



REMBOURSEMENT DU TICKET MODÉRATEUR POUR TOUS LES MÉDICAMENTS.

	Remb. Sécurité Sociale TBSS	COUVERTURE SOINS COURANTS SMH SUR LA BASE DU TBSS*				
		Pratique	Classique	Dynamique	Authentique	Tonique
PARCOURS DE SOINS						
Consultations et visites médecins						
- Généralistes, Spécialistes	70%	30%	30%	30%	30%	30%
- Actes techniques médicaux spécialistes	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Dépassements d'honoraires SPÉCIALISTES : Consultations, visites spécialistes, actes techniques médicaux spécialistes						
- Médecin Optam**/Optam-Co***	-	-	25%	30%	45%	80%
- Ou Médecin hors Optam**/Optam-Co***	-	-	5%	10%	25%	60%
Actes d'anesthésie, actes de chirurgie et actes techniques médicaux	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Dépassements actes de chirurgie, actes d'anesthésie :						
- Médecin Optam**/Optam-Co***	-	-	25%	50%	70%	80%
- Médecin hors Optam**/Optam-Co***	-	-	5%	30%	50%	60%
Radiologie, Actes d'Imagerie (ADI) et d'Échographie (ADE)	70%	30%	30%	30%	30%	30%
	100%	-	-	-	-	-
Participation forfaitaire de l'assuré (Forfait patient)¹	-	Intégrale	Intégrale	Intégrale	Intégrale	Intégrale
Pharmacie	65%	35%	35%	35%	35%	35%
	30%	70%	70%	70%	70%	70%
	15%	85%	85%	85%	85%	85%
Actes auxiliaires médicaux						
Infirmiers, masseurs-kinés, orthoptistes, orthophonistes... (soins et indemnités de déplacement)	60%	40%	40%	40%	40%	40%
Analyses médicales	60%	40%	40%	40%	40%	40%
Frais de transport (ambulance, taxi)	65%	35%	35%	35%	35%	35%
HORS PARCOURS DE SOINS²						
Consultations et visites médecins						
Généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux	30%	30%	30%	30%	30%	30%
Radiologie, Actes d'Imagerie et d'Échographie	30%	30%	30%	30%	30%	30%

¹ Participation forfaitaire applicable pour les actes lourds.

² La majoration de participation de l'assuré, les dépassements d'honoraires, ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée destinée aux médecins spécialistes de secteur 2.

*** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.



Hospitalisation

	Remb. Sécurité Sociale TBSS	REMBOURSEMENT SMH SUR LA BASE DU TBSS ¹ ET/OU PRESTATION FORFAITAIRE				
		Pratique	Classique	Dynamique	Authentique	Tonique
HOSPITALISATION						
Frais de séjour :						
Médecine, chirurgie, établissements spécialisés et maisons de repos	80%	20%	20%	20%	20%	20%
Honoraires médicaux (dans le cadre d'une hospitalisation en établissement de soins hospitalier public ou privé) :						
Actes d'anesthésie, actes de chirurgie et actes techniques médicaux	80% 100%	20% -	20% -	20% -	20% -	20% -
Dépassements d'honoraires actes techniques médicaux¹ :						
- Médecin Optam ² /Optam-Co ³	-	-	25 %	30%	45%	80%
- Médecin hors Optam ² /Optam-Co ³	-	-	5 %	10%	25%	60%
Dépassements d'honoraires actes d'anesthésie, de chirurgie¹ :						
- Médecin Optam ² /Optam-Co ³	-	-	-	50%	70%	80%
- Médecin hors Optam ² /Optam-Co ³	-	-	-	30%	50%	60%
Forfait Journalier Hospitalier²	-	Intégral Illimité	Intégral Illimité	Intégral Illimité	Intégral Illimité	Intégral Illimité
Participation forfaitaire de l'assuré (forfait patient)³	-	Intégrale	Intégrale	Intégrale	Intégrale	Intégrale
Chambre particulière en Médecine - Chirurgie⁴	-	-	-	50 jours / année civile	50 jours / année civile	50 jours / année civile
- avec nuitée	-	-	-	35 €/jour	55 €/jour	70 €/jour
- ou sans nuitée	-	-	-	20 €/jour	25 €/jour	25 €/jour
Long séjour (dont psychiatrie et établissements spécialisés)⁴	-	-	-	30 jours / année civile	30 jours / année civile	30 jours / année civile
	-	-	-	16 €/jour	16 €/jour	16 €/jour
Frais d'accompagnement pour les enfants de -12 ans⁴	-	-	-	Intégral Repas + nuit	Intégral Repas + nuit	Intégral Repas + nuit
MATERNITÉ						
Actes d'anesthésie et obstétrique	100%	-	-	-	-	-
Dépassements d'honoraires¹ sur actes d'anesthésie et obstétrique						
- Médecin Optam ² /Optam-Co ³	-	-	-	50%	70%	80%
- Médecin hors Optam ² /Optam-Co ³	-	-	-	30%	50%	60%
Chambre particulière⁴	-	-	-	35 €/jour	55 €/jour	70 €/jour
Inscription nouveau-né : mois de naissance offert	-	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Les + accompagnement maternité : Amniocentèse non remboursée mais prescrite médicalement, thalasso thérapie jeune maman en établissement de cure ⁴ , participation aux frais médicaux de la 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
CURE						
Frais de surveillance médicale et Pratiques médicales complémentaires	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Frais de traitement thermal (y compris hébergement si participation Sécurité Sociale)	65%	35%	35%	35% +50 € par cure	35% +77 € par cure	35% +100 € par cure
Frais de déplacement (si participation Sécurité Sociale)	65%	35%	35%	35%	35%	35%
FRAIS DE TRANSPORT						
Ambulance, taxi	65%	35%	35%	35%	35%	35%

