Règlement Mutualiste d la Mutuelle SMH

Conseil d'Administration du 13 décembre 2019

Mutuelle SMH, Parc Eurasanté Ouest,
310 avenue Eugène Avinée
59120 Loos
Tél.: 03 20 10 97 10
Fax : 03 20 10 97 11
www.smh.fr

Mutuelle SMH, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 301 862 769, dont le siège est sis Parc Eurasanté Ouest, 310 avenue Eugène Avinée 59120 LOOS. Mutuelle affiliée à l'Union Mutualiste de Groupe Solimut Mutuelles de France et adhérente à Solimut Union, Union de Groupe Mutualiste, organismes régis par le code de la mutualité, immatriculées au répertoire Sirène respectivement sous les numéros 539 793 885 et 831 256 532 dont les sièges sont sis 3/5, rue de Vincennes 93100 MONTREUIL.

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 aux formules PRIMO, ESSENTIELLE, NUANCE, INTEGRALE, POLYGONE 3

Section II Dispositions relatives aux FORMULES LE LIEN 12

Section III Dispositions relatives à la FORMULE ETUDIANTS 14

Section IV Dispositions relatives aux formules dites «Labellisées» Fonction Publique Territoriale 16

Section V Dispositions relatives aux formules PRATIQUE, CLASSIQUE, DYNAMIQUE, AUTHENTIQUE, TONIQUE 23

Section VI Dispositions relatives à la surcomplémentaire 30

Section VII Modalités de versement des prestations 34

Section VIII Informatique et Liberté 40

Section IX Contenu des engagements 40

Chapitre 2 Contenu des engagements entre chaque membre honoraire et la mutuelle **41**

Chapitre 3 Répartition de la cotisation mutualiste **41**

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 **42**

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 *44*

TITRE V DISPOSITIONS DIVERSES *44*

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 de sécurité sociale pour les indépendants.
Ressortissants du régime de protection sociale des pays de l'union 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, et intègrent les dispositions de la réforme dite « 100% santé » dans le respect du calendrier prévu par les textes.
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 4-1 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.

Article 4-2 Renonciation

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, dans le cadre d'une vente à distance, l'adhérent dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ou à supporter de pénalités.

Ce délai commence à courir :
- Soit à compter de la prise d'effet de l'adhésion,
- Soit à compter de la réception de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure.

Conformément à l'article L. 221-18-1 du Code de la Mutualité, dans le cadre d'un démarchage à domicile sur le lieu de résidence ou sur le lieu de travail, même à la demande de l'intéressé, ce dernier a la faculté d'y renoncer dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Afin d'exercer ce droit de renonciation, l'adhérent doit adresser sa demande par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, à la SMH à l'adresse suivante : Parc Eurasanté Ouest, 310 avenue Eugène Avinée 59120 LOOS, ou par envoi recommandé électronique à contact@smh.fr

Le bulletin d'adhésion au règlement ou au contrat collectif à adhésion facultative doit comporter, à peine de nullité, les mentions relatives à la faculté de renonciation ainsi qu'un modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation.

En cas de renonciation, la garantie est résiliée à compter de la date d'effet de l'adhésion et les dispositions suivantes s'appliquent :

- Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser la Mutuelle SMH des montants perçus dans un délai de trente jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle SMH les rembourse à l'adhérent dans un délai de trente jours.

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 aux formules PRIMO, ESSENTIELLE, NUANCE, INTEGRALE, POLYGONE

Article 10

10-1

Ces formules sont proposées aux personnes exerçant dans le secteur hospitalier et assimilé.
La formule souscrite par l'adhérent est appliquée à tous les bénéficiaires inscrits sur le dossier.

10-2 Les prestations (à compter du 01/01/2020)

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.

GAMME HOSPITALIERE -	**AMO**	**AMO + MUTUELLE (Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement.)**				
Nature des actes	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	primo	essentielle	nuance	intégrale	polygone
SOINS COURANTS - PARCOURS DE SOINS (1)						
HONORAIRES MEDICAUX						
Consultations, visites : **généralistes**	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Consultations, visites, actes techniques médicaux : **spécialistes** - médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	100% BRSS	125% BRSS	130% BRSS	145% BRSS	180% BRSS
Consultations, visites, actes techniques médicaux : de **spécialistes** - médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	100% BRSS	105% BRSS	110% BRSS	125% BRSS	160% BRSS
Actes de chirurgie, actes d'anesthésie - médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	170% BRSS	180% BRSS
Actes de chirurgie, actes d'anesthésie - médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	100% BRSS	105% BRSS	130% BRSS	150% BRSS	160% BRSS
Radiologie	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Actes d'imagerie (ADI)	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Actes d'échographie (ADE)	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Participation forfaitaire de l'assuré (forfait patient) (2)	/	intégral	intégral	intégral	intégral	intégral
MEDICAMENTS						
Médicaments à service médical rendu important	65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu modéré	30%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu faible	15%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
HONORAIRES PARAMEDICAUX Actes auxiliaires médicaux (soins et indemnités de déplacement)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
PRESTATIONS PREVENTION DANS LE CADRE DES CONTRATS RESPONSABLES (1)						
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale (taux de remboursement selon acte pris en charge)	70% 65% 60%	100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS	100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS	100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS	100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS	100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS
MATERIEL MEDICAL						
Appareillages médicaux inscrits à la LPP (6) (seringues, pansements, ceinture de maintien et bas à varices...) et prothèses (mammaires, oculaires, capillaires…)	60% ou 100%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 25% des frais réels engagés	100% BRSS+ 35% des frais réels engagés	100% BRSS+ 35% des frais réels engagés
Bandelettes d'analyses pour diabétiques et appareils pour stomisés	100%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 25% des frais engagés restant à charge	100% BRSS + 50% des frais engagés restant à charge	100% BRSS + 50% des frais engagés restant à charge
Semelles orthopédiques (7)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 25% des frais réels engagés	100% BRSS + 50% des frais réels engagés	100% BRSS + 50% des frais réels engagés
AIDES AUDITIVES (10)						
Au-delà du 20ème anniversaire - Acquisition audioprothèse -	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 200€ par appareil - tous les 4 ans - après deux ans d'adhésion (8)	100% BRSS + 400€ par appareil - tous les 4 ans - après deux ans d'adhésion (8)	100% BRSS + 500€ par appareil - tous les 4 ans - après deux ans d'adhésion (8)
Au-delà du 20ème anniversaire - Entretien et réparations -	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 50€ par appareil / année civile	100% BRSS + 76,22€ par appareil / année civile	100% BRSS + 76,22€ par appareil / année civile
Jusqu'au 20ème anniversaire (9) - Acquisition audioprothèse, entretien, réparation	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 50€ par appareil / tous les 4 ans en cas d'acquisition ou par année civile en cas d'entretien réparation	100% BRSS + 76,22€ par appareil / tous les 4 ans en cas d'acquisition ou par année civile en cas d'entretien réparation	100% BRSS + 76,22€ par appareil / tous les 4 ans en cas d'acquisition ou par année civile en cas d'entretien réparation
Piles	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

GAMME HOSPITALIERE -	**AMO**	**AMO + MUTUELLE (Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement.)**				
Nature des actes	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	primo	essentielle	nuance	intégrale	polygone
HOSPITALISATION - ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES						
Frais de séjour						
médecine - chirurgie	80%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
établissements spécialisés	80%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
maisons de repos	80%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Participation forfaitaire de l'assuré (forfait patient) (2)	/	intégral	intégral	intégral	intégral	intégral
Honoraires médicaux (dans le cadre d'une hospitalisation en établissement de soins hospitalier public ou privé)						
Actes techniques médicaux (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	80% ou 100%	100% BRSS 100% BRSS	125% BRSS 105% BRSS	130% BRSS 110% BRSS	145% BRSS 125% BRSS	180% BRSS 160% BRSS
Actes d'anesthésie et de chirurgie (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	80% ou 100%	100% BRSS 100% BRSS	125% BRSS 105% BRSS	150% BRSS 130% BRSS	170% BRSS 150% BRSS	180% BRSS 160% BRSS
Forfait journalier hospitalier (13)	/	intégral illimité	intégral illimité	intégral illimité	intégral illimité	intégral illimité
Chambre particulière (3)						
médecine chirurgie	/	/	/	35€/jour avec nuitée ou 20€/jour sans nuité dans la limite des frais engagés (50 jours par année civile)	55€/jour avec nuitée ou 25€/jour sans nuité dans la limite des frais engagés (50 jours par année civile)	70€/jour avec nuitée ou 25€/jour sans nuité 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
Frais de transport (ambulance, taxi)	65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
HOSPITALISATION - ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES						
Prestation forfaitaire mutuelle cliniques non conventionnées	/	/	/	/	12,20€/jour (jusque 60 jours par année civile)	12,20€/jour (jusque 60 jours par année civile)
Prestation forfaitaire mutuelle maisons de santé non conventionnées	/	/	/	/	9,15€/jour (jusque 60 jours par année civile)	9,15€/jour (jusque 60 jours par année civile)
MATERNITE						
Actes d'anesthésie et obstétrique - 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	100% 100%	100% BRSS 100% BRSS	125% BRSS 105% BRSS	150% BRSS 130% BRSS	170% BRSS 150% BRSS	180% BRSS 160% BRSS
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)

GAMME HOSPITALIERE -	**AMO**	**AMO + MUTUELLE (Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement.)**				
Nature des actes	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	primo	essentielle	nuance	intégrale	polygone
OPTIQUE (5)						
LUNETTES prises en charge par la sécurité sociale						
Equipement optique classe A (verres et monture) 100% santé (14) ou RAC zéro						
Verres, Monture	60%	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Autres équipements optiques à tarifs libres (15) classe B						
verres, monture	60%	100% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS
+ Forfait monture (16)	/	/	20 €	40 €	65 €	95 €
+ Forfait verres simples, par verre (16)	/	/	30 €	40 €	60 €	70 €
+ Forfait verres complexes, par verre (16)	/	/	90 €	90 €	110 €	130 €
+ Forfait verres très complexes, par verre (16)	/	/	90 €	105 €	130 €	150 €
Suppléments et prestations optiques						
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Appairage de verres d'indice de réfraction différents (non remboursable par l'amo pour les verres de classe B)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Supplément pour verres avec filtres	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
LENTILLES						
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% /	100% BRSS /	100% BRSS + 100€ 30 €	100% BRSS + 150€ 50 €	100% BRSS + 200€ 100€	100% BRSS + 300€ 140€
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 AVEC PARTICIPATION SECURITE SOCIALE						
Soins dentaires et actes inlay-onlay (INO)	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO (17)						
Prothèses 100% santé (18) y compris inlay-core (IC0) (18)	70%	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100%FR
Prothèses dentaires du panier de soins à tarifs maîtrisés (19)	70%	100% BRSS	156% BRSS dans la limite du plafond annuel	212% BRSS dans la limite du plafond annuel	286% BRSS dans la limite du plafond annuel	286% BRSS dans la limite du plafond annuel
Inlay-core (IC1) du panier de soins à tarifs maîtrisés (19)	70%	100% BRSS	156% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel
Prothèses dentaires du panier de soins à tarifs libres	70%	100% BRSS	156% BRSS dans la limite du plafond annuel	212% BRSS dans la limite du plafond annuel	286% BRSS dans la limite du plafond annuel	286% BRSS dans la limite du plafond annuel
Inlay-core (ICO) du panier de soins à tarifs libres	70%	100% BRSS		180% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel
Prothèses fixes céramiques (panier de soins à tarifs libres) PFC sur dents visibles : incisives, canines et prémolaires	70%	100% BRSS		212% BRSS dans la limite du plafond annuel	286% BRSS dans la limite du plafond annuel	342% BRSS dans la limite du plafond annuel
Prothèses dentaires amovibles (PAM et PAR)	70%	100% BRSS				295% BRSS dans la limite du plafond annuel
Pose d'une couronne dentaire implantoportée (17) (IMP)	70%	100% BRSS	100% BRSS + 36 €	100% BRSS + 72 €	100% BRSS + 120 €	100% BRSS + 156 €
Plafond annuel en fonction de l'ancienneté mutualiste d'adhésion à la SMH applicable pour les forfaits prothèses dentaires et actes inlay cores (17) pour les prothèses dentaires du panier de soins à tarifs libres ou maîtrisés						
1ère année civile		/	250 €	500 €	750 €	800 €
2ème année civile		/	400 €	700 €	1 000 €	1 000 €
3ème année civile et années civiles suivantes		/	600 €	900 €	1 300 €	1 400 €
Orthodontie	70% ou 100%	100% BRSS	100% BRSS	194% BRSS	252% BRSS	263% BRSS
DENTAIRE SANS PARTICIPATION SECURITE SOCIALE (17)						
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 1 année civile complète sans prestation implantologie) (17)	/	/	/	/	+375€ soit 500€ la 2 ème année	+375€ soit 575€ la 2 ème année
Orthodontie ou occlusodontie	/	/	/	/	/	150€ par année civile

GAMME HOSPITALIERE -	**AMO**	**AMO + MUTUELLE (Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement.)**				
Nature des actes	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	primo	essentielle	nuance	intégrale	polygone
CURE THERMALE						
Frais de surveillance médicale	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Frais de traitement thermal (y compris hébergement si participation sécurité sociale)	65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Pratiques médicales complémentaires	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Frais de déplacement (si participation sécurité sociale)	65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Forfait cure thermale		**0%**	**-**	50€/cure	77€/cure	100€/cure
PACK PREVENTION (21)						
Vaccins prescrits, mais non remboursés par la sécurité sociale	/	/	/	30% des frais engagés	40% des frais engagés	40% des frais engagés
Contraceptifs féminins non remboursés par le régime obligatoire (Pilule, stérilet, patch ou implant contraceptif)	/	/	/	30% des frais engagés	40% des frais engagés	40% des frais engagés
Ostéodensitométrie non remboursée	/	/	/	30% du TBSS selon tarif ADI reconnu par la sécurité sociale pour cet acte	30% du TBSS selon tarif ADI reconnu par la sécurité sociale pour cet acte	30% du TBSS selon tarif ADI reconnu par la sécurité sociale pour cet acte
Séances de psychomotricité	/	/	/	30% des frais engagés	40% des frais engagés	40% des frais engagés
PACK SANTE BIEN VIVRE (22)				Jusque 50€ par année civile	Jusque 90€ par année civile	Jusque 120€ par année civile
Vous choisissez en fonction de vos besoins de santé de bénéficier de votre enveloppe pour une ou plusieurs lignes de dépenses indiquées ci-contre dans la limite de votre enveloppe annuelle par bénéficiaire.	/	/	/	Actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie, d'acupuncture, digito puncture, sophrologie, diététique, psychologue. Sur prescription médicale : pédicurie podologie, hypnose médicale, acide hyaluronique pour infiltrations.		
EVENEMENTS FAMILIAUX						
Allocation décès					450 €	600 €
PRESTATIONS SOLIDARITE						
Allocations journalières pour perte de salaire en cas de maladie				20% du traitement de base indiciaire pour les agents de la fonction publique hospitalière (20)	35% du traitement de base indiciaire pour les agents de la fonction publique hospitalière (20)	40% du traitement de base indiciaire pour les agents de la fonction publique hospitalière (20)
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.
Le taux de remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire) est donné à titre indicatif, il peut varier et atteindre le 100% pour certains soins.
BRSS = Base de Remboursement Sécurité Sociale
FR = Frais réels
(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.

