SANTÉ PRÉVOYANCE RETRAITE ÉPARGNE

mutuelle SMH
mutuelle à caractère solidaire

Règlement Mutualiste de la mutuelle SMH

www.smh.fr

Groupe Solimut Mutuelles de France

REGLEMENT MUTUALISTE de la SMH *2*

TITRE 1er DISPOSITIONS GENERALES **2**

TITRE II CONTENU DES ENGAGEMENTS CONTRACTUELS ENTRE CHAQUE MEMBRE PARTICIPANT OU HONORAIRE ET LA MUTUELLE EN CE QUI CONCERNE LES PRESTATIONS ET LES COTISATIONS **2**

Chapitre 1er Contenu des engagements entre chaque membre participant et la mutuelle 2

Section I Dispositions relatives à la FORMULE PRIMO 3

Section II Dispositions relatives à la FORMULE ESSENTIELLE 4

Section III Dispositions relatives à la FORMULE NUANCE 6

Section IV Dispositions relatives à la FORMULE INTEGRALE 9

Section V Dispositions relatives à la FORMULE POLYGONE 14

Section VI Dispositions relatives aux FORMULES LE LIEN 17

Section VII Dispositions relatives à la FORMULE ETUDIANTS 19

Section VIII Dispositions relatives aux formules dites «Labellisées» Fonction Publique Territoriale 20

Section IX Dispositions relatives aux formules PRATIQUE, CLASSIQUE, DYNAMIQUE, AUTHENTIQUE, TONIQUE 26

Section X Dispositions relatives à la CMU 32

Section XI Dispositions relatives à la surcomplémentaire 33

Section XII Modalités de versement des prestations 35

Section XIII Informatique et Liberté 41

Section XIV Contenu des engagements 41

Chapitre 2 Contenu des engagements entre chaque membre honoraire et la mutuelle 42

Chapitre 3 Répartition de la cotisation mutualiste 42

TITRE III DUREE DES ENGAGEMENTS CONTRACTUELS ENTRE CHAQUE MEMBRE PARTICIPANT OU HONORAIRE ET LA MUTUELLE EN CE QUI CONCERNE LES PRESTATIONS ET LES COTISATIONS **42**

Chapitre 1er Démission du fait de l'adhérent 42

Chapitre 2 Radiation du fait de la mutuelle 43

Chapitre 3 Changement de situation du membre participant et/ou de ses bénéficiaires 43

Chapitre 4 Changement de formule 44

TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES A LA GESTION DU FONDS SOCIAL ET A LA COMMISSION DES AIDES EXCEPTIONNELLES **45**

REGLEMENT MUTUALISTE de la SMH

TITRE 1er DISPOSITIONS GENERALES

Article 1er

Le règlement mutualiste définit le contenu et la durée des engagements contractuels existants entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Lorsque le contrat collectif prévoit des dispositions différentes ou contradictoires, ces dernières prévalent.

TITRE II CONTENU DES ENGAGEMENTS CONTRACTUELS ENTRE CHAQUE MEMBRE PARTICIPANT OU HONORAIRE ET LA MUTUELLE EN CE QUI CONCERNE LES PRESTATIONS ET LES COTISATIONS

Chapitre 1er Contenu des engagements entre chaque membre participant et la mutuelle

Article 2

Pour pouvoir bénéficier de prestations l'adhérent et les bénéficiaires doivent être affiliés à un régime de protection sociale obligatoire (branche assurance maladie et maternité) suivant :

Ressortissants du régime spécial de sécurité sociale (par exemple les personnels titulaires de la fonction publique - Titre 3 et 4).
Ressortissants du régime général de sécurité sociale.
Adhérents retraités relevant du régime spécial ou général de la sécurité sociale.
Ressortissants du régime social des indépendants
Ressortissants de la C.M.U.
Ressortissants du régime de protection sociale des pays de la Communauté Economique Européenne.

Article 3

Sauf disposition contraire, la SMH propose des garanties établies dans le cadre du contrat solidaire et responsable. Toutes les garanties proposées par la SMH respectent les modalités et conditions prévues par l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et ses textes d'application.
La prise en charge des prestations s'effectue dans le respect des exclusions de prise en charge, et des planchers et plafonds de remboursement prévus sur les contrats responsables conformément aux dispositions prévues aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale.

La mutuelle ne prend pas en charge :
la participation forfaitaire prévue au II de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale,
la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale.

Les garanties couvrent totalement, partiellement, ou pas du tout selon la formule souscrite le montant de la participation de l'assuré prévue au I de l'article L.322-2.
En cas de modification de la législation sécurité sociale, il appartient au conseil d'administration, d'ajuster la définition des prestations et/ou cotisations.

Les principes de fonctionnement des prestations accordées par la mutuelle sont les suivants :
Remboursement selon les taux définis au règlement mutualiste pour la formule souscrite après déduction de la participation de la sécurité sociale ou d'autres intervenants (assurance, employeur …), sur la base du tarif conventionnel en vigueur, de la base de remboursement du régime obligatoire et/ou de certains dépassements du tarif plafond conventionnel régime général de la sécurité sociale dans la limite de la dépense réelle,
Prestations forfaitaires spécifiques à certaines dépenses,
Prestations indemnitaires spécifiques à certaines dépenses,
Combinaison de prestations.

Les montants et taux de prestations sont précisés en fonction de la situation de l'adhérent et/ou de la formule qu'il a choisie.
Les cotisations sont fixées forfaitairement en fonction de la formule choisie, de la situation de l'adhérent et en fonction des bénéficiaires associés cotisants.
Tous les bénéficiaires inscrits sur le dossier doivent relever de la même formule que l'adhérent.

Article 4 Adhésion

Lors de l'inscription, l'adhérent recevra confirmation de son inscription avec, notamment, les références de son dossier, la date d'effet de son adhésion et le montant de sa cotisation. En cas de contestation suite à l'adhésion, il appartient au membre participant de faire connaître par retour de courrier adressé en recommandé son désaccord quant à la cotisation appliquée dans le délai de 15 jours, à réception de la lettre.

Article 5 Adhésion et ouverture des droits

Le droit aux prestations prend effet après l'adhésion, selon les modalités d'ouverture des droits à prestations définies pour chaque formule.
Il est impossible pour un nouvel adhérent de bénéficier d'une ouverture anticipée de ses droits statutaires moyennant le règlement d'un rappel de cotisations.

Article 6

Les cotisations, présentées ci-après sont établies mensuellement.
Néanmoins, les membres participants s'engagent au paiement régulier et obligatoire d'une cotisation annuelle.

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un prélèvement automatique sur la rémunération des agents, sur compte bancaire ou postal, ou être appelées par les services du siège social.

Article 7

Les membres participants se trouvant dans l'une des situations suivantes : détachement, disponibilité, congé parental, congé spécial, démission, retraite, maladie, licenciement..., peuvent être maintenus en tant que membres participants, dans la mesure où ils sont à jour de leurs cotisations.

Ces membres participants ont la possibilité de rester adhérents à la mutuelle même s'ils reprennent ensuite une activité professionnelle dans un autre secteur.

Article 8

Il est proposé, à la personne qui souhaite adhérer, une formule d'adhésion correspondant à sa situation professionnelle.
Lors de l'adhésion d'un ayant droit ou de ré adhésion d'un ancien adhérent, il peut lui être proposé de retourner dans la formule d'adhésion qui le couvrait au préalable.

Article 9

Les adhérents de la mutuelle bénéficient à compter du 01/02/2013 d'un service assistance mis en place dans le cadre d'un contrat collectif, l'accès à ce service n'est possible que pour les adhérents dont la formule d'adhésion le prévoit. Les personnes couvertes et les garanties sont définies dans les dispositions relatives à la formule d'adhésion et dans la notice assistance correspondante à la formule souscrite.

Section I Dispositions relatives à la FORMULE PRIMO

Article 10 (à compter du 01/01/2016)

10-1

Cette formule est proposée aux personnes exerçant dans le secteur hospitalier et assimilé.
La formule Primo est ouverte ayant opté aux personnes ayant opté pour cette formule et répondant aux conditions d'adhésion.
La formule souscrite est appliquée à tous les bénéficiaires inscrits sur le dossier.

10-2 Les prestations (à compter du 01/01/2018)

Certaines prestations sont susceptibles d'évolution du fait de la **C**lassification **C**ommune des **A**ctes **M**édicaux et la **T**arification **A** l'**A**ctivité, et dans le cadre du parcours de soins. Le conseil d'administration sera chargé de l'examen des dispositions à adopter en matière d'adaptation des prestations à la CCAM, la TAA, au parcours de soins et au contrat solidaire et responsable.

Les pourcentages présentés sont basés sur le tarif de base de remboursement sécurité sociale (TBSS), et dans le cadre du parcours de soins. Pour connaître le montant global de remboursement, il faut additionner la part sécurité sociale et la part mutuelle. Dans tous les cas, l'ensemble des remboursements cumulés (sécurité sociale + part SMH sur la base du TBSS + forfait) ne peut être supérieur au montant des frais engagés.

Nature des Actes	**Part Sécurité Sociale sur la base du TBSS***	**part SMH sur la base du TBSS***	**Part supplémentaire SMH sur la base du TBSS* ou prestation forfaitaire**
Soins courants – PARCOURS DE SOINS			
Consultations, visites : généralistes, spécialistes	70%	30%	/
Actes d'anesthésie, actes de chirurgie et actes techniques médicaux	70% 100%	30% /	/ /
Actes auxiliaires médicaux	60%	40%	/
Analyses médicales	60%	40%	/
Radiologie	70%	30%	/
Actes d'imagerie (ADI)	70% 100%	30% /	/ /
Actes d'échographie (ADE)	70% 100%	30% /	/ /
Pharmacie	65% 30% 15%	35% 70% 85%	/ / /
Frais de transport (ambulance et taxi)	65%	35%	/
Soins courants – HORS PARCOURS DE SOINS[1]			
Consultations, visites : généralistes, spécialistes – actes techniques médicaux	30%	30 %	/
Radiologie – actes d'imagerie – actes d'échographie	30%	30 %	/
Appareillages			
Appareillages médicaux (seringues, pansements, ceinture de maintien et bas à varices)	60%	40%	/
Autres appareillages médicaux et prothèses (mammaires, oculaires, capillaires…)	60%	40%	/
Semelles orthopédiques	60%	40%	/
Prothèses auditives	60%	40%	/
Hospitalisation			
Médicale, chirurgicale et établissements spécialisés	80%	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% /	/ /
Forfait journalier Hospitalier [2]	/	/	Intégral illimité
Participation forfaitaire de l'assuré de 18 Euros[3]	/	/	intégrale

Optique			
Monture et verres Lentilles de contact prises en charge par la sécurité sociale	60% 60%	40% 40%	/ /
Dentaire			
Soins	70%	30%	/
Prothèses (toutes prothèses acceptées par la Sécurité sociale)	70%	30%	/
Orthodontie	100% 70%	/ 30%	/ /
Prestations prévention dans le cadre des contrats responsables			
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale (taux de remboursement selon acte pris en charge)	70% 65% 60%	30% 35% 40%	/ / /
Prestations solidarité			
Aides exceptionnelles	/	/	Etude possible du dossier par la CAE ** suivant règlement intérieur de la commission
Prestation complémentaire			
Assistance			Oui

[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] 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.
[3] Cette participation forfaitaire concerne les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120€.

* 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.
** CAE : Commission des aides exceptionnelles

Article 10-3 Les cotisations (à compter du 01/01/2018)

Le taux de cotisation pour l'adhérent personne seule en formule Primo représente 48% du taux de cotisation pour l'adhérent personne seule de la formule intégrale taux plein.

La méthode de calcul pour le conjoint suit les mêmes principes que pour la formule intégrale (sur la base du barème de l'adhérent en formule Primo) :
Conjoint : 90 % de la cotisation personne seule dans la catégorie d'âge établie pour le conjoint.

La méthode de calcul pour les enfants suit les mêmes principes que pour la formule intégrale (en appliquant le taux de 52%) :
Enfant(s): ajout d'une somme forfaitaire ce qui représente par enfant inscrit :
1er enfant : 30,60€ * 52% = 15,91€
2ème enfant : 30,60€ * 52% = 15,91€
3ème enfant (application d'une remise par rapport au barème du premier et deuxième enfant) : 28,15€ * 52% = 14,64€
4ème enfant et suivants : gratuité

Les adhérents et conjoints - chacun dans la catégorie d'âge lui correspondant -, dont les droits sont ouverts et qui atteignent la limite d'âge, se voient automatiquement passer en catégorie d'âge suivante. L'âge atteint est pris en compte au 1er janvier de l'année suivante.

10-4 Réservé

Article 11 Réservé

Section II Dispositions relatives à la FORMULE ESSENTIELLE

Article 12

12-1

Cette formule est proposée aux personnes exerçant dans le secteur hospitalier et assimilé (Pour les adhésions, avant le 01/01/2011 cette condition ne s'appliquait pas).
La formule essentielle est ouverte aux personnes, ayant opté pour cette formule et répondant aux conditions d'adhésion.
La formule souscrite est appliquée à tous les bénéficiaires inscrits sur le dossier.

12-2 Les prestations (à compter du 01/01/2018)

Cette formule donne droit à des prestations réduites par rapport à la formule intégrale, selon la grille définie ci-dessous.

Certaines prestations sont susceptibles d'évolution du fait de la **C**lassification **C**ommune des **A**ctes **M**édicaux et la **T**arification **A** l'**A**ctivité, et dans le cadre du parcours de soins. Le conseil d'administration sera chargé de l'examen des dispositions à adopter en matière d'adaptation des prestations à la CCAM, la TAA, au parcours de soins et au contrat solidaire et responsable.

Les pourcentages présentés sont basés sur le tarif de base de remboursement sécurité sociale (TBSS), et dans le cadre du parcours de soins. Pour connaître le montant global de remboursement, il faut additionner la part sécurité sociale et la part mutuelle. Dans tous les cas, l'ensemble des remboursements cumulés (sécurité sociale + part SMH sur la base du TBSS + forfait) ne peut être supérieur au montant des frais engagés.

Nature des Actes	**Part Sécurité Sociale sur la base du TBSS***	**Part SMH sur la base du TBSS***	**Part supplémentaire SMH sur la base du TBSS* ou prestation forfaitaire**
Soins courants – PARCOURS DE SOINS			
Consultations, visites généralistes	70%	30%	/

Consultations, visites spécialistes : - médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale - médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale Actes d'anesthésie, actes de chirurgie et actes techniques médicaux Actes auxiliaires médicaux (soins et Indemnités de déplacement)	70% 70% 70% 100% 60%	30% 30% 30% / 40%	25%[3] ou 5%[3] une fois par année civile / / /
Analyses médicales	60%	40%	/
Radiologie Actes d'imagerie (ADI) Actes d'échographie (ADE)	70% 70% 100% 70% 100%	30% 30% / 30% /	/ / / / /
Pharmacie	65% 30% 15%	35% 70% 85%	/ / /
Frais de transport (ambulance et taxi)	65%	35%	/
Soins courants – HORS PARCOURS DE SOINS			
Consultations, visites : généralistes, spécialistes – actes techniques médicaux Radiologie – actes d'imagerie – actes d'échographie	30% 30%	30 % [1] 30 % [1]	**/** **/**
Appareillages			
Appareillages médicaux (seringues, pansements, ceinture de maintien et bas à varices) et prothèses (mammaires, oculaires, capillaires…)	60%	40%	/
Bandelettes d'analyses pour diabétiques et appareils pour stomisés	100% du tarif RO défini selon LPP [2]	/	/
Semelles orthopédiques	60%	40%	/
Prothèses auditives	60%	40%	/
Hospitalisation			
Médicale, chirurgicale Etablissements spécialisés	80% 80%	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% /	/ /
Forfait journalier Hospitalier [6]	/	/	Intégral illimité
Maisons de repos	80%	20%	/
Participation forfaitaire de l'assuré de 18 Euros[7]	/	/	intégrale
Optique[4]			
<u>LUNETTES prises en charge par la Sécurité sociale</u> :			
<u>Adulte (à partir de 18 ans)</u> - une monture et deux verres, une fois tous les 2 ans sauf évolution de la vue			
Equipement complet (1 monture**+ 2 verres)			
avec 2 verres unifocaux faible correction	60%	40%	80 €
avec 2 verres unifocaux forte correction	60%	40%	200 €
avec 2 verres multifocaux faible correction	60%	40%	200 €
avec 2 verres multifocaux forte correction	60%	40%	200 €
avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre unifocal forte correction	60%	40%	140 €
avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre multifocal faible correction	60%	40%	140 €
avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre multifocal forte correction	60%	40%	140 €
avec 1 verre unifocal forte correction et 1 verre multifocal faible correction	60%	40%	200 €
avec 1 verre unifocal forte correction et 1 verre multifocal forte correction	60%	40%	200 €
avec 1 verre multifocal faible correction et 1 verre multifocal forte correction	60%	40%	200 €
<u>Enfant (moins de 18 ans)</u> - une monture et deux verres, une fois par an			
Equipement complet (1 monture**+ 2 verres)			
avec 2 verres unifocaux faible correction	60%	40%	36€
avec 2 verres unifocaux forte correction ou 2 verres multifocaux faible correction	60%	40%	170€
avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre unifocal forte correction	60%	40%	103€
avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre multifocal faible correction	60%	40%	103€
avec 1 verre unifocal forte correction et 1 verre multifocal faible correction	60%	40%	170€
<u>LENTILLES</u>			
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale ou Lentilles correctrices non prises en charge par la Sécurité sociale inscrites à la LPP[2]	60% /	40% /	100 € 30 €
Dentaire accepté sécurité sociale			
Soins dentaires et actes inlay-Onlay (INO)	70%	30%	/
Prothèses dentaires et actes Inlay-cores (ICO) en fonction de l'ancienneté mutualiste à la SMH 1ère année d'adhésion 2ème année d'adhésion 3ème année d'adhésion et années d'adhésion suivantes	 70% 70% 70%	 30 % 30 % 30 %	 + 47% [5] + 51% [5] + 56% [5]
Orthodontie	100% 70%	/ 30%	/ /
Pose d'une couronne dentaire implantoportée	70%	30%	+ 36 € [5]
Cure thermale			
Frais de surveillance médicale	70%	30%	/
Frais de traitement thermal (y compris hébergement si participation sécurité sociale)	65%	35%	/
Pratiques médicales complémentaires	70%	30%	/
Frais de déplacement (si participation sécurité sociale)	65%	35%	/
Prestations prévention dans le cadre des contrats responsables			
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale (taux de remboursement selon acte pris en charge)	70% 65% 60%	30% 35% 40%	/ / /

Prestations solidarité			
Aides exceptionnelles	/	/	Etude possible du dossier par la CAE*** suivant règlement intérieur de la commission
Prestation complémentaire			
Assistance			Oui

[1] Participation en fonction du tarif de base de remboursement sécurité sociale selon taux smh en vigueur dans le cadre du parcours de soins. La majoration de participation de l'assuré hors parcours de soins ne peut être prise en charge par la mutuelle.
[2] Liste des Produits et Prestations
[3] Participation supplémentaire pour un dépassement par bénéficiaire par année civile pour une consultation (ou visite médicalement justifiée) de médecin spécialiste dans le cadre du parcours de soins sauf consultation dispensée par psychiatre, cardiologue, neuropsychiatre et avis ponctuel pour lesquelles la base de prise en charge sécurité sociale est supérieure. La participation est versée à hauteur de 25% du TBSS si le médecin spécialiste a adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale ou de 5% du TBSS s'il n'a pas adhéré. Si aucune information n'est précisée sur l'adhésion du médecin aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale, le médecin sera considéré comme n'ayant pas adhéré.
La participation au dépassement est versée sur la première consultation spécialiste de l'année dont la SMH a connaissance. Au-delà de cette consultation, pas de participation supplémentaire, mais remboursement du ticket modérateur.
[4] 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. En cas d'équipement partiel le forfait optique est accordé comme suit : monture adulte 20€, verre unifocal faible correction adulte 30€/verre, verre unifocal forte correction adulte 90€/verre, verre multifocal faible correction adulte 90€/verre, verre multifocal forte correction adulte 90€/verre, Monture enfant 10€, verre unifocal faible correction enfant 13€/verre, verre unifocal forte correction enfant 80€/verre, verre multifocal faible correction enfant 80€/verre.
Le forfait lentille s'entend par année civile et par bénéficiaire.
[5] Les forfaits prothèses dentaires et actes Inlay-cores acceptées sécurité sociale de 47%, 51% ou 56% et le forfait pose d'une couronne dentaire implantoportée de 36€ sont versés dans la limite de 250€ la première année civile, 400€ la deuxième année civile, 600€ la troisième année civile, puis 600€ par année civile les années suivantes. Les forfaits prothèses dentaires concernent les prothèses cotées PAM (prothèses amovibles définitives métalliques), PAR (prothèses amovibles définitives résine), PDT (prothèses dentaires provisoires), PFC (prothèses fixes céramiques), PFM (prothèses fixes métalliques), RPN (réparation sur prothèse) qui sont prises en charge par le régime obligatoire.
[6] 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.
[7] Cette participation forfaitaire concerne les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120€.

* 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.
** dont au maximum 150€ pour la monture
*** CAE : Commission des aides exceptionnelles

12-3 Les cotisations (à compter du 01/01/2018)

Le taux de cotisation pour l'adhérent personne seule en formule essentielle représente 74% du taux de cotisation pour l'adhérent personne seule de la formule intégrale taux plein.

La méthode de calcul pour le conjoint suit les mêmes principes que pour la formule intégrale (sur la base du barème de l'adhérent en formule essentielle) :
Conjoint : 87 % de la cotisation personne seule dans la catégorie d'âge établie pour le conjoint

La méthode de calcul pour les enfants suit les mêmes principes que pour la formule intégrale (en appliquant le taux de 78%) :
Enfant(s): ajout d'une somme forfaitaire ce qui représente par enfant inscrit :
1er enfant : 30,60€ * 78% = 23,87€
2ème enfant : 30,60€ * 78% = 23,87€
3ème enfant (application d'une remise par rapport au barème du premier et deuxième enfant) : 28,15€ * 78% = 21,96€
4ème enfant et suivants : gratuité

Les adhérents et conjoints - chacun dans la catégorie d'âge lui correspondant -, dont les droits sont ouverts et qui atteignent la limite d'âge, se voient automatiquement passer en catégorie d'âge suivante. L'âge atteint est pris en compte au 1er janvier de l'année suivante.

12-4 Réservé

Article 13 Réservé

Section III Dispositions relatives à la FORMULE NUANCE

Article 14

14-1

Cette formule est proposée aux personnes exerçant dans le secteur hospitalier et assimilé.
La formule nuance est ouverte aux personnes, ayant opté pour cette formule et répondant aux conditions d'adhésion.
La formule souscrite est appliquée à tous les bénéficiaires inscrits sur le dossier.

14-2 Les prestations (à compter du 01/01/2018)

Certaines prestations sont susceptibles d'évolution du fait de la **C**lassification **C**ommune des **A**ctes **M**édicaux et la **T**arification **A** l'**A**ctivité, et dans le cadre du parcours de soins. Le conseil d'administration sera chargé de l'examen des dispositions à adopter en matière d'adaptation des prestations à la CCAM, la TAA, au parcours de soins et au contrat solidaire et responsable.

Les pourcentages présentés sont basés sur le tarif de base de remboursement sécurité sociale (TBSS), et dans le cadre du parcours de soins. Pour connaître le montant global de remboursement, il faut additionner la part sécurité sociale et la part mutuelle. Dans tous les cas, l'ensemble des remboursements cumulés (sécurité sociale + part SMH sur la base du TBSS + forfait) ne peut être supérieur au montant des frais engagés. 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.

