	/	35€/jour	55€/jour	70€/jour
Accompagnement maternité, les + SMH : amniocentèse non remboursée mais prescrite médicalement, thalassothérapie jeune maman en établissement de cure ⁵ , participation frais médicaux Fécondation In Vitro (FIV) non pris en charge Sécurité sociale	/	/	/	jusque 50€ par année civile	jusque 77€ par année civile	jusque 100€ par année civile
Allocation naissance ou adoption	/	/	/	/	100€ ⁶	150€ ⁶
Inscription nouveau-né	/	Cotisation offerte dans le mois de naissance				

TBSS : Tarif de Base de Remboursement Sécurité sociale. Il s'agit du tarif qui sert à définir la Base de remboursement du régime obligatoire. Il peut s'agir du tarif de convention pour les médecins, du Tarif Forfaitaire de Responsabilité pour la pharmacie, du tarif de responsabilité de la caisse pour les frais d'hospitalisation. **Le taux de remboursement AMO** (Assurance maladie obligatoire) est donné à titre indicatif, il peut varier et atteindre le 100% pour certains soins. **BRSS :** Base de Remboursement Sécurité sociale. **DPTAM :** Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée, prévus par la convention nationale. **1.** Le forfait journalier hospitalier est versé sans limitation de durée, dans la limite des frais réels, pour les séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY), facturés par les établissements hospitaliers. **2.** Participation forfaitaire applicable pour les actes lourds. **3.** Participation en fonction du tarif de base de remboursement Sécurité sociale selon taux SMH en vigueur dans le cadre du parcours de soins. **Hors parcours de soins :** la majoration de participation de l'assuré, les dépassements d'honoraires, ne sont pas pris en charge par la mutuelle. **4.** Ne sont pas compris les suppléments personnels (TV, Téléphone, services de conciergerie...). La chambre particulière peut être prise en charge par la mutuelle dans le respect des conditions du décret 2019-719 rappelées ci-après : Il n'y a pas facturation de la chambre particulière lorsque l'installation dans une chambre particulière, relève d'un isolement sur prescription médicale. L'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, en cas d'hospitalisation peut donner lieu à facturation pour chaque journée où le patient bénéficie de cette prestation, y compris le jour de sortie. Ce jour de sortie n'est toutefois pas facturé en cas de décès du patient au cours de son séjour à l'hôpital, ou lorsque le patient est transféré vers un autre établissement de santé. La facturation d'une chambre particulière est interdite pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue. **5.** Prestation thalassothérapie jeune maman en établissement de cure thermale (non cumulable avec la prestation cure). **6.** Le versement de l'allocation est conditionné par l'inscription de l'enfant en tant que bénéficiaire dans les deux mois qui suivent la naissance avec inscription à la date de naissance.

* En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge : la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale, les majorations de participation visées aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du même code. ** Contrats garantis par Solimut Mutuelle de France relevant du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°383 143 617.

DENTAIRE

 Assurance maladie obligatoire
Sur la base du TBSS

PRIMO
ESSENTIELLE
NUANCE
INTÉGRALE
POLYGONE
ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE + MUTUELLE SMH

DENTAIRE AVEC PARTICIPATION ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

SOINS DENTAIRES ET ACTES INLAY-ONLAY (INO)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
---	-----	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ

Prothèses 100% santé¹ y compris inlay-core ou RACO (ICO)¹	60%	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
--	-----	---------	---------	---------	---------	---------

ORTHODONTIE	60% ou 100%	100% BRSS	100% BRSS	194% BRSS	252% BRSS	263% BRSS
--------------------	-------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

PROTHÈSES À TARIFS MAÎTRISÉS²

Prothèses dentaires du panier de soins³	60%	100% BRSS	156% BRSS dans la limite du plafond annuel	212% BRSS dans la limite du plafond annuel	286% BRSS dans la limite du plafond annuel	286% BRSS dans la limite du plafond annuel
Inlay-core (IC1) du panier de soins³	60%	100% BRSS	156% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel

