

51^e ASSEMBLÉE GÉNÉRALE,

L'année 2016 a été à plus d'un titre, une année de défis.

Rapport d'Activité du Conseil d'Administration SMH 12 mai 2017.
Maryline Madré - Secrétaire Générale - Extraits

Le premier défi : LA RÉFORME DE SOLVABILITÉ II

Depuis le 1^{er} janvier 2016, le secteur de la Santé a basculé dans l'ère Solvabilité II. Elle impose de nouvelles exigences prudentielles aux organismes assureurs et fixe les règles concernant directement le mode de gouvernance des mutuelles.

Les évolutions réglementaires ont profondément modifié notre manière de travailler, elle a exigé beaucoup d'efforts nécessitant de gros chantiers de mise en conformité.

Exigence en capital car plus l'environnement est difficile, plus les exigences prudentielles sont fortes mobilisant des fonds propres toujours plus importants, exigence en reporting quantitatifs et narratifs trimestriels et annuels, exigence en gouvernance...

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), parle de compétence individuelle et collective du Conseil d'Administration. Les administrateurs ont ainsi l'obligation de suivre des formations spécifiques.

Autre défi de taille : LE DÉVELOPPEMENT DU COLLECTIF

Au 1^{er} janvier 2016, entré en application la loi sur la généralisation de la complémentaire santé en entreprises avec la mise en place des contrats "responsables" et "solidaires".

Nous constatons que cette transformation imposée au monde des mutuelles se passe "en douceur" loin de la révolution annoncée tout au moins en ce qui nous concerne.

Toutefois, cette réforme nécessaire mais insuffisante a entraîné quelques effets pervers comme la segmentation des dispositifs, le nombre important des exclus de cette réforme (les chômeurs, les retraités, les fonctionnaires, les indépendants...)

Notre mutuelle au travers de la création de l'UMG Solimut que vous avez souhaité, nous accompagne dans ces évolutions, ce fut un choix essentiel pour notre avenir permettant à la SMH de se mobiliser et de s'affirmer dans le paysage mutualiste auprès des entreprises.



Les défis sont encore nombreux, nous devons poursuivre nos efforts sur chacune de nos orientations.

Dans un contexte bouleversé par l'économie collaborative et le numérique, les besoins des adhérents ont profondément évolué, même si parfois cette révolution peut s'accompagner d'effets délétères, elle peut aussi ouvrir des portes et dessiner les contours d'un monde plus ouvert, plus solidaire.

Nous devons être capables d'y répondre, cependant nous devons rester vigilants, garder une vision stratégique et continuer notre travail de proximité.

ÉLECTIONS DES DÉLÉGUÉS 2018-2022



À VOTRE TOUR !

Et si vous aussi, vous participiez aux travaux des Assemblées générales ! L'occasion d'échanger, de prendre la parole, de voter ! Présentez votre candidature au poste de délégué avant le 4 Janvier 2018. Rendez-vous pour les détails dans votre lettre trimestrielle Infos santé de Décembre 2017, joint au magazine Viva.

CONSULTATION STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ 2018-2022 (novembre 2017)

Comme pour celle de 2013, la consultation proposée par notre ministre de la santé ne s'accompagne d'aucune mesure d'accompagnement chiffré.

Nous ne pouvons pas rester muets et nous tenons à nous exprimer sur ce qui nous semble scandaleux !

La feuille de route du ministère reste une profession de foi parmi tant d'autres, ne relatant que des situations sans solutions et sans financements.

Il est urgent d'apporter des réponses d'accès aux soins dans des bassins de vie précaires souvent confrontés aux déserts médicaux.

L'hôpital public est le premier lieu d'accueil des soins de premier recours de la population.

Sous couvert de mieux organiser les soins, l'accès aux urgences va devenir difficile pour les usagers, par une incitation à transiter via des maisons médicales moyennant paiement.

Ce n'est pas ce qui est relevé dans la stratégie nationale de santé, rien n'est réglé et les problématiques de terrain sont passées sous silence.

LA SOUFFRANCE À L'HÔPITAL, C'EST UNE RÉALITÉ QUI RÈGNE DEPUIS DES ANNÉES.



Si est évoqué le thème "prendre soin de ceux qui soignent", aucune allusion n'est faite sur la souffrance actuelle des soignants !

Au nom d'une meilleure organisation, les agents hospitaliers sont mobilisés, sollicités et réquisitionnés à tour de rôle !

