



INFORMATIONS ET CONSEILS PREALABLES EN VUE DE L'ADHESION A UNE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE « Entité CFTC »

Cette fiche d'informations et de conseils est établie en application de l'article L221-4 du Code de la Mutualité. Les informations recueillies, vous concernant, sont nécessaires pour déterminer de façon claire vos besoins et objectifs en matière d'Assurance Complémentaire Santé et ainsi, de pouvoir adapter du mieux possible notre offre à votre situation.

Le présent document retrace nos échanges dans le but de définir :

- Votre situation personnelle, familiale et patrimoniale au jour de la demande ;
- Vos souhaits et objectifs en matière de couverture complémentaire santé ;
- Une offre en adéquation avec votre budget.

Notre conseil se fonde sur l'analyse de votre situation et des besoins que vous avez exprimés. Vos réponses constituent le socle de base de nos réflexions et propositions et de l'offre qui vous est faite. Il est essentiel d'y apporter le plus grand soin, à défaut, la qualité de votre conseil ne saurait être remise en cause.

LA MUTUELLE :

La Protection Mutuelle et Familiale, mutuelle Santé agréée en branche d'activité 2 (Non vie) est soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

Elle s'inscrit dans le « PARCOURS DE SOINS COORDONNES » et dans toutes les conditions prévues par la loi. Elle respecte l'ensemble des dispositions découlant de la législation des contrats dits "responsables et solidaires" et des dispositions du Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et complété par les décrets n° 2019-21 et 2019-65 de janvier 2019 (visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires).

Elle s'inscrit également dans toutes les dispositions du Règlement Général de Protection des Données (RGPD).

Elle est immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro 339 332 967.

Son siège social se situe au 30, rue Kageneck à 67000 STRASBOURG.

Téléphone : 03 90 22 25 80 – Fax : 03 90 22 25 84

Site internet : www.pmf-mutuelle-strasbourg.fr

Courriel : info.pmf@pmf.fr

Elle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 – PARIS CEDEX 09 – Tél. 01 49 95 40 00.

Votre conseillère : NOM _____ Prénom _____

Date : _____ Contact : Bureau Téléphone Mail

Vous :

Votre identité :

Civilité : Mr – Mme – Mlle NOM : _____ Prénom : _____

Adresse postale : N° et rue : _____ Code postal : _____ Localité : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone mobile : _____ Adresse e-mail : _____@_____

Adhérent CFTC N° INARIC : _____

Votre situation professionnelle :

- Travailleur salarié TNS, profession libérale Artisan, commerçant
 Fonctionnaire Retraité Sans

Profession : _____ Régime Sécurité Sociale : _____

Votre situation familiale :

	Date de naissance	H	F		Date de naissance	Prénom
Vous	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1er enfant	__/__/____	_____
Conjoint	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2ème enfant	__/__/____	_____
Nb d'enfants : _____				3ème enfant	__/__/____	_____

- Marié (e) Pacsé(e) Concubinage Divorcé (e)
 Séparé (e) Veuf (ve) Célibataire Union libre

Avez-vous une couverture actuellement ?

- Oui** Assureur actuel : _____ Motif de recherche : _____
 Non Délai de carence : _____

Expression de vos besoins : Quelle importance accordez-vous aux remboursements suivants :

Hospitalisation

- Je souhaite la prise en charge des dépassements d'honoraires en cas d'hospitalisation
 Je souhaite la prise en charge d'une chambre particulière en cas d'hospitalisation
 Je souhaite uniquement la prise en charge du ticket modérateur sans chambre particulière en cas d'hospitalisation

Consultation généraliste et/ou spécialiste

- Je consulte des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires : Jamais Parfois Régulièrement
 Je consulte des médecins spécialistes (ORL, dermatologues, chirurgiens, ...) : Jamais Parfois Régulièrement
 J'ai besoin de prothèses non dentaires ou autres appareillages Néant Moyen Fort