PROTHÈSES À TARIFS LIBRES²

Prothèses dentaires du panier de soins	60%	100% BRSS	156% BRSS dans la limite du plafond annuel	212% BRSS dans la limite du plafond annuel	286% BRSS dans la limite du plafond annuel	286% BRSS dans la limite du plafond annuel
Inlay-core (ICO) du panier de soins	60%	100% BRSS		180% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel
Prothèses fixes céramiques (panier de soins à tarifs libres) PFC sur dents visibles : incisives, canines et prémolaires	60%	100% BRSS		212% BRSS dans la limite du plafond annuel	286% BRSS dans la limite du plafond annuel	342% BRSS dans la limite du plafond annuel
Prothèses dentaires amovibles (PAM et PAR)	60%	100% BRSS				295% BRSS dans la limite du plafond annuel

POSE D'UNE COURONNE DENTAIRE IMPLANTOPORTÉE² (IMP)	60%	100% BRSS	100% BRSS + 37,8€	100% BRSS + 75,6€	100% BRSS + 126€	100% BRSS + 163,8€
--	-----	-----------	-------------------	-------------------	------------------	--------------------

PLAFOND ANNUEL⁴	/	/	600€	900€	1 300€	1 400€
-----------------------------------	---	---	------	------	--------	--------

DENTAIRE SANS PARTICIPATION ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE²

Pose d'un implant	/	/	/	105 €	131,25 €	210€ (pour implant ou chirurgie parodontale)
Bonification implantologie²	/	/	/	/	+375€ la 2 ^{ème} année soit 500€	+375€ la 2 ^{ème} année soit 575€
Orthodontie ou occlusodontie	/	/	/	/	/	150€ par année civile

PARODONTOLOGIE

Bilan Parodontal	/	/	70€	70€	70€	70€
Surfaçage radiculaire sur un sextant	/	/	115€	115€	115€	115€
Maintenance parodontale	/	/	70€	70€	70€	70€

TBSS : Tarif de Base de Remboursement Sécurité sociale. Il s'agit du tarif qui sert à définir la Base de remboursement du régime obligatoire. Il peut s'agir du tarif de convention pour les médecins, du Tarif Forfaitaire de Responsabilité pour la pharmacie, du tarif de responsabilité de la caisse pour les frais d'hospitalisation. **Le taux de remboursement AMO** (Assurance maladie obligatoire) est donné à titre indicatif, il peut varier et atteindre le 100% pour certains soins. **BRSS** : Base de Remboursement Sécurité sociale. **FR** : Frais réels. **1.** La prestation "prothèse dentaire 100% santé y compris inlay-core" est accordée pour les actes mentionnés à l'arrêté du 24 mai 2019 relatif aux soins prothétiques, plafonnée aux prix limites de facturation. **2.** Le plafond annuel prothèse dentaire est calculé de date à date, il s'applique à la prestation supplémentaire à la BRSS pour les prestations prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale et à la prestation inlay-core (ICO) du panier de soins à tarifs maîtrisés et à tarifs libres, au forfait pose d'une couronne dentaire implantoportée et à la prestation bonification implantologie. La prestation bonification implantologie est versée pour les soins effectués après 12 mois d'adhésion dans la formule intégrale ou polygone. Le forfait pose d'un implant et la bonification implantologie sont accordés par année de date à date. **3.** Tels que définis réglementairement, les soins à tarifs maîtrisés sont pris en charge dans la limite des honoraires de limites de facturation. **4.** Applicable pour les dépassements et forfaits prothèses dentaires et actes inlay cores² pour les prothèses dentaires du panier de soins à tarifs libres ou maîtrisés. * En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge : la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale, les majorations de participation visées aux articles L.162 5-3 et L.161-36-2 du même code.

SOINS COURANTS

 Assurance maladie
obligatoire
Sur la base du TBSS

PRIMO

ESSENTIELLE

NUANCE

INTÉGRALE

POLYONE

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE + MUTUELLE SMH
SOINS COURANTS - PARCOURS DE SOINS¹
HONORAIRES MÉDICAUX