La souffrance à l'hôpital c'est une réalité qui règne depuis des années.

Comment Madame la ministre va-t-elle mettre en place les grandes lignes de cette stratégie sans tenir compte du problème de fond ?

Nos politiques publiques mises en place le sont à nouveau sur des critères purement économiques et non humains !

LA SANTÉ EST UN DROIT

POUR UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ACCESSIBLE À TOUTES ET TOUS, MOBILISONS-NOUS ET SUPPRIMONS LES TAXES SUR LES MUTUELLES !

Solimut est un regroupement de mutuelles (toutes adhérentes à la Fédération des Mutuelles de France). L'Assemblée Générale a entériné l'adhésion de la SMH.

De nombreuses mutuelles se voient dans l'obligation d'augmenter leurs cotisations du fait de décisions politiques prises en 2016 et 2017. Cela va rendre encore plus difficile l'accès à une mutuelle, alors que **plus de 4 millions de personnes ne bénéficient d'aucune couverture en complémentaire santé aujourd'hui.**

Certaines des mesures détaillées ci-dessous vont dans le bon sens, notamment quand elles permettent la valorisation des actions de prévention, quand elles permettent d'avancer vers des tarifs opposables publics pour certains soins ou quand elles favorisent un meilleur accès aux traitements. Pour autant, elles représentent des dépenses supplémentaires pour les patients et donc pour les mutuelles. Ajoutées aux nouveaux transferts de charges vers les malades et aux taxes, ces mesures nouvelles conduisent mécaniquement à une augmentation des cotisations mutualistes.

Plus de 4 millions de personnes ne bénéficient d'aucune couverture en complémentaire santé aujourd'hui



Les mutuelles doivent donc faire face à des hausses régulières de dépenses sur lesquelles elles ont peu de prise.

D'abord, l'évolution des dépenses de santé, qui augmentent entre 2,5 et 3 % par an. Ensuite, les transferts continus de charges du régime obligatoire vers les complémentaires.

Comme pour l'accroissement de leurs prestations, les mutuelles n'ont d'autre choix que de répercuter cette hausse sur les cotisations de leurs adhérents. Ce sont donc les ménages qui inéluctablement payent cette taxe. Les classes moyennes et populaires, les familles et les foyers les plus modestes sont ceux pour qui la charge est la plus lourde. Ce choix politique de renchérir le coût de l'assurance complémentaire santé est ainsi de nature à menacer l'accès aux soins de certains de nos concitoyens.

Supprimer les taxes sur les mutuelles, **c'est diminuer une cotisation de plus de 13 %.** C'est pourquoi, les Mutuelles de France demandent l'abandon des taxes sur la santé et une réforme profonde du financement de la protection sociale permettant de lui assurer les recettes justes et durables à la hauteur des besoins. Les mutuelles, et en premier lieu leurs adhérents, ne doivent pas être tributaires du retrait des pouvoirs publics dans le champ de la santé.

Face à tous ces constats, les Mutuelles de France souhaitent informer les adhérents, et plus largement l'opinion publique, sur les causes de ces augmentations de cotisation.

RENDEZ-VOUS TRÈS PROCHAINEMENT sur www.smh.fr

pour vous mobiliser pour la campagne organisée par les Mutuelles de France pour exiger la suppression de toutes les taxes sur la santé et ainsi permettre la baisse immédiate des cotisations mutualistes.

LA SANTÉ EST UN DROIT

Comme l'atteste la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), les mutuelles n'ont plus de marge pour absorber de nouvelles dépenses sans les répercuter sur les cotisations.

Plus de 13 % du montant des cotisations des adhérents sont reversés à l'État

sous forme de taxes (ce qui représente environ 1 mois et demi de cotisation). Les ressources des mutuelles étant constituées des cotisations des adhérents. Cette taxe est bien une taxation sur les adhérents, et donc indirectement sur leur santé.

Entre 2008 et 2013, les taxes frappant les organismes d'assurance maladie complémentaire ont été multipliées par 20¹. De plus, leur montant s'accroît mécaniquement avec l'augmentation des cotisations. Cette hausse de la taxation des mutuelles les transforme en perceptrices d'impôts et les prive de moyens pour développer une meilleure prise en charge des soins et donc un meilleur accès à la santé.