Nature des Actes	**Part Sécurité Sociale sur la base du TBSS***	**Part SMH sur la base du TBSS***	**Part supplémentaire SMH sur la base du TBSS* ou prestation forfaitaire**
Soins courants – PARCOURS DE SOINS			
Consultations, visites généralistes	70%	30%	/
Consultations, visites spécialistes			
- médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	30%	30% [1] Jusque 2 fois par année civile
- médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	30%	ou 10% [1] Jusque 2 fois par année civile
Actes d'anesthésie, actes de chirurgie et	70%	30%	/
actes techniques médicaux	100%	/	/
Dépassements d'honoraires actes d'anesthésie, actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec actes d'anesthésie :			
- médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/	/	50%
- médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/	/	30%
Actes auxiliaires médicaux (soins et Indemnités de déplacement)	60%	40%	/
Analyses médicales	60%	40%	/
Radiologie	70%	30%	/
Actes d'imagerie (ADI)	70%	30%	/
	100%	/	/
Actes d'échographie (ADE)	70%	30%	/
	100%	/	/
Pharmacie	65%	35%	/
	30%	70%	/
	15 %	85%	/
Frais de transport (ambulance et taxi)	65%	35%	/
Soins courants – HORS PARCOURS DE SOINS			
Consultations, visites : généralistes, spécialistes – actes techniques médicaux	30%	30 % [2]	/
Radiologie – actes d'imagerie – actes d'échographie	30%	30 % [2]	/
Appareillages			
Appareillages médicaux (seringues, pansements, ceinture de maintien et bas à varices) et prothèses mammaires, oculaires, capillaires…	60%	40%	25% des frais réels engagés
Bandelettes d'analyses pour diabétiques et appareils pour stomisés	100% du tarif RO défini selon LPP [3]		25% des frais engagés restant à charge
Semelles orthopédiques	60%	40%	25% des frais réels engagés [4]
Audioprothèses			
20 ans et plus			
Acquisition audioprothèse	60%	40%	200 Euros par appareil -toutes les 4 années civiles- après deux ans d'adhésion [5]
Entretien et réparations	60%	40%	50 Euros par appareil/année civile
Moins de 20 ans [6]			
Acquisition audioprothèse – entretien et réparations	60%	40%	50 Euros par appareil/année civile
Hospitalisation			
Médicale, chirurgicale	80%	20%	/
Etablissements spécialisés	80%	20%	/
Honoraires médicaux (dans le cadre d'une hospitalisation en établissement de soins hospitalier public ou privé)			
Actes d'anesthésie, actes de chirurgie et	80%	20%	/
actes techniques médicaux	100%	/	/
Dépassements d'honoraires actes d'anesthésie, actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec actes d'anesthésie :			
- médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/	/	50%[2]
- médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/	/	30%[2]
Forfait journalier Hospitalier[12]	/	/	Intégral illimité
Participation forfaitaire de l'assuré de 18 Euros[13]	/	/	Intégrale
Chambre particulière[7]			
Médecine Chirurgie	/	/	35 €/Jour avec nuitée ou 20€/Jour sans nuitée dans la limite des frais engagés (50 jours par année civile)
Hospitalisation long séjour	/	/	16 € /Jour dans la limite des frais engagés (30 jours par année civile)
Frais d'accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	/	/	Remboursement intégral des frais de repas + nuit de l'accompagnant[7]
Maisons de repos	80%	20%	/
Maternité			
Actes d'obstétrique (ACO)			
- médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	100%	/	50%
- médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	100%	/	30%
Chambre particulière [7]			
Maternité	/	/	35 € /Jour *dans la limite des frais engagés*

Les plus accompagnement maternité : amniocentèse non remboursée mais prescrite médicalement, thalassothérapie jeune maman en établissement de cure [8], participation frais médicaux Fécondation In Vitro (FIV) non pris en charge sécurité sociale	/	/	Jusque 50€ / année civile
Optique[9]			
LUNETTES prises en charge par la Sécurité sociale			
Adulte (à partir de 18 ans) - une monture et deux verres, une fois tous les 2 ans sauf évolution de la vue Equipement complet (1 monture ** + 2 verres)			
avec 2 verres unifocaux faible correction	60%	40%	120€
avec 2 verres unifocaux forte correction	60%	40%	220€
avec 2 verres multifocaux faible correction	60%	40%	220€
avec 2 verres multifocaux forte correction	60%	40%	250€
avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre unifocal forte correction	60%	40%	170€
avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre multifocal faible correction	60%	40%	170€
avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre multifocal forte correction	60%	40%	185€
avec 1 verre unifocal forte correction et 1 verre multifocal faible correction	60%	40%	220€
avec 1 verre unifocal forte correction et 1 verre multifocal forte correction	60%	40%	235€
avec 1 verre multifocal faible correction et 1 verre multifocal forte correction	60%	40%	235€
Bonification lunettes adultes en cas de renouvellement d'un équipement complet (une monture + 2 verres correcteurs) OU changement des deux verres correcteurs Après 3 ans sans prestation lunette	/	/	20 €
Enfant (moins de 18 ans) - une monture et deux verres, une fois par an Equipement complet (1 monture ** + 2 verres)			
avec 2 verres unifocaux faible correction	60%	40%	70€
avec 2 verres unifocaux forte correction ou 2 verres multifocaux faible correction	60%	40%	190€
avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre unifocal forte correction	60%	40%	130€
avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre multifocal faible correction	60%	40%	130€
avec 1 verre unifocal forte correction et 1 verre multifocal faible correction	60%	40%	190€
LENTILLES			
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale ou Lentilles correctrices non prises en charge par la Sécurité sociale inscrites à la LPP[3]	60% /	40% /	150 € 50 €
Chirurgie réfractive (non cumulable avec la prestation lunettes et lentilles)	/	/	100 € par oeil
Forfait basse vision	/	/	75 € par année civile
Dentaire accepté sécurité sociale			
Soins dentaires et actes inlay-Onlay (INO)	70 %	30 %	/
Actes Inlay-cores (ICO)	70%	30%	+ 80 % [11]
Prothèses dentaires en fonction de l'ancienneté mutualiste à la SMH 1ère année d'adhésion 2ème année d'adhésion 3ème année d'adhésion et années d'adhésion suivantes	 70% 70% 70%	 30 % 30 % 30 %	 + 93 % [11] + 102 % [11] + 112 % [11]
Pose d'une couronne dentaire implantoportée	70%	30%	+ 72 € [11]
Orthodontie	100% 70%	/ 30%	+ 2 € / TO
Dentaire sans participation sécurité sociale			
Pose d'un implant	/	/	100 € par année civile
Cure thermale			
Frais de surveillance médicale	70%	30%	/
Frais de traitement thermal (y compris hébergement si participation sécurité sociale)	65%	35%	+ 50 € / Cure
Pratiques médicales complémentaires	70%	30%	/
Frais de déplacement (si participation sécurité sociale)	65%	35%	/
Prestations prévention dans le cadre des contrats responsables			
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale (taux de remboursement selon acte pris en charge)	70% 65% 60%	30% 35% 40%	/ / /
Dépenses préventives non remboursées par la Sécurité Sociale, mais prescrites médicalement			
Vaccins Contraceptifs féminins non remboursés par le régime obligatoire (Pilule, stérilet, patch ou implant contraceptif)	/ /	/ /	30% des frais engagés 30% des frais engagés
Ostéodensitométrie non remboursée	/	30% [2]	Selon tarif ADI reconnu par la sécurité sociale pour cet acte
Séances de psychomotricité	/	/	30% des frais engagés
Médecine complémentaire			
PACK médecines douces[14] et diététique			Jusque 40€ par année civile
Prestations solidarité			
Allocations journalières pour perte de salaire en cas de maladie	/	/	20% du traitement de base indiciaire pour les agents de la fonction publique hospitalière [10]
Aides exceptionnelles	/	/	Etude possible du dossier par la CAE*** suivant règlement intérieur de la commission
Prestation complémentaire			
Assistance			Oui

[1] Participation supplémentaire pour 2 dépassements par bénéficiaire par année civile pour des consultations (ou visite médicalement justifiée) de médecin spécialiste, dans le cadre du parcours de soins sauf consultation dispensée par psychiatre, cardiologue, neuropsychiatre et avis ponctuel pour lesquelles la base de prise en charge sécurité sociale est supérieure. La participation est versée à hauteur de 30% du TBSS si le médecin spécialiste a adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale ou de 10% du TBSS s'il n'a pas adhéré. Si aucune information n'est précisée sur l'adhésion du médecin aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale, le médecin sera considéré comme n'ayant pas adhéré.

La participation aux dépassements est versée sur les 2 premières consultations spécialistes de l'année dont la SMH a connaissance. Au-delà de 2, pas de participation supplémentaire, mais remboursement du ticket modérateur.
[2] 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.
[3] Liste des Produits et Prestations
[4] versement de 25 % 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.
[5] pendant les deux premières années d'adhésion -en cas d'acquisition- prestation forfaitaire limitée à 50€
[6] ou toutes personnes atteintes de cécité et d'un déficit auditif quel que soit leur âge.
[7] Ne sont pas compris les suppléments personnels (TV, Téléphone …)
[8] Prestation thalassothérapie jeune maman en établissement de cure thermale (non cumulable avec la prestation cure)
[9] 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. En cas d'équipement partiel le forfait optique est accordé comme suit : monture adulte 40€, verre unifocal faible correction adulte 40€/verre, verre unifocal forte correction adulte 90€/verre, verre multifocal faible correction adulte 90€/verre, verre multifocal forte correction adulte 105€/verre, Monture enfant 20€, verre unifocal faible correction enfant 25€/verre, verre unifocal forte correction enfant 85€/verre, verre multifocal faible correction enfant 85€/verre.
Le forfait lentille s'entend par année civile et par bénéficiaire.
[10] pour les adhésions avant le 50ème anniversaire après un an d'adhésion et selon modalités définies à l'article 44 du règlement mutualiste.
[11] Les forfaits prothèses dentaires et actes Inlay-cores acceptées sécurité sociale de 93%, 102% ou 112%, les actes inlay-cores (ICO) de 80% et le forfait pose d'une couronne dentaire implantoportée de 72€ sont versés dans la limite de 500€ la première année civile, 700€ la deuxième année civile, 900€ la troisième année civile, puis 900€ par année civile les années suivantes. Les forfaits prothèses dentaires concernent les prothèses cotées PAM (prothèses amovibles définitives métalliques), PAR (prothèses amovibles définitives résine), PDT (prothèses dentaires provisoires), PFC (prothèses fixes céramiques), PFM (prothèses fixes métalliques), RPN (réparation sur prothèse) prises en charge par le régime obligatoire.
[12] 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.
[13] Cette participation forfaitaire concerne les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120€.
[14] Actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie ou d'acuponcture

* 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.
** dont au maximum 150€ pour la monture
*** CAE : Commission des aides exceptionnelles

14-3 Les cotisations (à compter du 01/01/2018)

Le taux de cotisation pour l'adhérent personne seule en formule nuance représente 87% du taux de cotisation pour l'adhérent personne seule de la formule intégrale taux plein.

La méthode de calcul pour le conjoint suit les mêmes principes que pour la formule intégrale (sur la base du barème de l'adhérent en formule nuance) :
Conjoint : 87 % de la cotisation personne seule dans la catégorie d'âge établie pour le conjoint

La méthode de calcul pour les enfants suit les mêmes principes que pour la formule intégrale (en appliquant le taux de 88%) :
Enfant(s): ajout d'une somme forfaitaire ce qui représente par enfant inscrit :
1er enfant : 30,60€ * 88% = 26,93€
2ème enfant : 30,60€ * 88% = 26,93€
3ème enfant (application d'une remise par rapport au barème du premier et deuxième enfant) : 28,15€ * 88% = 24,77€
4ème enfant et suivants : gratuité

Les adhérents et conjoints - chacun dans la catégorie d'âge lui correspondant -, dont les droits sont ouverts et qui atteignent la limite d'âge, se voient automatiquement passer en catégorie d'âge suivante. L'âge atteint est pris en compte au 1er janvier de l'année suivante.

14-4 Réservé

Article 15 Réservé

Section IV Dispositions relatives à la FORMULE INTEGRALE

Article 16

16-1

Cette formule est proposée aux personnes exerçant dans le secteur hospitalier et assimilé (Pour les adhésions, avant le 01/01/2011 cette condition ne s'appliquait pas).
La formule intégrale est ouverte aux personnes, ayant opté pour cette formule et répondant aux conditions d'adhésion.
La formule souscrite est appliquée à tous les bénéficiaires inscrits sur le dossier.

16-2 Les prestations (à compter du 01/01/2018)

Certaines prestations sont susceptibles d'évolution du fait de la **C**lassification **C**ommune des **A**ctes **M**édicaux et la **T**arification **A** l'**A**ctivité, et dans le cadre du parcours de soins. Le conseil d'administration sera chargé de l'examen des dispositions à adopter en matière d'adaptation des prestations à la CCAM, la TAA, au parcours de soins et au contrat solidaire et responsable.

Les pourcentages présentés sont basés sur le tarif de base de remboursement sécurité sociale (TBSS), et dans le cadre du parcours de soins. Pour connaître le montant global de remboursement, il faut additionner la part sécurité sociale et la part mutuelle. Dans tous les cas, l'ensemble des remboursements cumulés (sécurité sociale + part SMH sur la base du TBSS + forfait) ne peut être supérieur au montant des frais engagés.

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.

Nature des Actes	**Part Sécurité Sociale sur la base du TBSS***	**Part SMH sur la base du TBSS***	**Part supplémentaire SMH sur la base du TBSS* ou prestation forfaitaire**
Soins courants – PARCOURS DE SOINS			
Consultations, visites généralistes	70%	30%	/
Consultations, visites spécialiste			
- médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	30%	45% [8] Jusque 3 fois par année civile
- médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	30%	ou 25% [8]
Actes d'anesthésie, actes de chirurgie et	70%	30%	/
actes techniques médicaux	100%	/	/
Dépassements d'honoraires actes d'anesthésie, actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec actes d'anesthésie :			
- médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/	/	70%
- médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/	/	50%
Actes auxiliaires médicaux (soins et Indemnités de déplacement)	60%	40%	/
Analyses médicales	60%	40%	/
Radiologie	70%	30%	/
Actes d'imagerie (ADI)	70%	30%	/
	100%	/	/
Actes d'échographie (ADE)	70%	30%	/
	100%	/	/
Pharmacie	65%	35%	/
	30%	70%	/
	15 %	85%	/
Frais de transport (ambulance et taxi)	65%	35%	/
Soins courants – HORS PARCOURS DE SOINS			
Consultations, visites : généralistes, spécialistes – actes techniques médicaux	30%	30 % [1]	/
Radiologie – actes d'imagerie – actes d'échographie	30%	30 % [1]	/
Appareillages			
Appareillages médicaux (seringues, pansements, ceinture de maintien et bas à varices) et prothèses mammaires, oculaires, capillaires…	60%	40%	35% des frais réels engagés
Bandelettes d'analyses pour diabétiques et appareils pour stomisés	100% du tarif RO défini selon LPP [2]		50% des frais engagés restant à charge
Semelles orthopédiques	60%	40%	50% des frais réels engagés [3]
Audioprothèses			
20 ans et plus			
Acquisition audioprothèse	60%	40%	400 Euros par appareil -toutes les 4 années civiles- après deux ans d'adhésion [9]
Entretien et réparations	60%	40%	76,22 Euros par appareil/année civile
Moins de 20 ans [10]			
Acquisition audioprothèse – entretien et réparations	60%	40%	76,22 Euros par appareil/année civile
Hospitalisation			
Médicale, chirurgicale	80%	20%	/
Etablissements spécialisés	80%	20%	/
Honoraires médicaux (dans le cadre d'une hospitalisation en établissement de soins hospitalier public ou privé) :			
Actes d'anesthésie, actes de chirurgie et	80%	20%	/
actes techniques médicaux	100%	/	/
Dépassements d'honoraires actes d'anesthésie, actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec actes d'anesthésie :			
- médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/	/	70% [1]
- médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/	/	50% [1]
Forfait journalier Hospitalier [13]	/	/	Intégral illimité
Participation forfaitaire de l'assuré de 18 Euros[14]	/	/	intégrale
Chambre particulière [4]			
Médecine Chirurgie	/	/	55 €/Jour avec nuitée ou 25€/Jour sans nuitée dans la limite des frais engagés (50 jours par année civile)
Hospitalisation long séjour	/	/	16 € /Jour dans la limite des frais engagés (30 jours par année civile)
Frais d'accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	/	/	Remboursement intégral des frais de repas + nuit de l'accompagnant [4]
Maisons de repos	80%	20%	/
Cliniques non conventionnées	/	/	12,20 € /Jour *(jusque 60 jours par année civile)*
Maisons de santé non conventionnées	/	/	9,15 € /Jour *(jusque 60 jours par année civile)*
Maternité			
Actes d'obstétrique (ACO)			
- médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	100%	/	70%
- médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	100%	/	50%
Chambre particulière [4]			
Maternité	/	/	55 € /Jour *dans la limite des frais engagés*

Les plus accompagnement maternité : amniocentèse non remboursée mais prescrite médicalement, thalassothérapie jeune maman en établissement de cure [6], participation frais médicaux Fécondation In Vitro (FIV) non pris en charge sécurité sociale	/	/	Jusque 77€ / année civile
Optique [5]			
LUNETTES prises en charge par la Sécurité sociale			
Adulte (à partir de 18 ans) - une monture et deux verres, une fois tous les 2 ans sauf évolution de la vue Equipement complet (1 monture** + 2 verres) avec 2 verres unifocaux faible correction avec 2 verres unifocaux forte correction avec 2 verres multifocaux faible correction avec 2 verres multifocaux forte correction avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre unifocal forte correction avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre multifocal faible correction avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre multifocal forte correction avec 1 verre unifocal forte correction et 1 verre multifocal faible correction avec 1 verre unifocal forte correction et 1 verre multifocal forte correction avec 1 verre multifocal faible correction et 1 verre multifocal forte correction	 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60%	 40% 40% 40% 40% 40% 40% 40% 40% 40% 40%	 181€ 255€ 271€ 321€ 218€ 226€ 251€ 263€ 288€ 296€
Bonification lunettes adultes en cas de renouvellement d'un équipement complet (une monture + 2 verres correcteurs) OU changement des deux verres correcteurs Après 3 ans sans prestation lunette	/	/	40 €
Enfant (moins de 18 ans) - une monture et deux verres, une fois par an Equipement complet (1 monture ** + 2 verres) avec 2 verres unifocaux faible correction avec 2 verres unifocaux forte correction ou 2 verres multifocaux faible correction avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre unifocal forte correction avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre multifocal faible correction avec 1 verre unifocal forte correction et 1 verre multifocal faible correction	 60% 60% 60% 60% 60%	 40% 40% 40% 40% 40%	 105€ 221€ 163€ 163€ 221€
LENTILLES			
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale ou Lentilles correctrices non prises en charge par la Sécurité sociale inscrites à la LPP[2]	60% /	40% /	200 € 90 €
Chirurgie réfractive (non cumulable avec la prestation lunettes et lentilles)	/	/	150 € par oeil
Forfait basse vision	/	/	100 € par année civile
Dentaire accepté sécurité sociale			
Soins dentaires et actes inlay-Onlay (INO)	70 %	30 %	/
Actes Inlay-cores (ICO)	70%	30%	+ 80%[12]
Prothèses dentaires en fonction de l'ancienneté mutualiste à la SMH 1ère année d'adhésion 2ème année d'adhésion 3ème année d'adhésion et années d'adhésion suivantes	 70% 70% 70%	 30 % 30 % 30 %	 + 151%[12] + 163% [12] + 186% [12]
Pose d'une couronne dentaire implantoportée	70%	30%	+ 120 € [12]
Orthodontie	100% 70%	/ 30%	+ 3,25 € / TO
Dentaire sans participation sécurité sociale			
Pose d'un implant Bonification après 2 années civiles complètes sans prestation implantologie	**/**	**/**	125 € par année civile +**bonification**[12] de 375€ = **500 € la 3ème année**
Cure thermale			
Frais de surveillance médicale	70%	30%	/
Frais de traitement thermal (y compris hébergement si participation sécurité sociale)	65%	35%	+ 77 € / Cure
Pratiques médicales complémentaires	70%	30%	/
Frais de déplacement (si participation sécurité sociale)	65%	35%	/
Prestations prévention dans le cadre des contrats responsables			
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale (taux de remboursement selon acte pris en charge)	70% 65% 60%	30% 35% 40%	/ / /
Dépenses préventives non remboursées par la Sécurité Sociale, mais prescrites médicalement			
Vaccins Contraceptifs féminins non remboursés par le régime obligatoire (Pilule, stérilet, patch ou implant contraceptif)	/ /	/ /	40% des frais engagés 40% des frais engagés
Ostéodensitométrie non remboursée	/	30% [1]	Selon tarif ADI reconnu par la sécurité sociale pour cet acte
Séances de psychomotricité	/	/	40% des frais engagés
Médecine complémentaire			
PACK médecines douces[15] et diététique			Jusque 80€ par année civile
Evénements familiaux			
Allocation naissance ou adoption	/	/	100 € [7]
Allocation décès	/	/	450 €
Prestations solidarité			
Allocations journalières pour perte de salaire en cas de maladie	/	/	35% du traitement de base indiciaire pour les agents de la fonction publique hospitalière [11]
Aides exceptionnelles	/	/	Etude possible du dossier par la CAE*** suivant règlement intérieur de la commission
Prestation complémentaire			
Assistance			Oui

[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] Liste des Produits et Prestations
[3] versement de 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.
[4] Ne sont pas compris les suppléments personnels (TV, Téléphone …)
[5] 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. En cas d'équipement partiel le forfait optique est accordé comme suit : monture adulte 65€, verre unifocal faible correction adulte 58€/verre, verre unifocal forte correction adulte 95€/verre, verre multifocal faible correction adulte 103€/verre, verre multifocal forte correction adulte 128 €/verre, Monture enfant 45€, verre unifocal faible correction enfant 30€/verre, verre unifocal forte correction enfant 88€/verre, verre multifocal faible correction enfant 88€/verre.
Le forfait lentille s'entend par année civile et par bénéficiaire.
[6] Prestation thalassothérapie jeune maman en établissement de cure thermale (non cumulable avec la prestation cure)
[7] 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.
[8] Participation supplémentaire pour 3 dépassements par bénéficiaire par année civile pour des consultations (ou visites médicalement justifiées) de médecins spécialistes dans le cadre du parcours de soins sauf consultations dispensées par psychiatre, cardiologue, neuropsychiatre et avis ponctuel pour lesquelles la base de prise en charge sécurité sociale est supérieure. La participation est versée à hauteur de 45% du TBSS si le médecin spécialiste a adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale ou de 25% du TBSS s'il n'a pas adhéré. Si aucune information n'est précisée sur l'adhésion du médecin aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale, le médecin sera considéré comme n'ayant pas adhéré.
La participation aux dépassements est versée sur les 3 premières consultations spécialistes de l'année dont la SMH a connaissance. Au-delà de 3, pas de participation supplémentaire, mais remboursement du ticket modérateur.
[9] pendant les deux premières années d'adhésion -en cas d'acquisition- prestation forfaitaire limitée à 76,22 €
[10] ou toutes personnes atteintes de cécité et d'un déficit auditif quelque soit leur âge.
[11] pour les adhésions avant le 50ème anniversaire après un an d'adhésion et selon modalités définies à l'article 44 du règlement mutualiste.
[12] Les forfaits prothèses dentaires acceptées sécurité sociale de 151%-163% ou 186%, les actes inlay-cores (ICO) de 80% et le forfait pose d'une couronne dentaire implantoportée de 120€ sont versés dans la limite de 750€ la première année civile, 1000€ la deuxième année civile. Les forfaits actes inlay-cores (ICO) et prothèses dentaires acceptées sécurité sociale et la bonification implantologie sont versés dans la limite de 1300€ la troisième année civile, puis par année civile les années suivantes. Les forfaits prothèses dentaires concernent les prothèses cotées PAM (prothèses amovibles définitives métalliques), PAR (prothèses amovibles définitives résine), PDT (prothèses dentaires provisoires), PFC (prothèses fixes céramiques), PFM (prothèses fixes métalliques), RPN (réparation sur prothèse) prises en charge par le régime obligatoire.
[13] 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.
[14] Cette participation forfaitaire concerne les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120€.
[15] Actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie ou d'acupuncture

* 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.
** dont au maximum 150€ pour la monture
*** CAE : Commission des aides exceptionnelles

16-3 Les cotisations (à compter du 01/01/2018)

Les cotisations sont calculées selon le principe suivant :

Cotisation Mensuelle = Cotisation pour l'adhérent en personne seule en fonction de son âge
+ cotisation pour le conjoint en fonction de son âge
+ cotisation pour le ou les enfant(s)

Cotisation personne seule adhérent :
Catégorie d'âge (selon l'âge de l'adhérent au 31/12/N-1) :

Jusque 18 ans : 30,60 € / mois	19 ans : 30,78 € / mois	20 ans : 32,12 €/ mois
21 ans : 33,45 € / mois	22 ans : 34,76 € / mois	23 ans : 35,94 €/ mois
24 ans : 36,62 € / mois	25 ans : 36,76 € / mois	26 ans : 37,37 €/ mois
27 ans : 38,15 € / mois	28 ans : 38,57 € / mois	29 ans : 38,82 € / mois
30 ans : 39,15 € / mois	31 ans : 39,47 € / mois	32 ans : 39,88 € / mois
33 ans : 40,47 € / mois	34 ans : 41,77 € / mois	35 ans : 43,45 € / mois
36 ans : 45,31 € / mois	37 ans : 47,58 € / mois	38 ans : 49,95 € / mois
39 ans : 52,45 € / mois	40 ans : 54,91 € / mois	41 ans : 57,15 € / mois
42 ans : 59,91 € / mois	43 ans : 62,20 € / mois	44 ans : 63,93 € / mois
45 ans : 65,51 € / mois	46 ans : 67,16 € / mois	47 ans : 68,58 € / mois
48 ans : 70,50 € / mois	49 ans : 72,12 € / mois	50 ans : 73,50 € / mois
51 ans : 74,89 € / mois	52 ans : 76,26 € / mois	53 ans : 77,65 € / mois
54 ans : 79,08 € / mois	55 ans : 80,39 € / mois	56 ans : 81,38 € / mois
57 ans : 82,18 € / mois	58 ans : 83,56 € / mois	59 ans : 85,05 € / mois
60 ans : 86,53 € / mois	61 ans : 88,71 € / mois	62 ans : 91,01 € / mois
63 ans : 93,46 € / mois	64 ans : 95,52 € / mois	65 ans : 98,46 € / mois
66 ans : 101,52 € / mois	67 ans : 104,67 € / mois	68 ans : 107,82 € / mois
69 ans : 110,62 € / mois	70 ans : 112,86 € / mois	71 ans : 115,85 € / mois
72 ans : 119,00 € / mois	73 ans : 122,15 € / mois	74 ans : 124,53 € / mois
75 ans : 127,03 € / mois	76 ans : 129,63 € / mois	77 ans : 132,58 € / mois
78 ans : 134,46 € / mois	79 ans : 136,32 € / mois	80 ans : 137,82 € / mois
81 ans : 139,51 € / mois	82 ans : 140,90 € / mois	83 ans : 143,16 € / mois
84 ans et plus : 144,50 € / mois		

Conjoint : 87 % de la cotisation personne seule dans la catégorie d'âge établie pour le conjoint

Enfant(s): ajout d'une somme forfaitaire par enfant inscrit :

1er enfant : 30,60 €
2ème enfant : 30,60 €
3ème enfant (application d'une remise par rapport au barème du premier et deuxième enfant) : 28,15 €
4ème enfant et suivant(s) : gratuité

Les adhérents et conjoints - chacun dans la catégorie d'âge lui correspondant -, dont les droits sont ouverts et qui atteignent la limite d'âge, se voient automatiquement passer en catégorie d'âge suivante. L'âge atteint est pris en compte au 1er janvier de l'année suivante.