Généralistes : consultations, visites	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Spécialistes : consultations, visites, actes techniques médicaux						
• médecins ayant adhéré aux DPTAM	70%	100% BRSS	125% BRSS	130% BRSS	145% BRSS	180% BRSS
• médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM	70%	100% BRSS	105% BRSS	110% BRSS	125% BRSS	160% BRSS
Actes de chirurgie, actes d'anesthésie :						
• médecins ayant adhéré aux DPTAM	70%	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	170% BRSS	180% BRSS
• médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM	70%	100% BRSS	105% BRSS	130% BRSS	150% BRSS	160% BRSS
Radiologie	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Actes d'imagerie (ADI)	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Actes d'échographie (ADE)	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Participation forfaitaire de l'assuré (forfait patient) ²	/	intégral	intégral	intégral	intégral	intégral

MÉDICAMENTS

Médicaments à service médical rendu important	65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu modéré	30%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu faible	15%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Actes auxiliaires médicaux (soins et indemnités de déplacement)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
---	-----	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Séances psychologie³	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
--	-----	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Analyses et examens de laboratoire	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
---	-----	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

MATÉRIEL MÉDICAL

Prothèses : mammaires, oculaires, capillaires...	60% ou 100%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 25% des frais réels engagés	100% BRSS + 35% des frais réels engagés	100% BRSS + 35% des frais réels engagés
Appareillages médicaux inscrits à la LPP⁴ : seringues, pansements, ceinture de maintien et bas à varices...	60% ou 100%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 25% des frais réels engagés	100% BRSS + 35% des frais réels engagés	100% BRSS + 35% des frais réels engagés
Bandelettes d'analyses pour diabétiques et appareils pour stomisés	100%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 25% des frais engagés restant à charge	100% BRSS + 50% des frais engagés restant à charge	100% BRSS + 50% des frais engagés restant à charge
Semelles orthopédiques⁵	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 25% des frais réels engagés	100% BRSS + 50% des frais réels engagés	100% BRSS + 50% des frais réels engagés

TBSS : Tarif de Base de Remboursement Sécurité sociale. Il s'agit du tarif qui sert à définir la Base de remboursement du régime obligatoire. Il peut s'agir du tarif de convention pour les médecins, du Tarif Forfaitaire de Responsabilité pour la pharmacie, du tarif de responsabilité de la caisse pour les frais d'hospitalisation. **Le taux de remboursement AMO** (Assurance maladie obligatoire) est donné à titre indicatif, il peut varier et atteindre le 100% pour certains soins. **BRSS** : Base de Remboursement Sécurité sociale. **DPTAM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée, prévus par la convention nationale. **1.** Participation en fonction du tarif de base de remboursement Sécurité sociale selon taux SMH en vigueur dans le cadre du parcours de soins. Hors parcours de soins : la majoration de participation de l'assuré, les dépassements d'honoraires, ne sont pas pris en charge par la mutuelle. **2.** Participation forfaitaire applicable pour les actes lourds. **3.** Séance psychologie suivie chez un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie sur la base d'une prescription médicale. Forfait limité à 8 séances renouvelable chaque année sur prescription médicale. **4.** LPP : Liste des Produits et Prestations (disponible sur www.ameli.fr). **5.** Versement de 25 ou 50% des frais engagés pour les semelles orthopédiques, adulte une fois par année civile ; enfants : de moins de 12 ans nombre illimité, de 12 à 16 ans deux fois par année civile.

* En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge : la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale, les majorations de participation visées aux articles L.162 5-3 et L.161-36-2 du même code.

OPTIQUE¹

LUNETTES prises en charge par la Sécurité sociale

 Assurance maladie obligatoire
Sur la base du TBSS

PRIMO
ESSENTIELLE
NUANCE
INTÉGRALE
POLYGONE
ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE + MUTUELLE SMH
ÉQUIPEMENT OPTIQUE CLASSE A (VERRES ET MONTURE) 100% SANTÉ² OU RAC ZÉRO

Verres, Monture	60%	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
-----------------	-----	---------	---------	---------	---------	---------

AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES À TARIFS LIBRES³ CLASSE B

VERRES, MONTURE	60%	100% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS
+ Forfait monture ⁴	/	/	20€	40€	65€	95€
+ Forfait verres simples, par verre ⁴	/	/	30€	40€	60€	70€
+ Forfait verres complexes, par verre ⁴	/	/	90€	90€	110€	130€
+ Forfait verres très complexes, par verre ⁴	/	/	90€	105€	130€	150€

SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUES

Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Appariage de verres d'indice de réfraction différents (non remboursable par l'AMO pour les verres de classe B)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Supplément pour verres avec filtres	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséïconiques)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

LENTILLES

Prises en charge par la Sécurité sociale	60%	100% BRSS	100% BRSS + 100€	100% BRSS + 150€	100% BRSS + 200€	100% BRSS + 300€
OU Non prises en charge par la Sécurité sociale inscrites à la LPP ⁵ (y compris forfait adaptation)	/	/	30€	50€	100€	140€

CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Forfait non cumulable avec la prestation lunettes et lentilles	/	/	/	100€/œil	150€/œil	250€/œil
---	---	---	---	----------	----------	----------

BASSE VISION

Forfait basse vision	/	/	/	/	/	/
-----------------------------	---	---	---	---	---	---

TBSS : Tarif de Base de Remboursement Sécurité sociale. Il s'agit du tarif qui sert à définir la Base de remboursement du régime obligatoire. Il peut s'agir du tarif de convention pour les médecins, du Tarif Forfaitaire de Responsabilité pour la pharmacie, du tarif de responsabilité de la caisse pour les frais d'hospitalisation. **Le taux de remboursement AMO** (Assurance maladie obligatoire) est donné à titre indicatif, il peut varier et atteindre le 100% pour certains soins. **BRSS** : Base de Remboursement Sécurité sociale. **FR** : Frais réels. **RAC Zéro** : Reste à charge nul après prise en charge AMO (Assurance Maladie Obligatoire) + mutuelle dans la limite des équipements définis par la législation et du Prix Limite de Vente fixé pour ces dits équipements. **1.** La prise en charge optique concerne les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans à compter de la date de délivrance de l'équipement, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, (selon les conditions de renouvellement anticipé des équipements d'optique prévues par l'arrêté du 3 décembre 2019 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestation associées) notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans. Le forfait lentilles s'entend par année et par bénéficiaire. **2.** Tels que définis règlementairement, plafonné aux prix limites de vente optique. **3.** Tarifs libres pratiqués par les professionnels de santé. **4.** Ces montants intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique. **5.** LPP : Liste des Produits et Prestations (disponible sur www.ameli.fr).

* En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge : la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale, les majorations de participation visées aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du même code.

En adhérant à la SMH bénéficiez des avantages de nos réseaux MDGOSS et KALIXIA
Tiers payant, remises, prix justes, qualité de service...

Retrouvez le centre optique du nouveau réseau ÉCOUTER VOIR, le plus proche de chez vous
sur notre site www.smh.fr / Centres mutualistes



AUDITION

Assurance maladie
obligatoire
Sur la base du TBSS



ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE + MUTUELLE SMH

AIDES AUDITIVES¹

EQUIPEMENT 100% SANTÉ OU RAC ZÉRO

Aides auditives (audioprothèse de classe I)	60%	100% FR ²	100% FR ²	100% FR ²	100% FR ²	100% FR ²
---	-----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

AUTRES AIDES AUDITIVES³

Audioprothèses - Équipements de classe II	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 200€/appareil ³	100% BRSS + 400€/appareil ³	100% BRSS + 500€/appareil ³
Piles (PIL), et autres Accessoires (APA) (entretien, réparation)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 50€ par an ⁴	100% BRSS + 77€ par an ⁴	100% BRSS + 77€ par an ⁴

CURE THERMALE

Assurance maladie
obligatoire
Sur la base du TBSS



ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE + MUTUELLE SMH

CURE THERMALE

Frais de surveillance médicale	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Frais de traitement thermal (y compris hébergement si participation Sécurité sociale)	65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Pratiques médicales complémentaires	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Frais de déplacement (si participation Sécurité sociale)	55%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Forfait cure thermale	/	/	/	50€/cure	77€/cure	100€/cure