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 la participation de l'assuré, les dépassements d'honoraires, ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

² 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, en Soins de Suite et de Réadaptation et en Psychiatrie, facturés par les établissements hospitaliers.

³ Participation forfaitaire applicable pour les actes lourds. ⁴ Non cumulable avec la prestation cure.

* TBSS : Tarif de Base de remboursement Sécurité Sociale. ** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée destinée aux médecins spécialistes de secteur 2.

*** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique. **** Dans la limite des frais engagés, hors suppléments personnels.



Optique

Remb. Sécurité Sociale TBSS	COUVERTURE SMH SUR LA BASE DU TBSS [*]				
	Pratique	Classique	Dynamique	Authentique	Tonique

OPTIQUE AVEC PARTICIPATION SÉCURITÉ SOCIALE¹

Adulte (à partir de 18 ans) : Équipement complet (1 monture + 2 verres) une fois tous les 2 ans sauf évolution de la vue**

2 verres simples	60%	40%	40% + 80€	40% + 100€	40% + 181€	40% + 221€
2 verres complexes	60%	40%	40% + 200€	40% + 220€	40% + 271€	40% + 351€
2 verres très complexes	60%	40%	40% + 200€	40% + 250€	40% + 321€	40% + 391€
1 verre simple et 1 verre complexe	60%	40%	40% + 140€	40% + 160€	40% + 226€	40% + 286€
1 verre simple et 1 verre très complexe	60%	40%	40% + 140€	40% + 175€	40% + 251€	40% + 306€
1 verre complexe et 1 verre très complexe	60%	40%	40% + 200€	40% + 235€	40% + 296€	40% + 371€

Bonification optique adulte

En cas de renouvellement d'un équipement complet (1 monture** + 2 verres) ou changement des 2 verres correcteurs Après 3 ans sans prestation lunettes	-	-	-	20€ en + du forfait	40€ en + du forfait	50€ en + du forfait
---	---	---	---	---------------------	---------------------	---------------------

En cas d'équipement partiel chez l'adulte :

Monture	60%	40%	40% + 20€	40% + 40€	40% + 65€	40% + 95€
avec 1 verre simple	60%	40%	40% + 30€	40% + 30€	40% + 58€	40% + 63€
avec 1 verre complexe	60%	40%	40% + 90€	40% + 90€	40% + 103€	40% + 128€
avec 1 verre très complexe	60%	40%	40% + 90€	40% + 105€	40% + 128€	40% + 148€

Enfant (moins de 18 ans) : Équipement complet (1 monture** + 2 verres) une fois par an

avec 2 verres simples	60%	40%	40% + 36€	40% + 70€	40% + 105€	40% + 150€
avec 2 verres complexes	60%	40%	40% + 170€	40% + 190€	40% + 221€	40% + 240€
avec 1 verre simple et 1 verre complexe	60%	40%	40% + 103€	40% + 130€	40% + 163€	40% + 195€

En cas d'équipement partiel chez l'enfant :

Monture	60%	40%	40% + 10€	40% + 20€	40% + 45€	40% + 60€
avec 1 verre simple	60%	40%	40% + 13€	40% + 25€	40% + 30€	40% + 45€
avec 1 verre complexe	60%	40%	40% + 80€	40% + 85€	40% + 88€	40% + 90€

LENTILLES

Lentilles prises en charge par la Sécurité Sociale	60%	40%	40% + 100€	40% + 150€	40% + 200€	40% + 300€
ou Lentilles correctrices non prises en charge par la Sécurité Sociale inscrites à la LPP ²	-	-	30€	50€	90€	110€

OPTIQUE SANS PARTICIPATION SÉCURITÉ SOCIALE¹

Chirurgie réfractive (non cumulable avec la prestation lunettes et lentilles)	-	-	-	100€ / œil	150€ / œil	250€ / œil
Forfait basse vision	-	-	-	75 € / année civile	100 € / année civile	125 € / année civile

¹ 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 mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction chez l'adulte, un équipement peut être remboursé tous les ans à compter de la date d'acquisition.