Exemples SOINS COURANTS - HORS PARCOURS DE SOINS	**AMO**	**AMO + MUTUELLE**				
	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	primo	essentielle	nuance	intégrale	polygone
Consultations, visites : généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux	30%	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS
Radiologie, actes d'imagerie, actes d'échographie	30%	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS

(2) Participation forfaitaire applicable pour les actes lourds.
(3) Ne sont pas compris les suppléments personnels (TV, Téléphone, services de conciergerie …).La chambre particulière peut être prise en charge par la mutuelle dans le respect des conditions du décret 2019-719 rappelées ci-après : Il n'y a pas facturation de la chambre particulière lorsque l'installation dans une chambre particulière, relève d'un isolement sur prescription médicale. L'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, en cas d'hospitalisation peut donner lieu à facturation pour chaque journée où le patient bénéficie de cette prestation, y compris le jour de sortie. Ce jour de sortie n'est toutefois pas facturé en cas de décès du patient au cours de son séjour à l'hôpital, ou lorsque le patient est transféré vers un autre établissement de santé. La facturation d'une chambre particulière est interdite pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue.
(4) Prestation thalassothérapie jeune maman en établissement de cure thermale (non cumulable avec la prestation cure).
(5) la prise en charge optique concerne les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans à compter de la date de délivrance de l'équipement, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, (selon les conditions de renouvellement anticipé des équipements d'optique prévues par l'arrêté du 3 décembre 2019 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestation associées) notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.
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 76,22€ selon formule, la prise en charge de la mutuelle est effectuée dans les limites du respect des PLV (prix limite de vente)
(9) ou toutes personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)
(10) Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives est prévu tous les 4 ans (à compter de la date d'acquisition du premier équipement), dans les conditions prévues à la LPP (Liste des Produits et Prestations).
L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaire.
(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) tels que définis règlementairement, plafonné aux prix limites de vente optique
(15) Tarifs libres pratiqués par les professionnels de santé
(16) Ces montants intégrent la prise en charge du ticket modérateur optique
(17) Le plafond prothèse dentaire s'applique à la prestation supplémentaire à la BRSS pour les prestations prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale du panier de soins à tarifs maîtrisés et à tarifs libres, à la prestation inlay cores (ICO), au forfait pose d'une couronne dentaire implantoportée et à la prestation plus dentaire sans participation sécurité sociale et à la prestation bonification implantologie.
(18) La prestation « prothèse dentaire 100% santé y compris inlay-core » est accordée pour les actes mentionnés à l'arrêté du 24 mai 2019 relatif aux soins prothétiques, plafonné aux prix limites de facturation.
(19) tels que définis règlementairement, plafonné aux prix limites de facturation.
(20) jusqu'au 31/12/2019 pour les adhésions avant le 50ème anniversaire après un an d'adhésion et selon modalités définies à l'article 44 du règlement mutualiste. Pour les nouvelles adhésions à compter du 01/01/2020 pour les adhésions avant le 55ème anniversaire après un an d'adhésion et selon modalités définies à l'article 44 du règlement mutualiste.
(21) dépenses préventives non remboursées par la sécurité sociale, mais prescrites médicalement.
(22) soins complémentaires non pris en charge par la sécurité sociale, ou dépassement d'honoraires sur les actes de pédicurie pris en charge par le régime obligatoire.

Article 10-3 Les cotisations (à compter du 01/01/2020)

Les cotisations sont calculées selon le principe suivant :

Cotisation Mensuelle =
Cotisation complémentaire santé pour l'adhérent en personne seule en fonction de son âge
+ quote part mensuelle de la cotisation annuelle assistance par adhérent
+ cotisation complémentaire santé pour le conjoint en fonction de son âge
+ cotisation complémentaire santé pour le ou les enfant(s)

La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour le financement du fonds CMU).

Cotisation indiquée mensuellement	Primo ADHERENT		Essentielle ADHERENT		Nuance ADHERENT		Intégrale ADHERENT		Polygone ADHERENT	
	Complémentaire santé Hors Taxes	Cotisaton mensuelle indicative avec Taxes et Assistance incluse	Complémentaire santé Hors Taxes	Cotisaton mensuelle indicative avec Taxes et Assistance incluse	Complémentaire santé Hors Taxes	Cotisaton mensuelle indicative avec Taxes et Assistance incluse	Complémentaire santé Hors Taxes	Cotisaton mensuelle indicative avec Taxes et Assistance incluse	Complémentaire santé Hors Taxes	Cotisaton mensuelle indicative avec Taxes et Assistance incluse
jusque 18 ans	13,41 €	15,65 €	20,67 €	23,87 €	24,29 €	27,97 €	27,92 €	32,08 €	37,44 €	42,87 €
19 ans	13,48 €	15,73 €	20,78 €	24,00 €	24,42 €	28,12 €	28,08 €	32,27 €	38,47 €	44,03 €
20 ans	14,07 €	16,40 €	21,68 €	25,02 €	25,50 €	29,34 €	29,31 €	33,66 €	39,47 €	45,17 €
21 ans	14,65 €	17,05 €	22,58 €	26,04 €	26,54 €	30,52 €	30,51 €	35,02 €	40,49 €	46,32 €
22 ans	15,22 €	17,70 €	23,46 €	27,03 €	27,59 €	31,71 €	31,71 €	36,38 €	42,01 €	48,04 €
23 ans	15,74 €	18,29 €	24,27 €	27,95 €	28,52 €	32,76 €	32,79 €	37,60 €	43,55 €	49,79 €
24 ans	16,03 €	18,62 €	24,72 €	28,46 €	29,05 €	33,36 €	33,40 €	38,29 €	44,63 €	51,01 €
25 ans	16,09 €	18,69 €	24,82 €	28,57 €	29,18 €	33,51 €	33,53 €	38,44 €	45,68 €	52,20 €
26 ans	16,36 €	18,99 €	25,23 €	29,04 €	29,65 €	34,04 €	34,08 €	39,06 €	46,77 €	53,44 €
27 ans	16,71 €	19,39 €	25,76 €	29,64 €	30,29 €	34,77 €	34,81 €	39,89 €	47,69 €	54,48 €
28 ans	16,89 €	19,59 €	26,03 €	29,94 €	30,61 €	35,13 €	35,18 €	40,31 €	48,64 €	55,55 €
29 ans	16,99 €	19,70 €	26,20 €	30,14 €	30,80 €	35,35 €	35,41 €	40,57 €	49,64 €	56,69 €
30 ans	17,14 €	19,87 €	26,43 €	30,40 €	31,07 €	35,65 €	35,71 €	40,91 €	50,85 €	58,06 €
31 ans	17,29 €	20,04 €	26,64 €	30,64 €	31,32 €	35,94 €	36,01 €	41,25 €	52,15 €	59,53 €
32 ans	17,47 €	20,25 €	26,93 €	30,96 €	31,65 €	36,31 €	36,38 €	41,67 €	53,42 €	60,97 €
33 ans	17,72 €	20,53 €	27,32 €	31,41 €	32,12 €	36,84 €	36,92 €	42,28 €	54,78 €	62,51 €
34 ans	18,29 €	21,18 €	28,20 €	32,40 €	33,15 €	38,01 €	38,10 €	43,62 €	56,13 €	64,04 €
35 ans	19,03 €	22,02 €	29,34 €	33,69 €	34,49 €	39,53 €	39,64 €	45,36 €	57,54 €	65,64 €
36 ans	19,84 €	22,93 €	30,58 €	35,10 €	35,96 €	41,19 €	41,33 €	47,27 €	59,26 €	67,58 €
37 ans	20,84 €	24,07 €	32,12 €	36,84 €	37,77 €	43,24 €	43,41 €	49,63 €	61,05 €	69,61 €
38 ans	21,87 €	25,23 €	33,72 €	38,65 €	39,64 €	45,36 €	45,57 €	52,08 €	62,87 €	71,67 €
39 ans	22,97 €	26,48 €	35,41 €	40,57 €	41,63 €	47,61 €	47,85 €	54,66 €	64,77 €	73,82 €
40 ans	24,05 €	27,70 €	37,08 €	42,46 €	43,58 €	49,82 €	50,10 €	57,21 €	66,72 €	76,03 €
41 ans	25,02 €	28,80 €	38,58 €	44,16 €	45,35 €	51,83 €	52,13 €	59,51 €	68,69 €	78,27 €
42 ans	26,08 €	30,00 €	40,21 €	46,01 €	47,28 €	54,01 €	54,34 €	62,01 €	70,79 €	80,64 €
43 ans	27,23 €	31,30 €	41,98 €	48,01 €	49,36 €	56,37 €	56,73 €	64,72 €	72,89 €	83,02 €

La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour le financement du fonds CMU).

Cotisation indiquée mensuellement	Primo ADHERENT		Essentielle ADHERENT		Nuance ADHERENT		Intégrale ADHERENT		Polygone ADHERENT	
	Complémentaire santé Hors Taxes	Cotisaton mensuelle indicative avec Taxes et Assistance incluse	Complémentaire santé Hors Taxes	Cotisaton mensuelle indicative avec Taxes et Assistance incluse	Complémentaire santé Hors Taxes	Cotisaton mensuelle indicative avec Taxes et Assistance incluse	Complémentaire santé Hors Taxes	Cotisaton mensuelle indicative avec Taxes et Assistance incluse	Complémentaire santé Hors Taxes	Cotisaton mensuelle indicative avec Taxes et Assistance incluse
44 ans	28,00 €	32,18 €	43,15 €	49,34 €	50,74 €	57,93 €	58,32 €	66,52 €	75,09 €	85,51 €
45 ans	28,69 €	32,96 €	44,23 €	50,56 €	52,00 €	59,36 €	59,77 €	68,16 €	77,33 €	88,05 €
46 ans	29,41 €	33,77 €	45,33 €	51,81 €	53,30 €	60,83 €	61,26 €	69,85 €	79,66 €	90,69 €
47 ans	30,03 €	34,47 €	46,30 €	52,90 €	54,43 €	62,11 €	62,57 €	71,33 €	82,04 €	93,39 €
48 ans	30,87 €	35,43 €	47,59 €	54,37 €	55,95 €	63,83 €	64,31 €	73,30 €	84,50 €	96,17 €
49 ans	31,58 €	36,23 €	48,69 €	55,61 €	57,24 €	65,30 €	65,79 €	74,98 €	87,03 €	99,04 €
50 ans	32,18 €	36,91 €	49,62 €	56,66 €	58,33 €	66,53 €	67,05 €	76,41 €	89,23 €	101,53 €
51 ans	32,79 €	37,60 €	50,55 €	57,72 €	59,44 €	67,79 €	68,32 €	77,85 €	91,45 €	104,05 €
52 ans	33,39 €	38,28 €	51,48 €	58,77 €	60,53 €	69,02 €	69,57 €	79,26 €	93,74 €	106,64 €
53 ans	34,00 €	38,97 €	52,42 €	59,84 €	61,62 €	70,26 €	70,83 €	80,69 €	96,06 €	109,27 €
54 ans	34,63 €	39,69 €	53,38 €	60,92 €	62,77 €	71,56 €	72,15 €	82,18 €	98,46 €	111,99 €
55 ans	35,19 €	40,32 €	54,26 €	61,92 €	63,80 €	72,73 €	73,33 €	83,52 €	100,92 €	114,77 €
56 ans	35,64 €	40,83 €	54,94 €	62,69 €	64,59 €	73,62 €	74,24 €	84,55 €	102,96 €	117,08 €
57 ans	35,99 €	41,23 €	55,47 €	63,29 €	65,22 €	74,33 €	74,97 €	85,38 €	105,00 €	119,39 €
58 ans	36,59 €	41,91 €	56,41 €	64,36 €	66,32 €	75,58 €	76,23 €	86,81 €	107,12 €	121,79 €
59 ans	37,25 €	42,65 €	57,42 €	65,50 €	67,50 €	76,92 €	77,59 €	88,35 €	109,26 €	124,22 €
60 ans	37,89 €	43,38 €	58,41 €	66,62 €	68,67 €	78,24 €	78,94 €	89,88 €	111,45 €	126,70 €
61 ans	38,85 €	44,47 €	59,88 €	68,29 €	70,40 €	80,20 €	80,92 €	92,12 €	113,67 €	129,21 €
62 ans	39,85 €	45,60 €	61,44 €	70,05 €	72,24 €	82,29 €	83,03 €	94,51 €	115,93 €	131,77 €
63 ans	40,92 €	46,81 €	63,10 €	71,93 €	74,17 €	84,47 €	85,26 €	97,03 €	118,27 €	134,42 €
64 ans	41,82 €	47,83 €	64,48 €	73,50 €	75,80 €	86,32 €	87,13 €	99,15 €	120,63 €	137,10 €
65 ans	43,11 €	49,29 €	66,47 €	75,75 €	78,14 €	88,97 €	89,82 €	102,20 €	123,06 €	139,85 €
66 ans	44,41 €	50,76 €	68,45 €	77,99 €	80,48 €	91,62 €	92,51 €	105,25 €	125,49 €	142,60 €
67 ans	45,76 €	52,29 €	70,54 €	80,36 €	82,94 €	94,41 €	95,33 €	108,44 €	128,01 €	145,46 €
68 ans	47,11 €	53,82 €	72,62 €	82,72 €	85,39 €	97,18 €	98,15 €	111,63 €	130,58 €	148,37 €
69 ans	48,44 €	55,33 €	74,67 €	85,04 €	87,78 €	99,89 €	100,90 €	114,75 €	133,17 €	151,30 €
70 ans	49,41 €	56,43 €	76,19 €	86,76 €	89,56 €	101,90 €	102,95 €	117,07 €	135,84 €	154,33 €
71 ans	50,65 €	57,83 €	78,07 €	88,89 €	91,79 €	104,43 €	105,51 €	119,97 €	138,57 €	157,42 €
72 ans	51,94 €	59,29 €	80,07 €	91,16 €	94,13 €	107,08 €	108,20 €	123,02 €	141,35 €	160,57 €
73 ans	53,29 €	60,82 €	82,15 €	93,51 €	96,59 €	109,87 €	111,02 €	126,21 €	144,17 €	163,76 €
74 ans	54,57 €	62,27 €	84,14 €	95,77 €	98,92 €	112,51 €	113,70 €	129,25 €	147,05 €	167,02 €
75 ans	55,67 €	63,52 €	85,83 €	97,68 €	100,90 €	114,75 €	115,98 €	131,83 €	150,00 €	170,37 €
76 ans	56,76 €	64,75 €	87,51 €	99,58 €	102,88 €	116,99 €	118,25 €	134,40 €	152,99 €	173,75 €
77 ans	57,87 €	66,01 €	89,23 €	101,53 €	104,89 €	119,27 €	120,57 €	137,03 €	156,06 €	177,23 €
78 ans	58,88 €	67,15 €	90,76 €	103,26 €	106,72 €	121,34 €	122,66 €	139,40 €	159,15 €	180,73 €
79 ans	59,70 €	68,08 €	92,03 €	104,70 €	108,19 €	123,01 €	124,36 €	141,32 €	162,35 €	184,35 €
80 ans	60,35 €	68,82 €	93,04 €	105,85 €	109,38 €	124,35 €	125,72 €	142,86 €	165,58 €	188,01 €
81 ans	61,09 €	69,66 €	94,18 €	107,14 €	110,73 €	125,88 €	127,27 €	144,62 €	168,91 €	191,78 €
82 ans	61,69 €	70,34 €	95,11 €	108,19 €	111,83 €	127,13 €	128,53 €	146,05 €	172,27 €	195,59 €
83 ans	62,69 €	71,47 €	96,64 €	109,92 €	113,62 €	129,16 €	130,60 €	148,39 €	175,71 €	199,49 €
84 ans et plus	63,27 €	72,13 €	97,54 €	110,94 €	114,68 €	130,36 €	131,81 €	149,76 €	177,39 €	201,39 €