Optique

- Je n'ai pas de lunettes, Ou je souhaite une couverture minimale
 J'ai des besoins occasionnels en optique et je souhaite une prise en charge modérée
 L'optique est un poste de dépense important et je souhaite une prise en charge d'environ.....
 Je souhaite une prise en charge maximale de mes frais d'optique d'environ

Dentaire

- Je n'ai pas de frais dentaires ou je souhaite une couverture minimale
 J'ai des besoins occasionnels en dentaire et je souhaite une prise en charge modérée
 Le dentaire est un poste de dépense important et je souhaite une prise en charge d'environ.....
 Je souhaite une prise en charge maximale de mes frais dentaire d'environ

Date d'effet de la garantie souhaitée : _____

Dans votre cas je préconise le niveau de garantie :

D'accord **Pas d'accord**

Demande de devis pour les Niveaux de garanties souhaités :
(Cochez les niveaux souhaités)

Simple	Normal	Amélioré	Supérieur
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Résiliation :

Possibilité de mettre fin au contrat, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'adhésion, par lettre ou tout autre support durable. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Je soussigné(e) _____ reconnait avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion au contrat d'assurance proposé ci-dessus, ainsi que :

- le document d'information sur le produit d'assurance, en avoir conservé un exemplaire ;
- avoir reçu une information détaillée sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées ;
- avoir eu connaissance de la clause du règlement mutualiste indiquant que « Toute modification de votre adhésion a pour conséquence de reporter la date d'échéance principale, au jour d'entrée en application de la modifications »
- avoir pris connaissance du règlement mutualiste.

Conformément aux dispositions du plan de contrôle interne permanent, la Commission Administrative et Juridique assure, en cas de problème dans l'application du règlement mutualiste ou pour tout autre problème, le suivi des échanges et de la médiation avec les membres participants.

En cas de difficulté, il est recommandé aux membres participants de consulter d'abord la Commission Administrative et Juridique par courrier à l'adresse suivante :

La Protection Mutuelle et Familiale
Monsieur le Président de la Commission Administrative et Juridique
30, rue Kageneck
67000 STRASBOURG

Si un différend persistait avec la mutuelle après réponse de la Commission, l'intervention du Médiateur pourrait être demandée, sans préjudice du droit d'agir en justice. Les conditions d'accès à ce Médiateur sont communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessus.

Je consens au recueil de mes données personnelles dans les conditions définies ci-dessus.

Fait à _____ le _____ (en 2 exemplaires)

L'adhérent,

La Conseillère,

La **P**rotection **M**utuelle et **F**amiliale

30 rue Kageneck
67000 STRASBOURG

☎ 03 90 22 25 80

📠 03 90 22 25 84

Immatriculée sous le N° 339 332 967

www.pmf-mutuelle-strasbourg.fr

Courriel: info.pmf@sfr.fr



LA PROTECTION MUTUELLE ET FAMILIALE " ENTITÉ CFTC "