La politique de taxation menée par les gouvernements successifs témoigne d'une incompréhension de la structure mutualiste, solidaire et non lucrative. L'objet d'une mutuelle n'est pas de thésauriser. Il est ainsi étonnant que les structures mutualistes doivent s'acquitter d'une même taxe sur les bénéficiaires que des entreprises assurantielles capitalistiques.



1. Le taux de la taxe spéciale sur les activités d'assurance (TSA) portant sur les contrats solidaires et responsables d'assurance maladie complémentaire a été porté de 0 à 7 % entre 2009 et 2011. La taxe sur le chiffre d'affaires des complémentaires affectée au fonds de financement de la CMU est passée de 1,5 % à près de 7 % aujourd'hui. D'abord provisoire, cette taxe est devenue la source de financement principale du fonds CMU. De manière globale, les taxes sur les complémentaires sont passées de 1,75 % en 2005 à 13,27 % en 2012.

SUPPRESSION DU TIERS PAYANT GÉNÉRALISÉ

Il y a 1 an, nous vous informions de la généralisation du tiers-payant pour tous au 1^{er} Novembre 2017 ! Les professionnels de santé s'y étaient fortement opposés, mais la décision était prise.

En octobre, Agnès Buzyn cédait à la pression des syndicats de médecins, et annonçait :

1. son report ;
2. la dimension optionnelle de cette pratique, qui devait être obligatoire.

“ Le tiers payant généralisé est pourtant un outil précieux dans la lutte contre le renoncement aux soins pour raisons financières. En 2016, un quart des assurés sociaux ont renoncé à se faire soigner. Généraliser le tiers-payant, c'est leur permettre d'accéder à la santé. C'est pourquoi, depuis plus de 40 ans, les centres de santé mutualistes pratiquent le tiers payant. Conscients de l'enjeu, les Français sont près de 70 % à soutenir cette mesure. Seuls les médecins les plus libéraux semblent réfractaires à la généralisation de ce mécanisme sous des prétextes de complexité technique.

Pourtant, comme le souligne le rapport de l'Igas sur l'évaluation de la généralisation du tiers payant publié lundi 23 octobre, le tiers payant sur la part relevant de l'assurance maladie obligatoire fonctionne sans difficulté notable.

Pourquoi ne donc pas le généraliser immédiatement ?

Les complémentaires santé qui travaillent depuis plusieurs mois à rendre le tiers payant généralisable auront, elles-aussi, très prochainement relevé tous les défis techniques.

La Ministre de la Santé céderait-elle donc au chant des sirènes ? ”



LES DÉCISIONS IMPACTANT LES MUTUELLES, DONC LES ADHÉRENTS!

En 2018, la facture va être très lourde pour les patients car, à l'évolution tendancielle des dépenses de santé, s'ajouteront des mesures du PLFSS2 : la hausse du forfait journalier hospitalier + le coût des revalorisations des consultations des médecins + celui du forfait patientèle du médecin traitant + la rémunération des pharmaciens. C'est ainsi 400 millions d'euros supplémentaires liés à ces mesures qui devront être prises en charge par les organismes complémentaires en 2018.

AU TOTAL, C'EST PRESQUE 1 MILLIARD D'EUROS DE PLUS QUE LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES DEVRONT FINANCER EN 2018.

HAUSSE DES TARIFS CONSULTATION

La convention médicale signée en 2016 prévoyait un certain nombre de revalorisations du tarif des consultations des médecins.

- > Consultation de base chez le généraliste : + 2€ passant de 23 euros à 25 euros (01/05/17).
- > Création de nouvelles consultations complexes plus fortement rémunérées.
- > Augmentation de la consultation du spécialiste.

Ces mesures ont été prises pour satisfaire les revendications des syndicats de professionnels de santé, sans pour autant apporter des réponses à la crise de la médecine libérale, aux difficultés de la médecine de premier recours et à la désertification médicale. L'ensemble de ces mesures aura un coût de 73 millions d'euros pour les organismes complémentaires.

REVALORISATION DES RÉMUNÉRATIONS DES PHARMACIENS FINANCÉE EN PARTIE, PAR LES MUTUELLES

Pour diversifier les revenus des pharmaciens dans un contexte de baisse des prix des médicaments et étendre le rôle de conseil des pharmaciens, la convention des pharmaciens va mettre en place, dès janvier 2019, des honoraires de dispensation partiellement pris en charge par les mutuelles. Le coût devrait s'élever à 120 millions d'euros pour les organismes complémentaires sur la durée de la convention pharmacie. Les Mutuelles de France soutiennent la revalorisation des missions des pharmaciens qui sont une porte d'entrée vers l'accès aux soins et un relai de proximité. Néanmoins, l'accumulation de charges supplémentaires pour les mutuelles sans contrepartie finit par se répercuter sur les cotisations des adhérents.