Exceptionnellement des minorations de cotisations peuvent être accordées, pour les personnes à faibles ressources sur demande du membre participant qui transmet les différents justificatifs selon les dispositions en vigueur (cf l'article concernant les minorations de solidarité).

Afin de maintenir cet avantage d'une année civile sur l'autre, l'adhérent concerné doit renouveler spontanément sa demande selon les dispositions prévues.
En cas de non transmission des justificatifs, l'adhérent se voit alors appliquer la cotisation taux plein jusqu'à ce qu'il fournisse à nouveau tout document justifiant qu'il peut effectivement bénéficier de la minoration de cotisations.
En aucun cas, il ne sera effectué de remboursement de cotisations si une régularisation tardive intervient. La SMH se réserve toutefois le droit de réclamer la différence de cotisations, s'il s'avère qu'un adhérent bénéficie sciemment et indûment de la cotisation minorée.

Les minorations de cotisations ne concernent que les catégories d'âge à partir de 31 ans.
A partir de 61 ans le barème de cotisation minoré est accessible uniquement aux adhérents ayant au moins 5 ans d'adhésion ininterrompus le jour de leurs 61 ans.

Si l'adhérent réuni dans sa catégorie d'âge les conditions d'accès à la cotisation minorée : la cotisation est minorée de 10 % du montant de la cotisation en formule intégrale taux plein pour l'adhérent, son conjoint (à partir de la catégorie de cotisation 31 ans et plus) et ses enfants. Ce qui représente : *1er enfant :* 30,60€ *90% = 27,54€
2ème enfant : 30,60€ *90 % = 27,54€
3ème enfant : 28,15€ *90% = 25,34€
4ème enfant et suivant(s) : gratuité

16-4 Minorations de solidarité
Conditions d'attribution et modalités de mise en œuvre (à compter du 01/01/2019)

Elles sont accessibles aux membres participants cotisant en formule intégrale dans les catégories d'âge à partir de 31 ans jusque 60 ans et à partir de 61 ans aux adhérents ayant au moins 5 ans d'adhésion ininterrompus le jour de leurs 61 ans. L'âge pris en compte pour ces seuils est l'âge du membre participant fixé pour les catégories de cotisation.

Évaluation des ressources dans le cadre des minorations de solidarité, elle se fait en fonction de la catégorie d'âge établie pour l'adhérent :
Sur le ou les avis d'imposition, un seul élément est à prendre en compte : le montant du revenu brut global.

Les revenus de l'année N-2, qui figurent sur l'avis d'imposition N-1, servent à déterminer l'accès aux minorations de solidarité pour la cotisation de l'année N, avec effet au 1er janvier de l'année N, selon les dispositions prévues par la procédure de contrôle annuel des ressources et d'information des adhérents décrite ci-dessous.

Catégories d'âges de l'adhérent de 31 ans jusque 60 ans :
a) Une seule personne adulte au foyer : personne seule avec ou sans enfant(s) : si le montant du revenu brut global apparaissant sur le dernier avis est inférieur à 15 213 Euros, le membre participant pourra bénéficier de la minoration de cotisation.
b) Plus d'une personne au foyer : couple avec ou sans enfant(s) (même si un ou plusieurs membres de la famille ne sont pas adhérents à la mutuelle) l'ensemble des derniers avis d'imposition du foyer devront être transmis.
Si la somme des montants des revenus bruts globaux est inférieure à 27 376 Euros, le membre participant pourra bénéficier de la minoration de solidarité.

Catégories d'âges à partir de 61 ans pour l'adhérent ayant au moins 5 ans d'adhésion ininterrompus le jour de ses 61 ans :
a) Une seule personne adulte au foyer : personne seule avec ou sans enfant(s) : si le montant du revenu brut global apparaissant sur le dernier avis est inférieur à 12 638 Euros, le membre participant pourra bénéficier de la minoration de cotisation.
b) Plus d'une personne au foyer : couple avec ou sans enfant(s) (même si un ou plusieurs membres de la famille ne sont pas adhérents à la mutuelle) l'ensemble des derniers avis d'imposition du foyer devront être transmis.
Si la somme des montants des revenus bruts globaux est inférieure à 23 376 Euros, le membre participant pourra bénéficier de la minoration de solidarité.

Revalorisation des seuils fixés pour l'évaluation du RBG annuel d'accès aux minorations de cotisation :
Ce seuil évolue selon les dispositions arrêtées par le conseil d'administration.

Principe de base :
Afin de conserver le bénéfice d'une minoration de solidarité d'une année civile sur l'autre, le membre participant doit transmettre le ou les derniers avis d'imposition ou de non imposition justifiant de tous les revenus du foyer.
Le contrôle des ressources et l'attribution de la minoration de cotisation ne sont réalisés que sur la base de ce (ou ces) seul(s) document(s).

Modalités d'informations pour les adhérents bénéficiant déjà de la minoration de cotisation :
Après réception des avis d'imposition, le membre participant sera invité -par courrier personnel- à adresser par retour une photocopie de son ou ses avis d'imposition relatif à l'année N-1. Une date limite de retour est précisée sur le document. Si une évolution de ressources entraîne pour le membre participant l'arrêt du bénéfice de la cotisation minorée, un courrier lui sera adressé pour l'en informer. Il est en outre précisé sur le dit courrier, qu'en cas d'absence de réponse à la date indiquée, le bénéficiaire de la minoration se verra appliquer le taux de cotisation normal.
Si, passé ce délai et la suppression de la minoration de la cotisation appliquée, le membre bénéficiaire nous remet son avis d'imposition, ses droits seront vérifiés. S'il s'avérait qu'il puisse prétendre à nouveau à une minoration de cotisation, le changement sera effectué sur l'échéance la plus immédiate, sans que cela ne puisse donner lieu à effet rétro actif.

Modalités d'informations pour les adhérents ne bénéficiant pas de la minoration de cotisation :
Dans la documentation générale SMH, les informations relatives à la minoration y figurent. Cela laisse la possibilité pour chaque membre participant de demander à tout moment l'examen de ses droits en transmettant le ou les avis d'imposition ou non imposition justifiant de tous les revenus du foyer et en fonction de ce contrôle de bénéficier sans délai de la minoration de cotisation à l'échéance la plus immédiate. Toutefois,

en aucune manière, il ne pourra être accepté et pratiqué d'effet rétro actif. La démarche d'obtention de la minoration de cotisation reste une démarche volontaire du membre participant. Enfin, la publication de la SMH la plus proche du mois de septembre relatera à nouveau l'existence de cet avantage et sensibilisera les membres participants à vérifier s'ils sont susceptibles de bénéficier ou pas de la minoration de cotisation.

Situations particulières :
En cas de changement de situation entraînant le passage du dossier de l'adhérent en personne seule (suite à un décès, un divorce, une séparation) :
seuls les revenus de la personne qui reste seule (et maintient son adhésion à la mutuelle, + éventuellement ceux des enfants) seront pris en compte sous réserve d'adresser les justificatifs nécessaires. Cette modification prendra effet à la prochaine échéance qui suit la réception de l'intégralité des justificatifs.
Revenus imposables des enfants :
Les revenus des enfants lorsqu'ils sont imposables et figurent dans le RBG du foyer sont pris en compte.
Exceptionnellement, il sera toléré la non prise en compte des revenus d'un enfant dans la mesure où l'enfant aura souscrit une adhésion individuelle à la SMH pour la période d'évaluation des droits et où l'adhérent en formule la demande accompagnée des justificatifs nécessaires.

16-5 Réservé

Article 17 Réservé

Section V Dispositions relatives à la FORMULE POLYGONE

Article 18

18-1

Cette formule est proposée aux personnes exerçant dans le secteur hospitalier et assimilé (Pour les adhésions, avant le 01/01/2011 cette condition ne s'appliquait pas).
La formule polygone est ouverte aux personnes, ayant opté pour cette formule et répondant aux conditions d'adhésion.
La formule souscrite est appliquée à tous les bénéficiaires inscrits sur le dossier.

18-2 Les prestations (à compter du 01/01/2018)

Certaines prestations sont susceptibles d'évolution du fait de la **C**lassification **C**ommune des **A**ctes **M**édicaux et la **T**arification **A** l'**A**ctivité, et dans le cadre du parcours de soins. Le conseil d'administration sera chargé de l'examen des dispositions à adopter en matière d'adaptation des prestations à la CCAM, la TAA, au parcours de soins et au contrat solidaire et responsable.

Les pourcentages présentés sont basés sur le tarif de base de remboursement sécurité sociale (TBSS), et dans le cadre du parcours de soins. Pour connaître le montant global de remboursement, il faut additionner la part sécurité sociale et la part mutuelle. Dans tous les cas, l'ensemble des remboursements cumulés (sécurité sociale + part SMH sur la base du TBSS + forfait) ne peut être supérieur au montant des frais engagés.
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.

Nature des Actes	**Part Sécurité Sociale sur la base du TBSS***	**Part SMH sur la base du TBSS***	**Part supplémentaire SMH sur la base du TBSS* ou prestation forfaitaire**
Soins courants – PARCOURS DE SOINS			
Consultations, visites : généralistes	70%	30%	/
Consultations, visites spécialistes :			
- médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	30%	75% [8] Jusque 4 fois par année civile
- médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	30%	ou 55% [8]
Actes d'anesthésie, actes de chirurgie et	70%	30%	/
actes techniques médicaux	100%	/	/
Dépassements d'honoraires actes d'anesthésie, actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec actes d'anesthésie :			
- médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/	/	80%
- médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/	/	60%
Actes auxiliaires médicaux (soins et Indemnités de déplacement)	60%	40%	/
Analyses médicales	60%	40%	/
Radiologie	70%	30%	/
Actes d'imagerie (ADI)	70%	30%	/
	100%	/	/
Actes d'échographie (ADE)	70%	30%	/
	100%	/	/
Pharmacie	65%	35%	/
	30%	70%	/
	15%	85%	/
Frais de transport (ambulance et taxi)	65%	35%	/
Soins courants – HORS PARCOURS DE SOINS			
Consultations, visites : généralistes, spécialistes – actes techniques médicaux	30%	30 % [1]	/
Radiologie – actes d'imagerie – actes d'échographie	30%	30 % [1]	/
Appareillages			
Appareillages médicaux (seringues, pansements, ceinture de maintien et bas à varices) et prothèses mammaires, oculaires, capillaires…	60%	40%	35% des frais réels engagés
Bandelettes d'analyses pour diabétiques et appareils pour stomisés	100% du tarif RO défini selon LPP [2]		50% des frais engagés restant à charge

Semelles orthopédiques	60%	40%	50% des frais réels engagés [3]
Audioprothèses 20 ans et plus Acquisition audioprothèse Entretien et réparations Moins de 20 ans [10] Acquisition audioprothèse – entretien et réparations	 60% 60% 60%	 40% 40% 40%	 500 Euros par appareil -toutes les 4 années civiles- après deux ans d'adhésion [9] 76,22 Euros par appareil/année civile 76,22 Euros par appareil/année civile
Hospitalisation			
Médicale, chirurgicale Etablissements spécialisés	80% 80%	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 Dépassements d'honoraires actes d'anesthésie, actes de chirurgie et actes techniques médicaux avec actes d'anesthésie : - médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale - médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	 80% 100% / /	 20% / / /	 / / 80% [1] 60% [1]
Forfait journalier Hospitalier [13]	/	/	Intégral illimité
Participation forfaitaire de l'assuré de 18 Euros [14]	/	/	intégrale
Chambre particulière [4] Médecine Chirurgie Hospitalisation long séjour	 / /	 / /	 70 €/Jour avec nuitée ou 25€/Jour sans nuitée dans la limite des frais engagés (50 jours par année civile) 16 € /Jour dans la limite des frais engagés (30 jours par année civile)
Frais d'accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans	/	/	Remboursement intégral des frais de repas + nuit de l'accompagnant [4]
Maisons de repos	80%	20%	/
Cliniques non conventionnées	/	/	12,20 € /Jour *(jusque 60 jours par année civile)*
Maisons de santé non conventionnées	/	/	9,15 € /Jour *(jusque 60 jours par année civile)*
Maternité			
Actes d'obstétrique (ACO) - médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale - médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	 100% 100%	 / /	 80% 60%
Chambre particulière [4] Maternité	 /	 /	 70 € /Jour *dans la limite des frais engagés*
Les plus accompagnement maternité : amniocentèse non remboursée mais prescrite médicalement, thalassothérapie jeune maman en établissement de cure [12], participation frais médicaux Fécondation In Vitro (FIV) non pris en charge sécurité sociale	**/**	/	Jusque 100€ / année civile
Optique [5]			
LUNETTES prises en charge par la Sécurité sociale			
Adulte (à partir de 18 ans) - une monture et deux verres, une fois tous les 2 ans sauf évolution de la vue Equipement complet (1 monture**+ 2 verres) avec 2 verres unifocaux faible correction avec 2 verres unifocaux forte correction avec 2 verres multifocaux faible correction avec 2 verres multifocaux forte correction avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre unifocal forte correction avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre multifocal faible correction avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre multifocal forte correction avec 1 verre unifocal forte correction et 1 verre multifocal faible correction avec 1 verre unifocal forte correction et 1 verre multifocal forte correction avec 1 verre multifocal faible correction et 1 verre multifocal forte correction	 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60%	 40% 40% 40% 40% 40% 40% 40% 40% 40% 40%	 221€ 321€ 351€ 391€ 271€ 286€ 306€ 336€ 356€ 371€
Bonification lunettes adultes en cas de renouvellement d'un équipement complet (une monture + 2 verres correcteurs) OU changement des deux verres correcteurs Après 3 ans sans prestation lunette	/	/	50€
Enfant (moins de 18 ans) - une monture et deux verres, une fois par an Equipement complet (1 monture**+ 2 verres) avec 2 verres unifocaux faible correction avec 2 verres unifocaux forte correction ou 2 verres multifocaux faible correction avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre unifocal forte correction avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre multifocal faible correction avec 1 verre unifocal forte correction et 1 verre multifocal faible correction	 60% 60% 60% 60% 60%	 40% 40% 40% 40% 40%	 150€ 240€ 195€ 195€ 240€
LENTILLES			
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale ou Lentilles correctrices non prises en charge par la Sécurité sociale inscrites à la LPP[2]	60% /	40% /	300 € 110 €
Chirurgie réfractive (non cumulable avec la prestation lunettes et lentilles)	/	/	250 € par oeil
Forfait basse vision	/	/	125 € par année civile
Dentaire accepté sécurité sociale			
Soins dentaires et actes inlay-Onlay (INO)	70 %	30 %	/
Actes inlay-core (ICO)	70%	30%	+ 80% [6]
Prothèses dentaires Actes divers de prothèses (PDT,RPN) **PROTHESES FIXES** Prothèses fixes métalliques (PFM)	 70% 70%	 30 % 30 %	 + 186% [6] + 186% [6]

Prothèses fixes esthétiques CCM sur dents visibles : incisives, canines et prémolaires (PFC prothèses fixes céramiques) **PROTHESES AMOVIBLES** (PAM et PAR)	 70% 70%	 30 % 30 %	 + 242% [6] + 195% [6]
Pose d'une couronne dentaire implantoportée	70%	30%	+ 156 € [6]
Orthodontie	100% 70%	/ 30%	+ 3,50 € / TO
Dentaire sans participation sécurité sociale			
Pose d'un implant, chirurgie parodontale Bonification après 2 années civiles complètes sans prestation implantologie	/	/	200 € par année civile +**bonification** implantologie[6] de 375€= **575 € la 3ème année**
Orthodontie ou occlusodontie	/	/	150 € par année civile
Cure thermale			
Frais de surveillance médicale	70%	30%	/
Frais de traitement thermal (y compris hébergement si participation sécurité sociale)	65%	35%	+ 100 € / Cure
Pratiques médicales complémentaires	70%	30%	/
Frais de déplacement (si participation sécurité sociale)	65%	35%	/
Prestations prévention dans le cadre des contrats responsables			
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale (taux de remboursement selon acte pris en charge)	70% 65% 60%	30% 35% 40%	/ / /
Dépenses préventives non remboursées par la Sécurité Sociale, mais prescrites médicalement			
Vaccins Contraceptifs féminins non remboursés par le régime obligatoire (Pilule, stérilet, patch ou implant contraceptif)	/ /	/ /	40% des frais engagés 40% des frais engagés
Ostéodensitométrie non remboursée	/	30% [1]	Selon tarif ADI reconnu par la sécurité sociale pour cet acte
Séances de psychomotricité	/	/	40% des frais engagés
Médecine complémentaire			
PACK médecines douces[15] et diététique			Jusque 100€ par année civile
Evénements familiaux			
Allocation naissance ou adoption	/	/	150 € [7]
Allocation décès	/	/	600 €
Prestations solidarité			
Allocations journalières pour perte de salaire en cas de maladie	/	/	40% du traitement de base indiciaire pour les agents de la fonction publique hospitalière [11]
Aides exceptionnelles	/	/	Etude possible du dossier par la CAE*** suivant règlement intérieur de la commission
Prestation complémentaire			
Assistance			Oui

[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] Liste des Produits et Prestations
[3] versement de 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.
[4] Ne sont pas compris les suppléments personnels (TV, Téléphone …)
[5] 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. En cas d'équipement partiel le forfait optique est accordé comme suit : monture adulte 95€, verre unifocal faible correction adulte 63€/verre, verre unifocal forte correction adulte 113€/verre, verre multifocal faible correction adulte 128€/verre, verre multifocal forte correction adulte 148€/verre, Monture enfant 60€, verre unifocal faible correction enfant 45€/verre, verre unifocal forte correction enfant 90€/verre, verre multifocal faible correction enfant 90€/verre.
Le forfait lentille s'entend par année civile et par bénéficiaire.
[6] prestation supplémentaire pour les prothèses dentaires acceptées RO de 186%, 195% ou 242% selon le type de prothèse, les actes inlay-cores (ICO) de 80% et le forfait pose d'une couronne dentaire implantoportée de 120€ : plafonnée à 800 € la première année civile, 1 000 € la deuxième année civile. Les forfaits prothèses dentaires et actes inlay-cores acceptés sécurité sociale, le forfait pose d'une couronne dentaire implantoportée de 156€ et la bonification implantologie sont versés dans la limite de 1 450 € la troisième année civile, puis par année civile les années suivantes.
[7] 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.
[8] Participation supplémentaire pour 4 dépassements par bénéficiaire par année civile pour des consultations (ou visites médicalement justifiées) de médecins spécialistes dans le cadre du parcours de soins sauf consultations dispensées par psychiatre, cardiologue, neuropsychiatre et avis ponctuel pour lesquelles la base de prise en charge sécurité sociale est supérieure. La participation est versée à hauteur de 75% du TBSS si le médecin spécialiste a adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale ou de 55% du TBSS s'il n'a pas adhéré. Si aucune information n'est précisée sur l'adhésion du médecin aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale, le médecin sera considéré comme n'ayant pas adhéré.
La participation aux dépassements est versée sur les 4 premières consultations spécialistes de l'année dont la SMH a connaissance. Au-delà de 4, pas de participation supplémentaire, mais remboursement du ticket modérateur.
[9] pendant les deux premières années d'adhésion -en cas d'acquisition- prestation forfaitaire limitée à 76,22 €
[10] ou toutes personnes atteintes de cécité et d'un déficit auditif quelque soit leur âge.
[11] pour les adhésions avant le 50ème anniversaire après un an d'adhésion et selon modalités définies à l'article 44 du règlement mutualiste.
[12] Prestation thalassothérapie jeune maman en établissement de cure thermale (non cumulable avec la prestation cure)
[13] 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.
[14] Cette participation forfaitaire concerne les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120€.
[15] Actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie ou d'acuponcture

* 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.
** dont au maximum 150€ pour la monture
*** CAE : Commission des aides exceptionnelles

18-3 Les cotisations (à compter du 01/01/2018)

Les cotisations sont calculées selon le principe suivant :

Cotisation Mensuelle = Cotisation pour l'adhérent en personne seule en fonction de son âge
+ cotisation pour le conjoint en fonction de son âge
+ cotisation pour le ou les enfant(s)

Cotisation : personne seule adhérent :

Jusque 18 ans : 41,05 € / mois	19 ans : 42,17 € / mois	20 ans : 43,27 € / mois
21 ans : 44,38 € / mois	22 ans : 46,05 € / mois	23 ans : 47,74 € / mois
24 ans : 48,92 € / mois	25 ans : 50,08 € / mois	26 ans : 51,27 € / mois
27 ans : 52,28 € / mois	28 ans : 53,32 € / mois	29 ans : 54,41 € / mois
30 ans : 55,74 € / mois	31 ans : 57,17 € / mois	32 ans : 58,56 € / mois
33 ans : 60,04 € / mois	34 ans : 61,54 € / mois	35 ans : 63,07 € / mois
36 ans : 64,96 € / mois	37 ans : 66,92 € / mois	38 ans : 68,93 € / mois
39 ans : 71,00 € / mois	40 ans : 73,14 € / mois	41 ans : 75,30 € / mois
42 ans : 77,60 € / mois	43 ans : 79,90 € / mois	44 ans : 82,31 € / mois
45 ans : 84,77 € / mois	46 ans : 87,32 € / mois	47 ans : 89,94 € / mois
48 ans : 92,63 € / mois	49 ans : 95,41 € / mois	50 ans : 97,81 € / mois
51 ans : 100,24 € / mois	52 ans : 102,76 € / mois	53 ans : 105,31 € / mois
54 ans : 107,94 € / mois	55 ans : 110,63 € / mois	56 ans : 112,87 € / mois
57 ans : 115,11 € / mois	58 ans : 117,43 € / mois	59 ans : 119,77 € / mois
60 ans : 122,17 € / mois	61 ans : 124,61 € / mois	62 ans : 127,09 € / mois
63 ans : 129,65 € / mois	64 ans : 132,24 € / mois	65 ans : 134,89 € / mois
66 ans : 137,57 € / mois	67 ans : 140,33 € / mois	68 ans : 143,14 € / mois
69 ans : 145,99 € / mois	70 ans : 148,92 € / mois	71 ans : 151,91 € / mois
72 ans : 154,95 € / mois	73 ans : 158,05 € / mois	74 ans : 161,21 € / mois
75 ans : 164,43 € / mois	76 ans : 167,71 € / mois	77 ans : 171,07 € / mois
78 ans : 174,47 € / mois	79 ans : 177,97 € / mois	80 ans : 181,52 € / mois
81 ans : 185,16 € / mois	82 ans : 188,84 €/mois	83 ans : 192,62€ / mois
84 ans et plus : 194,45€/ mois		

Conjoint : 87 % de la cotisation personne seule dans la catégorie d'âge établie pour le conjoint

Enfant(s): ajout d'une somme forfaitaire par enfant inscrit :
1er enfant : 38,78 €
2ème enfant : 38,78 €
3ème enfant (application d'une remise par rapport au barème du premier et deuxième enfant) : 34,25 €
4ème enfant et suivant(s) : gratuité

Les adhérents et conjoints - chacun dans la catégorie d'âge lui correspondant -, dont les droits sont ouverts et qui atteignent la limite d'âge, se voient automatiquement passer en catégorie d'âge suivante. L'âge atteint est pris en compte au 1er janvier de l'année suivante.