La méthode de calcul pour le conjoint suit les principes suivants (sur la base du bareme de l'adhérent en fonction de la formule souscrite)
Conjoint : 90 % de la cotisation complémentaire santé personne seule dans la catégorie d'âge établie pour le conjoint en formule Primo et 87% de la cotisation complémentaire santé personne seule dans la catégorie d'âge établie pour le conjoint en formule Essentielle, Nuance, Intégrale et Polygone.

La méthode de calcul pour les enfants suit les principes suivants :

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

La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour le financement du fonds CMU).										
	PRIMO		ESSENTIELLE		NUANCE		INTEGRALE		POLYGONE	
Cotisation indiquée mensuellement	Complémentaire santé HORS TAXES par enfant	*Cotisation mensuelle indicative *avec taxes*	Complémentaire santé HORS TAXES par enfant	*Cotisation mensuelle indicative *avec taxes*	Complémentaire santé HORS TAXES par enfant	*Cotisation mensuelle indicative *avec taxes*	Complémentaire santé HORS TAXES par enfant	*Cotisation mensuelle indicative *avec taxes*	Complémentaire santé HORS TAXES par enfant	*Cotisation mensuelle indicative *avec taxes*
1er enfant	27,86 * 52% = 14,49€	*16 ,41 €*	*27,86*78% =21,73*	*24,61€*	*27,86*88 %=24,52*	*27,77€*	*27,86*	*31,56€*	*35,31€*	*40,00€*
2ème enfant	27,86 * 52% = 14,49€	*16,41 €*	*27,86*78% =21,73*	*24,61€*	*27,86*88 %=24,52*	*27,77€*	*27,86*	*31,56€*	*35,31€*	*40,00€*
3ème enfant	25,08 * 52% = 13,04€	*14 ,77 €*	*25,08*78% =19,56*	*22,16€*	*25,08*88 %=22,07*	*25,00€*	*25,08*	*28,41€*	*31,18€*	*35,32€*
4ème enfant et suivant(s)	*gratuité*	*gratuité*	*gratuité*	*gratuité*	*gratuité*	*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.

Exceptionnellement pour les membres cotisant en formule intégrale 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 complémentaire santé.
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 complémentaire santé 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 complémentaire santé minorée : la cotisation est minorée de 10 % du montant de la cotisation complémentaire santé en formule intégrale taux plein pour l'adhérent (hors assistance), son conjoint (à partir de la catégorie de cotisation 31 ans et plus) et ses enfants.
Ce qui représente :

La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour le financement du fonds CMU).		
Cotisation indiquée mensuellement	Complémentaire santé Minorée HORS TAXES par enfant	*Cotisation mensuelle minorée indicative avec taxes*
1er enfant	27,86 * 90% = 25,07€	*28,40 €*
2ème enfant	27,86 * 90% = 25,07€	*28,40 €*
3ème enfant	25,08 * 90% = 25,07€	*25,57 €*
(application d'une remise par rapport au barème du premier et deuxième enfant)		
4ème enfant et suivant(s) : gratuité		

10-4 Minorations de solidarité
Conditions d'attribution et modalités de mise en œuvre (à compter du 01/01/2020)

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 15 518 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 27 924 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 12 891 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 23 844 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 :

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.

Article 11 Réservé

Article 12 Réservé

Article 13 Réservé

Article 14 Réservé

Article 15 Réservé

Article 16 Réservé

Article 17 Réservé

Article 18 Réservé

Article 19 Réservé

Section II Dispositions relatives aux FORMULES LE LIEN (au 01/01/2020)

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 pour les adhésions à compter du 01/01/2020 avoir adhéré à la SMH avant son 55ème anniversaire)
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 contrat collectif solidaire et responsable ayant intégré les dispositions relatives à la réforme dite « 100% santé » 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 01/01/2020)

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'acupuncture)	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] jusqu' 31/12/2019 pour les adhésions avant le 50ème anniversaire après un an d'adhésion et selon modalités définies à l'article 44 du règlement mutualiste.
Pour les nouvelles adhésions à compter du 01/01/2020 pour les adhésions avant le 55ème 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 L871-1, 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 01/01/2020)

Cotisation Mensuelle =
Cotisation complémentaire santé
+ quote part mensuelle de la cotisation annuelle assistance par adhérent

La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour le financement du fonds CMU).		
Cotisation indiquée mensuellement	Complémentaire santé HORS TAXES	*Cotisation mensuelle indicative Adhérent avec taxes et assistance incluse*
Personne seule	7,96 €	*9,48 €*

dont quote part de cotisation mensuelle assistance (soit 0.46€) par adhérent

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 01/01/2020)

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'acupuncture)	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 01/01/2020)

Cotisation Mensuelle =
Cotisation complémentaire santé
+ quote part mensuelle de la cotisation annuelle assistance par adhérent

La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour le financement du fonds CMU).		
Cotisation indiquée mensuellement	Complémentaire santé HORS TAXES	*Cotisation mensuelle indicative Adhérent seul avec taxes et assistance incluse*
Personne seule	5,43€	*6,61€*

dont quote part de cotisation mensuelle assistance (soit 0.46€) par adhérent

Section III Dispositions relatives à la FORMULE ETUDIANTS

Article 22

22-1

La formule Étudiants est ouverte aux étudiants justifiant de leur inscription étudiant 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 01/01/2020)

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***	**AMO + Mutuelle (Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement.)**	
		Formule 1	**Formule 2**
Soins courants – PARCOURS DE SOINS[1]			
Consultations, visites : généralistes, spécialistes Actes d'anesthésie, actes de chirurgie et actes techniques médicaux Actes auxiliaires médicaux (soins et Indemnités de déplacement)	70% 100% 70% 100% 60%	100%BRSS*** / 100%BRSS / 100%BRSS	100%BRSS / 100%BRSS / 100%BRSS
Analyses médicales	60%	100% BRSS	100% BRSS
Radiologie Actes d'imagerie (ADI) Actes d'échographie (ADE)	70% 70% 100% 70% 100%	100%BRSS 100%BRSS / 100%BRSS /	100%BRSS 100%BRSS / 100%BRSS /
~~Pharmacie~~ Médicaments Médicaments à service médical rendu important Médicaments à service médical rendu modéré Médicaments à service médical rendu faible	 65% 30% 15%	 100%BRSS 100%BRSS 100%BRSS	 100%BRSS 100%BRSS 100%BRSS
Soins courants – HORS PARCOURS DE SOINS[1]			
Consultations, visites : généralistes, spécialistes – actes techniques médicaux Radiologie – actes d'imagerie – actes d'échographie	30% 30%	60%BRSS 60%BRSS	60%BRSS 60%BRSS
Matériel Médical			
Appareillage et orthopédie [2] (hors prothèses auditives)	60%	100%BRSS	100%BRSS + jusqu'à 55€ / année civile
Aides auditives	60%	100%BRSS	40% + 77 € /par appareil / tous les 4 ans en cas d'acquisition ou par année civile en cas d'entretien réparation

Nature des Actes	Part Sécurité Sociale sur la base du TBSS*	AMO + Mutuelle (Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement.)	
		Formule 1	Formule 2
Hospitalisation			
Frais de séjour en hospitalisation médicale, chirurgicale, établissements spécialisés, maternité	80%	100%BRSS	100%BRSS
Honoraires : actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'obstétrique et actes techniques médicaux	80% 100%	100%BRSS /	100%BRSS /
Participation forfaitaire de l'assuré [6]	/	intégrale	intégrale
Forfait journalier hospitalier (hôpitaux et cliniques conventionnés agréés)	/	Intégral illimité	Intégral illimité
Frais de transport (ambulance et taxi)	65%	100%BRSS	100%BRSS
Optique [7]			
Lunettes prises en charge par la Sécurité sociale (un équipement tous les deux ans)			
Equipement classe A (verres et montures) 100% santé ou RAC zéro[8]			
Verres, monture	60%	100%FR	100%FR
Autres équipements optiques à tarifs libres[9] **classe B**			
Verres, monture	60%	100%BRSS	60%BRSS
+ Forfait monture		-	40 € (7)
+ Forfait verres simple, par verre		-	30 € (7)
+ Forfait verres complexe, par verre		-	80 € (7)
+Forfait verres très complexe, par verre		-	80 € (7)
Suppléments et prestation optiques			
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)	60%	100%BRSS limite PLV	100%BRSS limite PLV
Appairage de verres d'indice de réfraction différents (non remboursable par l'amo pour les verres de classe B)	60%	100%BRSS limite PLV	100%BRSS limite PLV
Supplément pour verre avec filtres	60%	100%BRSS limite PLV	100%BRSS limite PLV
Autres suppléments (prisme, système, antiptosis, verres iséiconiques)	60%	100%BRSS limite PLV	100%BRSS limite PLV
LENTILLES			
Lentilles (une fois par année civile)			
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	60%	100%BRSS	100%BRSS + 150 €
Ou lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale inscrites à la LPP [4]	/	/	Jusqu'à 90€ dans la limite des frais engagés
Dentaire			
Soins dentaires et actes inlay-Onlay (INO)	70%	100%BRSS	100%BRSS
Prothèses dentaire 100% santé **OU RAC Zéro** y compris inlay-core [5]	70%	100% FR****	100%FR
Prothèse dentaire et inlay-core du panier de soins à tarifs maitrisés [10]	70%	100% BRSS	171%BRSS
Prothèse dentaire et inlay-core du panier de soins à tarifs libres	70%	100%BRSS	171%BRSS
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%	100%BRSS 100%BRSS 100%BRSS	100%BRSS 100%BRSS 100%BRSS
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	/	Oui	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] la prise en charge optique concerne les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans à compter de la date de délivrance de l'équipement, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, (selon les conditions de renouvellement anticipé des équipements d'optique prévues par l'arrêté du 3 décembre 2019 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestation associées) notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.
[4] Liste des Produits et Prestations
[5]La prestation « prothèse dentaire 100% santé y compris inlay-core » est accordée pour les actes mentionnés à l'arrêté du 24 mai 2019 relatif aux soins prothétiques dentaires garantis sans reste à charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.
[6] Participation forfaitaire applicable pour les actes lourds.
[7] Ces montants intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique.
[8]. Tels que définis règlementairement, plafonné aux prix limites de vente optique.
[9] Tarifs libres pratiqués par les professionnels de santé
[10] tels que définis règlementairement, plafonné aux prix limites de facturation
* 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
***BRSS = Base de Remboursement Sécurité Sociale
****FR = Frais réels

22-3 Les cotisations (à compter du 01/01/2020)

Cotisation Mensuelle =
Cotisation complémentaire santé
+ selon formule quote part mensuelle de la cotisation annuelle assistance par adhérent

La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour le financement du fonds CMU).		
Cotisation indiquée mensuellement	Complémentaire santé HORS TAXES	*Cotisation mensuelle indicative * Adhérent seul avec taxes et assistance incluse*
Personne seule **Formule 1**	11,95€	*14 ,00 €*

La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour le financement du fonds CMU).		
Cotisation indiquée mensuellement	Complémentaire santé HORS TAXES	*Cotisation mensuelle indicative Adhérent seul avec taxes et assistance incluse*
Personne seule **Formule 2**	19, 90 €	*23,00€*

dont quote part de cotisation mensuelle assistance (soit 0.46€) par adhérent

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 IV 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 01/01/2020)

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.