RÈGLEMENT ARBITRAL DENTAIRE

Bien que la mise en œuvre du règlement arbitral dentaire ait été suspendue avec la réouverture de négociations, les mutuelles ont commencé à anticiper les effets à venir. C'était d'autant plus nécessaire que certaines revalorisations prendront effet dès 2018, notamment celles des soins pour les bénéficiaires de la CMU et de l'ACS.

Le règlement arbitral prévoit une revalorisation progressive (entre 2018 et 2021) des soins bucco-dentaires fréquents, comme le traitement d'une carie, en contrepartie d'une fixation de prix limites pour des soins prothétiques. Ces dispositions risquent d'évoluer avec la réouverture des négociations. Néanmoins, le surcoût global pour les organismes complémentaires était estimé à 150 millions d'euros sur 4 ans. Il semblerait que la négociation conventionnelle s'appuie sur le même principe de revalorisation des soins courants en contrepartie de plafonnement de tarifs de prothèses.

L'AUGMENTATION DU FORFAIT HOSPITALIER

L'augmentation de 2 euros du forfait hospitalier (2 € en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et 1,50 € en psychiatrie) représente une dépense supplémentaire de 200 millions d'euros pour les organismes complémentaires. Cette mesure a été justifiée par la Ministre comme un rattrapage de l'inflation arguant du fait que « les mutuelles ont probablement un peu de marge ». Certes, les mutuelles rembourseront le forfait hospitalier mais elles devront répercuter cette nouvelle dépense sur les cotisations. Ce sont bien les Français qui le financeront. Cette augmentation s'apparente à une taxe sur les malades!

En outre, l'augmentation du forfait journalier hospitalier pèsera sur les prestations de la CMU complémentaire, donc sur le financement de celle-ci, qui est intégralement supporté par les organismes complémentaires d'assurance maladie.

Le gouvernement renoue avec les recettes du passé en transférant les charges du régime obligatoire vers les complémentaires. C'est un désengagement de la puissance publique qui est en contradiction avec les objectifs de réduction du reste-à-charge des patients promis par Emmanuel Macron lors de la campagne des présidentielles.

FORFAIT PATIENTÈLE

À partir de 2018, le forfait médecin traitant est remplacé par le forfait patientèle médecin traitant pour valoriser le rôle de ce dernier dans le suivi du patient et la coordination des soins. Ce forfait reste cofinancé par l'assurance maladie obligatoire et par les complémentaires. La participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement du forfait patientèle médecin traitant augmente d'environ 100 millions en 2018 (240 millions contre 150 millions d'euros en 2016 et en 2017).

Les 17, 18 et 19 octobre 2017, la fédération des Mutuelles de France a tenu son congrès. De nombreux débats et ateliers suivis par une délégation SMH très impliquée, soucieuse d'être force de propositions dans un contexte inquiétant.



de gauche à droite, seconde personne à la tribune :
Carole Moreira,
Présidente du Conseil d'Administration de la SMH

RÉSOLUTION GÉNÉRALE DU CONGRÈS DES MUTUELLES DE FRANCE (EXTRAITS)

Les délégués des Mutuelles de France ont rappelé avec force leur ambition de progrès social, leur attachement à la Sécurité sociale et à notre système de protection sociale solidaire. Après avoir débattu et échangé sur les grands sujets d'actualité, ils ont insisté sur la nécessité d'un renouvellement profond de l'activité mutualiste et défini des pistes de réflexion au service du progrès social, en France comme en Europe.

Face à la crise démocratique, économique et sociale que traverse notre pays, les délégués des Mutuelles de France réaffirment avec force leur attachement aux valeurs qui sont au cœur de l'engagement mutualiste et républicain :

- > la liberté, qui ne doit pas être remise en cause au nom d'une prétendue sécurité ;
- > l'égalité qui doit être l'alpha et l'oméga de toutes les politiques publiques ;
- > la fraternité, indispensable pour combattre ceux qui veulent nous diviser et ;
- > la solidarité comme valeur moderne indispensable pour l'avenir de notre société.