Tableau de Garanties et de Prestations incluant le 100 % Santé (*) 2021

Objet : Complémentaire Santé Individuelle et Familiale

Cible : L'ensemble des personnes "actif et retraité" et leurs familles

Garanties : 4 niveaux de garanties proposées
5 blocs de garanties principaux



Soins Courants
Hospitalisation
Dentaire
Optique
Aides Auditives

1 Module "Prévention"




1 Module "Acte Social"



Réduction : pas de cotisation supplémentaire à partir du 3ème enfant

Soins courants		Niveau de Garantie			
		Simple	Normal	Amélioré	Supérieur
Dépassements d'honoraires					
Médecin généraliste	Contrat OPTAM	Néant	60 % de la BR*	120 % de la BR*	Frais réels
	Contrat hors OPTAM	Néant	40 % de la BR*	90 % de la BR*	100 % de la BR*
Médecin spécialiste	Contrat OPTAM	Néant	60 % de la BR*	120 % de la BR*	Frais réels
	Contrat hors OPTAM	Néant	40 % de la BR*	90 % de la BR*	100 % de la BR*
Radiologie & Imagerie ADI - Echographie ADE - Obstétrique ACO	Contrat OPTAM	Néant	60 % de la BR*	Frais réels	Frais réels
	Contrat hors OPTAM	Néant	40 % de la BR*	100 % de la BR*	100 % de la BR*
Actes de spécialiste et actes techniques médicaux (ATM)	Contrat OPTAM	Néant	60 % de la BR*	Frais réels	Frais réels
	Contrat hors OPTAM	Néant	40 % de la BR*	100 % de la BR*	100 % de la BR*
Exemple de remboursement d'un Acte Technique Médical ATM Dépassements d'honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO		Dépense = 120 € BR = 50,00 € Remboursement PMF : Néant	Dépense = 120 € BR = 50,00 € Remboursement PMF : 30,00 €	Dépense = 120 € BR = 50,00 € Remboursement PMF : 70,00 €	Dépense = 120 € BR = 50,00 € Remboursement PMF : 70,00 €
Exemple de remboursement d'un Acte Technique Médical ATM Dépassements d'honoraires hors Contrat OPTAM ou OPTAM-CO		Dépense = 120 € BR = 50,00 € Remboursement PMF : Néant	Dépense = 120 € BR = 50,00 € Remboursement PMF : 20,00 €	Dépense = 120 € BR = 50,00 € Remboursement PMF : 50,00 €	Dépense = 120 € BR = 50,00 € Remboursement PMF : 50,00 €
Analyses, auxiliaires médicaux, actes de transports.		Néant	50 % de la BR*	100 % de la BR*	Frais réels
Petits appareillages : pansement, orthèse, orthopédie, location de matériel médical... Sont exclus les achats de : lit médicalisé, matelas, fauteuil à pousser, lève-personne, fauteuil repos ...		Néant	100 % de la BR*	200 % de la BR*	300 % de la BR*
Achat fauteuil roulant		Néant	100 % de la BR* Limité à 1000 €	200 % de la BR* Limité à 1500 €	300 % de la BR* Limité à 2000 €
Soins inopinés à l'étranger pris en charge par la Sécurité sociale		Néant	20 % de la BR*	50 % de la BR*	100 % de la BR*
Ticket Modérateur					
Médicaments et homéopathie remboursés par la Sécurité sociale à 65% - 30 % - 15 %		100% du TM*	100% du TM*	100% du TM*	100% du TM*
Les consultations , les analyses, les radios, les actes en K, les soins dentaires, les auxiliaires médicaux, les consultations, l'optique, les prothèses dentaires, le petit appareillage, les actes de transports et les soins de cure; Pour les hospitalisations : Les soins externes et les frais de séjour		100% du TM	100% du TM	100% du TM	100% du TM
Les consultations , les analyses, les radios, les actes en K, les soins dentaires, les auxiliaires médicaux, les consultations, l'optique, les prothèses dentaires, le petit appareillage, les actes de transports et les soins de cure Pour les hospitalisations : Les soins externes et les frais de séjour		100% du TM	100% du TM	100% du TM	100% du TM