GAMME TERRITORIALE	AMO	AMO + MUTUELLE (Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursment.)				
Nature des actes	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	TERR	TERR1	TERR2	TERR3	TERR4
SOINS COURANTS - PARCOURS DE SOINS (1)						
HONORAIRES MEDICAUX						
Consultations, visites : **généralistes**	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Consultations, visites, actes techniques médicaux : **spécialistes** - médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	100% BRSS	100% BRSS	130% BRSS	150% BRSS	180% BRSS
Consultations, visites, actes techniques médicaux de **spécialistes** - médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	100% BRSS	100% BRSS	110% BRSS	130% BRSS	160% BRSS
Actes de chirurgie, actes d'anesthésie - médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	170% BRSS	180% BRSS
Actes de chirurgie, actes d'anesthésie - médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	100% BRSS	100% BRSS	130% BRSS	150% BRSS	160% BRSS
Radiologie	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Actes d'imagerie (ADI)	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Actes d'échographie (ADE)	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Participation forfaitaire de l'assuré (forfait patient) (2)	/	intégral	intégral	intégral	intégral	intégral
MEDICAMENTS						
Médicaments à service médical rendu important	65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu modéré	30%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu faible	15%	15% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
HONORAIRES PARAMEDICAUX Actes auxiliaires médicaux (soins et indemnités de déplacement)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
PRESTATIONS PREVENTION DANS LE CADRE DES CONTRATS RESPONSABLES (1)						
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale (taux de remboursement selon acte pris en charge)	70% 65% 60%	100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS	100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS	100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS	100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS	100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS
MATERIEL MEDICAL						
Appareillages médicaux inscrits à la LPP (6) (seringues, pansements, ceinture de maintien et bas à varices...) et prothèses (mammaires, oculaires, capillaires…)	60% ou 100%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 25% des frais réels engagés	100% BRSS+ 35% des frais réels engagés	100% BRSS+ 35% des frais réels engagés
Bandelettes d'analyses pour diabétiques et appareils pour stomisés	100%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 25% des frais engagés restant à charge	100% BRSS + 50% des frais engagés restant à charge	100% BRSS + 50% des frais engagés restant à charge
Semelles orthopédiques (7)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 25% des frais réels engagés	100% BRSS + 50% des frais réels engagés	100% BRSS + 50% des frais réels engagés
AIDES AUDITIVES (10)						
Au-delà du 20ème anniversaire - Acquisition audioprothèse -	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 200€ par appareil - tous les 4 ans - après deux ans d'adhésion (8)	100% BRSS + 400€ par appareil - tous les 4 ans - après deux ans d'adhésion (8)	100% BRSS + 500€ par appareil - tous les 4 ans - après deux ans d'adhésion (8)
Au-delà du 20ème anniversaire - Entretien et réparations -	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 50€ par appareil / année civile	100% BRSS + 77€ par appareil / année civile	100% BRSS + 77€ par appareil / année civile
Jusqu'au 20ème anniversaire (9) - Acquisition audioprothèse, entretien, réparations	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 50€ par appareil - tous les 4 ans en cas d'acquisition ou par année civile en cas d'entretien réparation	100% BRSS + 77€ par appareil - tous les 4 ans en cas d'acquisition ou par année civile en cas d'entretien réparation	100% BRSS + 77€ par appareil - tous les 4 ans en cas d'acquisition ou par année civile en cas d'entretien réparation
Piles	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

GAMME TERRITORIALE	AMO	AMO + MUTUELLE (Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursment.)				
Nature des actes	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	TERR	TERR1	TERR2	TERR3	TERR4
HOSPITALISATION - ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES						
Frais de séjour						
médecine - chirurgie	80%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
établissements spécialisés	80%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
maisons de repos	80%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Participation forfaitaire de l'assuré (forfait patient) (2)	/	intégral	intégral	intégral	intégral	intégral
Honoraires médicaux (dans le cadre d'une hospitalisation en établissement de soins hospitalier public ou privé)						
Actes techniques médicaux (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	80% ou 100%	100% BRSS 100% BRSS	100% BRSS 100% BRSS	130% BRSS 110% BRSS	150% BRSS 130% BRSS	180% BRSS 160% BRSS
Actes d'anesthésie et de chirurgie (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	80% ou 100%	100% BRSS 100% BRSS	100% BRSS 100% BRSS	150% BRSS 130% BRSS	170% BRSS 150% BRSS	180% BRSS 160% BRSS
Forfait journalier hospitalier (14)	/	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
Frais de transport (ambulance, taxi)	65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
MATERNITE						
Actes d'anesthésie et obstétrique - 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	100% 100%	100% 100%	100% BRSS 100% BRSS	150% BRSS 130% BRSS	170% BRSS 150% BRSS	180% BRSS 160% BRSS
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 € (20)	150 € (20)

GAMME TERRITORIALE	AMO	AMO + MUTUELLE (Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursment.)				
Nature des actes	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	TERR	TERR1	TERR2	TERR3	TERR4
OPTIQUE (5)						
LUNETTES prises en charge par la sécurité sociale						
Equipement optique classe A (verres et monture) 100% santé (15) ou RAC zéro						
Verres, Monture	60%	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Autres équipements optiques à tarifs libres (16) classe B						
verres, monture	60%	100% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS
Forfait monture (17)	/	/	60 €	70 €	90 €	99 €
Forfait verres simples, par verre (17)	/	/	25 €	40 €	60 €	80 €
Forfait verres complexes, par verre (17)	/	/	70 €	70 €	100 €	130 €
Forfait verres très complexes, par verre (17)	/	/	70 €	100 €	130 €	160 €
Suppléments et prestations optiques						
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Appairage de verres d'indice de réfraction différents (non remboursable par l'amo pour les verres de classe B)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Supplément pour verres avec filtres	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
LENTILLES						
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% /	100% BRSS /	100% BRSS + 100€ 50 €	100% BRSS + 150€ 100 €	100% BRSS + 200€ 154 €	100% BRSS + 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 AVEC PARTICIPATION SECURITE SOCIALE						
Soins dentaires et actes inlay-onlay (INO)	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO (12)						
Prothèses 100% santé y compris inlay-core (IC0) ou RAC zéro (13)	70%	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Prothèses dentaires du panier de soins tarifs maîtrisés (11)	70%	100% BRSS	156% BRSS dans la limite du plafond annuel	212% BRSS dans la limite du plafond annuel	286% BRSS dans la limite du plafond annuel	286% BRSS dans la limite du plafond annuel
Inlay-core (IC1) du panier de soins à tarifs maîtrisés (11)	70%	100% BRSS	156% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel
Prothèses dentaires du panier de soins tarifs libres	70%	100% BRSS	156% BRSS dans la limite du plafond annuel	212% BRSS dans la limite du plafond annuel	286% BRSS dans la limite du plafond annuel	286% BRSS dans la limite du plafond annuel
Inlay-core (ICO) du panier de soins à tarifs libres	70%	100% BRSS		180% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel
Prothèses fixes céramiques (panier de soins à tarifs libres) PFC sur dents visibles : incisives, canines et prémolaires	70%	100% BRSS		212% BRSS dans la limite du plafond annuel	286% BRSS dans la limite du plafond annuel	342% BRSS dans la limite du plafond annuel
Prothèses dentaires amovibles (PAM et PAR)	70%	100% BRSS				295% BRSS dans la limite du plafond annuel
Pose d'une couronne dentaire implantoportée (12)	70%	100% BRSS	100% BRSS + 36 €	100% BRSS + 72 €	100% BRSS + 120 €	100% BRSS + 156 €
Plafond annuel forfait prothèses dentaires et actes inlay cores (12)						
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	70% ou 100%	100% BRSS	100% BRSS	194% BRSS	252% BRSS	263% BRSS
DENTAIRE SANS PARTICIPATION SECURITE SOCIALE (12)						
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 1 année civile complète sans prestation implantologie) (12)	/	/	/	/	+375€ soit 500€ la 2 ème année	+375€ soit 575€ la 2 ème année
Orthodontie ou occlusodontie	/	/	/	/	/	150€ par année civile

GAMME TERRITORIALE	AMO	AMO + MUTUELLE (Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursment.)				
Nature des actes	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	TERR	TERR1	TERR2	TERR3	TERR4
CURE THERMALE						
Frais de surveillance médicale	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Frais de traitement thermal (y compris hébergement si participation sécurité sociale)	65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Pratiques médicales complémentaires	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Frais de déplacement (si participation sécurité sociale)	65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Forfait cure thermale		-	-	50€/cure	77€/cure	100€/cure
PACK PREVENTION (19)						
Vaccins prescrits, mais non remboursés par la sécurité sociale	/	/	/	30% des frais engagés	40% des frais engagés	40% des frais engagés
Contraceptifs féminins non remboursés par le régime obligatoire (Pilule, stérilet, patch ou implant contraceptif)	/	/	/	30% des frais engagés	40% des frais engagés	40% des frais engagés
Ostéodensitométrie non remboursée	/	/	/	30% du TBSS selon tarif ADI reconnu par la sécurité sociale pour cet acte	30% du TBSS selon tarif ADI reconnu par la sécurité sociale pour cet acte	30% du TBSS selon tarif ADI reconnu par la sécurité sociale pour cet acte
Séances de psychomotricité	/	/	/	30% des frais engagés	40% des frais engagés	40% des frais engagés
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 (18)	étude possible du dossier par la CAE suivant règlement intérieur de la commission (18)	étude possible du dossier par la CAE suivant règlement intérieur de la commission (18)	étude possible du dossier par la CAE suivant règlement intérieur de la commission (18)	étude possible du dossier par la CAE suivant règlement intérieur de la commission (18)
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.
Le taux de remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire) est donné à titre indicatif, il peut varier et atteindre le 100% pour certains soins.
BRSS = Base de Remboursement Sécurité Sociale
FR = Frais réels
(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.

Exemples SOINS COURANTS - HORS PARCOURS DE SOINS	**AMO**	**AMO + MUTUELLE**				
	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	TERR	TERR1	TERR2	TERR3	TERR4
Consultations, visites : généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux	30%	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS
Radiologie, actes d'imagerie, actes d'échographie	30%	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS

(2) Participation forfaitaire applicable pour les actes lourds.
(3) Ne sont pas compris les suppléments personnels (TV, Téléphone, services de conciergerie …)
La chambre particulière peut être prise en charge par la mutuelle dans le respect des conditions du décret 2019-719 rappelées ci-après : Il n'y a pas facturation de la chambre particulière lorsque l'installation dans une chambre particulière, relève d'un isolement sur prescription médicale. L'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, en cas d'hospitalisation peut donner lieu à facturation pour chaque journée où le patient bénéficie de cette prestation, y compris le jour de sortie. Ce jour de sortie n'est toutefois pas facturé en cas de décès du patient au cours de son séjour à l'hôpital, ou lorsque le patient est transféré vers un autre établissement de santé. La facturation d'une chambre particulière est interdite pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue.
(4) Prestation thalassothérapie jeune maman en établissement de cure thermale (non cumulable avec la prestation cure)
(5) la prise en charge optique concerne les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans à compter de la date de délivrance de l'équipement, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire,(selon les conditions de renouvellement anticipé des équipements d'optique prévues par l'arrêté du 3 décembre 2019 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestation associées) notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.
(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, la prise en charge de la mutuelle est effectuée dans les limites du respect des PLV (prix limite de vente).
(9) ou toutes personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction).
(10) Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives est prévu tous les 4 ans (à compter de la date d'acquisition du premier équipement), dans les conditions prévues à la LPP (Liste des Produits et Prestations).
L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaire."
(11) tels que définis règlementairement, plafonné aux prix limites de facturation.
(12) Le plafond prothèse dentaire s'applique à la prestation supplémentaire à la BRSS pour les prestations prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale du panier de soins à tarifs maitrisés et à tarifs libres, à la prestation inlay cores (ICO), au forfait pose d'une couronne dentaire implantoportée et à la prestation bonification implantologie.
(13) La prestation « prothèse dentaire 100% santé y compris inlay-core » est accordée pour les actes mentionnés à l'arrêté du 24 mai 2019 relatif aux soins prothétiques, plafonné aux prix limites de facturation.
(14) 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.
(15) tels que définis règlementairement, plafonné aux prix limites de vente optique
(16) Tarifs libres pratiqués par les professionnels de santé
(17) Ces montants intégrent la prise en charge du ticket modérateur optique
(18) CAE Commission des Aides Exceptionnelles
(19) dépenses préventives non remboursées par la sécurité sociale, mais prescrites médicalement ou dépassement d'honoraires sur les actes de pédicurie pris en charge par le régime obligatoire.
(20) 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.

23-3 Les cotisations (à compter du 01/01/2020)

Les cotisations sont calculées selon le principe suivant :

Cotisation Mensuelle =
Cotisation complémentaire santé pour l'adhérent en personne seule en fonction de son âge (au 31/12/N-1)
+ quote part mensuelle de la cotisation annuelle assistance par adhérent
+ cotisation complémentaire santé pour le conjoint en fonction de son âge
+ cotisation complémentaire santé pour le ou les enfant(s)

Cotisation mensuelle personne seule adhérent :

La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour le financement du fonds CMU).										
Cotisation indiquée mensuellement	**TERR base ADHERENT**		**TERR 1 ADHERENT**		**TERR 2 ADHERENT**		**TERR 3 ADHERENT**		**TERR 4 ADHERENT**	
	ADHERENT TERR BASE Hors Taxe	TERR BASE avec Taxe et Assist	TERR niv1 Hors Taxe	TERR niv1 avec Taxe et Assist	TERR niv2 Hors Taxe	TERR niv2 avec Taxe et Assist	TERR niv3 Hors Taxe	TERR niv3 avec Taxe et Assist	TERR niv4 Hors Taxe	TERR niv4 avec Taxe et Assist
jusque 18 ans	17,40 €	**20,17 €**	20,660 €	**23,86 €**	24,290 €	**27,97 €**	27,90 €	**32,06 €**	39,53 €	**45,24 €**
19 ans	17,40 €	**20,17 €**	21,160 €	**24,43 €**	24,880 €	**28,64 €**	28,62 €	**32,88 €**	40,26 €	**46,06 €**
20 ans	17,40 €	**20,17 €**	21,90 €	**25,27 €**	25,74 €	**29,62 €**	29,58 €	**33,97 €**	41,02 €	**46,92 €**
21 ans	17,40 €	**20,17 €**	22,69 €	**26,16 €**	26,67 €	**30,67 €**	30,66 €	**35,19 €**	41,74 €	**47,74 €**
22 ans	17,40 €	**20,17 €**	23,48 €	**27,06 €**	27,59 €	**31,71 €**	31,72 €	**36,39 €**	42,51 €	**48,61 €**
23 ans	17,40 €	**20,17 €**	24,26 €	**27,94 €**	28,52 €	**32,76 €**	32,80 €	**37,61 €**	43,56 €	**49,80 €**
24 ans	17,65 €	**20,45 €**	24,73 €	**28,47 €**	29,07 €	**33,39 €**	33,42 €	**38,31 €**	44,68 €	**51,07 €**
25 ans	17,65 €	**20,45 €**	25,10 €	**28,89 €**	29,54 €	**33,92 €**	33,93 €	**38,89 €**	45,69 €	**52,21 €**
26 ans	19,44 €	**22,48 €**	25,66 €	**29,53 €**	30,20 €	**34,67 €**	34,69 €	**39,75 €**	46,79 €	**53,46 €**
27 ans	20,04 €	**23,16 €**	26,46 €	**30,43 €**	31,12 €	**35,71 €**	35,75 €	**40,95 €**	47,69 €	**54,48 €**
28 ans	20,63 €	**23,83 €**	27,26 €	**31,34 €**	32,05 €	**36,76 €**	36,80 €	**42,14 €**	48,77 €	**55,70 €**
29 ans	21,23 €	**24,51 €**	28,05 €	**32,23 €**	32,97 €	**37,81 €**	37,89 €	**43,38 €**	50,36 €	**57,50 €**
30 ans	21,85 €	**25,21 €**	29,24 €	**33,58 €**	34,38 €	**39,40 €**	39,51 €	**45,21 €**	52,17 €	**59,55 €**
31 ans	22,45 €	**25,89 €**	29,62 €	**34,01 €**	34,82 €	**39,90 €**	40,03 €	**45,80 €**	52,85 €	**60,32 €**
32 ans	23,03 €	**26,55 €**	30,02 €	**34,46 €**	35,30 €	**40,44 €**	40,58 €	**46,42 €**	53,43 €	**60,98 €**
33 ans	23,33 €	**26,89 €**	30,83 €	**35,38 €**	36,22 €	**41,49 €**	41,65 €	**47,64 €**	54,75 €	**62,48 €**
34 ans	23,92 €	**27,55 €**	31,61 €	**36,26 €**	37,15 €	**42,54 €**	42,71 €	**48,84 €**	56,13 €	**64,04 €**
35 ans	24,53 €	**28,25 €**	32,36 €	**37,11 €**	38,07 €	**43,58 €**	43,78 €	**50,05 €**	57,54 €	**65,64 €**
36 ans	24,53 €	**28,25 €**	33,17 €	**38,03 €**	39,02 €	**44,66 €**	44,83 €	**51,24 €**	59,26 €	**67,58 €**
37 ans	25,10 €	**28,89 €**	33,83 €	**38,78 €**	39,79 €	**45,53 €**	45,74 €	**52,27 €**	61,09 €	**69,66 €**
38 ans	25,72 €	**29,59 €**	34,52 €	**39,56 €**	40,59 €	**46,44 €**	46,64 €	**53,29 €**	62,87 €	**71,67 €**
39 ans	26,33 €	**30,28 €**	36,24 €	**41,51 €**	42,57 €	**48,68 €**	48,94 €	**55,89 €**	64,79 €	**73,85 €**
40 ans	26,91 €	**30,94 €**	37,39 €	**42,81 €**	43,99 €	**50,29 €**	50,56 €	**57,73 €**	66,72 €	**76,03 €**
41 ans	27,53 €	**31,64 €**	39,26 €	**44,93 €**	46,18 €	**52,77 €**	53,07 €	**60,57 €**	68,69 €	**78,27 €**
42 ans	28,12 €	**32,31 €**	41,12 €	**47,04 €**	48,31 €	**55,18 €**	55,54 €	**63,37 €**	70,82 €	**80,68 €**
43 ans	28,39 €	**32,62 €**	42,18 €	**48,24 €**	49,61 €	**56,65 €**	57,04 €	**65,07 €**	72,91 €	**83,05 €**