RAC zéro : Reste à charge nul après prise en charge AMO (Assurance Maladie Obligatoire) + mutuelle dans la limite des équipements définis par la législation et du Prix Limite de Vente fixé pour ces dits équipements. **TBSS** : Tarif de Base de Remboursement Sécurité sociale : il s'agit du tarif qui sert à définir la Base de remboursement du régime obligatoire. Il peut s'agir de convention pour les médecins, du Tarif Forfaitaire de Responsabilité pour la pharmacie, du tarif de responsabilité de la caisse pour les frais d'hospitalisation. **Le taux de remboursement AMO** (Assurance maladie obligatoire) est donné à titre indicatif, il peut varier atteindre le 100% pour certains soins. **BRSS** : Base de Remboursement Sécurité sociale. **1.** Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives est prévu tous les 4 ans (à compter de la date d'acquisition du premier équipement), dans les conditions prévues à la LPP (Liste des Produits et Prestations). Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaire. **2.** Tels que définis réglementairement, plafonné aux prix limites de vente des équipements auditifs de classe I **3.** La prise en charge de la mutuelle est effectuée dans les limites du respect des PLV (prix limite de vente)- montant maximum remboursé AMO+AMC plafonné à 1700€ par aide auditive, prestation forfaitaire par appareil tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition du dernier équipement. **4.** Prestation forfaitaire calculée de date à date.

* En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge : la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale, les majorations de participation visées aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du même code.

Action sociale & prévention

 Assurance maladie obligatoire
Sur la base du TBSS

PRIMO
ESSENTIELLE
NUANCE
INTÉGRALE
POLYGONE
ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE + MUTUELLE SMH

PRESTATIONS PRÉVENTION DANS LE CADRE DES CONTRATS RESPONSABLES¹

Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale (taux de remboursement selon acte pris en charge)	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
	65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

PACK PRÉVENTION²

Vaccins prescrits, mais non remboursés par la Sécurité sociale	/	/	/	30% des frais engagés	40% des frais engagés	40% des frais engagés
Contraceptifs féminins non remboursés par le régime obligatoire (Pilule, stérilet, patch ou implant contraceptif)	/	/	/	30% des frais engagés	40% des frais engagés	40% des frais engagés
Ostéodensitométrie non remboursée	/	/	/	30% du TBSS selon tarif ADI reconnu par la Sécurité sociale pour cet acte	30% du TBSS selon tarif ADI reconnu par la Sécurité sociale pour cet acte	30% du TBSS selon tarif ADI reconnu par la Sécurité sociale pour cet acte
Séances de psychomotricité	/	/	/	30% des frais engagés	40% des frais engagés	40% des frais engagés

PACK SANTÉ BIEN VIVRE³

Vous choisissez en fonction de vos besoins de santé de bénéficier de votre enveloppe pour une ou plusieurs lignes de dépenses indiquées ci-contre dans la limite de votre enveloppe annuelle par bénéficiaire.	/	/	/	Jusque 50€ par année civile	Jusque 90€ par année civile	Jusque 120€ par année civile
	/	/	/	Actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie, d'acupuncture, digito puncture, sophrologie, diététique, psychologue. Sur prescription médicale : pédicurie podologie, hypnose médicale, acide hyaluronique pour infiltrations, PRP.		

ACTION SOCIALE

Service d'Assistance Santé à domicile**	/	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Cotisations minorées selon ressources (à partir de 31 ans)	/	/	/	/	Oui	/
Permanence SAAS (Service Aide Administratif SMH)	/	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Abonnement revue VIVA (Trimestriel) Actualité de la Santé, du Social et de la Mutualité	/	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

PRESTATIONS SOLIDARITÉ

Aides exceptionnelles ⁴	/	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Allocation décès	/	/	/	/	450€	600€
Allocations journalières pour perte de salaire en cas de maladie (Plus d'explications en page 7)	/	/	/	20% du traitement de base indiciaire pour les agents de la fonction publique hospitalière ⁵	35% du traitement de base indiciaire pour les agents de la fonction publique hospitalière ⁵	40% du traitement de base indiciaire pour les agents de la fonction publique hospitalière ⁵

