

**OUVERTE AUX PERSONNES AYANT DÉJÀ SOUSCRIT
UN CONTRAT RESPONSABLE INDIVIDUEL (HORS SMH) OU COLLECTIF**
SUR'CONFORT (FORMULE 1)
SUR'CONFORT+ (FORMULE 2)
PART SUPPLÉMENTAIRE SMH SUR LA BASE DU TBSS ET/OU PRESTATION FORFAITAIRE
SOINS COURANTS
PARCOURS DE SOINS
Dépassements d'honoraires en consultations et visites médecins¹

Généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie, échographie

• médecins ayant adhéré aux DPTAM

+ 20% BRSS

+ 50% BRSS

• médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM

-

+ 30% BRSS

Forfait annuel diététique et médecines douces

> Actes d'ostéopathie, chiropractie, étioopathie ou acupuncture

Jusqu'à 50 €

Jusqu'à 70 €

MATÉRIEL MÉDICAL PRIS EN CHARGE SÉCURITÉ SOCIALE
Forfait grand appareillage et aides auditives²

150 € / année civile

200 € / année civile

Forfait petit appareillage

40 € / année civile

50 € / année civile

HOSPITALISATION
Dépassements d'honoraires actes de chirurgie et actes techniques médicaux¹ :

• médecins ayant adhéré aux DPTAM

+ 20% BRSS

+ 50% BRSS

• médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM

-

+ 30% BRSS

Chambre particulière³ avec nuitée Limité à 50 jours par an par bénéficiaire en hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité pour la chambre avec et sans nuitée et 30 jours par an par bénéficiaire en établissement et service spécialisé (psychiatrie, repos)

+ 20 €*

+ 40 €*

Chambre particulière³ ambulatoire (Sans nuitée)

+ 10 €

+ 15 €

Frais d'accompagnement d'un enfant de -12 ans

Facturés par l'établissement - limité à 90j./an par bénéficiaire

-

+ 20 € par jour

OPTIQUE⁵
Équipements optiques à tarifs libres⁶ classe B :

• Verres et monture, forfait sur 24 mois (de date à date)

jusqu'à 70 €

jusqu'à 110 €

• Bonification accordée après 12 mois d'adhésion dans une des formules surcomplémentaire SMH

 + 50 € la 2^{ème} année
soit 120 €

 + 50 € la 2^{ème} année
soit 160 €

Forfait lentilles correctrices

 Prises en charge ou non par la Sécurité sociale, inscrites à la LPP⁷

+ 50 € / année civile

+ 75 € / année civile

Chirurgie réfractive pour les 2 yeux

+ 100 € / année civile

+ 200 € / année civile

DENTAIRE
Soins dentaires

+ 20% BRSS

+ 50% BRSS

Prothèses dentaires prises en charge Sécurité sociale⁸ :

limité à 5 prothèses / an

 • Prothèses du panier de soins à tarifs maîtrisés⁹

+ 80 € / prothèse

+ 130 € / prothèse

ou

 • Prothèses du panier de soins à tarifs libres⁶
Orthodontie

• Prise en charge Sécurité sociale

+ 100 € / semestre

+ 200 € / semestre

• Non prise en charge Sécurité sociale

+ 50 € / semestre

+ 100 € / semestre

PARODONTOLOGIE
Bilan Parodontal

/

70 €

Surfaçage radiculaire sur un sextant

/

115 €

Maintenance parodontale

/

70 €

	SUR'CONFORT (FORMULE1)	SUR'CONFORT+ (FORMULE 2)
PART SUPPLÉMENTAIRE SMH SUR LA BASE DU TBSS ET/OU PRESTATION FORFAITAIRE		
PACK + SMH PRESTATIONS PRÉVENTIVES NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE MAIS PRESCRITES MÉDICALEMENT		
Vaccins + contraceptifs féminins (Pilule, stérilet, patch ou implant) prescrits médicalement	Jusqu'à 50 € / année civile	Jusqu'à 100 € / année civile
CURE THERMALE		
Forfait cure thermale	+ 50 € / année civile	+ 100 € / année civile
ACTION SOCIALE		
Service d'Assistance Santé à domicile*	Oui	Oui
Permanence SAAS Service Aide Administratif SMH)	Oui	Oui

MDGOSS : Mutuelle de Développement et de Gestion des Œuvres Sanitaires et Sociales.

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.

BRSS : Base de Remboursement Sécurité Sociale.

DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée, prévus par la convention nationale.

- Si le médecin n'a pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale, la prise en charge des dépassements est plafonnée à 100% du tarif de responsabilité. Cette limite s'entend après déduction des remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat, et dans la limite des frais facturés.
- Tels que définis réglementairement, la formule surcomplémentaire n'intervient pas pour les équipements auditifs de classe I, qui doivent être pris en charge par la première assurance complémentaire santé (AMC) au titre du contrat responsable. Pour les équipements de classe II, 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+ Surcomplémentaire SMH plafonné à 1700€ par aide auditive. 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. La prestation aides auditives peut concerner l'audioprothèse, les piles et les autres accessoires pris en charge par la sécurité sociale.
- 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.
- La prise en charge des forfaits verres et monture est limitée à un équipement tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition. Pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution du besoin de correction chez l'adulte 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 prestations associées un équipement peut être remboursé tous les ans à compter de la date d'acquisition. Les forfaits lentilles s'entendent par année civile et par bénéficiaire. La prise en charge de l'équipement optique s'effectue dans le respect des plannings et plafonds de remboursement prévus par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique. Ces montants s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par la Sécurité sociale ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat, et dans la limite des frais facturés. La formule surcomplémentaire n'intervient pas pour les équipements optique de classe A, qui doivent être pris en charge par la première assurance complémentaire santé (AMC) au titre du contrat responsable.
- Tarifs libres pratiqués par les professionnels de santé.
- Liste des Produits et Prestations.
- La formule surcomplémentaire n'intervient pas pour les Prothèses dentaires 100% santé ou RAC Zéro (dits reste à charge nul), qui doivent être pris en charge par la première assurance complémentaire santé (AMC) au titre du contrat responsable.
- Tels que définis réglementairement, plafonnés aux honoraires limites de facturation.
 - * Les garanties d'assistance sont assurées par FILASSISTANCE notice assistance disponible sur www.smh.fr
 - ** Contrats garanties par Solimut Mutuelle de France relevant du livre II du Code de la Mutualité et immatriculées au répertoire SIRENE sous le n°383 143 617.

Pensez à la prévoyance avec les contrats Prévoir'Hospitalisation et Prévoir'Accidents**.**

Pour toute information, contactez nos conseillers au 03.20.90.16.10 du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30.

**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**