Ces trois dernières années ont été marquées par la poursuite des réformes conduisant à toujours plus de transfert sur les ménages et sur les mutuelles et à toujours plus de segmentation des populations dans la complémentaire santé, mettant en difficulté les mécanismes de solidarité intergénérationnelle et interprofessionnelle défendus depuis des décennies par les mutualistes. (...)

Les Mutuelles de France réaffirment leur attachement à un financement de la Sécurité sociale assis sur le principe d'une cotisation sociale, élargie à l'ensemble des richesses produites.



Les changements annoncés par le gouvernement induisant des transferts de charge laissent présager une évolution 2017-2018 du coût moyen par personne protégée de +2,7 % à +3,1 %. Le Conseil d'Administration au regard de la bonne situation financière de la mutuelle et de la volonté du CA de limiter l'impact sur l'augmentation des cotisations a décidé de limiter l'augmentation des grilles de cotisation à +1,9 % (hors changement de classe d'âge).

“ Les mutuelles sont des organismes à but non lucratif. Ces augmentations de cotisation ne profitent à aucun actionnaire. Elles ne sont que la répercussion des dépenses et des taxes qui lui sont imposées. ”

1. Concerne les offres individuelles, à l'exception des formules étudiants, surcomplémentaires et le lien interprofessionnel.

RAPPORT DES COMMISSAIRES AUX COMPTES

Les commissaires aux comptes certifient que les comptes annuels SMH, et SMH combinés de l'exercice, sont, au regard des règles et principes comptables français, réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé ainsi que de la situation financière et du patrimoine, tant pour la SMH, que pour l'ensemble constitué par les entités comprises dans la combinaison.

RAPPORT FINANCIER

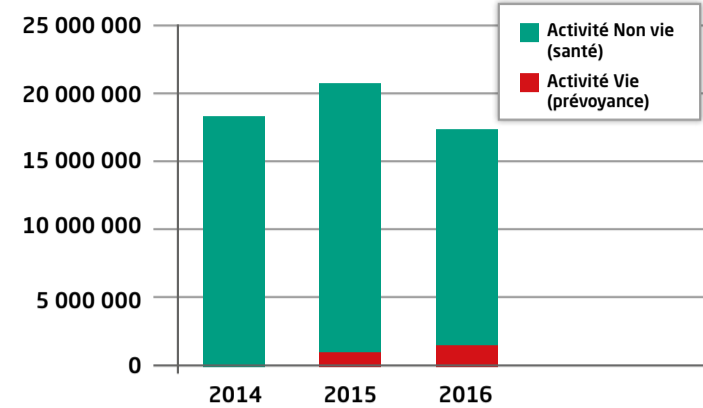
Exercice 2016

Des cotisations garantissant la qualité du service rendu.

Vos cotisations, calculées au plus juste, reflètent nos engagements de mutuelle solidaire et responsable, et notre philosophie : vous proposer une couverture santé adaptée à vos besoins de prestations, et vous garantissant un service de qualité réellement à votre écoute.

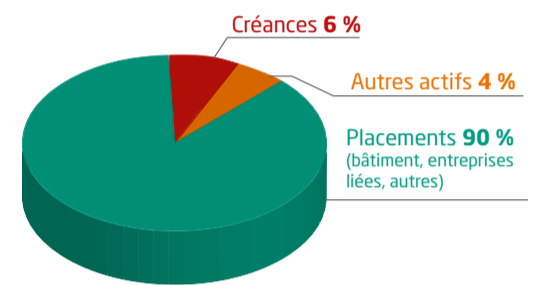
La baisse des cotisations "santé" s'explique par l'arrêt du contrat des IEG (Electriciens Gazier Retraités) pour lequel la mutuelle SMH agissait en qualité de co-assureur, ce contrat représentait 11,5% des cotisations nettes encaissées. Pour l'activité "directe" SMH, les cotisations ont augmenté de 0,62%.