TBSS : Tarif de Base de Remboursement Sécurité sociale : il s'agit du tarif qui sert à définir la Base de remboursement du régime obligatoire. Il peut s'agir du tarif de convention pour les médecins, du Tarif Forfaitaire de Responsabilité pour la pharmacie, du tarif de responsabilité de la caisse pour les frais d'hospitalisation. **Le taux de remboursement AMO** (Assurance Maladie Obligatoire) est donné à titre indicatif, il peut varier et atteindre le 100% pour certains soins. **BRSS** : Base de Remboursement Sécurité sociale. **1.** Participation en fonction du tarif de base de remboursement Sécurité sociale selon taux SMH en vigueur dans le cadre du parcours de soins. Hors parcours de soins : la majoration de participation de l'assuré, les dépassements d'honoraires, ne sont pas pris en charge par la mutuelle. **2.** Dépenses préventives non remboursées par la Sécurité sociale, mais prescrites médicalement. **3.** Soins complémentaires non pris en charge par la Sécurité sociale, ou dépassement d'honoraires sur les actes de pédicurie pris en charge par le régime obligatoire. **4.** Aides exceptionnelles allouées par la CAE [Commission des Aides Exceptionnelles] selon règlement intérieur de la commission. **5.** Jusqu'au 31/12/2019 pour les adhésions avant le 50^{ème} anniversaire après un an d'adhésion et selon modalités définies à l'article 44 du règlement mutualiste. Pour les adhésions à compter du 01/01/2020 pour les adhésions avant le 55^{ème} anniversaire après un an d'adhésion et selon modalités définies à l'article 44 du règlement mutualiste.

* En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge : la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale, les majorations de participation visées aux articles L.162 5-3 et L.161-36-2 du même code. ** Les garanties d'assistance sont assurées par FILASSISTANCE notice assistance disponible sur www.smh.fr

Allocations journalières* spécificité Fonction Publique Hospitalière

La SMH complète vos revenus, parce que personne ne choisit d'être plus ou moins malade !

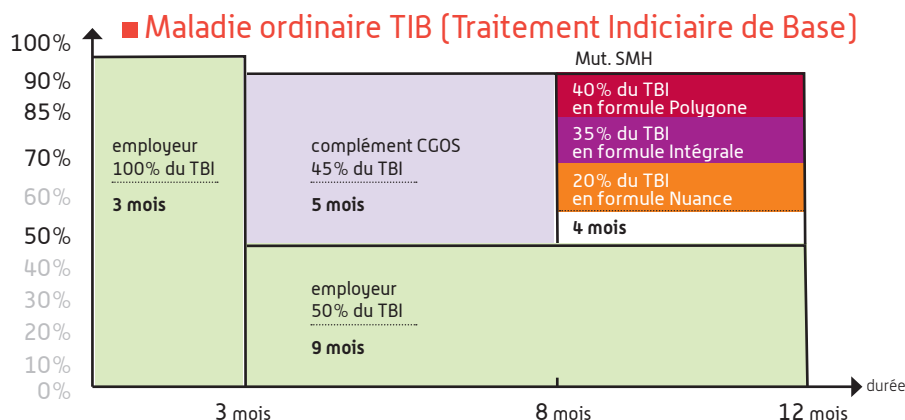
Les agents statutaires de la fonction publique hospitalière bénéficient d'une prise en charge totale ou partielle de leur traitement en cas d'arrêt maladie. La SMH vient compenser la perte de revenus après participation du CGOS, consécutive à un arrêt maladie. Cette prestation est incluse dans la cotisation mensuelle. Le montant de cette garantie est calculé sur la base du traitement indiciaire précédent l'arrêt de travail.