18-4 Réservé

Article 19 Réservé

Section VI Dispositions relatives aux FORMULES LE LIEN
(au 01/01/2019)

Ces formules appelées « Le lien » permettent à l'adhérent qui y souscrit de rester affilié à la SMH et de conserver son ancienneté d'adhésion.

Article 20 Formule le lien HOSPITALIERS

20-1

Peuvent être maintenus à la mutuelle en formule « Le lien HOSPITALIERS», les membres participants qui en font la demande et remplissent toutes les conditions suivantes :
- être agent de la fonction publique hospitalière bénéficiant du CGOS
et - avoir adhéré à la SMH avant son 50ème anniversaire (cette limite d'âge ne s'applique pas pour les personnes qui ont adhéré avant le 01/01/2009)
et - cotiser en formule essentielle, nuance, intégrale ou polygone depuis au moins 1 an
et - bénéficier d'un contrat groupe à adhésion familiale obligatoire souscrit par l'entreprise du conjoint.

Le changement dans cette formule statutaire de maintien de droit est effectué obligatoirement en personne seule.

Son intervention vient sous déduction du remboursement effectué par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire, dans la limite des frais réels. Le contrat complémentaire intervenant en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire doit être un collectif responsable et souscrit auprès d'un organisme autre que la SMH.

Les adhérents devront justifier annuellement de leur inscription sur le contrat groupe obligatoire souscrit par l'entreprise de leur conjoint.

Le passage de la formule essentielle, nuance, intégrale ou polygone vers la formule le lien peut exceptionnellement être effectué hors date d'échéance.
La demande prend effet après production d'un écrit de la part de l'adhérent accompagné des justificatifs nécessaires d'adhésion en contrat groupe obligatoire imposé par l'entreprise de son conjoint.
De la même façon, dès que l'adhérent ne sera plus couvert dans le cadre du contrat groupe imposé par l'entreprise de son conjoint, il devra en informer de suite la SMH et demander la modification de sa formule le lien vers une autre formule d'adhésion à la SMH en dehors de sa date d'échéance.
La modification prendra effet à la date du changement (afin qu'il n'y ait pas d'interruption des droits entre le contrat groupe du conjoint et le contrat à la SMH qui suit celui en formule le lien) après envoi d'un courrier et production d'un certificat de radiation de la mutuelle en contrat groupe obligatoire, précisant la date d'arrêt de cette couverture.

Si l'adhérent en formule le lien, ne bénéficie plus de la couverture obligatoire de l'employeur de son conjoint (pour une quelconque raison) et qu'il ne le signale pas à la SMH, celui-ci ne pourra plus prétendre au versement des prestations prévues par la formule le lien.

L'adhérent qui demande sa démission de la mutuelle, après modification de son adhésion en formule le lien ne pourra le faire qu'après au moins un an de cotisation en formule le lien et en respectant les conditions fixées aux statuts pour toute demande de démission. Si entre temps, l'adhérent ne bénéficie plus du contrat groupe de son conjoint il devra réintégrer une autre formule de mutualisation adaptée aux agents hospitaliers (primo, essentielle, nuance, intégrale ou polygone) jusqu'à sa date d'échéance.

20-2 Les prestations (à compter du 01/01/2019)

Nature des Actes	prestation forfaitaire SMH
Dépenses préventives non remboursées par la Sécurité Sociale, mais prescrites médicalement	
Vaccins	40% des frais engagés
Contraceptifs féminins non remboursés par le régime obligatoire (Pilule, stérilet, patch ou implant contraceptif)	40% des frais engagés
Médecine complémentaire	
Diététique et médecines douces (Actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie ou d'acuponcture)	10 € par séance jusque 3 séances par année civile
Divers	
Allocations journalières pour perte de salaire en cas de maladie	35% du traitement de base indiciaire pour les agents de la fonction publique hospitalière [1]
Assistance	Oui

[1] pour les adhésions avant le 50ème anniversaire après un an d'adhésion et selon modalités définies à l'article 44 du règlement mutualiste.
La prise en charge des prestations s'effectue dans le respect des exclusions de prise en charge, et des planchers et plafonds de remboursement prévus sur les contrats responsables conformément aux disposition prévues aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. 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.

Pour bénéficier des prestations de soins (dépense préventive, médecine douce) l'adhérent devra présenter à la SMH des factures acquittées accompagnées d'un justificatif faisant apparaître la non prise en charge ou un reste à charge de ces dépenses de soins par la mutuelle obligatoire souscrite par l'entreprise du conjoint (exemple : décompte sécurité sociale + décompte mutuelle obligatoire).

20-3 Les cotisations (à compter du 01/01/2018)

Cotisations mensuelles en Euros au 01/01/2018	
Personne seule	9,14 €

Article 21 Formule le lien autres secteurs professionnels

21-1

Peuvent être maintenus à la mutuelle en formule « Le lien autres secteurs professionnels », les membres participants qui en font la demande car ils bénéficient d'un contrat groupe à adhésion obligatoire.

Le changement dans cette formule de maintien de droit est effectué obligatoirement en personne seule.

Les adhérents devront justifier annuellement de leur inscription sur le contrat groupe obligatoire.

Son intervention vient sous déduction du remboursement effectué par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire, dans la limite des frais réels. Le contrat complémentaire intervenant en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire doit être un collectif responsable, autre que la SMH.

Le passage vers la formule le lien peut exceptionnellement être effectué hors date d'échéance.
La demande prend effet après production d'un écrit de la part de l'adhérent accompagné des justificatifs nécessaires d'adhésion en contrat groupe obligatoire imposé par l'entreprise.
De la même façon, dès que l'adhérent ne sera plus couvert dans le cadre du contrat, il devra en informer de suite la SMH et demander la modification de sa formule le lien vers une autre formule d'adhésion à la SMH en dehors de sa date d'échéance.
La modification prendra effet à la date du changement (afin qu'il n'y ait pas d'interruption des droits entre le contrat groupe et le contrat à la SMH qui suit celui en formule le lien) après envoi d'un courrier et production d'un certificat de radiation de la mutuelle en contrat groupe obligatoire, précisant la date d'arrêt de cette couverture.

Si l'adhérent en formule le lien, ne bénéficie plus de la couverture obligatoire de l'employeur (pour une quelconque raison) et qu'il ne le signale pas à la SMH, celui-ci ne pourra plus prétendre au versement des prestations prévues par la formule le lien.

L'adhérent qui demande sa démission de la mutuelle, après modification de son adhésion en formule le lien ne pourra le faire qu'après au moins un an de cotisation en formule le lien et en respectant les conditions fixées aux statuts pour toute demande de démission. Si entre temps, l'adhérent ne bénéficie plus du contrat groupe il devra réintégrer une autre formule de mutualisation adaptée à sa situation professionnelle jusqu'à sa date d'échéance.

21-2 Les prestations (à compter du 01/01/2019)

Nature des Actes	prestation forfaitaire SMH
Dépenses préventives non remboursées par la Sécurité Sociale, mais prescrites médicalement	
Vaccins	40% des frais engagés
Contraceptifs féminins non remboursés par le régime obligatoire (Pilule, stérilet, patch ou implant contraceptif)	40% des frais engagés
Médecine complémentaire	
Diététique et médecines douces (Actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie ou d'acuponcture)	10 € par séance jusque 3 séances par année civile
Divers	
Assistance	Oui

Pour bénéficier des prestations de soins (dépense préventive, médecine douce) l'adhérent devra présenter à la SMH des factures acquittées accompagnées d'un justificatif faisant apparaître la non prise en charge ou un reste à charge de ces dépenses de soins par la mutuelle obligatoire (exemple : décompte sécurité sociale + décompte mutuelle obligatoire).

La prise en charge des prestations s'effectue dans le respect des exclusions de prise en charge, et des planchers et plafonds de remboursement prévus sur les contrats responsables conformément aux disposition prévues aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. 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.

21-3 Les cotisations (à compter du 01/01/2014)

Cotisations mensuelles en Euros au 01/01/2014	
Personne seule	6,50 €

Section VII Dispositions relatives à la FORMULE ETUDIANTS

Article 22

22-1

La formule Étudiants est ouverte aux étudiants (affiliés au régime de Sécurité Sociale des étudiants (La Mutuelle Des Etudiants, SMENO...), âgés de moins de 28 ans, sans charge de famille, ayant opté pour une de ces formules et répondant aux conditions d'adhésion.

22-2 Les prestations (à compter du 01/01/2018)

Certaines prestations sont susceptibles d'évolution du fait de la **C**lassification **C**ommune des **A**ctes **M**édicaux et la **T**arification **A** l'**A**ctivité, et dans le cadre du parcours de soins. Le conseil d'administration sera chargé de l'examen des dispositions à adopter en matière d'adaptation des prestations à la CCAM, la TAA, au parcours de soins et au contrat solidaire et responsable.

Les pourcentages présentés sont basés sur le tarif de base de remboursement sécurité sociale (TBSS), et dans le cadre du parcours de soins. Pour connaître le montant global de remboursement, il faut additionner la part sécurité sociale et la part mutuelle. Dans tous les cas, l'ensemble des remboursements cumulés (sécurité sociale + part SMH sur la base du TBSS + forfait) ne peut être supérieur au montant des frais engagés.

Nature des Actes	**Part Sécurité Sociale sur la base du TBSS***	**Part SMH sur la base du TBSS * et/ou prestation forfaitaire**	
		Formule 1	**Formule 2**
Soins courants – PARCOURS DE SOINS			
Consultations, visites : généralistes, spécialistes	70% 100%	30% /	30% /
Actes d'anesthésie, actes de chirurgie et actes techniques médicaux	70% 100%	30% /	30% /
Actes auxiliaires médicaux (soins et Indemnités de déplacement)	60%	40%	40%
Analyses médicales	60%	40%	40%
Radiologie	70%	30%	30%
Actes d'imagerie (ADI)	70% 100%	30% /	30% /
Actes d'échographie (ADE)	70% 100%	30% /	30% /
Pharmacie	65% 30% 15%	35% / /	35% 70% 85%
Frais de transport (ambulance et taxi)	65%	35%	35%
Soins courants – HORS PARCOURS DE SOINS			
Consultations, visites : généralistes, spécialistes – actes techniques médicaux	30%	30 % [1]	30 % [1]
Radiologie – actes d'imagerie – actes d'échographie	30%	30 % [1]	30 % [1]

Appareillages			
Appareillage et orthopédie [2] (hors prothèses auditives)	60%	40%	40% + jusqu'à 55€ / année civile
Prothèses auditives	60%	40%	40% + 77 € / appareil/année civile
Hospitalisation			
Frais de séjour en hospitalisation médicale, chirurgicale, établissements spécialisés, maternité Honoraires : actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'obstétrique et actes techniques médicaux	80% 80% 100%	20% 20% /	20% 20% /
Participation forfaitaire de l'assuré de 18 Euros[6]	/	intégrale	intégrale
Forfait journalier hospitalier (hôpitaux et cliniques conventionnés agréés)	/	Intégral illimité	Intégral illimité
Optique			
Lunettes prises en charge par la Sécurité sociale (un équipement tous les deux ans) [3] Équipement simple Équipement complexe Équipement très complexe Lentilles (une fois par année civile) Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale **Ou** lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale inscrites à la LPP [4]	 60% 60% 60% 60% /	 40% 40% 40% 40% /	 40% + 100 € 40% + 200 € 40% + 200 € 40% + 150 € Jusqu'à 90€ dans la limite des frais engagés
Dentaire			
Soins dentaires et actes inlay-Onlay (INO)	70%	30%	30%
Prothèses [5]	70%	30%	30% + 71%
Prestations prévention dans le cadre des contrats responsables			
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale (taux de remboursement selon acte pris en charge)	70% 65% 60%	30% 35% 40%	30% 35% 40%
Dépenses préventives			
Vaccins et contraceptifs féminins (Pilule, stérilet, patch ou implant contraceptif) non remboursés par la Sécurité Sociale, mais prescrits médicalement	/	/	Jusqu'à 50€ par année civile
Substituts nicotiniques jeune de 20 à 30 ans ou femmes enceintes prescrits médicalement	150€/an	/	/
Substituts nicotiniques prescrits médicalement	50€/an	/	+25€/an
Prestations solidarité			
Aides exceptionnelles	/	Etude possible du dossier par la CAE** suivant règlement intérieur de la commission	Etude possible du dossier par la CAE** suivant règlement intérieur de la commission
Assistance	/	Non	Oui

[1] Participation en fonction du tarif de base de remboursement sécurité sociale selon taux smh en vigueur dans le cadre du parcours de soins. La majoration de participation de l'assuré hors parcours de soins ne peut être prise en charge par la mutuelle.
[2] Forfait par année civile.
[3] Remboursement limité à un équipement (une monture + deux verres) par période de deux ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement sauf en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge est annuelle. Le remboursement de la monture est limité à 150€. Le forfait lentille s'entend par année civile et par bénéficiaire.
[4] Liste des Produits et Prestations
[5] La prestation prothèse dentaire est accordée pour les actes inlay-cores (ICO) et les prothèses cotées PAM (prothèses amovibles définitives métalliques), PAR (prothèses amovibles définitives résine), PDT (prothèses dentaires provisoires), PFC (prothèses fixes céramiques), PFM (prothèses fixes métalliques), RPN (réparation sur prothèse) qui sont prises en charge par le régime obligatoire.
[6] Cette participation forfaitaire concerne les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120€.

* 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.
** CAE : Commission des aides exceptionnelles

22-3 Les cotisations

	Formule 1	Formule 2
Cotisations mensuelles en Euros au 01/01/2016 Personne seule	14,00 €	23,00 €

22-4 Changement de formule

Changement de formule du fait d'un changement dans la situation :
Les adhérents cotisants en formule étudiants, dont les droits sont ouverts et ne remplissant plus les conditions d'accès à cette formule (exemple limite d'âge, fin des études), se voient proposer par la SMH un changement de formule avec possibilité de choix entre plusieurs formules. Si l'adhérent n'exprime pas de choix parmi les formules proposées son dossier sera automatiquement passé en Primo ou Pratique s'il était adhérent à la Formule 1 ou en formule intégrale ou authentique s'il était adhérent à la Formule 2 (selon sa situation professionnelle).

Section VIII Dispositions relatives aux formules dites «Labellisées» Fonction Publique Territoriale

Article 23

23-1

Ces formules sont proposées aux personnes qui exercent dans la fonction publique territoriale et souhaitent choisir une offre répondant à la législation sur la labellisation telle que définie par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et les arrêtés relatifs.

La formule souscrite par l'adhérent est appliquée à tous les bénéficiaires inscrits sur le dossier.

Pour adhérer dans le cadre des présentes offres l'adhérent devra fournir une copie de sa fiche de paye ou une attestation faisant apparaître son statut de salarié de la fonction publique territoriale et sa date d'entrée.
Il pourra aussi être demandé un certificat de radiation de l'organisme précédent, précisant le montant du coefficient de majoration ou de non majoration de la cotisation santé.

Il n'est pas prévu d'âge maximal d'adhésion.
Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents.

23-2 Les prestations (à compter du 01/01/2018)

Certaines prestations sont susceptibles d'évolution du fait de la Classification Commune des Actes Médicaux et la Tarification A l'Activité, et dans le cadre du parcours de soins. Le conseil d'administration sera chargé de l'examen des dispositions à adopter en matière d'adaptation des prestations à la CCAM, la TAA, au parcours de soins et au contrat solidaire et responsable.

Les pourcentages présentés sont basés sur le tarif de base de remboursement sécurité sociale (TBSS), et dans le cadre du parcours de soins. Pour connaître le montant global de remboursement, il faut additionner la part sécurité sociale et la part mutuelle. Dans tous les cas, l'ensemble des remboursements cumulés (sécurité sociale + part SMH) ne peut être supérieur au montant des frais engagés.
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.

	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	Part SMH sur la base du TBSS et/ou prestation forfaitaire				
Nature des actes		Formule de base	Formule1	Formule2	Formule3	Formule4
SOINS COURANTS - PARCOURS DE SOINS						
Honoraires médecins						
Consultations, visites : généralistes	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Consultations, visites : spécialistes	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Dépassements d'honoraires spécialistes sur consultations, visites de spécialistes (1) - médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale - médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/ /	/ /	/ /	30% ou 10% jusque 2 fois par année civile	50% ou 30% jusque 3 fois par année civile	80% ou 60% jusque 4 fois par année civile
Actes de chirurgie, actes d'anesthésie et actes techniques médicaux	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Dépassements d'honoraires actes de chirurgie, actes d'anesthésie et actes techniques médicaux avec acte d'anesthésie - médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale - médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/ /	/ /	/ /	50% 30%	70% 50%	80% 60%
Radiologie	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Actes d'imagerie (ADI)	70%	30%	30%	30%	30%	30%
	100%	/	/	/	/	/
Actes d'échographie (ADE)	70%	30%	30%	30%	30%	30%
	100%	/	/	/	/	/
Participation forfaitaire de l'assuré de 18€ (forfait patient)	/	intégral	intégral	intégral	intégral	intégral
Pharmacie	65%	35%	35%	35%	35%	35%
	30%	70%	70%	70%	70%	70%
	15%	/	85%	85%	85%	85%
Actes auxiliaires médicaux (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%
SOINS COURANTS - HORS PARCOURS DE SOINS (2)						
Consultations, visites : généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux	30%	30%	30%	30%	30%	30%
Radiologie, actes d'imagerie, actes d'échographie	30%	30%	30%	30%	30%	30%
PRESTATIONS PREVENTION DANS LE CADRE DES CONTRATS RESPONSABLES (2)						
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale (taux de remboursement selon acte pris en charge)	70% 65% 60%	30% 35% 40%	30% 35% 40%	30% 35% 40%	30% 35% 40%	30% 35% 40%

	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	Part SMH sur la base du TBSS et/ou prestation forfaitaire				
Nature des actes		Formule de base	Formule1	Formule2	Formule3	Formule4
APPAREILLAGES						
Appareillages médicaux inscrits à la LPP (6) (seringues, pansements, ceinture de maintien et bas à varices...) et prothèses (mammaires, oculaires, capillaires…)	60%	40%	40%	40% + 25% des frais réels engagés	40% + 35% des frais réels engagés	40% + 35% des frais réels engagés
	100%	/	/	/ + 25% des frais réels engagés	/ + 35% des frais réels engagés	/ + 35% des frais réels engagés
Bandelettes d'analyses pour diabétiques et appareils pour stomisés	100%	/	/	25% des frais engagés restant à charge	50% des frais engagés restant à charge	50% des frais engagés restant à charge
Semelles orthopédiques (7)	60%	40%	40%	40% + 25% des frais réels engagés	40% + 50% des frais réels engagés	40% + 50% des frais réels engagés
AUDIOPROTHESES						
20 ans et plus acquisition audioprothèse	60%	40%	40%	40% + 200€ par appareil - toutes les 4 années civiles - après deux ans d'adhésion (8)	40% + 400€ par appareil - toutes les 4 années civiles - après deux ans d'adhésion (8)	40% + 500€ par appareil - toutes les 4 années civiles - après deux ans d'adhésion (8)
20 ans et plus entretien et réparations	60%	40%	40%	40% + 50€ par appareil / année civile	40% + 77€ par appareil / année civile	40% + 77€ par appareil / année civile
Moins de 20 ans (9) acquisition audioprothèse - entretien et réparations	60%	40%	40%	40% + 50€ par appareil / année civile	40% + 77€ par appareil / année civile	40% + 77€ par appareil / année civile
HOSPITALISATION - ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES						
Frais de séjour						
médecine - chirurgie	80%	20%	20%	20%	20%	20%
établissements spécialisés	80%	20%	20%	20%	20%	20%
maisons de repos	80%	20%	20%	20%	20%	20%
Participation forfaitaire de l'assuré de 18€ (forfait patient) (14)	/	intégral	intégral	intégral	intégral	intégral
Honoraires médicaux (dans le cadre d'une hospitalisation en établissement de soins hospitalier public ou privé)						
Actes d'anesthésie et de chirurgie, actes techniques médicaux	80%	20%	20%	20%	20%	20%
	100%	/	/	/	/	/
Dépassements d'honoraires actes d'anesthésie et de chirurgie et actes techniques médicaux avec acte d'anesthésie (2) - médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/	/	/	50%	70%	80%
- médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/	/	/	30%	50%	60%
Forfait journalier hospitalier (13)	/	intégral illimité	intégral illimité	intégral illimité	intégral illimité	intégral illimité
Chambre particulière (avec hébergement) (3)						
médecine chirurgie	/	/	/	35€/jour dans la limite des frais engagés (50 jours par année civile)	55€/jour dans la limite des frais engagés (50 jours par année civile)	70€/jour dans la limite des frais engagés (50 jours par année civile)
long séjour (dont psychiatrie et établissements spécialisés)	/	/	/	16€/jour dans la limite des frais engagés (30 jours par année civile)	16€/jour dans la limite des frais engagés (30 jours par année civile)	16€/jour dans la limite des frais engagés (30 jours par année civile)
Frais accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans (3)	/	/	/	remboursement intégral des frais de repas + nuit de l'accompagnant	remboursement intégral des frais de repas + nuit de l'accompagnant	remboursement intégral des frais de repas + nuit de l'accompagnant
MATERNITE						
Actes d'anesthésie et obstétrique	100%	/	/	/	/	/
Dépassements d'honoraires - actes d'anesthésie et obstétrique - médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/	/	/	50%	70%	80%
- médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/	/	/	30%	50%	60%
Chambre particulière maternité (3)	/	/	/	35€/jour dans la limite des frais engagés	55€/jour dans la limite des frais engagés	70€/jour dans la limite des frais engagés
Les plus accompagnement maternité : amniocentèse non remboursée mais prescrite médicalement, thalassothérapie jeune maman en établissement de cure (4), participation frais médicaux Fécondation In Vitro (FIV) non pris en charge sécurité sociale	/	/	/	jusque 50€/année civile	jusque 77€/année civile	jusque 100€/année civile
Allocation naissance ou adoption					100 € (12)	150 € (12)