Le forfait lentille s'entend par année civile et par bénéficiaire, pour des lentilles prises en charges ou non par la Sécurité Sociale.

² Liste des Produits et Prestations.

* TBSS : Tarif de Base de remboursement Sécurité Sociale.

** Dont au maximum 150€ pour la monture.



Dentaire

Remb. Sécurité Sociale TBSS	REMBOURSEMENT SMH SUR LA BASE DU TBSS* ET OU PRESTATION FORFAITAIRE				
	Pratique	Classique	Dynamique	Authentique	Tonique

DENTAIRE PRIS EN CHARGE SÉCURITÉ SOCIALE

Soins dentaires et actes inlay-onlay (INO)	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Actes Inlay-cores (ICO) Forfait versé selon plafond annuel en fonction de l'ancienneté mutualiste d'adhésion à la SMH	70%	+ 56% ¹ de forfait	+ 84% ² de forfait	+ 110% ³ de forfait	+ 110% ⁴ de forfait	+ 110% ⁵ de forfait
Prothèses dentaires Forfait** versé selon plafond annuel en fonction de l'ancienneté mutualiste d'adhésion à la SMH						
- pour les actes divers de prothèses (PDT, RPN) et pour les prothèses fixes métalliques (PFM)	70%					+ 214% ⁵ de forfait
- pour les prothèses amovibles (PAM et PAR)	70%	+ 56% ¹ de forfait	+ 84% ² de forfait	+ 140% ³ de forfait	+ 214% ⁴ de forfait	+ 223% ⁵ de forfait
- pour les prothèses fixes céramiques CCM dents visibles (PFC) (incisives, canines et prémolaires)	70%					+ 270% ⁵ de forfait
Pose d'une couronne dentaire implantoportée	70%	+ 36€ ¹ de forfait	+ 54€ ² de forfait	+ 90€ ³ de forfait	+ 138€ ⁴ de forfait	+ 174€ ⁵ de forfait
Orthodontie pris en charge par la Sécurité Sociale	70%	30%	30%	+ 2,00€ / TO	+ 3,25€ / TO	+ 3,50€ / TO
	100%	-	-	+2,00€ / TO	+3,25€ / TO	+3,50€ / TO

DENTAIRE NON PRIS EN CHARGE SÉCURITÉ SOCIALE

Les + dentaire SMH : Orthodontie (adultes), occlusodontie, pose d'un implant, chirurgie parodontale et parodontologie	-	-	-	100€ / an ³	125€ / an ⁴	200€ / an ⁵
---	---	---	---	------------------------	------------------------	------------------------

¹ Dans la limite de 200 € la 1^{re} année civile, 300 € la 2^e année civile, 400 € la 3^e année civile et années civiles suivantes.

² Dans la limite de 300 € la 1^{re} année civile, 400 € la 2^e année civile, 650 € la 3^e année civile et années civiles suivantes.

³ Dans la limite de 500 € la 1^{re} année civile, 700 € la 2^e année civile, 950 € la 3^e année civile et années civiles suivantes.

⁴ Dans la limite de 750 € la 1^{re} année civile, 900 € la 2^e année civile, 1300 € la 3^e année civile années et civiles suivantes.

⁵ Dans la limite de 800 € la 1^{re} année civile, 1000 € la 2^e année civile et 1450 € la 3^e année civile et années civiles suivantes.

* TBSS : Tarif de Base de Remboursement Sécurité Sociale.

** Le plafond prothèse dentaire s'applique à la prestation inlay cores (ICO), prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale (PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN), au forfait pose d'une couronne dentaire implantoportée et à la prestation plus dentaire sans participation sécurité sociale. Les forfaits prothèses dentaires et pose d'une couronne dentaire implantoportée incluent le ticket modérateur.



