

## 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 <sup>1</sup>	/	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) <sup>2</sup>	/	intégral	intégral	intégral	intégral	intégral

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

<b>Actes techniques médicaux<sup>3</sup></b>						
• médecins ayant adhéré aux DPTAM	80% ou 100%	100% BRSS	100% BRSS	130% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
• médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM	80% ou 100%	100% BRSS	100% BRSS	110% BRSS	130% BRSS	180% BRSS
<b>Actes d'anesthésie et de chirurgie<sup>3</sup></b>						
• médecins ayant adhéré aux DPTAM	80% ou 100%	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	170% BRSS	200% BRSS
• médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM	80% ou 100%	100% BRSS	100% BRSS	130% BRSS	150% BRSS	180% BRSS

### CHAMBRE PARTICULIÈRE<sup>4</sup>

<b>Médecine chirurgie :</b>						
• avec nuitée	80% ou 100%	/	/	35€/jour	55€/jour	70€/jour
• ambulatoire	80% ou 100%	/	/	20€/jour	25€/jour	25€/jour
Long séjour dont psychiatrie et établissements spécialisés	/	/	/	16€/jour	16€/jour	16€/jour

### FRAIS ACCOMPAGNANT POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 12 ANS<sup>5</sup>

Frais de repas + nuit de l'accompagnant	/	/	/	remboursement intégral	remboursement intégral	remboursement intégral
---	---	---	---	------------------------	------------------------	------------------------

FRAIS DE TRANSPORT (AMBULANCE, TAXI)	75%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
--------------------------------------	-----	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

### MATERNITÉ

<b>Actes d'anesthésie et obstétrique</b>						
• médecins ayant adhéré aux DPTAM	100%	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	170% BRSS	180% BRSS
• médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM	100%	100% BRSS	100% BRSS	130% BRSS	150% BRSS	160% BRSS
Chambre particulière maternité <sup>4</sup> 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 <sup>5</sup> , 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€ <sup>6</sup>	150€ <sup>6</sup>
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. Participation chambre particulière médecine chirurgie (avec nuitée ou ambulatoire=sans nuitée) dans la limite des frais engagés et de 50 jours par année civile par bénéficiaire ; long séjour jusqu'à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. **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 et 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



### DENTAIRE AVEC PARTICIPATION ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

#### SOINS

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% santé ou RAC zéro y compris inlay-core (ICO) <sup>1</sup>	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 DENTAIRES DU PANIER DE SOINS À TARIFS MAÎTRISÉS<sup>2</sup>

Prothèses dentaires du panier de soins <sup>3</sup>	60%	100% BRSS	156% BRSS dans la limite du plafond annuel	212% BRSS dans la limite du plafond annuel	300% BRSS dans la limite du plafond annuel	350% BRSS dans la limite du plafond annuel
Inlay-core (IC1) du panier de soins <sup>3</sup>	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 DENTAIRES DU PANIER DE SOINS À TARIFS LIBRES<sup>2</sup>

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	300% BRSS dans la limite du plafond annuel	350% 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

POSE D'UNE COURONNE DENTAIRE IMPLANTOPORTÉE <sup>2</sup>	60%	100% BRSS	100% BRSS + 37,8 €	100% BRSS + 75,6 €	100% BRSS + 126 €	100% BRSS + 163,8 €
--	-----	-----------	--------------------	--------------------	-------------------	---------------------

Plafond annuel applicable pour les dépassements et forfaits prothèses dentaires et actes inlay cores <sup>2</sup> pour les prothèses dentaires du panier de soins à tarifs libres ou maîtrisés	/	/	605€	905€	1 305€	1 455€
--	---	---	------	------	--------	--------

### DENTAIRE SANS PARTICIPATION ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE<sup>2</sup>

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

#### PARODONTOLOGIE

Bilan Parodontal	/	70€	70€	70€	70€	70€
Surfaçage radiculaire sur un sextant	/	115€	115€	115€	115€	115€
Maintenance parodontale	/	70€	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. **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 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 honoraires limites de facturation tels que définis réglementairement. **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 Terr3 ou Terr4. 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 limites de facturation.

\* 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



### SOINS COURANTS - PARCOURS DE SOINS<sup>1</sup>

#### HONORAIRES MÉDICAUX

<b>Généralistes et spécialistes</b> : consultations, visites, actes techniques médicaux						
• médecins ayant adhéré aux DPTAM	70%	100% BRSS	100% BRSS	130% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
• médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM	70%	100% BRSS	100% BRSS	110% BRSS	130% BRSS	180% BRSS
<b>Actes de chirurgie, actes d'anesthésie</b> :						
• médecins ayant adhéré aux DPTAM	70%	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	170% BRSS	200% BRSS
• médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM	70%	100% BRSS	100% BRSS	130% BRSS	150% BRSS	180% BRSS
<b>Radiologie, actes d'imagerie médicale et d'échographie</b> :						
• médecins ayant adhéré aux DPTAM	70%	100% BRSS	100% BRSS	130% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
• médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM	70%	100% BRSS	100% BRSS	110% BRSS	130% BRSS	180% BRSS
<b>Participation forfaitaire de l'assuré</b> (forfait patient) <sup>2</sup>	/	intégral	intégral	intégral	intégral	intégral