Cotisations Nettes (vie + non vie) (€)



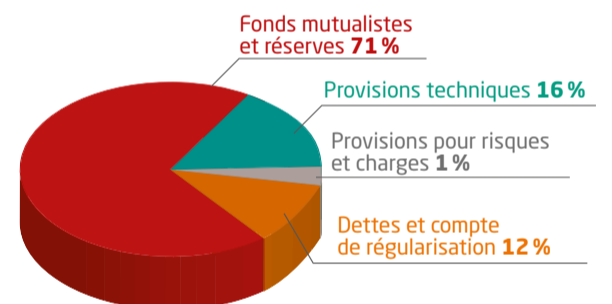
BILAN ACTIF

ACTIF	2016	2015	ÉCART
Placements (Bâtiment, entreprises liées, autres)	16 460 213	14 912 568	10,4%
Créances	1 152 333	858 465	34,2%
Autres actifs	719 165	1 348 167	-46,7%
Total de l'actif	18 331 711	17 119 200	7,1%



BILAN PASSIF

BILAN PASSIF	2016	2015	ÉCART
Fonds mutualistes et réserves	13 056 843	12 011 431	8,7%
Provisions techniques	2 865 532	2 848 335	0,6%
Provisions pour risques et charges	208 695	211 251	-1,2%
Dettes & compte de régularisation	2 200 641	2 048 182	7,4%
Total du passif	18 331 711	17 119 198	7,1%



Le résultat global de la SMH ressort à 1 045 412 € du fait d'une stabilisation de la consommation de soins des adhérents. Il viendra conforter notre marge de solvabilité, garant de la stabilité et de la continuité de votre mutuelle. Afin de fiabiliser la qualité de l'information, **une démarche de contrôle interne relayée par un comité d'audit a été mise en place.** Ces dispositions s'intègrent parfaitement dans les nouvelles directives de "Solvabilité II".

SOLVABILITÉ II : rappel !

Depuis le 1^{er} janvier 2016, Solvabilité II s'applique à tous les opérateurs d'assurance européens, dont les mutuelles.

Ce cadre réglementaire de prudence définit les exigences de capital nécessaires à l'activité d'assurance en Europe. Les nouvelles exigences de fonds propres requises par Solvabilité II sont plus élevées qu'auparavant. Ces garanties représentent un avantage pour les adhérents, à condition qu'elles soient adaptées au risque santé et à la taille des organismes. Elles peuvent également avoir une incidence sur le montant des cotisations. Rappelons que les mutuelles ne font pas de bénéfices et ne rémunèrent pas de capitaux. Les éventuels excédents sont réinvestis au profit des adhérents.

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SMH

Membres élus à l'AG du 12/05/17

Bureau

- Présidente : **Carole MOREIRA** - CHG Valenciennes
- 1^{ère} Vice-Présidente **Béatrice TORREZ** - Retraitée
- 2^e Vice-Président **Salvatore RACANO-SCHEERS** - CH Tourcoing
- Secrétaire Générale **Maryline MADRE** - CHG Valenciennes
- Trésorier **Patrick ROGALINSKI** - Retraité
- Trésorière Adjointe **Béatrice DELANNOY** - Retraitée
- Secrétaire Adjointe **Khedidja GUEFIF** - CHG Valenciennes

- Samuel DELCOURT** - Conseil Général
- Marianne DELOMEZ** - La bouée des Jeunes Cambrai
- Alain DESSEVE** - CHRU Lille
- Jean Louis GRIMONPON** - Retraité
- Chantal HAZEBROUCQ** - Retraitée
- Salvatore MINGOIA** - CHRU Lille
- William PIECHOWIAK** - EPSM St Venant
- Madeleine PLANCKE** - Retraitée
- Sylvie SCHUTT** - CH Denain

mutuelle SMH
"mutuelle à caractère solidaire"

Parc Eurasanté Ouest,
310, avenue Eugène-Avinée
59120 LOOS

Horaires d'ouverture :
du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00 sans interruption
(accueil téléphonique : 18h00).
Tél. : 03.20.10.97.10 - Fax : 03.20.10.97.11
E-mail : contact@smh.fr

www.SMH.fr

Groupe Solimut Mutuelles de France

Mutuelle SMH, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro 301 862 769, dont le siège est sis Parc Eurasanté Ouest, 310 avenue Eugène Avinée 59120 LOOS. Mutuelle partenaire de Solimut Mutuelles de France, Union Mutualiste de Groupe, organisme régi par le code de la mutualité, immatriculé au répertoire Sirene sous le numéro 539 793 885, dont le siège est sis 3/5, rue de Vincennes 93 100 MONTREUIL.