Hospitalisation		Niveau de Garantie			
Dépassements d'honoraires		Simple	Normal	Amélioré	Supérieur
Chirurgie - Obstétrique	Contrat OPTAM	Néant	60% de la BR*	100% de la BR*	120% de la BR*
	Contrat hors OPTAM	Néant	40% de la BR*	80% de la BR*	100% de la BR*
Anesthésie	Contrat OPTAM	Néant	60% de la BR*	100% de la BR*	120% de la BR*
	Contrat hors OPTAM	Néant	40% de la BR*	80% de la BR*	100% du BR*
Exemple de remboursement d'un Acte de Chirurgie - Obstétrique dans le cadre de l' OPTAM et OPTAM-CO		Dépense = 671,70 € BR = 271,70 € Remboursement PMF : Néant	Dépense = 671,70 € BR = 271,70 € Remboursement PMF : 163,02 €	Dépense = 671,70 € BR = 271,70 € Remboursement PMF : 271,70 €	Dépense = 671,70 € BR = 271,70 € Remboursement PMF : 326,04 €
Exemple de remboursement d'un Acte de Chirurgie - Obstétrique hors cadre OPTAM et OPTAM-CO		Dépense = 671,70 € BR = 271,70 € Remboursement PMF : Néant	Dépense = 671,70 € BR = 271,70 € Remboursement PMF : 108,68 €	Dépense = 671,70 € BR = 271,70 € Remboursement PMF : 217,36 €	Dépense = 671,70 € BR = 271,70 € Remboursement PMF : 271,70 €
Forfait journalier hospitalier, forfait ambulatoire		Remboursement Intégral	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral
Frais d'accompagnement des enfants de moins de 10 ans		Remboursement Intégral	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral
Chambre particulière (sauf service privé)		Néant	63 € par jour Illimitée en nombre de Jours (sauf Psychiatrie 60 Jours an)	70 € par jour Illimitée en nombre de Jours (sauf Psychiatrie 70 €Jours an)	80 € par jour Illimitée en nombre de Jours (sauf Psychiatrie 80 €Jours an)
Participation pour la location d'un téléviseur		Néant	Néant	Néant	3 € maxi. par jour
Cure Thermale accordée par la Sécurité sociale : Forfait pour les frais d'hébergement et de transport dans la limite de la dépense, par an et par bénéficiaire		100 €	200 €	300 €	350 €
Dentaire		Niveau de Garantie			
Soins et Prothèses 100% Santé (*)		Simple	Normal	Amélioré	Supérieur
Actes Prothétiques Inlays - onlays et soins, entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé(*) sans reste à charge pour l'assuré		Remboursement Intégral	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral
Soins et Prothèses hors 100% Santé (*)					
Soins					
Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité Sociale		50% de la BR*	100% de la BR*	200% de la BR*	300% de la BR*
Prothèses					
Actes Prothétiques - Inlays - onlays , remboursés par la Sécurité Sociale et entrant dans le champs des paniers honoraires modérés ou libres		60% de la BR*	110% de la BR*	210% de la BR*	310% de la BR*
Exemple de remboursement d'une prothèse dentaire		Dépense = 400 € BR = 107,50 € Remboursement PMF : 64,50 €	Dépense = 400 € BR = 107,50 € Remboursement PMF : 118,25 €	Dépense = 400 € BR = 107,50 € Remboursement PMF : 225,75 €	Dépense = 400 € BR = 107,50 € Remboursement PMF : 292,50 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale		60% de la BR*	110% de la BR*	210% de la BR*	310% de la BR*
Exemple de remboursement d'un acte d'orthodontie		Dépense = 700 € BR = 193,50 € Remboursement PMF : 116,10 €	Dépense = 700 € BR = 193,50 € Remboursement PMF : 212,85 €	Dépense = 700 € BR = 193,50 € Remboursement PMF : 406,35 €	Dépense = 700 € BR = 193,50 € Remboursement PMF : 506,50 €
Prothèse dentaire provisoire et dent provisoire		30 € par an et par bénéficiaire	60 € par an et par bénéficiaire	70 € par an et par bénéficiaire	80 € par an et par bénéficiaire
Prothèse dentaire et orthodontie refusé par la Sécurité sociale		40 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire	80 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire
Implant dentaire		Néant	220 € par implant avec un maximum de 2 implants par an et par bénéficiaire	320 € par implant avec un maximum de 2 implants par an et par bénéficiaire	400 € par implant avec un maximum de 2 implants par an et par bénéficiaire