La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour le financement du fonds CMU).										
Cotisation indiquée mensuellement	**TERR base ADHERENT**		**TERR 1 ADHERENT**		**TERR 2 ADHERENT**		**TERR 3 ADHERENT**		**TERR 4 ADHERENT**	
	ADHERENT TERR BASE Hors Taxe	TERR BASE avec Taxe et Assist	TERR niv1 Hors Taxe	TERR niv1 avec Taxe et Assist	TERR niv2 Hors Taxe	TERR niv2 avec Taxe et Assist	TERR niv3 Hors Taxe	TERR niv3 avec Taxe et Assist	TERR niv4 Hors Taxe	TERR niv4 avec Taxe et Assist
44 ans	29,00 €	**33,31 €**	43,15 €	**49,34 €**	50,75 €	**57,94 €**	58,35 €	**66,55 €**	75,10 €	**85,53 €**
45 ans	29,62 €	**34,01 €**	44,22 €	**50,55 €**	51,95 €	**59,30 €**	59,77 €	**68,16 €**	77,35 €	**88,07 €**
46 ans	30,21 €	**34,68 €**	45,34 €	**51,82 €**	53,29 €	**60,82 €**	61,25 €	**69,84 €**	79,67 €	**90,70 €**
47 ans	30,83 €	**35,38 €**	46,31 €	**52,92 €**	54,44 €	**62,12 €**	62,57 €	**71,33 €**	82,06 €	**93,41 €**
48 ans	31,43 €	**36,06 €**	47,59 €	**54,37 €**	55,95 €	**63,83 €**	64,32 €	**73,32 €**	84,52 €	**96,20 €**
49 ans	32,00 €	**36,71 €**	48,71 €	**55,63 €**	57,22 €	**65,27 €**	65,81 €	**75,00 €**	87,04 €	**99,05 €**
50 ans	32,90 €	**37,73 €**	49,61 €	**56,65 €**	58,35 €	**66,55 €**	67,05 €	**76,41 €**	89,22 €	**101,52 €**
51 ans	33,51 €	**38,42 €**	50,53 €	**57,70 €**	59,44 €	**67,79 €**	68,33 €	**77,86 €**	91,46 €	**104,06 €**
52 ans	34,11 €	**39,10 €**	51,49 €	**58,78 €**	60,53 €	**69,02 €**	69,55 €	**79,24 €**	93,74 €	**106,64 €**
53 ans	34,69 €	**39,75 €**	52,41 €	**59,82 €**	61,62 €	**70,26 €**	70,84 €	**80,70 €**	96,05 €	**109,26 €**
54 ans	35,60 €	**40,78 €**	53,39 €	**60,93 €**	62,77 €	**71,56 €**	72,15 €	**82,18 €**	98,46 €	**111,99 €**
55 ans	36,21 €	**41,48 €**	54,27 €	**61,93 €**	63,81 €	**72,74 €**	73,34 €	**83,53 €**	100,96 €	**114,82 €**
56 ans	36,79 €	**42,13 €**	54,92 €	**62,67 €**	64,59 €	**73,62 €**	74,24 €	**84,55 €**	102,97 €	**117,09 €**
57 ans	37,70 €	**43,16 €**	55,48 €	**63,30 €**	65,22 €	**74,33 €**	74,97 €	**85,38 €**	105,00 €	**119,39 €**
58 ans	38,28 €	**43,82 €**	56,42 €	**64,37 €**	66,31 €	**75,57 €**	76,21 €	**86,78 €**	107,12 €	**121,79 €**
59 ans	39,20 €	**44,86 €**	57,42 €	**65,50 €**	67,50 €	**76,92 €**	77,59 €	**88,35 €**	109,27 €	**124,23 €**
60 ans	39,79 €	**45,53 €**	58,43 €	**66,64 €**	68,68 €	**78,25 €**	78,95 €	**89,89 €**	111,46 €	**126,71 €**
61 ans	40,99 €	**46,89 €**	59,87 €	**68,27 €**	70,43 €	**80,24 €**	80,93 €	**92,13 €**	113,67 €	**129,21 €**
62 ans	41,58 €	**47,56 €**	62,72 €	**71,50 €**	73,74 €	**83,99 €**	84,76 €	**96,47 €**	115,94 €	**131,79 €**
63 ans	42,48 €	**48,58 €**	65,49 €	**74,64 €**	76,97 €	**87,64 €**	88,48 €	**100,68 €**	118,27 €	**134,42 €**
64 ans	43,38 €	**49,60 €**	68,25 €	**77,77 €**	80,24 €	**91,35 €**	92,23 €	**104,93 €**	120,65 €	**137,12 €**
65 ans	44,26 €	**50,59 €**	71,03 €	**80,92 €**	83,50 €	**95,04 €**	95,96 €	**109,15 €**	123,07 €	**139,86 €**
66 ans	44,87 €	**51,28 €**	73,78 €	**84,03 €**	86,74 €	**98,71 €**	99,70 €	**113,39 €**	125,50 €	**142,61 €**
67 ans	46,06 €	**52,63 €**	76,54 €	**87,16 €**	89,99 €	**102,39 €**	103,44 €	**117,63 €**	128,03 €	**145,48 €**
68 ans	47,23 €	**53,96 €**	79,31 €	**90,29 €**	93,24 €	**106,07 €**	107,19 €	**121,87 €**	130,58 €	**148,37 €**
69 ans	48,44 €	**55,33 €**	82,08 €	**93,43 €**	96,49 €	**109,75 €**	110,92 €	**126,10 €**	133,16 €	**151,29 €**
70 ans	49,41 €	**56,43 €**	84,84 €	**96,56 €**	99,76 €	**113,46 €**	114,65 €	**130,32 €**	135,84 €	**154,33 €**
71 ans	50,74 €	**57,93 €**	87,68 €	**99,78 €**	103,06 €	**117,20 €**	118,43 €	**134,61 €**	138,58 €	**157,43 €**
72 ans	52,10 €	**59,47 €**	87,68 €	**99,78 €**	103,06 €	**117,20 €**	118,43 €	**134,61 €**	141,36 €	**160,58 €**
73 ans	53,50 €	**61,06 €**	87,68 €	**99,78 €**	103,06 €	**117,20 €**	118,43 €	**134,61 €**	144,19 €	**163,78 €**
74 ans	54,53 €	**62,23 €**	87,68 €	**99,78 €**	103,06 €	**117,20 €**	118,43 €	**134,61 €**	147,05 €	**167,02 €**
75 ans	55,63 €	**63,47 €**	87,68 €	**99,78 €**	103,06 €	**117,20 €**	118,43 €	**134,61 €**	150,00 €	**170,37 €**
76 ans	56,75 €	**64,74 €**	87,68 €	**99,78 €**	103,06 €	**117,20 €**	118,43 €	**134,61 €**	152,97 €	**173,73 €**
77 ans	58,05 €	**66,21 €**	87,68 €	**99,78 €**	103,06 €	**117,20 €**	118,43 €	**134,61 €**	156,07 €	**177,24 €**
78 ans et plus	58,87 €	**67,14 €**	87,68 €	**99,78 €**	103,06 €	**117,20 €**	118,43 €	**134,61 €**	156,42 €	**177,64 €**

dont quote part de cotisation mensuelle assistance (soit 0.46€) par adhérent

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

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

La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour *le financement du fonds CMU).*										
	TERR		TERR 1		TERR 2		TERR 3		TERR 4	
Cotisation indiquée mensuellement	Complémentaire santé HORS TAXES par enfant	*Cotisation mensuelle indicative *avec taxes*	Complémentaire santé HORS TAXES par enfant	*Cotisation mensuelle indicative *avec taxes*	Complémentaire santé HORS TAXES par enfant	*Cotisation mensuelle indicative *avec taxes*	Complémentaire santé HORS TAXES par enfant	*Cotisation mensuelle indicative *avec taxes*	Complémentaire santé HORS TAXES par enfant	*Cotisation mensuelle indicative *avec taxes*
1er enfant	13,56€	15 ,36 €	21,74€	24,62€	24,52€	27,77€	27,86€	31,56€	35,32€	40,01€
2ème enfant	13,56€	15,36 €	21,74€	24,62€	24,52€	27,77€	27,86€	31,56€	35,32€	40,01€
3ème enfant	12,48€	14 ,14 €	20,00 €	22,65€	22,56€	25,55€	25,62€	29,02€	31,08€	35,20€
4ème enfant et suivant(s)	gratuité	gratuité	gratuité	gratuité	gratuité	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 V 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 01/01/2020)

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.

GAMME interprofessionnelle	**AMO**	**AMO + MUTUELLE (Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement.)**				
Nature des actes	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	Formule Pratique	Formule Classique	Formule Dynamique	Formule Authentique	Formule Tonique
SOINS COURANTS - PARCOURS DE SOINS (1)						
HONORAIRES MEDICAUX						
Consultations, visites : **généralistes**	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Consultations, visites, actes techniques médicaux : **spécialistes** - médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	100% BRSS	125% BRSS	130% BRSS	145% BRSS	180% BRSS
Consultations, visites, actes techniques médicaux : **spécialistes** - médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	100% BRSS	105% BRSS	110% BRSS	125% BRSS	160% BRSS
Actes de chirurgie, actes d'anesthésie - médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	170% BRSS	180% BRSS
Actes de chirurgie, actes d'anesthésie - médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale	70%	100% BRSS	105% BRSS	130% BRSS	150% BRSS	160% BRSS
Radiologie	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Actes d'imagerie (ADI)	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Actes d'échographie (ADE)	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Participation forfaitaire de l'assuré (forfait patient) (2)	/	intégral	intégral	intégral	intégral	intégral
MEDICAMENTS						
Médicaments à service médical rendu important	65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu modéré	30%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu faible	15%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
HONORAIRES PARAMEDICAUX Actes auxiliaires médicaux (soins et indemnités de déplacement)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
PRESTATIONS PREVENTION DANS LE CADRE DES CONTRATS RESPONSABLES (1)						
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale (taux de remboursement selon acte pris en charge)	70% 65% 60%	100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS	100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS	100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS	100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS	100% BRSS 100% BRSS 100% BRSS
HOSPITALISATION - ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES						
Frais de séjour						
médecine - chirurgie	80%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
établissements spécialisés	80%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
maisons de repos	80%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Participation forfaitaire de l'assuré (forfait patient) (2)	/	intégral	intégral	intégral	intégral	intégral
Honoraires médicaux (dans le cadre d'une hospitalisation en établissement de soins hospitalier public ou privé)						
Actes techniques médicaux (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	80% 100%	100% BRSS 100% BRSS	125% BRSS 105% BRSS	130% BRSS 110% BRSS	145% BRSS 125% BRSS	180% BRSS 160% BRSS
Actes d'anesthésie et de chirurgie (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	80% 100%	100% BRSS 100% BRSS	125% BRSS 105% BRSS	150% BRSS 130% BRSS	170% BRSS 150% BRSS	180% BRSS 160% BRSS
Forfait journalier hospitalier (11)		Intégral illimité	Intégral illimité	Intégral illimité	Intégral illimité	Intégral illimité
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, oc~~e~~ulaires	60% OU 100%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
supplément appareillage prothèses mammaires (acceptées sécurité sociale)	/	/	/	50 €/ prothèse	75 €/ prothèse	90 €/ prothèse
supplément appareillage prothèses capillaires (acceptées sécurité sociale)	/	/	/	100 €	150 €	170 €
Frais de transport (ambulance, taxi)	65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