	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	Part SMH sur la base du TBSS et/ou prestation forfaitaire				
Nature des actes		Formule de base	Formule1	Formule2	Formule3	Formule4
OPTIQUE (5)						
LUNETTES prises en charge par la sécurité sociale						
Verres, Monture	60%	40%	40%	40%	40%	40%
Forfait monture	/	/	60 €	70 €	90 €	120 €
Forfait verres simples, par verre	/	/	25 €	40 €	60 €	70 €
Forfait verres complexes, par verre	/	/	70 €	70 €	100 €	120 €
Forfait verres très complexes, par verre	/	/	70 €	100 €	130 €	150 €
LENTILLES						
lentilles prises en charge par la sécurité sociale OU lentilles non prises en charge par la sécurité sociale inscrites à la LPP (y compris forfait adaptation) (6)	60% /	40% /	40% + 100€ 50 €	40% + 150€ 100 €	40% + 200€ 154 €	40% + 250€ 200 €
Chirurgie réfractive (non cumulable avec la prestation lunettes et lentilles)	/	/	/	100€/œil	150€/œil	250€/œil
Forfait basse vision	/	/	/	75€ par année civile	100€ par année civile	125€ par année civile
DENTAIRE ACCEPTE SECURITE SOCIALE						
Soins dentaires et actes inlay-onlay (INO)	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Actes Inlay-cores (ICO)	70%	30%	30% + forfait prothèse dentaire en fonction de l'ancienneté mutualiste dans la limite du plafond annuel	30% + 80% dans la limite du plafond annuel	30% + 80% dans la limite du plafond annuel	30% + 80% dans la limite du plafond annuel
Prothèses dentaires en fonction de l'ancienneté mutualiste à la SMH (10)						
1ère année d'adhésion	70%	30%	30% + 47% dans la limite du plafond annuel	30% + 93% dans la limite du plafond annuel	30% + 151% dans la limite du plafond annuel	
2ème année d'adhésion	70%	30%	30% + 51% dans la limite du plafond annuel	30% + 102% dans la limite du plafond annuel	30% + 163% dans la limite du plafond annuel	
3ème année d'adhésion et années d'adhésion suivantes	70%	30%	30% + 56% dans la limite du plafond annuel	30% + 112% dans la limite du plafond annuel	30% + 186% dans la limite du plafond annuel	
Actes divers de prothèses (PDT,RPN) et prothèses fixes métalliques (PFM)	70%					30% + 186% dans la limite du plafond annuel
CCM sur dents visibles : incisives, canines et prémolaires (PFC prothèses fixes céramiques)	70%					30% + 242% dans la limite du plafond annuel
prothèses amovibles (PAM et PAR)	70%					30% + 195% dans la limite du plafond annuel
Pose d'une couronne dentaire implantoportée (10)	70%	30%	30% + 36 €	30% + 72 €	30% + 120 €	30% + 156 €
Plafond annuel forfait prothèses dentaires et actes inlay cores (10)						
1ère année civile		/	255 €	505 €	755 €	805 €
2ème année civile		/	405 €	705 €	1 005 €	1 005 €
3ème année civile et années civiles suivantes		/	605 €	905 €	1 305 €	1 455 €
Orthodontie	100%	/	/	2€/TO	3,25€/TO	3,50€/TO
	70%	30%	30%	30% +2€/TO	30% +3,25€/TO	30% +3,50€/TO
DENTAIRE SANS PARTICIPATION SECURITE SOCIALE (10)						
Pose d'un implant	/	/	/	100€ par année civile	125€ par année civile	200€ par année civile (pour implant ou chirurgie parodontale)
Bonification implantologie (versée après 2 années civiles complètes sans prestation implantologie) (10)	/	/	/	/	+375€ soit 500€ la 3ème année	+375€ soit 575€ la 3ème année
Orthodontie ou occlusodontie	/	/	/	/	/	150€ par année civile
CURE THERMALE						
Frais de surveillance médicale	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Frais de traitement thermal (y compris hébergement si participation sécurité sociale)	65%	35%	35%	35%	35%	35%
Pratiques médicales complémentaires	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Frais de déplacement (si participation sécurité sociale)	65%	35%	35%	35%	35%	35%
Forfait cure thermale		-	-	50€/cure	77€/cure	100€/cure

	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	Part SMH sur la base du TBSS et/ou prestation forfaitaire				
Nature des actes		Formule de base	Formule1	Formule2	Formule3	Formule4
DEPENSES PREVENTIVES NON REMBOURSEES PAR LA SECURITE SOCIALE, MAIS PRESCRITES MEDICALEMENT						
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 (2)	/	/	/	30% du TBSS	30% du TBSS	30% du TBSS
Séances de psychomotricité	/	/	/	30% des frais engagés	40% des frais engagés	40% des frais engagés
MEDECINE COMPLEMENTAIRE						
Diététique et médecines douces (actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'acuponcture, et d'étiopathe)	/	/	/	6€ /séance (jusque 3 séances par année civile)	10€ /séance (jusque 3 séances par année civile)	15€ /séance (jusque 3 séances par année civile)
PRESTATIONS SOLIDARITE						
Aides exceptionnelles		étude possible du dossier par la CAE suivant règlement intérieur de la commission (11)	étude possible du dossier par la CAE suivant règlement intérieur de la commission (11)	étude possible du dossier par la CAE suivant règlement intérieur de la commission (11)	étude possible du dossier par la CAE suivant règlement intérieur de la commission (11)	étude possible du dossier par la CAE suivant règlement intérieur de la commission (11)
PRESTATION COMPLEMENTAIRE						
Assistance		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

* 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.

(1) Participation supplémentaire à hauteur d'un pourcentage du TBSS pour un nombre de dépassements par bénéficiaire par année civile pour des consultations (ou visites médicalement justifiées) de médecins spécialistes dans le cadre du parcours de soins sauf consultations dispensées par psychiatre, cardiologue, neuropsychiatre et avis ponctuel pour lesquelles la base de prise en charge sécurité sociale est supérieure. Si aucune information n'est précisée sur l'adhésion du médecin aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale, le médecin sera considéré comme n'ayant pas adhéré.
La participation aux dépassements est versée sur les premières consultations spécialistes de l'année dont la SMH a connaissance, dont le nombre varie selon la formule. Au-delà de ce nombre, pas de participation supplémentaire sur les dépassements d'honoraires, mais remboursement du ticket modérateur.
(2) 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.
(3) Ne sont pas compris les suppléments personnels (TV, Téléphone …)
(4) Prestation thalassothérapie jeune maman en établissement de cure thermale (non cumulable avec la prestation cure)
(5) 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.
(6) LPP : Liste des Produits et Prestations
(7) 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.
(8) pendant les deux premières années d'adhésion -en cas d'acquisition- prestation forfaitaire limitée à 50€ ou 77€ selon formule
(9) ou toutes personnes atteintes de cécité et d'un déficit auditif quelque soit leur âge
(10) 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 bonification implantologie.
(11) CAE Commission des Aides Exceptionnelles
(12) 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.
(13) 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.
(14) Cette participation forfaitaire concerne les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120€.

23-3 Les cotisations (à compter du 01/01/2018)

Les cotisations sont calculées selon le principe suivant :

Cotisation Mensuelle = Cotisation pour l'adhérent en personne seule en fonction de son âge (au 31/12/N-1)
+ cotisation pour le conjoint en fonction de son âge
+ cotisation pour le ou les enfant(s)

Cotisation mensuelle personne seule adhérent :

	Formule de base	**Formule 1**	**Formule 2**	**Formule 3**	**Formule 4**
	Adhérent	Adhérent	Adhérent	Adhérent	Adhérent
18 ans	19,08 €	22,64 €	26,63 €	30,58 €	43,34 €
19 ans	19,08 €	23,20 €	27,28 €	31,37 €	44,14 €
20 ans	19,08 €	24,00 €	28,21 €	32,43 €	44,96 €
21 ans	19,08 €	24,87 €	29,24 €	33,61 €	45,75 €
22 ans	19,08 €	25,73 €	30,24 €	34,77 €	46,60 €
23 ans	19,08 €	26,60 €	31,27 €	35,95 €	47,75 €
24 ans	19,35 €	27,11 €	31,87 €	36,63 €	48,98 €
25 ans	19,35 €	27,52 €	32,38 €	37,20 €	50,09 €
26 ans	21,32 €	28,14 €	33,11 €	38,04 €	51,29 €
27 ans	21,98 €	29,01 €	34,12 €	39,19 €	52,28 €
28 ans	22,62 €	29,88 €	35,13 €	40,35 €	53,46 €
29 ans	23,27 €	30,74 €	36,14 €	41,54 €	55,21 €
30 ans	23,95 €	32,05 €	37,68 €	43,31 €	57,19 €
31 ans	24,60 €	32,48 €	38,16 €	43,88 €	57,94 €
32 ans	25,25 €	32,90 €	38,70 €	44,48 €	58,57 €
33 ans	25,58 €	33,79 €	39,70 €	45,66 €	60,02 €
34 ans	26,22 €	34,65 €	40,72 €	46,81 €	61,54 €
35 ans	26,89 €	35,48 €	41,74 €	47,99 €	63,07 €
36 ans	26,89 €	36,36 €	42,77 €	49,15 €	64,96 €
37 ans	27,53 €	37,09 €	43,62 €	50,14 €	66,96 €
38 ans	28,20 €	37,84 €	44,49 €	51,13 €	68,93 €
39 ans	28,86 €	39,72 €	46,67 €	53,65 €	71,02 €
40 ans	29,50 €	40,99 €	48,22 €	55,43 €	73,14 €
41 ans	30,17 €	43,04 €	50,62 €	58,18 €	75,30 €
42 ans	30,82 €	45,07 €	52,96 €	60,88 €	77,64 €
43 ans	31,13 €	46,24 €	54,38 €	62,52 €	79,92 €
44 ans	31,79 €	47,30 €	55,63 €	63,96 €	82,33 €
45 ans	32,48 €	48,48 €	56,95 €	65,52 €	84,79 €
46 ans	33,12 €	49,70 €	58,42 €	67,15 €	87,33 €
47 ans	33,79 €	50,77 €	59,68 €	68,59 €	89,96 €
48 ans	34,44 €	52,17 €	61,34 €	70,51 €	92,65 €
49 ans	35,08 €	53,40 €	62,73 €	72,14 €	95,42 €
50 ans	36,07 €	54,38 €	63,96 €	73,50 €	97,80 €
51 ans	36,73 €	55,40 €	65,16 €	74,91 €	100,26 €
52 ans	37,39 €	56,44 €	66,35 €	76,24 €	102,76 €
53 ans	38,04 €	57,45 €	67,55 €	77,66 €	105,30 €
54 ans	39,02 €	58,53 €	68,81 €	79,09 €	107,93 €
55 ans	39,69 €	59,49 €	69,94 €	80,40 €	110,67 €
56 ans	40,33 €	60,20 €	70,81 €	81,38 €	112,89 €
57 ans	41,32 €	60,82 €	71,50 €	82,18 €	115,11 €
58 ans	41,96 €	61,84 €	72,70 €	83,54 €	117,43 €
59 ans	42,97 €	62,94 €	74,00 €	85,06 €	119,78 €
60 ans	43,62 €	64,05 €	75,29 €	86,54 €	122,18 €
61 ans	44,93 €	65,63 €	77,20 €	88,72 €	124,61 €
62 ans	45,58 €	68,76 €	80,84 €	92,91 €	127,10 €
63 ans	46,57 €	71,79 €	84,37 €	97,00 €	129,65 €
64 ans	47,55 €	74,82 €	87,96 €	101,10 €	132,26 €
65 ans	48,53 €	77,86 €	91,53 €	105,19 €	134,91 €
66 ans	49,19 €	80,89 €	95,09 €	109,29 €	137,58 €
67 ans	50,50 €	83,91 €	98,65 €	113,40 €	140,35 €
68 ans	51,77 €	86,95 €	102,22 €	117,49 €	143,14 €
69 ans	53,10 €	89,98 €	105,77 €	121,59 €	145,98 €
70 ans	54,17 €	93,01 €	109,36 €	125,69 €	148,92 €
71 ans	55,62 €	96,12 €	112,98 €	129,83 €	151,92 €
72 ans	57,11 €	96,12 €	112,98 €	129,83 €	154,97 €
73 ans	58,64 €	96,12 €	112,98 €	129,83 €	158,07 €
74 ans	59,78 €	96,12 €	112,98 €	129,83 €	161,21 €
75 ans	60,99 €	96,12 €	112,98 €	129,83 €	164,43 €
76 ans	62,22 €	96,12 €	112,98 €	129,83 €	167,70 €
77 ans	63,63 €	96,12 €	112,98 €	129,83 €	171,08 €
78 ans et plus	64,54 €	96,12 €	112,98 €	129,83 €	171,47 €

Conjoint : 90 % de la cotisation personne seule dans la catégorie d'âge établie pour le conjoint

Enfant(s): ajout d'une somme forfaitaire par enfant inscrit :

	Formule de base	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4
1er enfant	14,89 €	23,89 €	26,93 €	30,60 €	38,80 €
2ème enfant	14,89 €	23,89 €	26,93 €	30,60 €	38,80 €
3ème enfant	13,71 €	21,98 €	24,78 €	28,15 €	34,14 €
4ème enfant et suivant(s)	gratuité	gratuité	gratuité	gratuité	gratuité

Les adhérents et conjoints - chacun dans la catégorie d'âge lui correspondant -, dont les droits sont ouverts et qui atteignent la limite d'âge, se voient automatiquement passer en catégorie d'âge suivante. L'âge atteint est pris en compte au 1er janvier de l'année suivante.

La cotisation est majorée d'un coefficient
lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique,
ou, pour les agents en fonction lors de la publication du décret, lorsque l'adhésion intervient plus de deux ans après la date de publication de celui-ci. Ce coefficient est calculé selon les modalités fixées par arrêté et détaillées ci-dessous.

Pour toute année non cotisée à une garantie de référence postérieure à l'âge de 30 ans, il est calculé une majoration de cotisation de 2 % par année soit à partir de la date d'entrée dans la fonction publique, soit à partir de la dernière adhésion à une garantie de référence. Le coefficient ainsi calculé est le cas échéant additionné au coefficient de majoration transmis par l'organisme précédent.

Il n'est pas appliqué de majoration de cotisation au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique.

Pour les agents en fonction à la date du 10 novembre 2011, la majoration s'applique à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlement labellisé.

23-4 Réservé

Section IX Dispositions relatives aux formules PRATIQUE, CLASSIQUE, DYNAMIQUE, AUTHENTIQUE, TONIQUE

Article 24

24-1

Ces formules sont proposées aux personnes qui n'exercent pas dans le secteur hospitalier et assimilé, aux personnes sans activité professionnelle ou en retraite lors de leur demande d'adhésion à la mutuelle.
La formule souscrite par l'adhérent est appliquée à tous les bénéficiaires inscrits sur le dossier.

24-2 Les prestations (à compter du 01/01/2018)

Certaines prestations sont susceptibles d'évolution du fait de la **C**lassification **C**ommune des **A**ctes **M**édicaux et la **T**arification **A** l'**A**ctivité, et dans le cadre du parcours de soins. Le conseil d'administration sera chargé de l'examen des dispositions à adopter en matière d'adaptation des prestations à la CCAM, la TAA, au parcours de soins et au contrat solidaire et responsable.

Les pourcentages présentés sont basés sur le tarif de base de remboursement sécurité sociale (TBSS), et dans le cadre du parcours de soins. Pour connaître le montant global de remboursement, il faut additionner la part sécurité sociale et la part mutuelle. Dans tous les cas, l'ensemble des remboursements cumulés (sécurité sociale + part SMH) ne peut être supérieur au montant des frais engagés.
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.

	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	Part SMH sur la base du TBSS et/ou prestation forfaitaire				
Nature des actes		Formule Pratique	Formule Classique	Formule Dynamique	Formule Authentique	Formule Tonique
SOINS COURANTS - PARCOURS DE SOINS						
Honoraires médecins						
Consultations, visites : généralistes	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Consultations, visites : spécialistes	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Dépassements d'honoraires sur consultations, visites de spécialistes (1) - médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale - médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/ /	/ /	25% ou 5% une fois par année civile	30% ou 10% jusque 2 fois par année civile	45% ou 25% jusque 3 fois par année civile	75% ou 55% jusque 4 fois par année civile
Actes d'anesthésie et de chirurgie, actes techniques médicaux	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Dépassements actes de chirurgie, actes d'anesthésie et actes techniques médicaux avec acte d'anesthésie - médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale - médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/ /	/ /	/ /	50% 30%	70% 50%	80% 60%
Radiologie	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Actes d'imagerie (ADI)	70%	30%	30%	30%	30%	30%
	100%	/	/	/	/	/
Actes d'échographie (ADE)	70%	30%	30%	30%	30%	30%
	100%	/	/	/	/	/
Participation forfaitaire de l'assuré de 18€ (forfait patient)	/	intégral	intégral	intégral	intégral	intégral
Pharmacie	65%	35%	35%	35%	35%	35%
	30%	70%	70%	70%	70%	70%
	15%	85%	85%	85%	85%	85%
Actes auxiliaires médicaux (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%
SOINS COURANTS - HORS PARCOURS DE SOINS (2)						
Consultations, visites : généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux	30%	30%	30%	30%	30%	30%
Radiologie, actes d'imagerie, actes d'échographie	30%	30%	30%	30%	30%	30%
PRESTATIONS PREVENTION DANS LE CADRE DES CONTRATS RESPONSABLES (2)						
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale (taux de remboursement selon acte pris en charge)	70% 65% 60%	30% 35% 40%	30% 35% 40%	30% 35% 40%	30% 35% 40%	30% 35% 40%
HOSPITALISATION - ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES						
Frais de séjour						
médecine - chirurgie	80%	20%	20%	20%	20%	20%
établissements spécialisés	80%	20%	20%	20%	20%	20%
maisons de repos	80%	20%	20%	20%	20%	20%
Participation forfaitaire de l'assuré de 18€ (forfait patient) (11)	/	intégral	intégral	intégral	intégral	intégral
Honoraires médicaux (dans le cadre d'une hospitalisation en établissement de soins hospitalier public ou privé)						
Actes d'anesthésie et de chirurgie (ADA, ADC), Actes techniques médicaux (ATM)	80%	20%	20%	20%	20%	20%
	100%	/	/	/	/	/
Dépassements d'honoraires actes d'anesthésie et de chirurgie et actes techniques médicaux avec actes d'anesthésie (2) - médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale - médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/ /	/ /	/ /	50% 30%	70% 50%	80% 60%
Forfait journalier hospitalier (10)		Intégral illimité	Intégral illimité	Intégral illimité	Intégral illimité	Intégral illimité

	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	Part SMH sur la base du TBSS et/ou prestation forfaitaire				
Nature des actes		Formule Pratique	Formule Classique	Formule Dynamique	Formule Authentique	Formule Tonique
Chambre particulière (3)						
médecine chirurgie	/	/	/	35€/jour avec nuitée ou 20€/jour sans nuitée dans la limite des frais engagés (jusqu'à 50 jours par année civile)	55€/jour avec nuitée ou 25€/jour sans nuitée dans la limite des frais engagés (jusqu'à 50 jours par année civile)	70€/jour avec nuitée ou 25€/jour sans nuitée dans la limite des frais engagés (jusqu'à 50 jours par année civile)
long séjour (dont psychiatrie et établissements spécialisés)	/	/	/	16€/jour dans la limite des frais engagés (30 jours par année civile)	16€/jour dans la limite des frais engagés (30 jours par année civile)	16€/jour dans la limite des frais engagés (30 jours par année civile)
Frais accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans (3)	/	/	/	remboursement intégral des frais de repas + nuit de l'accompagnant	remboursement intégral des frais de repas + nuit de l'accompagnant	remboursement intégral des frais de repas + nuit de l'accompagnant
Prothèses capillaires, mammaires, occulaires …	60%	40%	40%	40%	40%	40%
	100%	/	/	/	/	/
supplément appareillage prothèses mammaires (acceptées sécurité sociale)	/	/	/	50 €/ prothèse	75 €/ prothèse	90 €/ prothèse
supplément appareillage prothèses capillaires (acceptées sécurité sociale)	/	/	/	100 €	150 €	170 €
MATERNITE						
Actes d'anesthésie et obstétrique	100%	/	/	/	/	/
Dépassements d'honoraires - actes d'anesthésie et obstétrique - médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale - médecin n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	/ /	/ /	/ /	50% 30%	70% 50%	80% 60%
Chambre particulière maternité (3)	/	/	/	35€/jour dans la limite des frais engagés	55€/jour dans la limite des frais engagés	70€/jour dans la limite des frais engagés
Les plus accompagnement maternité : amniocentèse non remboursée mais prescrite médicalement, thalassothérapie jeune maman en établissement de cure (4), participation frais médicaux Fécondation In Vitro (FIV) non pris en charge sécurité sociale	/	/	/	jusque 50€/année civile	jusque 77€/année civile	jusque 100€/année civile
OPTIQUE (5)						
LUNETTES prises en charge par la Sécurité sociale						
Adulte (à partir de 18 ans) - une monture et deux verres, une fois tous les 2 ans sauf évolution de la vue						
Equipement complet (1 monture** + 2 verres)						
avec 2 verres unifocaux faible correction	60%	40%	40%+80€	40%+100€	40%+181€	40%+221€
avec 2 verres unifocaux forte correction	60%	40%	40%+200€	40%+220€	40%+255€	40%+321€
avec 2 verres multifocaux faible correction	60%	40%	40%+200€	40%+220€	40%+271€	40%+351€
avec 2 verres multifocaux forte correction	60%	40%	40%+200€	40%+250€	40%+321€	40%+391€
avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre unifocal forte correction	60%	40%	40%+140€	40%+160€	40%+218€	40%+271€
avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre multifocal faible correction	60%	40%	40%+140€	40%+160€	40%+226€	40%+286€
avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre multifocal forte correction	60%	40%	40%+140€	40%+175€	40%+251€	40%+306€
avec 1 verre unifocal forte correction et 1 verre multifocal faible correction	60%	40%	40%+200€	40%+220€	40%+263€	40%+336€
avec 1 verre unifocal forte correction et 1 verre multifocal forte correction	60%	40%	40%+200€	40%+235€	40%+288€	40%+356€
avec 1 verre multifocal faible correction et 1 verre multifocal forte correction	60%	40%	40%+200€	40%+235€	40%+296€	40%+371€
Bonification lunettes adultes en cas de renouvellement d'un équipement complet (une monture + 2 verres correcteurs) OU changement des deux verres correcteurs Après 3 ans sans prestation lunette	/	/	/	+ 20 €	+ 40 €	+ 50 €
Enfants (moins de 18 ans) - une monture et deux verres, une fois par an						
Equipement complet (1 monture**+ 2 verres)						
avec 2 verres unifocaux faible correction	60%	40%	40%+36€	40%+70€	40%+105€	40%+150€
avec 2 verres unifocaux forte correction ou 2 verres multifocaux faible correction	60%	40%	40%+170€	40%+190€	40%+221€	40%+240€
avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre unifocal forte correction	60%	40%	40%+103€	40%+130€	40%+163€	40%+195€
avec 1 verre unifocal faible correction et 1 verre multifocal faible correction	60%	40%	40%+103€	40%+130€	40%+163€	40%+195€
avec 1 verre unifocal forte correction et 1 verre multifocal faible correction	60%	40%	40%+170€	40%+190€	40%+221€	40%+240€