Optique	Niveau de Garantie			
	Simple	Normal	Amélioré	Supérieur
Equipement Classe A dit "100% Santé"(*) : une monture et deux verres entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé(*) (classe à prise en charge renforcée) (a)				
Un équipement d'une monture de Classe A et deux verres de Classe A	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral
Un équipement d'une monture de Classe B et deux verres de Classe A	Remboursement intégral des verres de classe A +100 € <i>maxi</i> pour la monture	Remboursement intégral des verres de classe A +100 € <i>maxi</i> pour la monture	Remboursement intégral des verres de classe A +100 € <i>maxi</i> pour la monture	Remboursement intégral des verres de classe A +100 € <i>maxi</i> pour la monture
Equipements (*) Classe B hors "100% Santé"(*)				
Un équipement d'une monture de classe B et deux verres de Classe A entrant dans le cadre du panier libre (a) Renouvellement tous les 2 ans (b)	240 € dont 100 € <i>maxi</i> pour la monture	300 € dont 100 € <i>maxi</i> pour la monture	370 € dont 100 € <i>maxi</i> pour la monture	420 € dont 100 € <i>maxi</i> pour la monture
Participation supplémentaire pour deux verres progressifs (50% du forfait pour un verre)	24 €	30 €	37 €	42 €
Lentilles : une participation forfaitaire est accordée sur présentation d'une prescription médicale spécifique et d'une facture détaillant la fourniture réalisée (lentilles journalières ou mensuelles) dans la limite des besoins annuels (12 lentilles mensuelles ou le nombre de lentilles journalières nécessaires pour une année) et dans la limite du montant prévu dans la catégorie de prestations. La période (1an) est déterminée à partir de la date du 1er achat des lentilles	100 % du TM*			
	100 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire	250 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie de l'œil : myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie	330 € par œil par an et par bénéficiaire	450 € par œil par an et par bénéficiaire	550 € par œil par an et par bénéficiaire	630 € par œil par an et par bénéficiaire
Aide auditive (remboursée par la Sécurité sociale)	Niveau de Garantie			
	Simple	Normal	Amélioré	Supérieur
Equipements 100% Santé (*)  				
Aide auditive de Classe 1 entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé* (Classe à remboursement renforcé) (d)	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral	Remboursement Intégral
Equipements hors 100% Santé (*)				
Aide auditive de Classe 2 à prix libre et PLV limité (c) hors panier de soins 100 % Santé*. Forfait par bénéficiaire et par appareil	100 % du TM*			
	Néant	200 € par appareil	400 € par appareil	600 € par appareil
Prévention				
Consultations non remboursées par la Sécurité sociale "Médecine douce" : Ostéopathie, Somatologie, Chiropractie, Sophrologie, Kinésiologie, Acupuncture, Microkinésithérapie, Etiopathie, Naturopathie, Homéopathie, Réflexologie. Seuls les actes repris ci-dessus sont pris en charge	50% par acte (avec un maximum de 35 €) dans la limite de 4 actes cumulés par an et par bénéficiaire			
Vaccin : Contre la grippe, dépistage de l'hépatite A et B, non pris en charge par la Sécurité sociale sont remboursés sous la seule condition qu'ils fassent l'objet d'une prescription médicale	Frais réels			
Cone Beam ou Imagerie volumétrique par faisceau conique Exploration dentaire dans le cadre d'implant (type scanner)	50% de l'acte, tous les 5 ans et par bénéficiaire			
Ostéodensitométrie osseuse	Frais Réels			
Adaptation médicale des lentilles	30 € par an et par bénéficiaire			