MON PARCOURS SANTÉ

LE PARCOURS SANTÉ ASSURANT UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ AVEC DES RESTES À CHARGE MAÎTRISÉS S'EST COMPLEXIFIÉ. NOUS VOUS PROPOSONS QUELQUES INFORMATIONS POUR MIEUX L'APPRÉHENDER, AINSI QUE DES ASTUCES POUR LIMITER LES RESTES À CHARGE, LES AVANCES DE FRAIS, ET ÊTRE REMBOURSÉ PLUS RAPIDEMENT.

MA MUTUELLE RESPECTE LE CONTRAT RESPONSABLE !

Instauré au 1^{er} Janvier 2006, et modifié avec le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, le contrat responsable et solidaire a pour objectif d'encadrer les dépenses de santé et de faire respecter un certain nombre d'obligations et d'interdictions.

Son respect garantit la taxation des cotisations encaissées au titre de la TSA (Taxe Sur Additionnelle) à hauteur de 13,27%, au lieu de 20,27%.

Ce dispositif s'applique à TOUS LES CONTRATS SANTÉ, qu'ils soient individuels ou collectifs.



CONSULTATION ET ACTES MÉDICAUX :



Obligation dans le cadre du contrat responsable :
Prise en charge du ticket modérateur à hauteur de 100%.

astuce smh

Si votre professionnel de santé ne pratique que le tiers payant sur la partie remboursée par la Sécurité sociale, n'oubliez pas de lui demander un justificatif et de nous l'envoyer.

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES ET SOINS MÉDICAUX :

Le Contrat d'Accès aux Soins (Cas) a été remplacé par le dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées : OPTAM / OPTAMCO (Chirurgie & Obstétrique). Il a pour but de poursuivre l'encadrement des dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2, qui fixent eux-mêmes les tarifs de leur consultation. Pour les signataires du dispositif, la base de remboursement Sécurité sociale est supérieure, et le taux de remboursement des mutuelles pour les dépassements d'honoraires également.



astuces smh

Obligation dans le cadre du contrat responsable :
Le taux de remboursement du dépassement d'honoraire fixé par la mutuelle doit être inférieur de 20% pour les médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM.

OBLIGATION DES PRATICIENS

Dans le cadre du dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées :

Le médecin s'engage à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement. Ces 2 engagements sont calculés par l'Assurance Maladie sur la base de :

- > l'activité en 2013, 2014 et 2015 (contre une année seulement pour le CAS) ;
- > l'ensemble des actes cliniques et techniques réalisés sur ces 3 années (hors rémunérations forfaitaires). Source : Ameli.fr.

Pour l'information patients :

Les professionnels qui reçoivent des patients sont tenus d'afficher, de manière visible et lisible les tarifs (ou fourchettes de tarifs) des honoraires pratiqués ainsi que leur tarif de remboursement par l'Assurance Maladie.

En cas de dépassement d'honoraires supérieur à 70 € :

Les professionnels de la santé doivent obligatoirement remettre au patient un devis, écrit et préalable.

Vérifiez que votre médecin est signataire du dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées : OPTAM / OPTAMCO ?

- > Soit en le demandant au moment de votre prise de rendez-vous,
- > Soit en consultant l'annuaire santé du site ameli.fr, dans "Type d'honoraires" devra être stipulé "Honoraires avec dépassements maîtrisés (OPTAM)".

➤ FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER :



Obligation dans le cadre du contrat responsable :

Prise en charge intégrale sans limitation de durée

astuces smh

Si je me fais hospitaliser

➤ Je demande à l'établissement s'il est **conventionné Mutualité Française** : c'est la garantie d'un accès à des soins hospitaliers de qualité à tarif maîtrisé.

Liste sur www.smh.fr / le mag / Tarif, remboursement et prise en charge /conventionnement-hospitalier-mutualiste

➤ Je transmets le devis de mon chirurgien ou de mon anesthésiste **au service accompagnement devis santé - ADS - ads@smh.fr ou 03.20.10.97.28**. Ainsi pas de surprise sur les restes à charge éventuels.

➤ Je demande **une prise en charge** hospitalisation pour éviter l'avance de frais sur le forfait journalier, la chambre particulière¹, le ticket modérateur, le forfait patient.

Rdv sur www.smh.fr / espace adhérents / Tarif, remboursement et prise en charge ou au 03.20.10.97.10 en indiquant : date d'entrée, de sortie, lieu, personne concernée, n° de fax.