GAMME interprofessionnelle	AMO	AMO + MUTUELLE (Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement.)				
Nature des actes	Part sécurité sociale sur la base	Formule Pratique	Formule Classique	Formule Dynamique	Formule Authentique	Formule Tonique
MATERNITE						
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	100% 100%	/ /	/ /	150% BRSS 130% BRSS	170% BRSS 150% BRSS	180% BRSS 160% BRSS
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						
Equipement optique classe A (verres et monture) 100% santé (14) ou RAC zéro						
Verres, Monture	60%	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Autres équipements optiques à tarifs libres (15) classe B						
verres, monture	60%	100% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS
+ Forfait monture (16)	/	/	20 €	40 €	65 €	95 €
+ Forfait verres simples, par verre (16)	/	/	30 €	30 €	60 €	70 €
+ Forfait verres complexes, par verre (16)	/	/	90 €	90 €	110 €	130 €
+ Forfait verres très complexes, par verre (16)	/	/	90 €	105 €	130 €	150 €
Suppléments et prestations optiques						
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Appairage de verres d'indice de réfraction différents (non remboursable par l'amo pour les verres de classe B)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Supplément pour verres avec filtres	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
LENTILLES						
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% /	100% BRSS /	100% BRSS + 100 € 30 €	100% BRSS + 150 € 50 €	100% BRSS + 200 € 90 €	100% BRSS + 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 AVEC PARTICIPATION SECURITE SOCIALE						
Soins dentaires et actes inlay-onlay (INO)	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO (7)						
Prothèses 100% santé (18) ou RAC zéro y compris inlay-core (IC0) (18)	70%	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Prothèses dentaires du panier de soins à tarifs maîtrisés (17)	70%	126% BRSS dans la limite du plafond annuel	154% BRSS dans la limite du plafond annuel	210% BRSS dans la limite du plafond annuel	284% BRSS dans la limite du plafond annuel	284% BRSS dans la limite du plafond annuel
Inlay-core (IC1) du panier de soins à tarifs maîtrisés (17)	70%	126% BRSS dans la limite du plafond annuel	154% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel
Prothèses dentaires du panier de soins à tarifs libres	70%	126% BRSS dans la limite du plafond annuel	154% BRSS dans la limite du plafond annuel	210% BRSS dans la limite du plafond annuel	284% BRSS dans la limite du plafond annuel	284% BRSS dans la limite du plafond annuel
Inlay-core (ICO) du panier de soins à tarifs libres	70%	126% BRSS dans la limite du plafond annuel	154% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel	180% BRSS dans la limite du plafond annuel
Prothèses fixes céramiques (panier de soins à tarifs libres) PFC sur dents visibles : incisives, canines et prémolaires	70%	126% BRSS dans la limite du plafond annuel	154% BRSS dans la limite du plafond annuel	210% BRSS dans la limite du plafond annuel	284% BRSS dans la limite du plafond annuel	340% BRSS dans la limite du plafond annuel
Prothèses dentaires amovibles (PAM et PAR)	70%	126% BRSS dans la limite du plafond annuel	154% BRSS dans la limite du plafond annuel	210% BRSS dans la limite du plafond annuel	284% BRSS dans la limite du plafond annuel	293% BRSS 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 du panier de soins à tarif maitrisé et du panier de soins à tarif libre (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	70% ou 100%	100% BRSS	100% BRSS	194% BRSS	252% BRSS	263% BRSS

GAMME interprofessionnelle	AMO	AMO + MUTUELLE (Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement.)				
Nature des actes	Part sécurité sociale sur la base	Formule Pratique	Formule Classique	Formule Dynamique	Formule Authentique	Formule Tonique
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%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Frais de traitement thermal (y compris hébergement si participation sécurité sociale)	65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Pratiques médicales complémentaires	70%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Frais de déplacement (si participation sécurité sociale)	65%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Forfait cure thermale		-	-	50€/cure	77€/cure	100€/cure
AIDES AUDITIVES (10)						
Au-delà du 20ème anniversaire - acquisition audioprothèse	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 200€ par appareil - toutes les 4 ans après deux ans d'adhésion (8)	100% BRSS + 400€ par appareil - toutes les 4 ans après deux ans d'adhésion (8)	100% BRSS + 500€ par appareil - toutes les 4 ans après deux ans d'adhésion (8)
Au-delà du 20ème anniversaire entretien et réparations	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 76,22€ par appareil / année civile	100% BRSS + 76,22€ par appareil / année civile	100% BRSS + 76,22€ par appareil / année civile
Jusqu'au 20ème anniversaire (9) acquisition audioprothèse - entretien et réparations	60%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS + 76,22€ par appareil / tous les 4 ans en cas d'aquisition ou par année civile en cas d'entretien réparation	100% BRSS + 76,22€ par appareil /tous les 4 ans en cas d'aquisition ou par année civile en cas d'entretien réparation	100% BRSS + 76,22€ par appareil /tous les 4 ans en cas d'aquisition ou par année civile en cas d'entretien réparation
MATERIEL MEDICAL						
Appareillages médicaux inscrits à la LPP (6) (seringues, pansements, ceinture de maintien et bas à varices...)	60% ou 100%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
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	/	/	/	30% du TBSS selon tarif ADI reconnu par la sécurité sociale pour cet acte	30% du TBSS selon tarif ADI reconnu par la sécurité sociale pour cet acte	30% du TBSS selon tarif ADI reconnu par la sécurité sociale pour cet acte
Séances de psychomotricité	/	/	/	6 €/séance jusque 12 séances par an	10 €/séance jusque 12 séances par an	12 €/séance jusque 12 séances par an
Médecine complémentaire (diététique (13) et médecine douce (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, 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.
Le taux de remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire) est donné à titre indicatif, il peut varier et atteindre le 100% pour certains soins.
BRSS = Base de Remboursement Sécurité Sociale
FR = Frais réels
(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.

Exemples SOINS COURANTS - HORS PARCOURS DE SOINS	**AMO**	**AMO + MUTUELLE**				
	Part sécurité sociale sur la base du TBSS*	Formule Pratique	Formule Classique	Formule Dynamique	Formule Authentique	Formule Tonique
Consultations, visites : généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux	30%	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS
Radiologie, actes d'imagerie, actes d'échographie	30%	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS	60% BRSS

(2) Participation forfaitaire applicable pour les actes lourds.
(3) Ne sont pas compris les suppléments personnels (TV, Téléphone, services de conciergerie …)
La chambre particulière peut être prise en charge par la mutuelle dans le respect des conditions du décret 2019-719 rappelées ci-après : Il n'y a pas facturation de la chambre particulière lorsque l'installation dans une chambre particulière, relève d'un isolement sur prescription médicale. L'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, en cas d'hospitalisation peut donner lieu à facturation pour chaque journée où le patient bénéficie de cette prestation, y compris le jour de sortie. Ce jour de sortie n'est toutefois pas facturé en cas de décès du patient au cours de son séjour à l'hôpital, ou lorsque le patient est transféré vers un autre établissement de santé. La facturation d'une chambre particulière est interdite pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue.
(4) Prestation thalassothérapie jeune maman en établissement de cure thermale (non cumulable avec la prestation cure)
(5) la prise en charge optique concerne les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans à compter de la date de délivrance de l'équipement, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, (selon les conditions de renouvellement anticipé des équipements d'optique prévues par l'arrêté du 3 décembre 2019 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestation associées) notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.
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 pour les prestations prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale du panier de soins à tarifs maîtrisés et à tarifs libres et à la prestation inlay cores (ICO), au forfait pose d'une couronne dentaire implantoportée et à la prestation plus dentaire sans participation sécurité sociale (8) pendant les deux premières années d'adhésion -en cas d'acquisition- prestation forfaitaire limitée à 76,22€, la prise en charge de la mutuelle est effectuée dans les limites du respect des PLV (prix limite de vente).
(9) ou toutes personnes atteintes de cécité et d'un déficit auditif quelque soit leur âge (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction).
(10) Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives est prévu tous les 4 ans (à compter de la date d'acquisition du premier équipement), dans les conditions prévues à la LPP (Liste des Produits et Prestations).
L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaire.
(11) 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.
(12) CAE Commission des Aides Exceptionnelles
(13) soins complémentaires non pris en charge par la sécurité sociale, ou dépassement d'honoraires sur les actes de pédicurie pris en charge par le régime obligatoire.
(14) tels que définis règlementairement, plafonné aux prix limites de vente optique
(15) Tarifs libres pratiqués par les professionnels de santé
(16) Ces montants intégrent la prise en charge du ticket modérateur optique
(17) tels que définis règlementairement, plafonné aux prix limites de facturation.
(18) La prestation « prothèse dentaire 100% santé y compris inlay-core » est accordée pour les actes mentionnés à l'arrêté du 24 mai 2019 relatif aux soins prothétiques , plafonné aux prix limites de facturation.

24-3 Les cotisations (à compter du 01/01/2020)

Les cotisations sont calculées selon le principe suivant :
Cotisation Mensuelle =
Cotisation complémentaire santé pour l'adhérent en personne seule en fonction de son âge (au 31/12/N-1)
+ quote part mensuelle de la cotisation annuelle assistance par adhérent
+ cotisation complémentaire santé pour le conjoint en fonction de son âge
+ cotisation complémentaire santé pour le ou les enfant(s)

Cotisation mensuelle personne seule adhérent :

La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour le financement du fonds CMU).

Cotisation indiquée mensuellement	PRATIQUE		CLASSIQUE		DYNAMIQUE		AUTHENTIQUE		TONIQUE	
	PRATIQUE Hors Taxe	PRATIQUE avec Taxe et Assist	CLASSIQUE Hors Taxe	CLASSIQUE avec Taxe et Assist	DYNAMIQUE Hors Taxe	DYNAMIQUE avec Taxe et Assist	AUTHENTIQUE Hors Taxe	AUTHENTIQUE avec Taxe et Assist	TONIQUE Hors Taxe	TONIQUE avec Taxe et Assist
jusque 18 ans	19,08 €	22,07 €	24,79 €	28,54 €	31,11 €	35,70 €	37,47 €	42,90 €	44,14 €	50,46 €
19 ans	19,50 €	22,55 €	25,34 €	29,16 €	31,80 €	36,48 €	38,31 €	43,85 €	45,11 €	51,56 €
20 ans	19,93 €	23,03 €	25,90 €	29,80 €	32,49 €	37,26 €	39,16 €	44,82 €	46,11 €	52,69 €
21 ans	20,38 €	23,54 €	26,45 €	30,42 €	33,21 €	38,08 €	40,00 €	45,77 €	47,12 €	53,83 €
22 ans	20,82 €	24,04 €	27,03 €	31,08 €	33,93 €	38,89 €	40,88 €	46,76 €	48,16 €	55,01 €
23 ans	21,30 €	24,59 €	27,65 €	31,78 €	34,68 €	39,74 €	41,79 €	47,80 €	49,21 €	56,20 €
24 ans	21,74 €	25,08 €	28,23 €	32,44 €	35,45 €	40,61 €	42,71 €	48,84 €	50,31 €	57,45 €
25 ans	22,22 €	25,63 €	28,85 €	33,14 €	36,24 €	41,51 €	43,64 €	49,89 €	51,42 €	58,70 €
26 ans	22,70 €	26,17 €	29,49 €	33,86 €	37,03 €	42,40 €	44,61 €	50,99 €	52,55 €	59,98 €
27 ans	23,22 €	26,76 €	30,14 €	34,60 €	37,84 €	43,32 €	45,59 €	52,10 €	53,70 €	61,29 €
28 ans	23,71 €	27,32 €	30,81 €	35,36 €	38,66 €	44,25 €	46,59 €	53,23 €	54,88 €	62,62 €
29 ans	24,25 €	27,93 €	31,49 €	36,13 €	39,53 €	45,24 €	47,61 €	54,39 €	56,10 €	64,00 €
30 ans	24,79 €	28,54 €	32,18 €	36,91 €	40,41 €	46,23 €	48,66 €	55,58 €	57,32 €	65,39 €
31 ans	25,33 €	29,15 €	32,88 €	37,70 €	41,29 €	47,23 €	49,74 €	56,80 €	58,59 €	66,82 €
32 ans	25,89 €	29,79 €	33,60 €	38,52 €	42,19 €	48,25 €	50,82 €	58,02 €	59,87 €	68,27 €
33 ans	26,45 €	30,42 €	34,34 €	39,36 €	43,12 €	49,30 €	51,95 €	59,30 €	61,19 €	69,77 €
34 ans	27,03 €	31,08 €	35,10 €	40,22 €	44,07 €	50,38 €	53,09 €	60,60 €	62,54 €	71,30 €
35 ans	27,63 €	31,76 €	35,86 €	41,08 €	45,04 €	51,48 €	54,27 €	61,93 €	63,91 €	72,85 €
36 ans	28,23 €	32,44 €	36,67 €	42,00 €	46,02 €	52,59 €	55,46 €	63,28 €	65,33 €	74,46 €
37 ans	28,85 €	33,14 €	37,45 €	42,88 €	47,03 €	53,73 €	56,67 €	64,65 €	66,75 €	76,07 €
38 ans	29,47 €	33,84 €	38,30 €	43,84 €	48,08 €	54,92 €	57,90 €	66,04 €	68,21 €	77,72 €
39 ans	30,13 €	34,59 €	39,13 €	44,78 €	49,13 €	56,11 €	59,19 €	67,50 €	69,72 €	79,43 €
40 ans	30,79 €	35,34 €	39,99 €	45,76 €	50,22 €	57,34 €	60,50 €	68,99 €	71,25 €	81,16 €
41 ans	31,48 €	36,12 €	40,87 €	46,75 €	51,33 €	58,60 €	61,82 €	70,48 €	72,83 €	82,95 €
42 ans	32,18 €	36,91 €	41,78 €	47,78 €	52,44 €	59,86 €	63,19 €	72,04 €	74,42 €	84,76 €
43 ans	32,88 €	37,70 €	42,69 €	48,81 €	53,61 €	61,18 €	64,58 €	73,61 €	76,04 €	86,59 €
44 ans	33,60 €	38,52 €	43,63 €	49,88 €	54,79 €	62,52 €	66,01 €	75,23 €	77,74 €	88,52 €
45 ans	34,34 €	39,36 €	44,59 €	50,97 €	55,97 €	63,86 €	67,45 €	76,86 €	79,43 €	90,43 €
46 ans	35,09 €	40,21 €	45,58 €	52,09 €	57,21 €	65,26 €	68,93 €	78,54 €	81,18 €	92,41 €
47 ans	35,85 €	41,07 €	46,57 €	53,21 €	58,47 €	66,69 €	70,46 €	80,27 €	82,97 €	94,44 €
48 ans	36,65 €	41,97 €	47,60 €	54,38 €	59,77 €	68,16 €	71,99 €	82,00 €	84,81 €	96,52 €
49 ans	37,45 €	42,88 €	48,64 €	55,55 €	61,09 €	69,66 €	73,58 €	83,80 €	86,67 €	98,63 €
50 ans	38,29 €	43,83 €	49,72 €	56,78 €	62,44 €	71,19 €	75,21 €	85,65 €	88,59 €	100,81 €
51 ans	39,13 €	44,78 €	50,81 €	58,01 €	63,80 €	72,73 €	76,87 €	87,53 €	90,53 €	103,00 €
52 ans	39,99 €	45,76 €	51,94 €	59,29 €	65,20 €	74,31 €	78,54 €	89,42 €	92,52 €	105,26 €
53 ans	40,86 €	46,74 €	53,07 €	60,57 €	66,63 €	75,93 €	80,29 €	91,40 €	94,55 €	107,56 €
54 ans	41,77 €	47,77 €	54,24 €	61,90 €	68,09 €	77,59 €	82,04 €	93,39 €	96,63 €	109,91 €
55 ans	42,68 €	48,80 €	55,43 €	63,25 €	69,60 €	79,30 €	83,85 €	95,44 €	98,76 €	112,33 €
56 ans	43,63 €	49,88 €	56,66 €	64,64 €	71,13 €	81,03 €	85,70 €	97,53 €	100,92 €	114,77 €
57 ans	44,59 €	50,97 €	57,89 €	66,03 €	72,70 €	82,81 €	87,57 €	99,65 €	103,15 €	117,30 €
58 ans	45,58 €	52,09 €	59,18 €	67,49 €	74,30 €	84,62 €	89,50 €	101,84 €	105,41 €	119,86 €
59 ans	46,56 €	53,20 €	60,49 €	68,98 €	75,93 €	86,47 €	91,48 €	104,08 €	107,73 €	122,49 €
60 ans	47,59 €	54,37 €	61,81 €	70,47 €	77,60 €	88,36 €	93,49 €	106,36 €	110,12 €	125,19 €
61 ans	48,63 €	55,54 €	63,18 €	72,02 €	79,31 €	90,29 €	95,54 €	108,68 €	112,54 €	127,93 €
62 ans	49,72 €	56,78 €	64,57 €	73,60 €	81,06 €	92,28 €	97,65 €	111,07 €	115,00 €	130,72 €
63 ans	50,81 €	58,01 €	66,00 €	75,22 €	82,83 €	94,28 €	99,79 €	113,49 €	117,54 €	133,60 €
64 ans	51,92 €	59,27 €	67,43 €	76,84 €	84,66 €	96,35 €	101,98 €	115,97 €	120,12 €	136,52 €
65 ans	53,07 €	60,57 €	68,91 €	78,51 €	86,53 €	98,47 €	105,25 €	119,68 €	123,94 €	140,85 €