Prothèses et appareillages

Remb. Sécurité Sociale TBSS	COUVERTURE SOINS COURANTS SMH SUR LA BASE DU TBSS*				
	Pratique	Classique	Dynamique	Authentique	Tonique

AUDIOPROTHÈSE prise en charge Sécurité Sociale Prestation doublée si équipement des 2 oreilles						
20 ans et plus						
Acquisition par appareil toutes les 4 années civiles ¹	60%	40%	40%	40% +200€	40% +400€	40% +500€
Entretien et réparation par appareil (par année civile)	60%	40%	40%	40% + 76,22€ / année civile	40% +76,22€ / année civile	40% +76,22€ / année civile
Moins de 20 ans²						
Acquisition et entretien réparations (par année civile)	60%	40%	40%	40% +76,22€ / année civile	40% +76,22€ / année civile	40% +76,22€ / année civile

APPAREILLAGE pris en charge Sécurité Sociale						
Prothèses : mammaires, capillaires, oculaires...	60% 100%	40% -	40% -	40% -	40% -	40% -
Supplément Prothèses mammaires	-	-	-	+50€ / prothèse	+75€ / prothèse	+90€ / prothèse
Supplément Prothèses capillaires	-	-	-	100 €	150 €	170 €
Appareillages médicaux inscrits à la LPP³ (seringues, pansements, ceinture de maintien et bas à varices...) et semelles orthopédiques	60%	40%	40%	40%	40%	40%
Pack suppléments sur dépassement appareillages inscrits à la LPP³ avec prise en charge Sécurité Sociale	-	-	-	jusque 75€ /an par personne pour l'ensemble des lignes du pack ci-dessous	jusque 100€ /an par personne pour l'ensemble des lignes du pack ci-dessous	jusque 125€ /an par personne pour l'ensemble des lignes du pack ci-dessous
Dépassement sur semelles orthopédiques ⁴	-	-	-	30€ /an	45€ /an	55€ /an
Dépassement sur petit appareillage	-	-	-	25% des frais réels engagés	35% des frais réels engagés	35% des frais réels engagés
Dépassement sur bas de contention	-	-	-	15€ /an	30€ /an	40€ /an

¹ Dans la limite des frais engagés et après 2 ans d'adhésion.

² Ou toutes personnes atteintes de cécité et d'un déficit auditif quel que soit leur âge.

³ Liste des Produits et Prestations.

⁴ Une fois par année civile pour les adultes, deux fois par année civile pour les enfants de 12 à 16 ans et illimité pour les enfants de moins de 12 ans.

* TBSS : Tarif de Base de Remboursement Sécurité Sociale.



Action sociale et prévention

	Remb. Sécurité Sociale TBSS	Pratique	Classique	Dynamique	Authentique	Tonique
ACTION SOCIALE						
Service d'Assistance Santé à domicile*	-	oui	oui	oui	oui	oui
Prestations de solidarité : Aides exceptionnelles**	-	oui	oui	oui	oui	oui
Permanence SAAS : Service Aide Administratif SMH	-	oui	oui	oui	oui	oui
Abonnement revue VIVA trimestriel	-	oui	oui	oui	oui	oui

PRESTATIONS PRÉVENTION DANS LE CADRE DES CONTRATS RESPONSABLES¹						
Actes de prévention remboursée par la Sécurité Sociale (taux de remboursement selon acte pris en charge)	70%	30%	30%	30%	30%	30%
	65%	35%	35%	35%	35%	35%
	60%	40%	40%	40%	40%	40%

PACK + SMH PRESTATIONS PRÉVENTIVES NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE mais prescrites médicalement						
Plafond pour l'ensemble du pack et par personne pour l'ensemble des lignes ci-dessous	-	-	-	jusqu'à 75€ /an	jusqu'à 120€ /an	jusqu'à 150€ /an
Vaccins	-	-	-	30% des frais réels engagés	40% des frais réels engagés	40% des frais réels engagés
Contraceptifs féminins (pilule, stérilet, patch ou implant)	-	-	-	30% des frais réels engagés	40% des frais réels engagés	40% des frais réels engagés
Ostéodensitométrie (selon Tarif ADI)	-	-	-	30% du TBSS	30% du TBSS	30% du TBSS
Séance de psychomotricité (jusque 12 séances par année civile)	-	-	-	6€ / séance	10€ / séance	12€ / séance
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, acupuncture) et diététique	-	-	-	jusqu'à 40€ / année civile	jusqu'à 80€ / année civile	jusqu'à 100€ / année civile

¹ Participation en fonction du TBSS selon taux SMH en vigueur dans le cadre du parcours de soins.

* Notice disponible sur www.smh.fr.

** Aides exceptionnelles allouées par la CAE (Commission des Aides Exceptionnelles) selon règlement intérieur de la commission.

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 solidaire et responsable. 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.