➤ OPTIQUE :



astuces smh

Obligations dans le cadre du contrat responsable :

- **Prise en charge pour un équipement lunettes limitée à 1 fois tous les 2 ans** (sauf pour les mineures et en cas de modification de la correction),
- **Remboursement monture limitée à 150€**,
- **Respecter le plancher minimal de remboursement de 100€ et le plafond de 850€ selon la correction.**

➤ J'ai une prescription de mon ophtalmologue, elle est valable 1 an, 3 ans, ou 5 ans selon l'âge.²

➤ Je vérifie la date d'achat de mon dernier équipement optique.³

Moins de 2 ans :

- ma vue n'a pas évolué : je ne pourrais pas bénéficier du forfait optique, conformément aux conditions du contrat responsable.
- ma vue a évolué : je peux bénéficier du forfait optique.

Cela fait plus de 3 ans :

- si la formule choisie me le permet, je peux bénéficier de la bonification optique.
- Je privilégie les magasins du réseau les opticiens mutualistes, dans lesquels je bénéficie de la dispense d'avance de frais sur la part remboursée grâce au tiers-payant.
- J'ai un devis, et je souhaite être rassuré sur la prise en charge réelle : je le transmets au service accompagnement/devis/santé - ads@smh.fr ou 03 20 10 97 28.

Dans tous les cas :

Une fois un devis établi auprès de votre professionnel de santé ou de l'établissement de soins, envoyer votre devis au service ADS SMH -accompagnement/devis/santé- soit par courrier, soit par mail à ads@smh.fr.

Pour plus de renseignements : 03.20.10.97.28

ADHÉRENT À LA SMH, VOUS ÊTES ADHÉRENT À LA MDGOSS

-Mutuelle de Développement et de Gestion des Oeuvres Sanitaires et Sociales-

Proposer une offre de santé qualitative en optique et en dentaire, qui permet d'influer sur les pratiques, tant en termes de qualité des prestations qu'en termes de tarifs.



93,4%
de clients satisfaits⁽⁵⁾



➤ LES CENTRES OPTIQUES

➤ **366 rue du Faubourg d'Arras - 59000 LILLE**

- Tél. : 03.20.85.93.19
- Mardi au Vendredi : 9h-12h / 14h-19h
 - Samedi : 9h-12h / 14h-18h

➤ **42 avenue Kennedy - 59800 LILLE**

- Tél. : 03.20.30.87.25
- Mardi au Vendredi : 9h30/19h (non stop)
 - Samedi : 9h30/18h (non stop)

➤ **31 rue Henri Durre - 59590 RAISMES**

- Tél. : 03.27.25.58.27
- Mardi au Vendredi : 9h-12h / 14h-19h
 - Samedi : 9h-12h / 14h-18h

➤ LES CENTRES DENTAIRES

➤ **Parc Eurasanté Ouest
310 avenue Eugène Avinée - 59120 LOOS**

- Tél. : 03.20.16.82.00
- Lundi au vendredi : 8h30-12h30 / 13h30-18h30
 - Samedi : 08h30-13h30

➤ **68 bis rue Jules Barni - 80000 AMIENS**

- Tél. : 03.22.80.73.62
- Lundi - mardi - jeudi : 8h10-12h15 / 13h15-18h15
 - Mercredi : 8h10-12h30
 - Vendredi : 9h-13h / 14h-17h30



BÉNÉFICIEZ D'UNE RÉDUCTION
-15%
SUR VOTRE ÉQUIPEMENT LUNETTES⁽⁴⁾



4. hors lentilles et offres promotionnelles. 5. Baromètre satisfaction 2017.

VOS REMBOURSEMENTS CONSULTABLES SUR www.smh.fr / rubrique le mag / Tarif, remboursement et prise en charge.



MUTUELLE SMH - Parc EURASANTÉ Ouest, 310 avenue Eugène-Avinée - 59120 Loos - Tél. : 03.20.10.97.10 - Fax : 03.20.10.97.11 - Email : contact@smh.fr - Site : smh.fr
Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00 sans interruption (accueil téléphonique : jusque 18h00).

Mutuelle SMH, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sîrène sous le numéro 301 862 769, dont le siège est sis Parc Eurasanté Ouest, 310 avenue Eugène Avinée 59120 LOOS.
Mutuelle partenaire de Solimut Mutuelles de France, Union Mutualiste de Groupe, organisme régi par le code de la mutualité, immatriculé au répertoire Sîrène sous le numéro 539 793 885, dont le siège est sis 3/5 rue de Vincennes 93 100 MONTREUIL.