	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	Part SMH sur la base du TBSS et/ou prestation forfaitaire				
Nature des actes		Formule Pratique	Formule Classique	Formule Dynamique	Formule Authentique	Formule Tonique
En cas d'équipement partiel la prestation lunette est accordé comme suit :						
Monture adulte	60%	40%	40%+20€	40%+40€	40%+65€	40%+95€
verre unifocal faible correction adulte	60%	40%	40%+30€	40%+30€	40%+58€	40%+63€
verre unifocal forte correction adulte	60%	40%	40%+90€	40%+90€	40%+95€	40%+113€
verre multifocal faible correction adulte	60%	40%	40%+90€	40%+90€	40%+103€	40%+128€
verre multifocal forte correction adulte	60%	40%	40%+90€	40%+105€	40%+128€	40%+148€
Monture enfant	60%	40%	40%+10€	40%+20€	40%+45€	40%+60€
verre unifocal faible correction enfant	60%	40%	40%+13€	40%+25€	40%+30€	40%+45€
verre unifocal forte correction enfant	60%	40%	40%+80€	40%+85€	40%+88€	40%+90€
verre multifocal faible correction enfant	60%	40%	40%+80€	40%+85€	40%+88€	40%+90€
LENTILLES						
lentilles prises en charge par la sécurité sociale OU lentilles non prises en charge par la sécurité sociale inscites à la LPP[6](y compris forfait adaptation)	60% /	40% /	40% + 100 € 30 €	40% + 150 € 50 €	40% + 200 € 90 €	40% + 300 € 110 €
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
DENTAIRE ACCEPTE SECURITE SOCIALE						
Soins dentaires et actes inlay-onlay (INO)	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Actes Inlay-cores (ICO) (7)	70%	+ forfait prothèse dentaire en fonction de l'ancienneté mutualiste dans la limite du plafond annuel	+ forfait prothèse dentaire en fonction de l'ancienneté mutualiste dans la limite du plafond annuel	+ 110% dans la limite du plafond annuel	+ 110% dans la limite du plafond annuel	+ 110% dans la limite du plafond annuel
Prothèses dentaires en fonction de l'ancienneté mutualiste à la SMH (7)						
1ère année d'adhésion	70%	+ 47% dans la limite du plafond annuel	+ 74% dans la limite du plafond annuel	+ 121% dans la limite du plafond annuel	+ 179% dans la limite du plafond annuel	
2ème année d'adhésion	70%	+ 51% dans la limite du plafond annuel	+ 79% dans la limite du plafond annuel	+ 130% dans la limite du plafond annuel	+ 191% dans la limite du plafond annuel	
3ème année d'adhésion et années d'adhésion suivantes	70%	+ 56% dans la limite du plafond annuel	+ 84% dans la limite du plafond annuel	+ 140% dans la limite du plafond annuel	+ 214% dans la limite du plafond annuel	
Actes divers de prothèses (PDT, RPN) et prothèses fixes métalliques (PFM)	70%					+ 214% dans la limite du plafond annuel
CCM sur dents visibles : incisives, canines et prémolaires (PFC prothèses fixes céramiques)	70%					+ 270% dans la limite du plafond annuel
prothèses amovibles (PAM et PAR)	70%					+ 223% dans la limite du plafond annuel
Pose d'une couronne dentaire implantoportée (7)	70%	36 €	54 €	90 €	138 €	174 €
Plafond annuel forfait prothèses dentaires et actes inlay cores (7)						
1ère année civile		200 €	300 €	500 €	750 €	800 €
2ème année civile		300 €	400 €	700 €	900 €	1 000 €
3ème année civile et années civiles suivantes		400 €	650 €	950 €	1 300 €	1 450 €
Orthodontie	100% 70%	/ 30%	/ 30%	2€/TO	3,25€/TO	3,50€/TO
DENTAIRE SANS PARTICIPATION SECURITE SOCIALE (7)						
Les plus dentaire : occlusodontie, orthodontie non remboursée (adultes), pose d'un implant, chirurgie parodontale et parodontologie	/	/	/	100€/an	125€/an	200€/an
CURE THERMALE						
Frais de surveillance médicale	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Frais de traitement thermal (y compris hébergement si participation sécurité sociale)	65%	35%	35%	35%	35%	35%
Pratiques médicales complémentaires	70%	30%	30%	30%	30%	30%
Frais de déplacement (si participation sécurité sociale)	65%	35%	35%	35%	35%	35%
Forfait cure thermale		-	-	50€/cure	77€/cure	100€/cure

	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	Part SMH sur la base du TBSS et/ou prestation forfaitaire				
Nature des actes		Formule Pratique	Formule Classique	Formule Dynamique	Formule Authentique	Formule Tonique
AUDIOPROTHESES						
20 ans et plus acquisition audioprothèse	60%	40%	40%	40% + 200€ par appareil - toutes les 4 années civiles - après deux ans d'adhésion (8)	40% + 400€ par appareil - toutes les 4 années civiles - après deux ans d'adhésion (8)	40% + 500€ par appareil - toutes les 4 années civiles - après deux ans d'adhésion (8)
20 ans et plus entretien et réparations	60%	40%	40%	40% + 76,22€ par appareil / année civile	40% + 76,22€ par appareil / année civile	40% + 76,22€ par appareil / année civile
Moins de 20 ans (9) acquisition audioprothèse - entretien et réparations	60%	40%	40%	40% + 76,22€ par appareil / année civile	40% + 76,22€ par appareil / année civile	40% + 76,22€ par appareil / année civile
APPAREILLAGES						
Appareillages médicaux inscrits à la LPP (6) (seringues, pansements, ceinture de maintien et bas à varices...)	60%	40%	40%	40%	40%	40%
PACK SUPPLEMENTS SUR DEPASSEMENT APPAREILLAGES INSCRITS A LA LPP AVEC PRISE EN CHARGE SECURITE SOCIALE (6)	/	/	/	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 appareillages : Petit appareillage	/	/	/	25% des frais engagés	35% des frais engagés	35% des frais engagés
dépassement sur semelles orthopédiques	/	/	/	30€/an	45€/an	55€/an
Dépassement sur bas de Contention	/	/	/	15 €/an	30 €/an	40€/an
PACK PLUS SMH						
Dépenses préventives non remboursées par la sécurité sociale, mais prescrites médicalement	/	/	/	**jusque 75€/année civile par personne pour l'ensemble des lignes du pack ci-dessous**	**jusque 120€/année civile par personne pour l'ensemble des lignes du pack ci-dessous**	**jusque 150€/année civile par personne pour l'ensemble des lignes du pack ci-dessous**
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 (2)	/	/	/	30% du TBSS	30% du TBSS	30% du TBSS
Séances de psychomotricité	/	/	/	6 €/séance jusque 12 séances par an	10 €/séance jusque 12 séances par an	12 €/séance jusque 12 séances par an
Médecine complémentaire (diététique et médecine douce (ostéopathie, chiropractie, acuponcture, étiopathe))	/	/	/	Jusque 40€ par année civile	Jusque 80€ par année civile	Jusque 100€ par année civile
PRESTATIONS SOLIDARITE						
Aides exceptionnelles		étude possible du dossier par la CAE suivant règlement intérieur de la commission (12)	étude possible du dossier par la CAE suivant règlement intérieur de la commission (12)	étude possible du dossier par la CAE suivant règlement intérieur de la commission (12)	étude possible du dossier par la CAE suivant règlement intérieur de la commission (12)	étude possible du dossier par la CAE suivant règlement intérieur de la commission (12)
PRESTATION COMPLEMENTAIRE						
Assistance		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

* 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.
** dont au maximum 150€ pour la monture

[1] Participation supplémentaire à hauteur d'un pourcentage du TBSS pour un nombre de dépassements par bénéficiaire par année civile pour des consultations (ou visites médicalement justifiées) de médecins spécialistes dans le cadre du parcours de soins sauf consultations dispensées par psychiatre, cardiologue, neuropsychiatre et avis ponctuel pour lesquelles la base de prise en charge sécurité sociale est supérieure. Si aucune information n'est précisée sur l'adhésion du médecin aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale, le médecin sera considéré comme n'ayant pas adhéré.
La participation aux dépassements est versée sur les premières consultations spécialistes de l'année dont la SMH a connaissance, dont le nombre varie selon la formule. Au delà de ce nombre, pas de participation supplémentaire sur les dépassements d'honoraires, mais remboursement du ticket modérateur.
[2] 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.
[3] Ne sont pas compris les suppléments personnels (TV, Téléphone …)
[4] Prestation thalassothérapie jeune maman en établissement de cure thermale (non cumulable avec la prestation cure)

[5] 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.
[6] LPP : Liste des Produits et Prestations
[7] 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.
[8] pendant les deux premières années d'adhésion -en cas d'acquisition- prestation forfaitaire limitée à 76,22€
[9] ou toutes personnes atteintes de cécité et d'un déficit auditif quelque soit leur âge
[10] 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.
[11] Cette participation forfaitaire concerne les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120€.
[12] CAE Commission des Aides Exceptionnelles

24-3 Les cotisations (à compter du 01/01/2018)

Les cotisations sont calculées selon le principe suivant :

Cotisation Mensuelle = Cotisation pour l'adhérent en personne seule en fonction de son âge (au 31/12/N-1)
+ cotisation pour le conjoint en fonction de son âge
+ cotisation pour le ou les enfant(s)

Cotisation mensuelle personne seule adhérent :

	PRATIQUE	CLASSIQUE	DYNAMIQUE	AUTHENTIQUE	TONIQUE
	Adhérent	Adhérent	Adhérent	Adhérent	Adhérent
18 ans	20,91 €	27,17 €	34,10 €	41,08 €	48,39 €
19 ans	21,38 €	27,77 €	34,86 €	41,99 €	49,45 €
20 ans	21,85 €	28,38 €	35,62 €	42,93 €	50,54 €
21 ans	22,34 €	29,00 €	36,41 €	43,85 €	51,66 €
22 ans	22,82 €	29,63 €	37,20 €	44,82 €	52,79 €
23 ans	23,34 €	30,31 €	38,03 €	45,81 €	53,95 €
24 ans	23,83 €	30,94 €	38,86 €	46,82 €	55,15 €
25 ans	24,36 €	31,63 €	39,72 €	47,85 €	56,36 €
26 ans	24,89 €	32,33 €	40,60 €	48,90 €	57,61 €
27 ans	25,45 €	33,04 €	41,48 €	49,98 €	58,87 €
28 ans	26,00 €	33,78 €	42,39 €	51,07 €	60,16 €
29 ans	26,58 €	34,51 €	43,34 €	52,20 €	61,50 €
30 ans	27,17 €	35,27 €	44,30 €	53,34 €	62,84 €
31 ans	27,76 €	36,04 €	45,26 €	54,53 €	64,22 €
32 ans	28,37 €	36,83 €	46,25 €	55,71 €	65,63 €
33 ans	29,00 €	37,64 €	47,27 €	56,95 €	67,08 €
34 ans	29,63 €	38,48 €	48,31 €	58,20 €	68,55 €
35 ans	30,29 €	39,32 €	49,37 €	59,49 €	70,06 €
36 ans	30,94 €	40,20 €	50,45 €	60,79 €	71,61 €
37 ans	31,63 €	41,06 €	51,56 €	62,13 €	73,17 €
38 ans	32,31 €	41,98 €	52,71 €	63,48 €	74,77 €
39 ans	33,03 €	42,90 €	53,86 €	64,88 €	76,44 €
40 ans	33,75 €	43,84 €	55,05 €	66,32 €	78,11 €
41 ans	34,50 €	44,81 €	56,26 €	67,77 €	79,83 €
42 ans	35,27 €	45,79 €	57,49 €	69,27 €	81,58 €
43 ans	36,04 €	46,80 €	58,77 €	70,79 €	83,37 €
44 ans	36,83 €	47,83 €	60,06 €	72,36 €	85,22 €
45 ans	37,64 €	48,88 €	61,36 €	73,94 €	87,08 €
46 ans	38,47 €	49,96 €	62,72 €	75,56 €	88,99 €
47 ans	39,31 €	51,05 €	64,10 €	77,24 €	90,96 €
48 ans	40,18 €	52,18 €	65,52 €	78,92 €	92,97 €
49 ans	41,06 €	53,32 €	66,96 €	80,66 €	95,01 €
50 ans	41,97 €	54,51 €	68,45 €	82,45 €	97,11 €
51 ans	42,90 €	55,69 €	69,93 €	84,26 €	99,25 €
52 ans	43,83 €	56,94 €	71,47 €	86,10 €	101,42 €
53 ans	44,80 €	58,17 €	73,04 €	88,01 €	103,65 €
54 ans	45,78 €	59,45 €	74,65 €	89,94 €	105,93 €
55 ans	46,79 €	60,77 €	76,30 €	91,92 €	108,26 €
56 ans	47,83 €	62,12 €	77,97 €	93,95 €	110,63 €
57 ans	48,88 €	63,46 €	79,69 €	96,00 €	113,08 €
58 ans	49,96 €	64,87 €	81,45 €	98,11 €	115,56 €
59 ans	51,04 €	66,31 €	83,24 €	100,28 €	118,11 €
60 ans	52,17 €	67,76 €	85,07 €	102,49 €	120,71 €

61 ans	53,31 €	69,25 €	86,95 €	104,73 €	123,37 €
62 ans	54,50 €	70,78 €	88,86 €	107,04 €	126,07 €
63 ans	55,69 €	72,34 €	90,81 €	109,40 €	128,84 €
64 ans	56,92 €	73,92 €	92,80 €	111,80 €	131,69 €
65 ans	58,17 €	75,54 €	94,85 €	115,38 €	135,87 €
66 ans	59,45 €	77,22 €	96,94 €	119,04 €	140,21 €
67 ans	60,76 €	78,90 €	99,07 €	122,82 €	144,68 €
68 ans	62,09 €	80,63 €	101,24 €	126,71 €	149,24 €
69 ans	63,45 €	82,42 €	103,48 €	130,71 €	153,95 €
70 ans	64,85 €	84,24 €	105,74 €	134,81 €	158,79 €
71 ans	66,28 €	86,07 €	108,08 €	139,04 €	163,77 €
72 ans	67,74 €	87,96 €	110,45 €	142,11 €	168,91 €
73 ans	69,24 €	89,92 €	112,88 €	145,24 €	174,17 €
74 ans	70,76 €	91,89 €	115,37 €	148,43 €	179,60 €
75 ans	71,88 €	93,36 €	117,21 €	150,80 €	184,09 €
76 ans	73,04 €	94,85 €	119,09 €	153,22 €	188,66 €
77 ans	74,20 €	96,37 €	121,01 €	155,67 €	191,68 €
78 ans	75,39 €	97,91 €	122,93 €	158,16 €	194,76 €
79 ans	76,60 €	99,46 €	124,90 €	160,70 €	197,87 €
80 ans	77,82 €	101,05 €	126,90 €	163,26 €	201,04 €
81 ans	79,06 €	102,71 €	128,91 €	165,87 €	204,25 €
82 ans	80,34 €	104,33 €	130,98 €	168,53 €	207,52 €
83 ans	81,61 €	106,01 €	133,07 €	171,22 €	210,84 €
84 ans	82,93 €	107,69 €	135,20 €	173,96 €	214,22 €
85 ans	84,25 €	109,42 €	137,38 €	176,75 €	217,64 €
86 ans	85,61 €	111,17 €	139,57 €	179,58 €	221,11 €
87 ans	86,98 €	112,94 €	141,80 €	182,43 €	224,66 €
88 ans	88,37 €	114,75 €	144,08 €	185,37 €	228,25 €
89 ans	89,77 €	116,59 €	146,38 €	188,33 €	231,91 €
90 ans	91,22 €	118,47 €	148,72 €	191,35 €	235,63 €
91 ans	92,68 €	120,34 €	151,10 €	194,42 €	239,38 €
92 ans	94,15 €	122,28 €	153,52 €	197,52 €	243,21 €
93 ans	95,64 €	124,23 €	155,97 €	200,68 €	247,11 €
94 ans	97,18 €	126,21 €	158,47 €	203,89 €	251,07 €
95 ans	98,74 €	128,25 €	161,00 €	207,14 €	255,09 €
96 ans	100,32 €	130,28 €	163,58 €	210,46 €	259,17 €
97 ans	101,93 €	132,38 €	166,20 €	213,84 €	263,31 €
98 ans	103,56 €	134,49 €	168,86 €	217,25 €	267,52 €
99 ans et plus	105,22 €	136,64 €	171,55 €	220,74 €	271,79 €

Conjoint : 90 % de la cotisation personne seule dans la catégorie d'âge établie pour le conjoint

Enfant(s): ajout d'une somme forfaitaire par enfant inscrit :

	PRATIQUE	CLASSIQUE	DYNAMIQUE	AUTHENTIQUE	TONI QUE
1er enfant	19,66 €	25,54 €	32,06 €	38,62 €	45,51 €
2ème enfant	19,66 €	25,54 €	32,06 €	38,62 €	45,51 €
3ème enfant	18,09 €	23,51 €	29,49 €	35,54 €	41,88 €
4ème enfant et suivant(s)	gratuité	gratuité	gratuité	gratuité	gratuité

Les adhérents et conjoints - chacun dans la catégorie d'âge lui correspondant -, dont les droits sont ouverts et qui atteignent la limite d'âge, se voient automatiquement passer en catégorie d'âge suivante. L'âge atteint est pris en compte au 1er janvier de l'année suivante.

24-4 Réservé

Article 25 Réservé

Article 26 Réservé

Section X Dispositions relatives à la CMU

Article 27

La formule est ouverte à tout ressortissant de la CMU - Couverture Maladie Universelle ayant opté pour la SMH comme organisme gestionnaire de leur CMU complémentaire, lors de l'ouverture ou du renouvellement de leurs droits.
Les dates d'ouverture et de clôture des droits sont celles figurant dans la notification d'attribution de la CMU complémentaire.

Article 28 Les prestations

Les adhérents inscrits à la mutuelle dans le cadre de la CMU bénéficient du panier de soins défini par la législation en vigueur.

Article 29 Les cotisations

Les barèmes de cotisations sont fixés par la législation en vigueur.

Article 30 Changement de formule

Les adhérents en formule C.M.U., dont les droits à la CMU se terminent se verront proposer la (ou les) formule(s) adaptée(s) à leur situation.

Article 31 Dispositions relatives à la FORMULE CMU PLUS

Accès à la formule et principes de fonctionnement :
Depuis le 01/01/2006 : la formule CMU Plus n'est plus proposée à l'adhésion.
A compter du 01/01/2016 le barème de cotisation CMU plus n'est plus renouvelé, le barème de cotisation 2015 est maintenu jusqu'à la date de fin des droits CMU courant 2016 (ouverte en 2015).
En cas de renouvellement des droits à la CMU en 2016 l'adhérent pourra maintenir son choix de la mutuelle SMH comme organisme gestionnaire de sa CMU complémentaire, mais l'offre CMU Plus ne sera plus possible pour ces nouveaux droits ouverts.

Lorsqu'une prestation est prévue dans le tableau de prestations de la formule intégrale, par année civile, pour les bénéficiaires de la Formule CMU Plus l'année à prendre en compte est –conformément à la législation en vigueur- la période de 12 mois figurant dans la notification d'attribution de la CMU complémentaire.

Section XI Dispositions relatives à la surcomplémentaire

Article 32

32-1

La surcomplémentaire santé est ouverte aux personnes ayant opté pour cette formule et répondant aux conditions d'adhésion.
La formule souscrite est appliquée à tous les bénéficiaires inscrits sur le dossier.

Son intervention vient sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire, dans la limite des frais réels. Le contrat complémentaire intervenant en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire doit être un contrat individuel, autre que la SMH, ou collectif. La garantie ne peut être mise en œuvre que si un contrat de complémentaire responsable intervient en premier.

Il appartient à l'adhérent de justifier de son adhésion à un contrat d'assurance maladie complémentaire à chaque anniversaire d'adhésion à la SMH.

Si l'adhérent ne remplit plus les conditions d'adhésion à la formule surcomplémentaire en dehors de sa date d'anniversaire d'adhésion, il devra en informer immédiatement la SMH et demander la modification de sa formule vers une autre formule d'adhésion à la SMH.

32-2 les prestations (à compter du 01/01/2018)

Pour les deux formules, le ticket modérateur est pris en charge sur les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé (sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie), déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat.

Nature des Actes	**Part supplémentaire SMH sur la base du TBSS* et/ou prestation forfaitaire**	
	Niveau 1	**Niveau 2**
Soins courants – PARCOURS DE SOINS		
Dépassements consultations, visites médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie, échographie (2) : - Médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale - Médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	+ 20% BR /	+ 50% BR + 30% BR
Forfait annuel diététique et médecines douces *(*actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie ou d'acuponcture)	Jusqu'à 50€	Jusqu'à 70€
Appareillage		
Appareillage pris en charge par la sécurité sociale Forfait grand appareillage et audioprothèses, par année civile Forfait petit appareillage, par année civile	150 € 40 €	200 € 50 €
Hospitalisation		
Dépassements d'honoraires, actes de chirurgie, actes techniques médicaux (2)*:* - Médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale - Médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	+ 20% BR /	+ 50% BR + 30% BR
Chambre particulière avec nuitée **Chambre particulière ambulatoire** (Sans nuitée)	+ 20 € + 10 € 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)	+ 40 € + 15€ 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)
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans - facturés par l'établissement - limité à 90 jours par an par bénéficiaire	/	20 € par jour

Optique		
Monture et verres adulte (forfait sur 24 mois – de date à date) (1) **Bonification** après 3ème année d'adhésion sans consommation lunettes ou lentilles (à compter de l'adhésion et ensuite pour tout renouvellement après 37 mois sans équipement) Monture et verres enfant (forfait sur 12 mois – de date à date) (1)	+ 70 € **+ 50€ soit 120€** + 50 €	+110 € **+ 50€ soit 160€** + 90 €
Forfait lentilles correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, inscrites à la LPP(3) par année civile Forfait opération de la vue pour les 2 yeux, par année civile	+ 50€ + 100€	+ 75 € + 200 €
Dentaire		
Soins dentaires	+ 20 % BR	+ 50% BR
Prothèses prises en charge par la Sécurité sociale (limité à 5 prothèses par an)	80€ / prothèse	130€ / prothèse
Orthodontie prise en charge Orthodontie non prise en charge	+ 100 € /semestre + 50 € /semestre	+ 200€ /semestre + 100€ /semestre
Cure thermale		
Forfait cure thermale, par année civile	50 €	100 €
Pack médecine complémentaire		
Vaccins + contraceptifs féminins non remboursés par la Sécurité sociale (Pilule, stérilet, patch ou implant) prescrits médicalement	Jusqu'à 50€ / année civile	Jusqu'à 100€ / année civile
Prestation complémentaire		
Assistance	Non	Oui

* 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.

(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. 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 planchers et plafonds de remboursement prévus par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 sur le contrat responsable. 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.
(2) 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 125% 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.
(3) Liste des Produits et Prestations

32-3 Les cotisations (à compter du 01/02/2016)

Les cotisations sont calculées selon le principe suivant :

Cotisation Mensuelle = Cotisation pour l'adhérent en personne seule en fonction de son âge (au 31/12/N-1)
+ cotisation pour le conjoint en fonction de son âge
+ cotisation pour le ou les enfant(s)

Cotisation mensuelle personne seule adhérent :

Catégorie d'âge (selon l'âge de l'adhérent au 31/12/N-1) :

	Niveau 1	**Niveau 2**
18 ans	9,61 €	10,81 €
19 ans	9,84 €	11,15 €
20 ans	10,08 €	11,50 €
21 ans	10,32 €	11,85 €
22 ans	10,56 €	12,19 €
23 ans	10,79 €	12,54 €
24 ans	11,03 €	12,89 €
25 ans	11,27 €	13,23 €
26 ans	11,51 €	13,58 €
27 ans	11,74 €	13,93 €
28 ans	11,98 €	14,27 €
29 ans	12,22 €	14,62 €
30 ans	12,45 €	14,97 €
31 ans	12,69 €	15,31 €
32 ans	12,93 €	15,66 €
33 ans	13,17 €	16,01 €
34 ans	13,40 €	16,35 €
35 ans	13,64 €	16,70 €
36 ans	13,88 €	17,04 €
37 ans	14,12 €	17,39 €
38 ans	14,35 €	17,74 €
39 ans	14,59 €	18,08 €
40 ans	14,83 €	18,43 €
41 ans	15,06 €	18,78 €

42 ans	15,30 €	19,12 €
43 ans	15,54 €	19,47 €
44 ans	15,78 €	19,82 €
45 ans	16,01 €	20,16 €
46 ans	16,25 €	20,51 €
47 ans	16,49 €	20,86 €
48 ans	16,73 €	21,20 €
49 ans	16,96 €	21,55 €
50 ans	17,20 €	21,90 €
51 ans	17,44 €	22,24 €
52 ans	17,68 €	22,59 €
53 ans	17,91 €	22,94 €
54 ans	18,15 €	23,28 €
55 ans	18,39 €	23,63 €
56 ans	18,62 €	23,98 €
57 ans	18,86 €	24,32 €
58 ans	19,10 €	24,67 €
59 ans	19,34 €	25,01 €
60 ans	19,57 €	25,36 €
61 ans	19,81 €	25,71 €
62 ans	20,05 €	26,05 €
63 ans	20,29 €	26,40 €
64 ans	20,52 €	26,75 €
65 ans	20,76 €	27,09 €
66 ans	21,00 €	27,44 €
67 ans	21,23 €	27,79 €
68 ans	21,47 €	28,13 €
69 ans	21,71 €	28,48 €
70 ans	21,95 €	28,83 €
71 ans	22,18 €	29,17 €
72 ans	22,42 €	29,52 €
73 ans	22,66 €	29,87 €
74 ans	22,90 €	30,21 €
75 ans	23,13 €	30,56 €
76 ans	23,37 €	30,91 €
77 ans	23,61 €	31,25 €
78 ans	23,84 €	31,60 €
79 ans	24,08 €	31,95 €
80 ans	24,32 €	32,29 €
81 ans	24,56 €	32,64 €
82 ans	24,79 €	32,98 €
83 ans	25,03 €	33,33 €
84 ans et plus	25,27 €	33,68 €

Conjoint : cotisation personne seule dans la catégorie d'âge établie pour le conjoint

Enfant(s): ajout d'une somme forfaitaire par enfant inscrit :

	Formule 1	**Formule 2**
Enfant	9,61 €	10,81 €

La cotisation est gratuite pour le 4ème enfant et le(s) suivant(s).