Acte Social :				
Sur demande écrite de l'adhérent à la "Commission Sociale", une prime au Mariage ou une prime à la naissance peut être attribuée par décision du Conseil d'Administration.				
		Niveau de Garantie		
	Simple	Normal	Amélioré	Supérieur
Prime au mariage :	280 €	280 €	280 €	280 €
Prime à la naissance	280 €		491 €	
Parrainage :	Toute personne qui réalise une nouvelle adhésion reçoit (par adhésion) une « prime de parrainage » d'un montant de 50 €. Cette prime est versée dès que le nouveau sociétaire compte 12 mois d'adhésion.			
La Protection Mutuelle et Familiale (PMF) est établie au 30 rue Kageneck à 67000 STRASBOURG. Elle est régie par le Code de la Mutualité et elle est agréée dans la branche d'activités 2 (Non Vie). Elle est immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro 339 332 967.				
Les garanties du contrat décrites ci-dessus respectent l'ensemble des conditions du cahier de charges des contrats dits "responsable et solidaire" mentionnées à l'article R. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R. 871-1 et 2 du même code. Le contrat de la Protection Mutuelle et Familiale est conforme à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite "100% Santé") (1)				
Dans le cadre des contrats dit "responsable et solidaire, tous les tickets modérateurs, pour l'ensemble des actes et pour tous les bénéficiaires, sont pris en charge par la mutuelle à 100%.				
Lorsque les garanties ne sont pas exprimées sous la forme "Remboursement intégral", elles sont exprimées sous la forme de forfait (en euro), ou de pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, auquel se rajoute le remboursement du Régime Obligatoire. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des "prix limites de ventes" (PLV) déterminés par la réglementation en vigueur (2)				
Lexique :				
Sécurité sociale : ce terme reprend tous les Régimes Obligatoires				
Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est souscrit le contrat de santé et qui reçoit à ce titre les prestations prévues				
* Équipement optique : 2 verres + 1 monture				
* de la BR : de la base de remboursement de la Sécurité sociale (tous les régimes obligatoires)				
* TM : ticket modérateur				
* Panier de soins : Il représente l'ensemble des produits, services et prestations de santé auxquels chaque salarié doit pouvoir accéder sans reste à charge. Ce sont des garanties minimales définies par la nouvelle réglementation.				
(*) 100% Santé : Tel que défini réglementairement dans le respect des prix limites de ventes" (PLV) et des plafonds fixés par la réglementation				
(a) Le remboursement de la monture de la classe A est plafonné à 30 €. Le remboursement de la monture de la classe B est plafonné à 100 €. Les forfaits exprimés comprennent le remboursement de la Sécurité Sociale. Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité Sociale et à hauteur du ticket modérateur.				
(b) Les équipements d'optique médicale du panier de soins «100% Santé» et autres que «100% Santé» sont limités à une prise en charge :				
- par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ;				
- par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ;				
- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.				
Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite à un an en cas d'évolution de la vue.				
L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité Sociale.				
Verre simple :	Unifocaux sphérique Sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ; Unifocaux sphérique-cylindriques Sphère entre -6,00 et 0 dioptries et le Cylindre inférieur ou égale à +4,00 dioptries ; Unifocaux sphérique-cylindriques Sphère positive et somme S (sphère+cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries			
Verre complexe :	Unifocaux sphérique Sphère hors zone -6,00 et +6,00 dioptries ; Unifocaux sphérique-cylindriques Sphère entre -6,00 et 0 dioptries et le Cylindre supérieur à +4,00 dioptries ; Unifocaux sphérique-cylindriques Sphère inférieur à -6 dioptries et le Cylindre supérieur ou égale à 0,25 dioptries ; Unifocaux sphérique-cylindriques Sphère positive et somme S (sphère+cylindre) est supérieur à 6,00 dioptries ; Multifocaux ou progressifs sphériques Sphère entre -4,00 et +4,00 dioptries ; Multifocaux ou progressifs sphérique-cylindriques Sphère entre -8,00 et 0 dioptries et le Cylindre inférieur ou égale à +4,00 dioptries ; Multifocaux ou progressifs sphérique-cylindriques Sphère positive et somme S (sphère+cylindre) est inférieur ou égale à 8,00 dioptries ;			
Verre très complexe :	Multifocaux ou progressifs sphériques hors zone -4,00 et +4,00 dioptries ; Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques Sphère entre -8,00 et 0 dioptries et le Cylindre supérieur à +4,00 dioptries ; Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques Sphère inférieur -8 dioptries et le Cylindre supérieur ou égale à +0,25 dioptries ; Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques Sphère positive et somme S (sphère+cylindre) est inférieur à 8,00 dioptries.			
(c) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. Conformément à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale, le remboursement total des aides auditives de la classe 2 est plafonné à 1 700€ par oreille à appareiller.				
(d) Une aide auditive de classe 1 doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.				
Les garanties du contrat décrites ci-dessus respectent l'ensemble des conditions du cahier de charges des contrats dits "responsables et solidaires" mentionnées à l'article R. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R. 871-1 et 2 du même code. Le contrat de la Protection Mutuelle et Familiale est conforme à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite «100% Santé»)				
Vos garanties prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale. Certains frais, non pris en charge par la Sécurité Sociale, peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties.				
(1) Tel que défini réglementairement				
(2) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale.				