#### MÉDICAMENTS

Médicaments à service médical rendu <b>important</b>	65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu <b>modéré</b>	30%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu <b>faible</b>	15%	15% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

#### HONORAIRES PARAMÉDICAUX

<b>Actes auxiliaires médicaux</b> (soins et indemnités de déplacement)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
--	-----	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

#### ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

<b>Séances psychologie</b> <sup>3</sup>	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
---	-----	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

#### ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
---	-----	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

#### MATÉRIEL MÉDICAL

<b>Prothèses</b> : 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
<b>Appareillages médicaux inscrits à la LPP</b> <sup>4</sup> : 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
<b>Bandelettes d'analyses pour diabétiques et appareils pour stomisés</b>	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
<b>Semelles orthopédiques</b> <sup>5</sup>	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](http://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.

## OPTIQUE<sup>1</sup>

LUNETTES prises en charge par la Sécurité sociale

Assurance maladie  
obligatoire  
Sur la base du TBSS



### ÉQUIPEMENT OPTIQUE CLASSE A (VERRES ET MONTURE) 100% SANTÉ<sup>2</sup> OU RAC ZÉRO

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

### AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES À TARIFS LIBRES<sup>3</sup> CLASSE B

VERRES, MONTURE	60%	100% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS
+ Forfait monture <sup>4</sup>	/	/	60€	70€	90€	99€
+ Forfait verres simples, par verre <sup>4</sup>	/	/	25€	40€	60€	80€
+ Forfait verres complexes, par verre <sup>4</sup>	/	/	70€	70€	100€	130€
+ Forfait verres très complexes, par verre <sup>4</sup>	/	/	70€	100€	130€	160€

### SUPLÉMENTS 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 iséiconiques)	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 + 250€
OU Non prises en charge par la Sécurité sociale inscrites à la LPP <sup>5</sup> (y compris forfait adaptation)	/	/	50€	100€	154€	200€

### CHIRURGIE RÉFRACTIVE

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

### BASSE VISION

Forfait basse vision	/	/	/	75€ par année civile	100€ par année civile	125€ par année civile
----------------------	---	---	---	----------------------	-----------------------	-----------------------

**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 2018 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. **2.** Tels que définis réglementairement, 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](http://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](http://www.smh.fr) / Centres mutualistes**



## AUDITION

Assurance maladie  
obligatoire  
Sur la base du TBSS



### AIDES AUDITIVES<sup>1</sup>

#### ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ OU RAC ZÉRO

<b>Aides auditives</b> (audioprothèse de classe I)	60%	100% FR <sup>2</sup>	100% FR <sup>2</sup>	100% FR <sup>2</sup>	100% FR <sup>2</sup>	100% FR <sup>2</sup>
---	-----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

#### AUTRES AIDES AUDITIVES<sup>3</sup>

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

## CURE THERMALE

Assurance maladie  
obligatoire  
Sur la base du TBSS



### CURE THERMALE

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

**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. **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.** 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



**ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE + MUTUELLE SMH**

### PRESTATIONS PRÉVENTION DANS LE CADRE DES CONTRATS RESPONSABLES<sup>1</sup>

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 PRÉVENTION<sup>2</sup>

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 VIVRE<sup>3</sup>

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
Service Aide Administratif SMH - SAAS	/	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 <sup>4</sup>	/	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
------------------------------------	---	-----	-----	-----	-----	-----

**LA MUTUELLE SMH VOUS PROPOSE L'OFFRE DE PRÉVOYANCE PROTEC'TER\*\*\***

**Bénéficiez, en fonction des 6 formules de garantie :**

- > **Maintien de Salaire (ITT) pouvant aller jusqu'à 100% du TRN (Traitement de Référence Net)**
- > **Invalidité Permanente**
- > **Perte de Retraite (agents CNRACL)**
- > **Capital Décès ou PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie)**

**Renseignez-vous auprès de nos conseillers mutualistes !**

Contrats  
labellisés

**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. **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.** Participation en fonction du tarif de base de remboursement Sécurité sociale selon taux SMH en vigueur dans le cadre du parcours de soins. **2.** Dépenses préventives non remboursées par la Sécurité sociale, mais prescrites médicalement ou dépassement d'honoraires sur les actes de pédicurie pris en charge par le régime obligatoire. **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.** Étude possible du dossier par la CAE (Commission des Aides Exceptionnelles) selon règlement intérieur de la commission.

\* 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 \*\*\* Contrats labellisés et souscrits auprès de Solimut Mutuelle de France, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75 436 Paris Cedex 9), immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est situé au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille. Mutuelle adhérente à 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.