La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour le financement du fonds CMU).										
Cotisation indiquée mensuellement	**PRATIQUE**		**CLASSIQUE**		**DYNAMIQUE**		**AUTHENTIQUE**		**TONIQUE**	
	PRATIQUE Hors Taxe	PRATIQUE avec Taxe et Assist	CLASSIQUE Hors Taxe	CLASSIQUE avec Taxe et Assist	DYNAMIQUE Hors Taxe	DYNAMIQUE avec Taxe et Assist	AUTHENTIQUE Hors Taxe	AUTHENTIQUE avec Taxe et Assist	TONIQUE Hors Taxe	TONIQUE avec Taxe et Assist
66 ans	54,24 €	61,90 €	70,44 €	80,25 €	88,42 €	100,61 €	108,59 €	123,46 €	127,90 €	145,33 €
67 ans	55,42 €	63,23 €	71,97 €	81,98 €	90,37 €	102,82 €	112,04 €	127,37 €	131,98 €	149,95 €
68 ans	56,64 €	64,62 €	73,55 €	83,77 €	92,35 €	105,06 €	115,59 €	131,39 €	136,15 €	154,68 €
69 ans	57,88 €	66,02 €	75,18 €	85,62 €	94,40 €	107,39 €	119,24 €	135,52 €	140,43 €	159,53 €
70 ans	59,16 €	67,47 €	76,85 €	87,51 €	96,46 €	109,72 €	122,98 €	139,76 €	144,85 €	164,53 €
71 ans	60,47 €	68,95 €	78,52 €	89,40 €	98,59 €	112,13 €	126,83 €	144,12 €	149,39 €	169,67 €
72 ans	61,79 €	70,45 €	80,24 €	91,35 €	100,75 €	114,58 €	129,63 €	147,29 €	154,08 €	174,99 €
73 ans	63,17 €	72,01 €	82,03 €	93,38 €	102,97 €	117,09 €	132,48 €	150,52 €	158,89 €	180,43 €
74 ans	64,55 €	73,58 €	83,82 €	95,40 €	105,24 €	119,67 €	135,40 €	153,83 €	163,84 €	186,04 €
75 ans	65,57 €	74,73 €	85,17 €	96,93 €	106,92 €	121,57 €	137,56 €	156,27 €	167,93 €	190,67 €
76 ans	66,63 €	75,93 €	86,53 €	98,47 €	108,64 €	123,52 €	139,77 €	158,78 €	172,10 €	195,40 €
77 ans	67,69 €	77,13 €	87,91 €	100,04 €	110,38 €	125,49 €	142,00 €	161,30 €	174,85 €	198,51 €
78 ans	68,78 €	78,37 €	89,32 €	101,63 €	112,14 €	127,48 €	144,27 €	163,87 €	177,66 €	201,70 €
79 ans	69,88 €	79,61 €	90,73 €	103,23 €	113,93 €	129,51 €	146,59 €	166,50 €	180,50 €	204,91 €
80 ans	70,99 €	80,87 €	92,18 €	104,87 €	115,76 €	131,58 €	148,92 €	169,14 €	183,39 €	208,19 €
81 ans	72,13 €	82,16 €	93,70 €	106,59 €	117,60 €	133,67 €	151,32 €	171,86 €	186,31 €	211,49 €
82 ans	73,29 €	83,48 €	95,17 €	108,26 €	119,48 €	135,79 €	153,74 €	174,60 €	189,31 €	214,89 €
83 ans	74,45 €	84,79 €	96,70 €	109,99 €	121,39 €	137,96 €	156,19 €	177,38 €	192,33 €	218,31 €
84 ans	75,65 €	86,15 €	98,24 €	111,74 €	123,33 €	140,16 €	158,69 €	180,21 €	195,42 €	221,81 €
85 ans	76,86 €	87,52 €	99,81 €	113,51 €	125,33 €	142,42 €	161,23 €	183,09 €	198,53 €	225,33 €
86 ans	78,09 €	88,91 €	101,41 €	115,33 €	127,32 €	144,68 €	163,82 €	186,02 €	201,71 €	228,94 €
87 ans	79,34 €	90,33 €	103,03 €	117,16 €	129,36 €	146,99 €	166,42 €	188,96 €	204,94 €	232,60 €
88 ans	80,62 €	91,78 €	104,68 €	119,03 €	131,43 €	149,33 €	169,09 €	191,99 €	208,21 €	236,30 €
89 ans	81,89 €	93,22 €	106,35 €	120,92 €	133,53 €	151,71 €	171,80 €	195,06 €	211,55 €	240,08 €
90 ans	83,21 €	94,71 €	108,07 €	122,87 €	135,67 €	154,13 €	174,55 €	198,17 €	214,95 €	243,93 €
91 ans	84,54 €	96,22 €	109,77 €	124,80 €	137,84 €	156,59 €	177,35 €	201,34 €	218,37 €	247,81 €
92 ans	85,89 €	97,75 €	111,54 €	126,80 €	140,04 €	159,08 €	180,19 €	204,56 €	221,86 €	251,76 €
93 ans	87,25 €	99,29 €	113,33 €	128,83 €	142,29 €	161,63 €	183,07 €	207,82 €	225,42 €	255,79 €
94 ans	88,66 €	100,89 €	115,13 €	130,87 €	144,56 €	164,20 €	185,99 €	211,13 €	229,03 €	259,88 €
95 ans	90,07 €	102,48 €	117,00 €	132,99 €	146,87 €	166,82 €	188,95 €	214,48 €	232,70 €	264,04 €
96 ans	91,52 €	104,12 €	118,85 €	135,08 €	149,23 €	169,49 €	191,98 €	217,92 €	236,42 €	268,25 €
97 ans	92,98 €	105,78 €	120,76 €	137,24 €	151,61 €	172,19 €	195,07 €	221,42 €	240,20 €	272,53 €
98 ans	94,47 €	107,47 €	122,68 €	139,42 €	154,04 €	174,94 €	198,18 €	224,94 €	244,03 €	276,87 €
99 ans et plus	95,98 €	109,18 €	124,64 €	141,64 €	156,49 €	177,72 €	201,36 €	228,54 €	247,93 €	281,29 €

dont quote part de cotisation mensuelle assistance (soit 0.46€) par adhérent

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

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

La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour le financement du fonds CMU).										
Cotisation indiquée mensuellement	PRATIQUE		CLASSIQUE		DYNAMIQUE		AUTHENTIQUE		TONIQUIE	
	Complémentaire santé HORS TAXES par enfant	*Cotisation mensuelle indicative *avec taxes*	Complémentaire santé HORS TAXES par enfant	*Cotisation mensuelle indicative *avec taxes*	Complémentaire santé HORS TAXES par enfant	*Cotisation mensuelle indicative *avec taxes*	Complémentaire santé HORS TAXES par enfant	*Cotisation mensuelle indicative *avec taxes*	Complémentaire santé HORS TAXES par enfant	*Cotisation mensuelle indicative *avec taxes*
1er enfant	17,91€	*20 ,29 €*	*23,25€*	*26,34€*	*29,19€*	*33,06€*	*35,16€*	*39,83€*	*41,43€*	*46,93€*
2ème enfant	17,91€	*20,29 €*	*23,25€*	*26,34€*	*29,19€*	*33,06€*	*35,16€*	*39,83€*	*41,43€*	*46,93€*
3ème enfant	16,47€	*18 ,66 €*	*21,41 €*	*24,25€*	*26,85€*	*30,41€*	*32,36€*	*36,65€*	*38,12€*	*43,18€*
4ème enfant et suivant(s)	gratuité	gratuité	gratuité	gratuité	gratuité	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

Article 27 Réservé

Article 28 Réservé

Article 29 Réservé

Article 30 Réservé

Article 31 Réservé

Section VI 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 01/01/2020)

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% BRSS /	+ 50% BRSS + 30% BRSS
Forfait annuel diététique et médecines douces (actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie ou d'acupuncture)	Jusqu'à 50€	Jusqu'à 70€
Matériel Médical		
Appareillage pris en charge par la sécurité sociale Forfait grand appareillage et **aides auditives**, par année civile Forfait petit appareillage, par année civile	150 € 40 €	200 € 50 €

Nature des Actes	Part supplémentaire SMH sur la base du TBSS* et/ou prestation forfaitaire	
	Niveau 1	**Niveau 2**
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% BRSS /	+ 50% BRSS + 30% BRSS
Chambre particulière (5) avec nuitée **Chambre particulière (5) ambulatoire** (Sans nuitée)	+ 20 € (4) + 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 € (4) + 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		
Equipements optiques à tarifs libres (6) classe B Verres, monture (forfait sur 24 mois – de date à date) **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)	+ jusque 70 € **+ 50€ soit 120€**	+ jusque 110 € **+ 50€ soit 160€**
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 % BRSS	+ 50% BRSS
Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale Prothèses dentaires du panier de soins à tarifs maîtrisés(7) ou Prothèses dentaires du panier de soins à tarifs libres(6)	limité à 5 prothèses par an 80€ / prothèse	limité à 5 prothèses par an 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	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) La prise en charge des forfaits verres et monture est limitée à un équipement tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition. Pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution du besoin de correction chez l'adulte selon les conditions de renouvellement anticipé des équipements d'optique prévues par l'arrêté du 3 décembre 2019 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestation associées un équipement peut être remboursé tous les ans à compter de la date d'acquisition. Les forfaits lentilles s'entendent par année civile et par bénéficiaire.

La prise en charge de l'équipement optique s'effectue dans le respect des planchers et plafonds de remboursement prévus par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique. Ces montants s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par la Sécurité sociale **ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat**, et dans la limite des frais facturés.

(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

(4) La chambre particulière peut être prise en charge par la mutuelle dans le respect des conditions du décret 2019-719 rappelées ci-après : Il n'y a pas facturation de la chambre particulière lorsque l'installation dans une chambre particulière, relève d'un isolement sur prescription médicale. L'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, en cas d'hospitalisation peut donner lieu à facturation pour chaque journée où le patient bénéficie de cette prestation, y compris le jour de sortie. Ce jour de sortie n'est toutefois pas facturé en cas de décès du patient au cours de son séjour à l'hôpital, ou lorsque le patient est transféré vers un autre

établissement de santé. La facturation d'une chambre particulière est interdite pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue.
(5) Ne sont pas compris les suppléments personnels (TV, téléphone, services de conciergerie …)
(6) Tarifs libres pratiqués par les professionnels de santé
(7) Tels que définis réglementairement, plafonné au prix limites de facturation.

32-3 Les cotisations (à compter du 01/01/2020)

Les cotisations sont calculées selon le principe suivant :

Cotisation Mensuelle =
Cotisation complémentaire santé pour l'adhérent en personne seule en fonction de son âge (au 31/12/N-1)
+ quote part mensuelle de la cotisation annuelle assistance par adhérent
+ cotisation complémentaire santé pour le conjoint en fonction de son âge
+ cotisation complémentaire santé 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) :

La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour le financement du fonds CMU).				
Cotisation indiquée mensuellement	**SURCO niv 1 ADHERENT**		**SURCO niv 2 ADHERENT**	
	ADHERENT Hors Taxe	ADHERENT avec Taxe et assistance	ADHERENT Hors Taxe	ADHERENT avec Taxe et assistance
jusque 18 ans	8,63	10,24	9,30	10,99
19 ans	8,85	10,48	9,61	11,35
20 ans	9,06	10,72	9,93	11,71
21 ans	9,27	10,96	10,24	12,06
22 ans	9,49	11,21	10,55	12,41
23 ans	9,70	11,45	10,85	12,75
24 ans	9,92	11,70	11,17	13,11
25 ans	10,13	11,93	11,47	13,45
26 ans	10,34	12,17	11,79	13,81
27 ans	10,55	12,41	12,10	14,17
28 ans	10,77	12,66	12,41	14,52
29 ans	10,98	12,90	12,73	14,88
30 ans	11,19	13,13	13,04	15,23
31 ans	11,40	13,37	13,35	15,58
32 ans	11,63	13,63	13,66	15,93
33 ans	11,84	13,87	13,98	16,30
34 ans	12,04	14,10	14,28	16,63
35 ans	12,26	14,35	14,60	17,00
36 ans	12,47	14,58	14,90	17,34
37 ans	12,69	14,83	15,22	17,70
38 ans	12,90	15,07	15,53	18,05
39 ans	13,11	15,31	15,84	18,40
40 ans	13,33	15,56	16,15	18,75
41 ans	13,54	15,80	16,46	19,10
42 ans	13,75	16,03	16,77	19,46
43 ans	13,97	16,28	17,08	19,81
44 ans	14,18	16,52	17,40	20,17
45 ans	14,38	16,75	17,70	20,51
46 ans	14,61	17,01	18,02	20,87
47 ans	14,82	17,25	18,33	21,22
48 ans	15,04	17,50	18,64	21,57