Les adhérents et conjoints - chacun dans la catégorie d'âge lui correspondant -, dont les droits sont ouverts et qui atteignent la limite d'âge, se voient automatiquement passer en catégorie d'âge suivante. L'âge atteint est pris en compte au 1er janvier de l'année suivante.

Article 33 Réservé

Article 34 Réservé

Section XII Modalités de versement des prestations

Article 35

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Article 36

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Article 37

Les prestations sont versées :

- soit directement à l'adhérent après échange d'informations avec son centre de paiement ou ceux de ses ayants droit, grâce aux informations fournies par les Cetelic,
ou à défaut sur présentation du décompte original ou de la facture originale correspondante (précisant la date des soins, leur montant, le code acte, la dépense, le montant payé par l'assuré et éventuellement la base de remboursement par la sécurité sociale), éventuellement la prescription médicale selon la nature de l'acte, et le décompte original du (ou des) autre(s) organisme(s) complémentaire(s) ;

- soit aux tiers en cas de pratique de dispense d'avance de frais.

Article 38 Dispense d'avance de frais

La Mutuelle peut pratiquer le Tiers payant et la délégation de paiement avec la sécurité sociale, en matière de prestations.
La mutuelle peut conclure des conventions de tiers payant, soit directement avec les professionnels de santé individuellement soit avec leur organisation syndicale professionnelle, soit par l'intermédiaire d'autres organisations mutualistes.
La mutuelle peut délivrer des prises en charge évitant l'avance de frais en matière d'hospitalisation (pour certaines prestations et selon formule d'adhésion).
Afin de faciliter la pratique du tiers payant pour ses adhérents, la mutuelle est adhérente à l'Association pour l'amélioration des échanges d'information entre les complémentaires et les professionnels et établissements de santé, appelée couramment «Association inter-AMC».

Article 39

La mutuelle peut passer des accords avec des groupements mutualistes ou avec des sections de ces organismes, afin de recourir aux bons offices de celles qui accepteront d'effectuer pour son compte et au profit de ses adhérents d'un département ou d'une région déterminée, une procédure de tiers payant. Le règlement des frais représentant le ticket modérateur ou la participation mutualiste est fait au profit des organismes ci-dessus défini, sur le vu des volets de tiers payant, et d'un relevé justificatif.
Dans le même esprit, la mutuelle peut passer des accords avec d'autres groupements mutualistes ou des sections de ceux-ci afin de leur faire bénéficier de ces mêmes possibilités, moyennant la refacturation détaillée des prestations versées.

Article 40

L'inscription à la SMH vaut ipso facto, procuration générale et permanente à celle-ci pour encaisser en lieu et place des membres participants de la SMH ou de leurs bénéficiaires, les prestations qui leur sont dues par l'organisme de gestion du régime spécial auquel ils seraient affiliés ou par la caisse primaire de sécurité sociale.

Article 41 Réservé

Article 42 Soins consécutifs à un accident

L'adhérent s'engage à signaler à la mutuelle les dépenses consécutives à un accident et non de la maladie.

Article 43 Versement de prestations à tort

Tout versement indu de prestation constaté, sera porté à la connaissance de l'adhérent. Pour le remboursement de la somme due par l'adhérent : soit la mutuelle procédera à la déduction sur les prestations à venir à verser à l'adhérent, soit l'adhérent sera invité à rembourser la SMH.

Article 44 Modalités de versement des prestations

Lorsqu'une prestation est prévue dans un tableau de prestations, elle est versée de la façon suivante :

En cas de changement de formule, pour les prestations forfaitaires ou dont le montant est plafonné par année, le bénéficiaire ne peut percevoir qu'un forfait ou qu'une prestation à l'année, dans la limite du montant du forfait dans la formule d'adhésion du bénéficiaire à la date des soins.

Honoraires : les actes remboursés sont identifiés par la Sécurité sociale par des codes de regroupement issus de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ou de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). L'acte de chirurgie correspond aux codes ADC, ACO et à l'acte en K. L'acte d'anesthésie fait référence au code ADA et l'acte technique médical au code ATM.

Pharmacie – Prise en charge selon taux défini dans la formule :
La prise en charge des dépenses de médicaments, quels qu'ils soient (soumis à TFR –Tarif Forfaitaire de Responsabilité- ou non), est réalisée dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et selon les taux de remboursements définis dans la formule d'adhésion.

Prestation optique :
La prestation lunette est versée pour l'une des prestations suivantes : achat de lunettes correctrices ou réparation de lunettes correctrices prises en charge par la Sécurité Sociale.
La prestation lentilles est versée pour l'achat de lentilles correctrices, cette prestation peut être versée qu'il y ait prise en charge ou non par la Sécurité Sociale selon les dispositions spécifiques à chaque formule. La SMH ne prend en charge que les équipements inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables et qui sont délivrés par un opticien agréé sécurité sociale.

Les forfaits lunettes sont présentés selon la correction du verre correspondant aux codes LPP suivants :

	Adulte	Enfant
Monture	2223342	2210546
Verre unifocal faible correction (simple)	2203240 – 2287916 – 2259966- 2226412	2261874 – 2242457 – 2200393 - 2270413
Verre unifocal forte correction (complexe)	2282793 – 2280660 - 2263459 - 2265330 - 2235776 – 2295896 - 2284527 - 2254868 - 2212976 - 2252668 - 2288519 – 2299523	2243540 - 2243304 - 2297441 - 2291088 - 2273854 - 2248320 – 2283953 – 2219381 – 2238941 - 2268385 – 2245036 – 2206800
Verre multifocal faible correction (complexe)	2290396 – 2291183 – 2227038 - 2299180	2259245 – 2264045 - 2238792 - 2202452 - 2240671 - 2282221- 2234239 - 2259660
Verre multifocal forte correction (très complexe)	2245384 – 2295198 – 2202239 - 2252042	/

Fréquence de prise en charge :
La prestation optique est limitée à un équipement (monture + deux verres) par période de deux ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique pour les adultes (plus de 18 ans). Pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue, la prise en charge est limitée à un équipement par an.
Le renouvellement d'un équipement à l'issue d'une période de un an et dans un délai inférieur à 2 ans, en cas d'évolution de la vue, s'appuie sur une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente.
Si la correction a été adaptée par l'opticien, il doit fournir la prescription initiale sur laquelle il mentionne la nouvelle correction.
Ces limitations s'appliquent en cas de changement de situation d'un bénéficiaire (passage d'adhérent à ayant droit et vice versa) ou en cas de changement de formule.

Lorsqu'un assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement optique en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

Pour les adhérents qui ne peuvent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, il est possible de prendre en charge exceptionnellement deux équipements par période de deux ans sur prescription médicale du médecin spécialiste en ophtalmologie précisant 2 équipements : un pour la vision de près et un de loin pour nécessité médicale. Les forfaits et plafonds de prise en charge sont appliqués à chacun des équipements.

La prestation lentilles est limitée à un forfait par bénéficiaire et par année civile pour des lentilles prises en charges ou non prises en charge par la Sécurité sociale. Dans le cas d'une personne bénéficiant de la prestation lentilles prises en charges par la sécurité sociale et de lentilles non prises en charge par la sécurité sociale au cours de la même année civile, le plafond de forfait pris en compte pour l'attribution du forfait annuel versé par la mutuelle est celui du forfait lentilles prises en charge par la sécurité sociale.

Bonification optique (Formule Nuance, Intégrale, Polygone, Dynamique, Authentique, Tonique) :
La bonification optique est accordée après 3 ans d'adhésion du bénéficiaire sans prestation optique (lunette) ou si l'acquisition de l'équipement (lunette) s'effectue 3 ans, de date à date, après l'acquisition du dernier équipement.
Elle est versée au plus tôt dès le premier jour de la 3ème année en cas d'acquisition d'une monture + 2 verres correcteurs ou de 2 verres correcteurs. En cas de changement de formule, la bonification est calculée selon la formule en vigueur à la date des soins au prorata temporis des différentes formules d'adhésion au cours des trois années concernées (elle ne peut en aucun cas excéder le montant de la bonification accordée pour la formule d'adhésion en vigueur à la date des soins).

Les plafonds de remboursement prévus par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 sont les suivants :
Equipement composé de 2 verres simples : 470 €
Equipement mixte composé d'un verre simple et d'un verre complexe : 610 €
Equipement composé de 2 verres complexes : 750 €
Equipement mixte composé d'un verre simple et d'un verre très complexe : 660 €
Equipement mixte composé d'un verre complexe et d'un verre très complexe : 800 €
Equipement composé de 2 verres très complexes : 850 €
Le remboursement de la monture ne peut pas dépasser 150€.

Basse vision : L'adhérent doit faire une demande d'accord préalable à la mutuelle en adressant un devis détaillé du matériel médical de correction pressenti et un certificat médical attestant la pathologie de basse vision.
La mutuelle indique à l'adhérent soit son refus soit son acceptation (dans ce cas elle précise à l'adhérent le montant du forfait auquel il pourra prétendre).
Le forfait basse vision est versé sur présentation de la facture acquittée du matériel médical de correction adapté, correspondant au devis accepté par la mutuelle. La date de soins prise en compte est la date de facture.

Chirurgie réfractive :
Fournir la facture acquittée détaillant la nature de l'acte et attestant qu'il s'agit de chirurgie réfractive.

Appareillages médicaux :
(seringues, pansements, ceintures de maintien, bas à varices, prothèses mammaires, capillaires, oculaires, étuis peniens)

Seuls les appareillages inscrits à la LPP (Liste des Produits et Prestations) et pris en charge par la sécurité sociale peuvent faire l'objet d'une demande de remboursement : prestation supplémentaire selon formule et sur présentation de la facture acquittée accompagnée de la prescription médicale.

Prothèses auditives :
Pour les formules où une prestation forfaitaire est prévue par appareil et par année civile : équipement de 2 oreilles = 2 appareils = 2 prestations forfaitaires.
La mutuelle intervient pour les équipements pris en charge par la Sécurité Sociale.
Le forfait acquisition est versé pour l'achat d'un nouvel appareil prescrit par un médecin ORL, cette prestation est versée dans la limite des frais engagés et des éventuelles participations d'autres organismes.

Hospitalisation : (médicale, chirurgicale, psychiatrique) prise en charge par la sécurité sociale
Cette prestation ne comprend pas les frais d'hébergement.

Chambre particulière : Les suppléments personnels ne sont pas compris (TV, téléphone …)
Le remboursement peut être différencié, selon la formule, entre une chambre particulière avec hébergement (avec nuitée) ou ambulatoire (sans nuitée).

Prestation selon les formules.
Hospitalisation (hôpitaux et cliniques conventionnées et agréées) :
- supplément chambre particulière hospitalisation (médecine, chirurgie) : prestation selon formule exprimée en Euros par jour (à concurrence des frais engagés) avec un nombre de jours maximum pris en charge par année civile.
- supplément chambre particulière hospitalisation (long séjour psychiatrique) : prestation selon formule exprimée en Euros par jour (à concurrence des frais engagés) avec un nombre de jours maximum pris en charge par année civile.
Maternité :
- supplément chambre particulière maternité : prestation selon formule exprimée en Euros par jour (à concurrence des frais engagés) avec un nombre de jours maximum pris en charge par année civile.

Forfait journalier : la prestation forfait journalier est versée par la mutuelle dans le cadre des hospitalisations prises en charge par le régime obligatoire. Elle est limitée au forfait facturé par les établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale. Sont concernés les séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY).
En sont exclus les forfaits journaliers facturés dans le cadre:
d'une hospitalisation non prise en charge par le régime obligatoire (ex : esthétique …) ;
de l'hébergement (ex : accueils spécialisés, IEM …),
d'un séjour en unité et centre de soins de longue durée ;
d'un séjour en établissement et service accueillant des personnes âgées ou leur apportant à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.

Frais d'accompagnant : pour les enfants de moins de 12 ans
Remboursement intégral des frais de repas + nuit de l'accompagnant
Ne sont pas compris les suppléments personnels (TV, Téléphone …)

Cette prestation a pour objet de couvrir les frais supplémentaires occasionnés par l'hospitalisation d'un enfant âgé de moins de 12 ans du fait de la présence d'un accompagnant.

Les frais sont limités à un accompagnant par enfant, ou par famille en cas d'hospitalisation simultanée de plusieurs enfants dans un même établissement. Seuls les enfants inscrits en tant qu'ayant droit peuvent bénéficier de la prestation pour frais d'accompagnant.
Lorsque le bénéficiaire est couvert par plusieurs organismes pour la prestation frais d'accompagnant, le montant des prestations versées par les différents organismes ne peut excéder le montant total des frais engagés. Lorsque les deux parents ne sont pas inscrits à la SMH, il pourra être demandé des informations complémentaires concernant la couverture éventuelle par un autre organisme. Il appartiendra à l'adhérent de fournir tous justificatifs nécessaires à la SMH afin que sa prestation puisse être étudiée.

Les frais d'accompagnant pris en charge sont les frais de repas et nuitée(s) facturés directement par l'établissement hospitalier de santé public ou privé pour les frais d'accompagnant. La prestation sera versée uniquement sur présentation de la facture détaillée émise par l'établissement hospitalier, facture précisant la date du ou des paiements, signée et acquittée avec le cachet de l'établissement hospitalier.

Le montant total des frais est limité à celui du tarif en vigueur au sein de l'établissement.

Cure thermale : le forfait cure thermal est versé uniquement pour les cures thermales prises en charge par le régime obligatoire.
Les frais de dossier ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

Thalassothérapie jeune maman : la prestation est versée lorsque celle-ci est effectuée dans l'année qui suit la naissance de l'enfant à condition que l'enfant soit inscrit à la mutuelle, pour une thalassothérapie effectuée en établissement de cure thermale. La prestation est versée une seule fois par naissance. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation cure.

Supplément prothèses dentaires :
Il appartient à l'adhérent de fournir tous justificatifs demandés par la mutuelle afin d'étudier le remboursement des prothèses dentaires selon la localisation de la dent et le type de prothèse posé, si la formule souscrite le prévoit.
L'adhérent fournira la facture acquittée et détaillée du chirurgien dentiste accompagnée du décompte de sécurité sociale. A défaut la prestation minimale sera réglée par la mutuelle.

Pose d'un implant : la prise en charge de la pose d'implant est limitée à la pose d'implant(s) intra-osseux intra-buccal(aux) chez l'adulte ou chez l'enfant.

Orthodontie : pour le paiement de la prestation, la mutuelle peut demander une facture détaillée précisant la date de début et de fin du semestre de soins. Si le traitement est engagé antérieurement à l'ouverture des garanties, la prise en charge se fera prorata temporis.

Vaccins non remboursables :
Fournir la note d'honoraire acquittée remise par le praticien
ou la prescription médicale accompagnée de la facture émise par la pharmacie (Ticket Vitale).

Allocation décès : l'allocation est versée en cas de décès de l'adhérent, du conjoint ou d'un enfant inscrit sur le dossier, sur présentation d'un acte de décès. En cas de nécessité la mutuelle peut être amenée à demander des documents complémentaires pour le versement de cette prestation.

Contraceptifs féminins non remboursés par le régime obligatoire (Pilule, stérilet, patch ou implant contraceptif, anneau vaginal contraceptif) :
Fournir la prescription médicale accompagnée de facture acquittée détaillée du pharmacien.

Ostéodensitométrie non remboursée :
Fournir la facture acquittée détaillant la nature de l'acte.

Forfait arrêt du tabac :
Fournir la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée des substituts nicotiniques prescrits.
Cette prestation est versée dans le cadre d'un sevrage tabagique suivi par le médecin traitant ou dans le cadre de consultations d'aide à l'arrêt du tabac.

Amniocentèse :
Fournir la note d'honoraire acquittée établie par le praticien ou la facture acquittée de l'établissement de soins sur lesquels sont portées les sommes à charge et attestant le refus de prise en charge par le régime obligatoire.

Médecine complémentaire :
Diététique et médecines douces (Actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie ou d'acuponcture)
Pour les actes de diététique fournir la facture acquittée mentionnant les coordonnées du diététicien diplômé d'état avec son numéro d'inscription au répertoire ADELI), le bénéficiaire des soins et la date de la séance.
Pour les actes d'ostéopathie fournir la facture acquittée par le praticien mentionnant qu'il est reconnu par le régime de sécurité sociale français ou adhérent à un organisme officiel (registre des ostéopathes de France, registre national des ostéopathes de France, syndicat national des ostéopathes de France, union fédérale des ostéopathes de France), le bénéficiaire des soins et la date de la séance.
Pour les actes de chiropractie ou d'acuponcture fournir la facture acquittée mentionnant les coordonnées du chiropraticien ou de l'acupuncteur, le bénéficiaire des soins et la date de la séance.
Pour les actes d'étiopathes fournir la facture acquittée mentionnant les coordonnées de l'étiopathe inscrits au Registre National des Etiopathes (Liste actualisée et communiquée au Ministère de tutelle), le bénéficiaire des soins et la date de la séance.

Allocations journalières :
En cas de diminution du traitement de base et après épuisement des droits ouverts à l'adhérent du fait de l'administration employeuse à un organisme intervenant dans ce domaine (CGOS), la mutuelle garantit aux agents de la fonction publique hospitalière en activité (titulaires, stagiaires, contractuels dès qu'il y a intervention du cgos) cotisant en formule nuance, intégrale ou polygone (en tant que conjoint ou adhérent) ou en formule «Le lien Hospitalier», le paiement d'une allocation dans le cadre d'un congé de maladie ordinaire, d'un congé de longue maladie, d'un congé de maladie longue durée, selon les modalités définies ci-après :

- Prise en charge pour la maladie ordinaire : pendant 4 mois à partir du 1er jour du 9ème mois.
- Prise en charge pour la longue maladie : pendant 7 mois à partir du 1er jour du 18ème mois puis pendant 2 mois à partir du 1er jour du 30ème mois.
- Prise en charge pour la maladie longue durée : pendant 7 mois à partir du 1er jour du 42ème mois puis pendant 2 mois à partir du 1er jour du 54ème mois.

Cette allocation est complémentaire à la couverture CGOS dont bénéficient les agents de la fonction publique hospitalière, pendant les mois précédents (voir tableau ci-après).
Le montant de l'allocation journalière versé par la mutuelle est égal à :
20% du traitement de base indiciaire en formule nuance,
35% du traitement de base indiciaire en formule intégrale, et formule «Le lien Hospitalier»,
40% du traitement de base indiciaire en formule polygone.

Pour l'ensemble des adhérents, l'allocation est limitée à hauteur de 700 € par mois pour un équivalent temps plein.
Dans tous les cas, l'adhérent devra justifier d'une perte de salaire pour pouvoir prétendre au bénéfice des allocations. En outre l'allocation ne pourra entraîner le gain d'un salaire plus important en maladie qu'en activité. En cas de travail à temps partiel, pendant les mois précédent l'arrêt, le traitement de base indiciaire pris en compte sera rapporté au prorata temporis du temps de travail rémunéré.
Les primes et autres majorations ne pourront en aucun cas être prises en compte.

Cette allocation n'est plus attribuée à partir du jour où l'agent est mis en disponibilité d'office ou en retraite.

Pour les personnes qui adhérent après le 01/01/2009 en formule nuance, intégrale ou polygone :
Ces allocations sont accordées si leur adhésion a lieu avant leur 50ème anniversaire.
Ces allocations sont accordées pour les arrêts dont l'origine est postérieure à la date d'adhésion à la mutuelle.
Pour toute nouvelle adhésion, une période de stage d'un an est prévue pour bénéficier de ces allocations : aucune allocation ne sera versée pendant la période de stage.
Ce stage sera supprimé pour toute personne qui présente un certificat de radiation d'une mutuelle (sans interruption de droit) et justifiant de l'existence d'une garantie similaire (avec des droits ouverts).

Pour les personnes qui ont adhéré à la mutuelle avant le 01/01/2009 en formule intégrale ou polygone (date de mise en place de l'allocation), il n'y a pas de condition d'âge à l'adhésion pour prétendre au versement de ces allocations, ni de période de stage pour les allocations journalières définies dans la formule d'adhésion souscrite avant le 01/01/2009. Cette allocation sera accordée pour les arrêts dont l'origine est postérieure à la mise en place de l'allocation soit au 01/01/2009.

Pour tous les adhérents quelle que soit leur date d'adhésion :
En cas de changement de formule, le stage d'un an concerne le différentiel de prestation entre les deux formules.

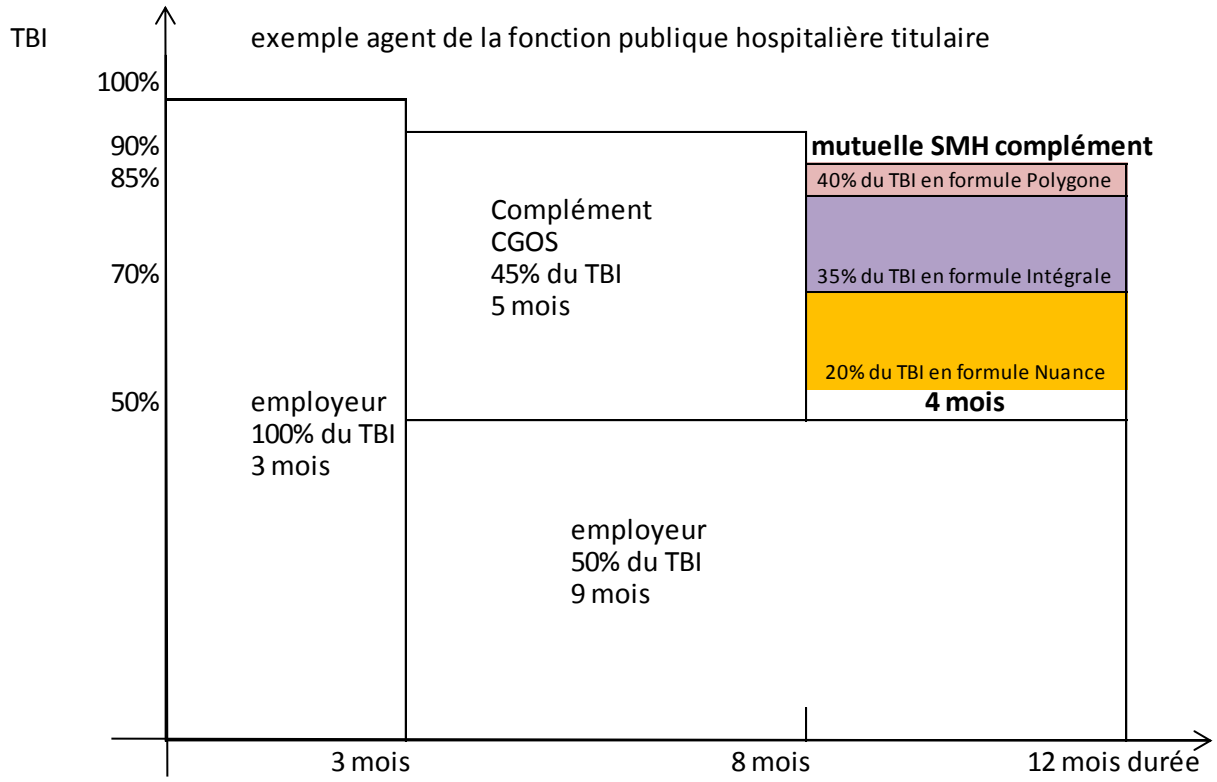
Afin de pouvoir prétendre au versement de la prestation allocation journalière l'adhérent devra fournir tout document nécessaire à l'examen de sa demande : attestation de l'employeur, fiche de paye, attestation de la caisse de prévoyance, document de la mutuelle complété par le CGOS et l'employeur.
L'adhérent devra indiquer à la mutuelle les autres garanties souscrites à titre individuel ou collectif couvrant son arrêt. La prestation SMH ne pourra intervenir qu'après ces organismes.