Nuance à la hauteur de 70% de votre TIB

Intégrale à la hauteur de 85% de votre TIB

Polygone à la hauteur de 90% de votre TIB

Exemple agent de la fonction publique hospitalière titulaire

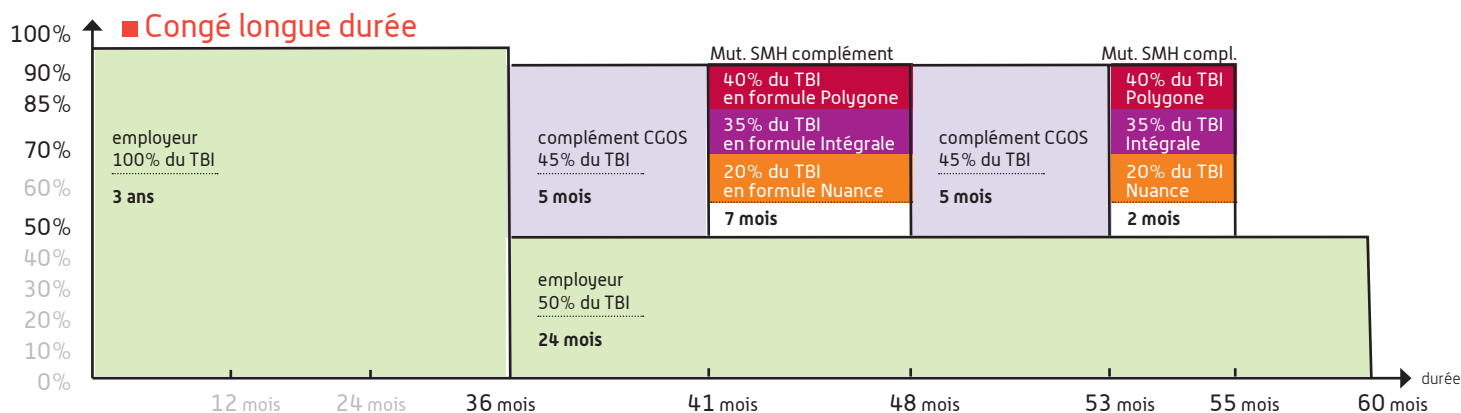
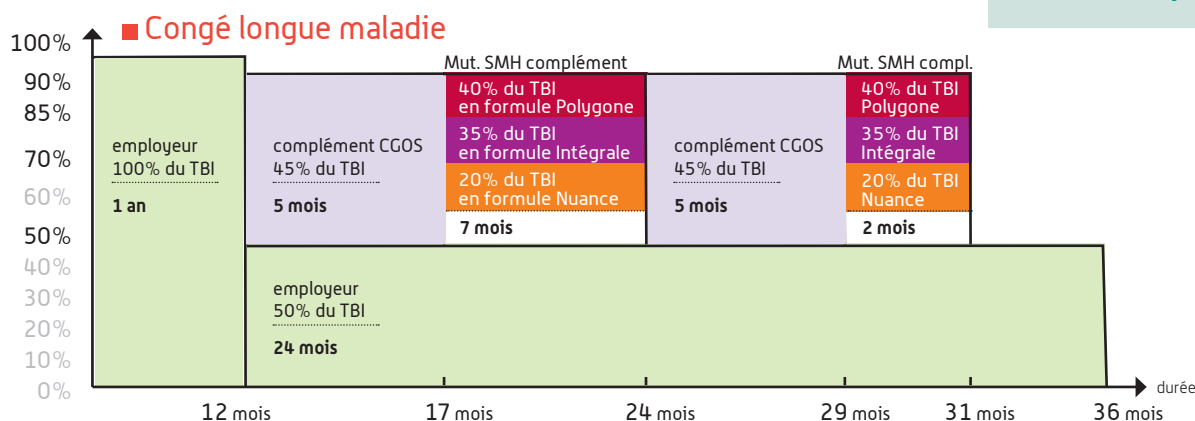


*** Versement d'allocations journalières pour les adhérents :**

- > agents de la Fonction Publique Hospitalière (Titulaire, Stagiaire, Contractuel) indemnisés par le CGOS en cas d'arrêt maladie,
- > ayant souscrit **avant 55 ans à compter du 01/01/2020** en formule Nuance, Intégrale ou Polygone,
- > après 1 an d'adhésion.

Complément sur le TIB (Traitement Indiciaire de Base) dans la limite de 700€/mois pour un équivalent temps plein.

Pour connaître nos conditions en vigueur et celles applicables aux adhésions avant le 01/01/2020, voir article 44 de notre règlement mutualiste sur www.smh.fr



Document non contractuel, pour toutes informations complémentaires sur les garanties, se référer au règlement mutualiste.

La SMH propose des garanties établies dans le cadre du contrat responsable et solidaire. La participation de la SMH au-delà du tarif de base de remboursement Sécurité sociale n'est possible que dans le cadre du parcours de soins, ou des soins en accès direct.

En application de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale,
- les majorations de participation visées aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du même code,
- les dépassements d'honoraires sur les actes et consultations visés au 18° de l'article L.162-5 dudit code.

En application de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale, la mutuelle prend en charge les prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et aux prescriptions de celui-ci ainsi qu'au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires dans la liste fixée par arrêté ministériel.