La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour le financement du fonds CMU).				
Cotisation indiquée mensuellement	**SURCO niv 1 ADHERENT**		**SURCO niv 2 ADHERENT**	
	ADHERENT Hors Taxe	ADHERENT avec Taxe et assistance	ADHERENT Hors Taxe	ADHERENT avec Taxe et assistance
49 ans	15,24	17,72	18,96	21,94
50 ans	15,45	17,96	19,27	22,29
51 ans	15,68	18,22	19,58	22,64
52 ans	15,89	18,46	19,89	22,99
53 ans	16,09	18,69	20,21	23,35
54 ans	16,31	18,93	20,51	23,69
55 ans	16,53	19,18	20,83	24,05
56 ans	16,74	19,42	21,13	24,39
57 ans	16,95	19,66	21,44	24,75
58 ans	17,16	19,90	21,75	25,10
59 ans	17,38	20,15	22,06	25,45
60 ans	17,59	20,38	22,38	25,81
61 ans	17,80	20,62	22,69	26,16
62 ans	18,02	20,87	23,00	26,51
63 ans	18,23	21,11	23,31	26,86
64 ans	18,45	21,36	23,63	27,23
65 ans	18,66	21,60	23,93	27,57
66 ans	18,87	21,83	24,25	27,93
67 ans	19,08	22,07	24,56	28,28
68 ans	19,29	22,31	24,87	28,63
69 ans	19,52	22,57	25,19	28,99
70 ans	19,73	22,81	25,50	29,34
71 ans	19,93	23,03	25,81	29,69
72 ans	20,15	23,28	26,12	30,05
73 ans	20,37	23,53	26,43	30,40
74 ans	20,58	23,77	26,73	30,74
75 ans	20,79	24,01	27,05	31,10
76 ans	21,00	24,25	27,36	31,45
77 ans	21,22	24,50	27,67	31,80
78 ans	21,43	24,73	27,98	32,15
79 ans	21,64	24,97	28,30	32,52
80 ans	21,86	25,22	28,61	32,87
81 ans	22,07	25,46	28,92	33,22
82 ans	22,28	25,70	29,23	33,57
83 ans	22,50	25,95	29,54	33,92
84 ans et plus	22,71	26,18	29,86	34,28

dont quote part de cotisation mensuelle assistance (soit 0.46€) par adhérent.

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

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

	La cotisation complémentaire santé est indiquée en HT à laquelle s'ajoute la TSA rénovée (Taxe de Solidarité Additionnelle) à 13,27% (incluant la taxe de 6,27% pour le financement du fonds CMU).			
	NIVEAU 1		NIVEAU 2	
	Complémentaire Santé HORS TAXES	Cotisation mensuelle indicative avec taxes	Complémentaire Santé HORS TAXES	Cotisation mensuelle indicative avec taxes
enfant	8,63€	9,78€	9,71€	11,00€

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 VII Modalités de versement des prestations

Article 35 Principe indemnitaire

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit. Le membre participant s'engage, sur simple demande de la mutuelle, à lui présenter toutes pièces justificatives correspondant aux prestations perçues.

En outre, en cas de régularisation ultérieure de la Caisse d'Assurance Maladie, le membre participant s'engage à transmettre à la mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la mutuelle.

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 Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la SMH est subrogée à concurrence du montant desdites prestations qu'elle a versées, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droits contre tout tiers responsable du sinistre qui est à l'origine de l'engagement des frais. Cette disposition est applicable que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la SMH a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue, la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice.

En cas d'accident susceptible d'entraîner la mise en jeu des dispositions précédentes, le membre participant s'engage à informer dans les meilleurs délais la SMH de la survenance de cet accident. Le membre participant s'engage également à communiquer à la SMH tous les documents et informations dont elle pourrait avoir besoin pour exercer son recours.

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 définis dans la décision du 6 mars 2019 fixant les tarifs et les prix limites de vente au public (PLV) de dispositifs et de prestations d'optique médicale inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Fréquence de prise en charge :

L'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale prévoit que :

Les remboursements sont limités à un équipement optique (une monture et deux verres) tous les deux ans par bénéficiaire **sauf en cas d'évolution** de la vue selon les critères prévus par le code de la sécurité sociale **ou pour les enfants de moins de 16 ans** où **la prise en charge est annuelle** et à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans dans le cas où la monture n'est plus conforme à leur morphologie.
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.

En sus l'arrêté susmentionné dispose que « La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :
-une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces patients, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin) ;
- une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.
La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire. »

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.

Les plafonds de remboursement prévus par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 sont les suivants :
Equipement composé de 2 verres simples : 420 €
Equipement mixte composé d'un verre simple et d'un verre complexe : 560 €
Equipement composé de 2 verres complexes : 700 €
Equipement mixte composé d'un verre simple et d'un verre très complexe : 610 €
Equipement mixte composé d'un verre complexe et d'un verre très complexe : 750 €
Equipement composé de 2 verres très complexes : 800 €
Le remboursement de la monture ne peut pas dépasser 100€.

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: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 , service de conciergerie…)
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 services de conciergerie …)

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.
Pour les nouvelles adhésions à compter du 01/01/2020 pour les adhésions avant le 55ème 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).

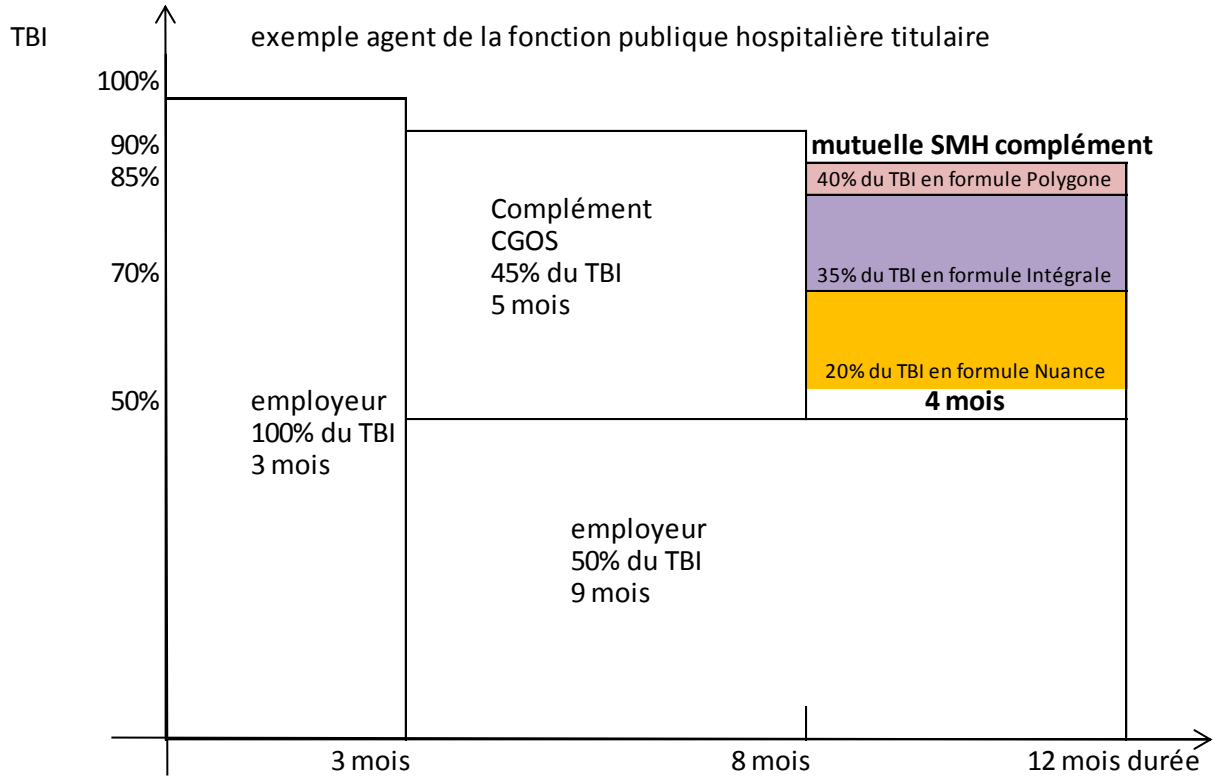
Pour les personnes qui ont adhéré à la mutuelle avant le 01/01/2009 en formule intégrale ou polygone (date de mise en place de l'allocation), il n'y a pas de condition d'âge à l'adhésion pour prétendre au versement de ces allocations, ni de période de stage pour les allocations journalières définies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

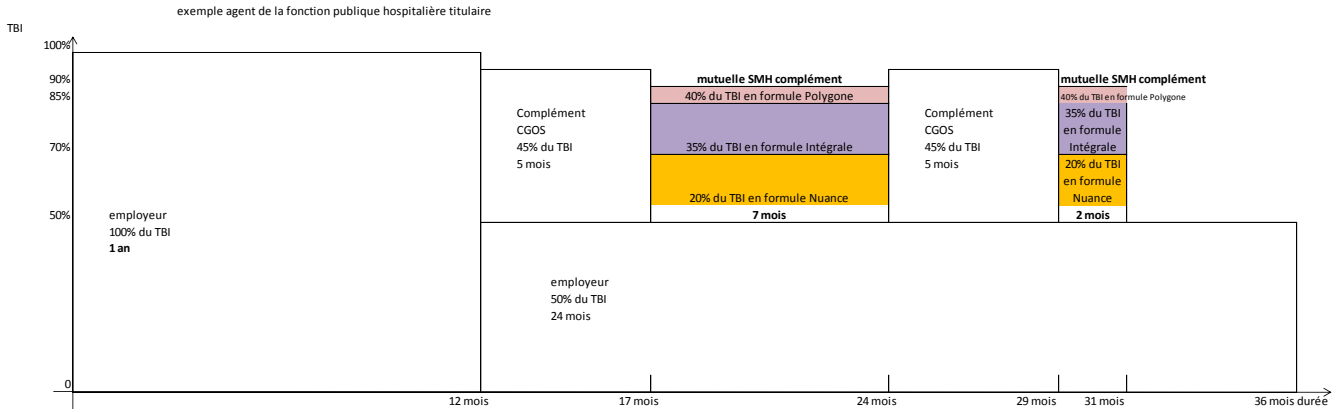
La perception par l'adhérent des allocations engage l'adhérent à rembourser spontanément la mutuelle dans le cas où son arrêt serait re qualifié et indemnisé différemment par son employeur ou un autre organisme. L'adhérent accepte également de fournir à la mutuelle à posteriori tout document nécessaire 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 et conseil d'administration.

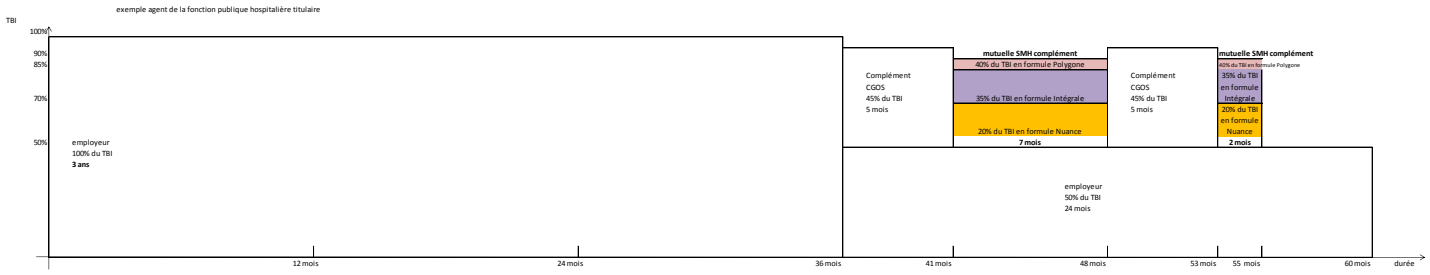
Maladie ordinaire



Congé longue maladie



Congé longue durée



<u>Surcomplémentaire santé</u> : 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

En application de l'article L. 221-11 du code de la mutualité, toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court pas :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la SMH a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait;
- La demande en justice, même en référé ;
- Un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par la désignation d'un expert à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception adressée par SMH à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle SMH, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur telle que prévue par l'article 50 du présent règlement.

La prescription a un caractère impératif. En effet, par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 46 Forclusion

Pour être recevable, toute demande de remboursement de prestations, accompagnée des justificatifs nécessaires, doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter de la date des soins ou de facture. Passé ce délai, elles n'ouvriront plus droit à remboursement.

Section VIII 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 IX 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.

Est entendue comme étant une réclamation « une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ». Une demande de service ou de prestation, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

L'adhérent 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.

La Mutuelle SMH s'engage à répondre dans un délai de deux mois maximum à compter de la date de réception du courrier de réclamation au service Réclamation conformément à la recommandation n°2016-R-02 du 14 novembre 2016 de l'ACPR sur le traitement des réclamations.

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 Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la mutuelle dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Dans ce cas, pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de la mutuelle.

Le Médiateur a pour mission d'examiner les différends opposant un adhérent à sa Mutuelle dans les domaines relatifs à l'exécution des contrats.

Le règlement de la Médiation de la Consommation de la Mutualité Française fait mention des différents cas pour lesquels le Médiateur ne peut examiner le litige, à savoir :

- Le litige n'entre pas dans son champ de compétence ;
- L'adhérent ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle SMH par une réclamation écrite ; toutefois le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la Mutuelle dans le délai de 2 mois à une réclamation écrite ;
- La demande est manifestement infondée ou abusive ;
- L'adhérent ou l'ayant droit a introduit sa demande auprès du Médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle ;
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre Médiateur ou par un Tribunal.

Article 51 Opposition au démarchage téléphonique

Le membre participant ayant communiqué ses coordonnées téléphoniques à la Mutuelle est informé, en application de l'article L.121-34 du Code de la Consommation, qu'il a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, sur le site suivant : **http://www.bloctel.gouv.fr/.** Dans ce cas, il ne sera pas démarché par téléphone.

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

Une part des cotisations 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) : 20 € /an /dossier adhérent à un contrat de complémentaire santé.
- la cotisation affectée au service assistance, lorsque la formule le prévoit.

Au 01/01/2019 : La cotisation assistance pour les offres individuelles du règlement mutualiste est (selon tarif dans le cadre du contrat collectif entre l'assisteur et la mutuelle) de 5,01€ HTCA***/an/adhérent**
** donnée indicative susceptible d'évolution selon contrat*
Le montant de la prime est majoré de la TCA au taux en vigueur lequel est au jour des présentes de 9%
Soit 5,46€ annuel TCA incluse.

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 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 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.

TITRE V DISPOSITIONS DIVERSES

Article 68 Autorité de Contrôle

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située : 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 9.