La perception par l'adhérent des allocations engage l'adhérent à rembourser spontanément la mutuelle dans le cas où son arrêt serait re qualifié et indemnisé différemment par son employeur ou un autre organisme. L'adhérent accepte également de fournir à la mutuelle à posteriori tout document nécessaire au contrôle du bon versement de la prestation : fiches de paye, avis d'imposition … Dans le cas où il aurait reçu des allocations à tort (rappel de traitement ou toute forme d'aide ou prestation légale), il les remboursera à la mutuelle.

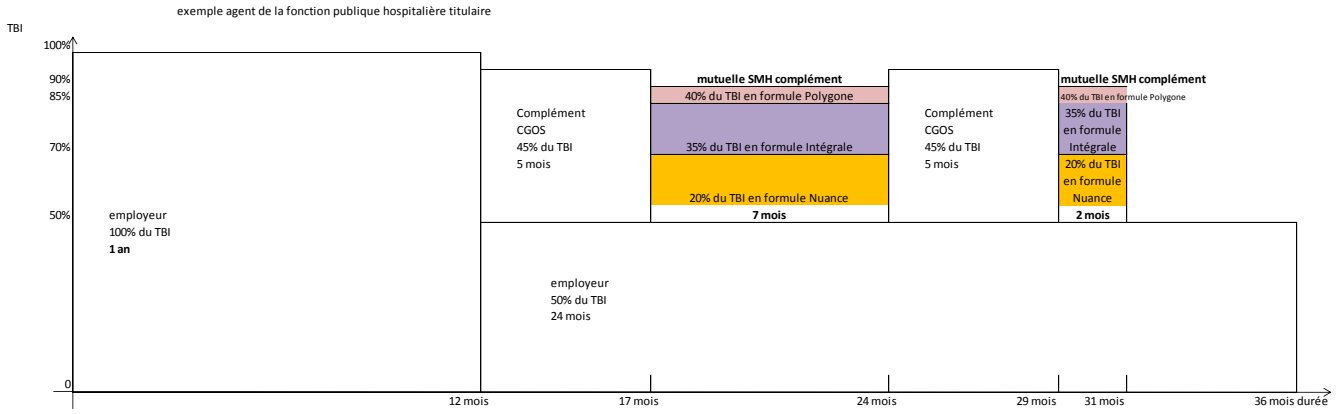
En cas de constatation de fraudes, de fausses déclarations ou d'omission de la part de l'adhérent, la mutuelle pourra arrêter définitivement le versement de toute allocation à la personne concernée et le cas échéant récupérer les sommes non dues par les moyens à sa disposition.

L'allocation et les présentes dispositions sont révisables annuellement en assemblée générale.

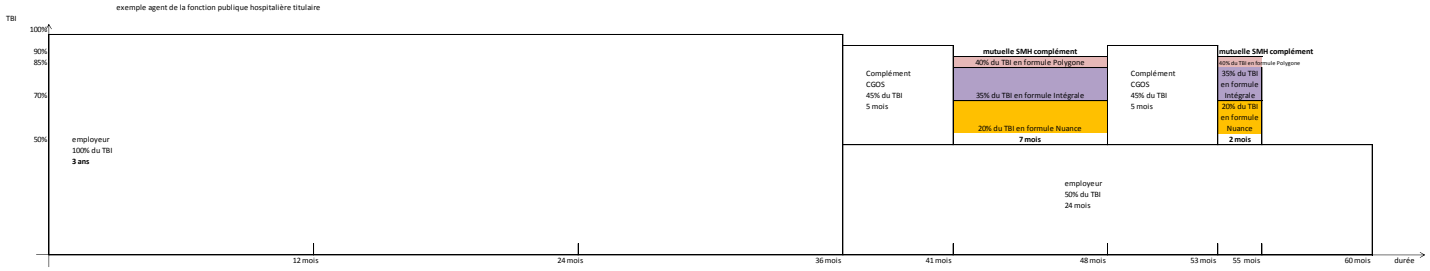
Maladie ordinaire



Congé longue maladie



Congé longue durée



Surcomplémentaire santé : pour bénéficier des prestations de soins, l'adhérent devra présenter à la SMH le décompte de la Sécurité sociale ainsi que la facture acquittée accompagnée d'un justificatif faisant apparaître la non prise en charge ou un reste à charge de ces dépenses de soins par le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire intervenant en premier, dans la limite des frais réels (exemple : décompte Sécurité sociale + décompte de la mutuelle obligatoire ou facultative).

Article 45 Prescription

Tout décompte présenté plus de 2 ans après la date de remboursement par la sécurité sociale, ou toute facture présentée plus de 2 ans après sa date d'émission sera considéré comme périmé et ne fera l'objet d'aucun remboursement par la mutuelle.

Article 46 Réclamations - Prestations

Dans le cas où il n'existe pas de date de paiement par la mutuelle, l'adhérent dispose d'un délai de 2 ans à compter de la date de soins.

Section XIII Informatique et Liberté

Article 47 Informatique et Liberté

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, ainsi que pour l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle réglementée par les dispositions statutaires de cette dernière, les données à caractère personnel feront l'objet d'un traitement au sens du et conformément au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.
Il est rappelé que l'ensemble des informations transmises par l'adhérent, de même que celles recueillies ultérieurement auprès de ses ayants droit sont nécessaires à la gestion des garanties prévues au contrat ainsi qu'à l'exécution des dispositions statutaires aux fins d'organiser la vie institutionnelle de la Mutuelle.
Elles font donc l'objet d'un traitement destiné à la prospection des adhérents potentiels, à la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des cotisations, la gestion du contentieux, ou à des fins statistiques.
Elles peuvent également être utilisées :

i) pour répondre aux intérêts légitimes de la Mutuelle et notamment, la protection et le développement de ses activités, l'amélioration de ses produits et des services offerts aux adhérents , la recherche de nouveaux produits et de nouveaux adhérents, la lutte contre la fraude et

ii) pour satisfaire des obligations légales et règlementaires et notamment la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les déclarations et prélèvements obligatoires auprès et au profit des autorités administratives, fiscales et publiques, comme les déclarations et prélèvements fiscaux et sociaux.

Les données ainsi recueillies permettent, également, à la Mutuelle de proposer à l'adhérent des garanties autres adaptées au regard de son profil (notamment de son âge, situation familiale, situation professionnelle, niveau de revenu, etc…) notamment dans le cadre de son devoir de conseil.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, les organismes de sécurité sociale, administratifs et judiciaires définis par la loi et organe de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, les assureurs en inclusion, les sous-traitants, les réassureurs, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Toutes ces données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Ainsi les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative du prospect/adhérent ou la fin de la relation contractuelle. Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation/adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales relatives aux garanties prévues choisies par l'adhérent (se reporter à l'article « prescription ». Il est également précisé qu'en cas de contestations, contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.).

Conformément à la règlementation, l'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, s'adresser par mail à dpo.smh@solimut.fr ou par courrier : DPO – SMH, UGM Solimut, 146 A avenue de Toulon, 13010 MARSEILLE. Le délai de réponse de la Mutuelle est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent ou son/ses ayant droits, souhaitent faire valoir leur droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du contrat et des garanties attachées, la Mutuelle rappellera par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voir une impossibilité, d'exécuter les dispositions du contrat, voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent pourra, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Section XIV Contenu des engagements

Article 48 Modification du contenu des engagements

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale et/ou le conseil d'administration de la SMH s'imposent à la mutuelle ainsi qu'à ses adhérents, sous réserve de leur conformité aux dispositions du code de la mutualité.
Les modifications des montants ou des taux de cotisations, ainsi que des prestations, sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents.

Article 49

49-1 Information des adhérents

Pour toute modification des montants ou des taux de cotisations, ainsi que des prestations, la SMH adresse au domicile de tous les membres participants une information sur les nouveaux barèmes.
Chaque membre participant ou honoraire reçoit par courrier ou par son correspondant ou délégué de section, la Presse Mutualiste. Des informations peuvent être communiquées par mail ou mises à disposition sur le site Internet de la SMH. Les informations ainsi portées à la connaissance de l'adhérent revêtent le même caractère que si elles avaient fait l'objet d'un courrier personnel. L'adhérent ne peut se soustraire aux obligations qu'il a envers la mutuelle, et dont il serait informé par ces supports.

49-2 Cotisation erronée

Lorsque la cotisation versée par l'adhérent est erronée, et après constatation, elle donne lieu :
si l'erreur est incontestablement imputable aux services administratifs de la SMH : un remboursement du trop perçu par la SMH, pourra être envisagé avec effet rétroactif sur une période maximale d'un an (chaque membre participant étant invité à vérifier le montant de sa cotisation après l'assemblée générale adoptant des changements de cotisations).
si l'anomalie place l'adhérent en position de débiteur par rapport à la SMH : le montant des cotisations sera dû intégralement pour la période d'un an précédent la découverte de l'anomalie.
Dans ce cas des facilités de paiement - règlements échelonnés - pourront être étudiées en fonction de la situation de chaque adhérent par le service contentieux.

Article 50 Modalité d'examen de la réclamation et médiation

En cas de litige entre l'adhérent et la mutuelle, l'adhérent formule sa réclamation auprès des services administratifs de la SMH.

En cas de contestation il pourra soumettre sa réclamation au Service Qualité de la SMH soit par courrier à l'adresse suivante : Parc Eurasanté Ouest, 310 avenue Eugène Avinée 59120 LOOS, soit par mail à service-qualite@smh.fr.

Si le litige persiste après épuisement des voies de recours internes, l'adhérent pourra soumettre sa réclamation au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française. Il peut adresser sa demande soit par mail (mediation@mutualite.fr), soit par courrier à l'attention de : Madame ou Monsieur le médiateur fédéral, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.

Le recours à la médiation n'est pas possible lorsqu'une action contentieuse a été engagée.

Article 51 Réservé

Chapitre 2 Contenu des engagements entre chaque membre honoraire et la mutuelle

Article 52 Les cotisations

La cotisation des membres honoraires est fixée annuellement à 120 Euros. Elle est payable annuellement par avance.

Chapitre 3 Répartition de la cotisation mutualiste

Article 53

Les cotisations présentées précédemment sont des cotisations globales. Une part de cette cotisation est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle, et une autre part est affectée à différents organismes comme suit :
- les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions, fédération) ou techniques (caisses autonomes, caisse nationale de prévoyance), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes,
- la part de cotisation affectée à la mutuelle dédiée œuvre(s) sociale(s) Mutuelle de Développement et de Gestion des Œuvres Sanitaires et Sociales (inscrite au répertoire SIRENE sous le N°SIREN 444 444 012) : 10 € /an /dossier adhérent à un contrat de complémentaire santé.
- la cotisation affectée au service assistance, lorsque la formule le prévoit.

TITRE III DUREE DES ENGAGEMENTS CONTRACTUELS ENTRE CHAQUE MEMBRE PARTICIPANT OU HONORAIRE ET LA MUTUELLE EN CE QUI CONCERNE LES PRESTATIONS ET LES COTISATIONS

Chapitre 1er Démission du fait de l'adhérent

Article 54 Mesures en cas de démission, préavis, procédure à suivre

Toute adhésion est souscrite pour une durée d'un an avec tacite reconduction.
Tout adhérent qui formule une demande de démission doit le faire par écrit par lettre recommandée avec accusé de réception, au plus tard deux mois avant la date anniversaire de l'adhésion à la mutuelle.
Le mois de la date anniversaire correspond à celui de début de validité de la carte d'adhérent.
La démission est effective à la date anniversaire de l'adhésion.
Aucun remboursement de cotisation ne peut être effectué.

Article 54 Mesures en cas de démission, préavis, procédure à suivre (au 01/01/2019)

Toute adhésion est souscrite pour une durée d'un an avec tacite reconduction.

Tout adhérent peut mettre fin à son adhésion, un an après l'adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique adressée à la mutuelle, en respectant un préavis de deux mois, puis au 31 décembre de chaque année, moyennant un préavis identique.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

Après un an d'adhésion, la démission est effective à la date d'échéance du contrat fixée au 31 décembre et en respectant un préavis de deux mois, pour envoyer sa demande de résiliation par courrier recommandé avec accusé de réception.

Aucun remboursement de cotisation ne peut être effectué.

Résiliation à titre exceptionnel :
A titre exceptionnel il peut être mis fin à l'adhésion sur demande du membre participant en cours d'année et en dehors de la date d'échéance, dans les cas mentionnés ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants :
- perte du régime d'assurance maladie obligatoire
- attribution de la cmu-c à l'adhérent
- décès de l'adhérent.

La démission prend effet après réception des justificatifs correspondants.

La résiliation peut aussi être demandée dans les conditions de la loi Chatel, reprise dans l'article L 221-10-1 du code de la mutualité.

Article 55

Les cotisations sont dues jusqu'à la radiation et le retour de la carte d'adhérent.

Chapitre 2 Radiation du fait de la mutuelle

Article 56 Suspension des garanties et radiation statutaire par la mutuelle

Afin de faciliter le règlement des cotisations pour les membres participants, la cotisation annuelle est payable mensuellement et exigible au 1er jour du mois commençant à courir.
En cas d'impayés, la mutuelle peut légalement procéder à la suspension des garanties d'un adhérent, puis à leur résiliation (conformément à l'article L221-7 du code de la mutualité).
En cas de retard dans les paiements des cotisations, les pénalités suivantes sont prévues :
En cas de *rejet de prélèvement sur compte bancaire*, une participation de l'adhérent aux frais d'un montant de 7.62€ sera demandé pour chaque réclamation.

Article 57 Procédure de suspension des garanties

La mise en demeure des adhérents se fait automatiquement si l'adhérent ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de l'échéance de la cotisation impayée.
A défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, la mutuelle adresse une lettre recommandée de mise en demeure précisant que la mutuelle peut suspendre les garanties 30 jours après la mise en demeure de ceux-ci et informer les tiers concernés de la situation des adhérents.
Durant la période de suspension des garanties les prestations sont mises en attente et l'adhérent n'est plus autorisé à utiliser sa carte d'adhérent. Aucune nouvelle carte ne pourra lui être remise, avant régularisation de la situation.

Article 58 Défaut de paiement et Radiation

Si à la suite de la suspension des garanties, l'adhérent ne procède pas au paiement intégral de la somme due, la mutuelle pourra légalement procéder à la radiation de l'adhérent au bout d'un délai de 10 jours, après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'article précédent de suspension des garanties.

Article 59 Utilisation frauduleuse de la carte d'adhérent

Dès l'instant où l'adhérent ou un de ses bénéficiaires ferait usage de la carte SMH alors que le membre participant :
se trouve en position de débiteur vis à vis de la mutuelle,
fait l'objet d'une procédure de radiation statutaire,
ou s'est porté démissionnaire,
ce dernier se verra dans l'obligation de réparer le préjudice causé à la mutuelle et de régler les sommes indûment versées par celle-ci du fait de l'usage abusif de la carte.

Article 60 Action en justice

En cas d'impossibilité d'aboutir au règlement des sommes dues par des solutions amiables, le conseil d'administration de la mutuelle, peut décider de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice.

Chapitre 3 Changement de situation du membre participant et/ou de ses bénéficiaires

Article 61 Inscription et maintien d'ayant droit en tant que bénéficiaires

61-1 Descendants

a) Peuvent être maintenus en qualité d'ayant droit de leurs parents ou de la personne qui en a la charge (justifiée par jugement du tribunal, attestation d'adoption ou de garde ou carte d'assuré social), les enfants célibataires à charge jusqu'à leurs 27 ans révolus (qu'ils soient étudiants, en formation, chômeurs...), tant que leurs revenus mensuels sont strictement inférieurs à la moitié du SMIC et qu'ils sont domiciliés chez l'adhérent.
b) Prise en charge des descendants au second degré :
Lorsque le descendant au premier degré de l'adhérent remplit les conditions pour être ayant droit, son ou ses descendants directs peuvent également être "ayant droit" s'ils remplissent les mêmes conditions.
c) Prise en charge des personnes handicapées (sur présentation du certificat de la notification de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des maisons départementales des Personnes Handicapées) faisant état d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% et de la carte d'invalidité) : Les personnes handicapées, peuvent être prises en charge en tant qu'ayant droit, sans limite d'âge, dans les conditions de ressources du a) (allocations d'aide au handicap non prise en compte).
d) Les enfants ne pouvant être maintenus en qualité d'ayant droit peuvent s'ils en font la demande, devenir membres participants.

e) Lorsqu'un descendant ne remplit plus les conditions de maintien en tant qu'ayant droit de l'adhérent, il est informé des modalités pour devenir membre participant.
Il appartient ensuite au bénéficiaire concerné de se manifester pour procéder à l'adhésion. Sans réponse et à défaut de remplir les conditions de maintien en tant qu'ayant droit, la mutuelle procédera à la radiation du bénéficiaire du dossier de l'adhérent.

61-2 Conjoint

En cas de décès ou de séparation de l'adhérent, son conjoint, concubin, partenaire ayant souscrit un PACS peut demander à devenir membre participant de la SMH, dans les 30 jours qui suivent l'envoi par la SMH du courrier consécutif à survenance de l'événement ou de la radiation.
Remarque : En cas de demande de radiation de conjoint, concubin, partenaire ayant souscrit un PACS la SMH adresse à celui-ci, un courrier l'informant de la procédure de radiation dont il fait l'objet, et l'invitant à se manifester dans les 30 jours.
Sans réponse dans ce délai, la radiation devient définitive, sans possibilité de recours.

61-3 Ascendants

Peuvent bénéficier de la Mutuelle, les ascendants répondant aux conditions d'adhésion définies aux statuts, en qualité d'ascendant-membre participant ou d'ascendant-ayant droit.
Pour qu'un ascendant puisse rester inscrit à la SMH, son descendant doit impérativement rester adhérent à la mutuelle. Dès l'instant où ce dernier viendrait à démissionner de la SMH, cela entraînerait simultanément la radiation de son (ou ses) ascendant(s) inscrit(s) à la mutuelle.
Ascendant, membre participant :
Peut être membre participant l'ascendant de l'adhérent et de son conjoint inscrit à la Mutuelle à condition que cet ascendant soit retraité ou n'ayant jamais eu d'activité et quel que soit son âge (sous réserve d'une cotisation spécifique).
Ascendant, ayant droit :
Peut être ayant droit d'un membre participant l'ascendant de l'adhérent et de son conjoint inscrit à la mutuelle, à condition que cet ascendant soit retraité ou n'ayant jamais eu d'activité et quel que soit son âge et lorsque cette personne a été déclarée comme fiscalement à charge, sauf si celle-ci justifie d'une attestation CMU.

Article 62 Obligation d'information en cas de changement de situation

Il appartient au membre participant de faire connaître à la mutuelle toute modification de sa situation ou de celle des bénéficiaires inscrits sur son dossier, qu'elle ait ou non des conséquences sur son taux de cotisation.

Article 63 Changement de situation familiale et professionnelle

Tout changement de situation familiale (adhésion ou radiation de conjoint – descendant) est enregistré par la mutuelle dès réception de la demande écrite de l'adhérent.
Pour les radiations de bénéficiaires, la modification prend effet à l'échéance qui suit la réception de la demande.

Pour les inscriptions de bénéficiaire, l'inscription prend effet le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande (avec possibilité de rappel de cotisation lorsque le prélèvement est déjà engagé). Il est impossible de bénéficier d'une ouverture rétroactive des droits.
Lors de la naissance d'un enfant, la demande d'inscription à la mutuelle est à formuler par écrit dans les deux mois qui suivent la naissance pour une inscription à la naissance. Dans ce cas, le paiement de cotisations sera du à compter du premier jour du mois qui suit le mois de naissance.

Pour bénéficier du tarif minoré, l'adhérent devra fournir les derniers justificatifs de ressources de l'ensemble de la famille. Cette modification prendra effet à la prochaine échéance qui suit la réception de l'intégralité des justificatifs.

Pour un changement de situation professionnelle (passage en retraite, disponibilité, congé parental, fin de contrat...), le membre participant est tenu de le signaler de suite à la mutuelle.

Article 64 Réservé

Chapitre 4 Changement de formule

Article 65 Changement de formule individuelle

Changement de formule demandé par le membre participant :
Toute demande de changement de formule doit être adressée à la mutuelle par courrier avant la date anniversaire de l'adhésion.
Le changement de formule vers une autre formule d'adhésion ne peut se faire qu'après un an de cotisations dans la formule.
Ce changement ne peut s'effectuer qu'à la date anniversaire de l'adhésion.
Le changement concerne l'ensemble des bénéficiaires inscrits avec le membre participant.

Changement de formule du fait d'une modification dans la situation :
L'adhérent demandant l'adhésion d'un ayant droit (conjoint ou enfant), passant en retraite ou rencontrant une situation familiale particulière entrainant une baisse de revenu (exemples : décès, divorce, perte d'emploi) pourra demander à changer de formule, sans attendre sa date anniversaire d'adhésion sous réserve d'être adhérent dans la formule depuis au moins 12 mois.
Il devra fournir le justificatif de sa situation.
La modification prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande écrite de l'adhérent, accompagnée des justificatifs de situation.
Pour tout changement ultérieur de formule, l'adhérent devra respecter sa date anniversaire d'adhésion à la SMH.

Article 65 Changement de formule individuelle (au 01/01/2019)

Changement de formule demandé par le membre participant :
Toute demande de changement de formule doit être adressée à la mutuelle par courrier avant la date d'échéance.
Le changement de formule vers une autre formule d'adhésion ne peut se faire qu'après un an de cotisations dans la formule.
Ce changement ne peut s'effectuer qu'à la date d'échéance.
Le changement concerne l'ensemble des bénéficiaires inscrits avec le membre participant.

Changement de formule du fait d'une modification dans la situation :
L'adhérent demandant l'adhésion d'un ayant droit (conjoint ou enfant), passant en retraite ou rencontrant une situation familiale particulière entrainant une baisse de revenu (exemples : décès, divorce, perte d'emploi) pourra demander à changer de formule, sans attendre sa date d'échéance sous réserve d'être adhérent dans la formule depuis au moins 12 mois.
Il devra fournir le justificatif de sa situation.
La modification prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande écrite de l'adhérent, accompagnée des justificatifs de situation.
Pour tout changement ultérieur de formule, l'adhérent devra respecter sa date d'échéance à la SMH et formuler sa demande avant cette date.

Article 66 Réservé

TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES A LA GESTION DU FONDS SOCIAL ET A LA COMMISSION DES AIDES EXCEPTIONNELLES

Article 67 Commission des Aides Exceptionnelles

La mission de la commission des Aides exceptionnelles est d'aider les adhérents en difficulté à traverser une situation particulière.
Elle peut accorder des aides pour des problèmes de santé majeurs ou de handicap, aux adhérents en situation de détresse morale ou physique.

Une aide exceptionnelle et ponctuelle, peut être attribuée à l'adhérent : pour lui ou un de ses ayants droit (inscrits à la mutuelle) ; après examen du dossier par la commission des aides exceptionnelles et sous réserve de produire les justificatifs demandés et le dossier remis par la mutuelle complété.
Les décisions de la commission ne peuvent faire l'objet d'aucun recours auprès de cette dernière.
Les réponses se font uniquement par écrit.