

LA PROTECTION MUTUELLE ET FAMILIALE " ENTITÉ LIBRE "

Tableau de Garanties et de Prestations incluant le 100 % Santé (*) 2026

Les remboursements de la mutuelle, exprimés en pourcentage du tarif de base du régime obligatoire, représentent la part prise en charge par la mutuelle ; s'y rajoute le remboursement du ticket modérateur.

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			
		Garantie 1	Garantie 2	Garantie 3	Garantie 4
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 OPTAM-CO		Dépense = 120 € BR = 50,00 €	Dépense = 120 € BR = 50,00 €	Dépense = 120 € BR = 50,00 €	Dépense = 120 € BR = 50,00 €
		Remboursement PMF : Néant	Remboursement PMF : 30,00 €	Remboursement PMF : 70,00 €	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 €	Dépense = 120 € BR = 50,00 €	Dépense = 120 € BR = 50,00 €	Dépense = 120 € BR = 50,00 €
		Remboursement PMF : Néant	Remboursement PMF : 20,00 €	Remboursement PMF : 50,00 €	Remboursement PMF : 50,00 €
Analyses, auxiliaires médicaux, actes de transports.		Néant	50 % du 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*
Participation prothèses capillaires article L.165-1 du code de la Sécurité sociale		Participation mutuelle pour celle de la classe II, III et IV, selon montant du décret à venir			
Achat fauteuil roulant		Remboursement intégral par l'assurance maladie effectuée si prescription par un médecin ou un ergothérapeute			
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 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
Pour le Forfait Patient Urgence (FPU)		100%	100%	100%	100%

Hospitalisation		Niveau de Garantie			
Dépassements d'honoraires		Garantie 1	Garantie 2	Garantie 3	Garantie 4
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% de la 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 €	Dépense = 671,70 € BR = 271,70 €	Dépense = 671,70 € BR = 271,70 €	Dépense = 671,70 € BR = 271,70 €
		Remboursement PMF : Néant	Remboursement PMF : 163,02 €	Remboursement PMF : 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 €	Dépense = 671,70 € BR = 271,70 €	Dépense = 671,70 € BR = 271,70 €	Dépense = 671,70 € BR = 271,70 €
		Remboursement PMF : Néant	Remboursement PMF : 108,68 €	Remboursement PMF : 217,36 €	Remboursement PMF : 271,70 €
Forfait journalier, 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 60 jours /an	70 € par jour 90 jours/an (sauf Psychiatrie 70 Jours/an)	80 € par jour 120 jours/an (sauf Psychiatrie 80 Jours/an)
Participation pour la location d'un téléviseur		Néant	Néant	Néant	3 € maxi. par jour 120 jours / an
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 (*)		Garantie 1	Garantie 2	Garantie 3	Garantie 4
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, paradontologie, 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		50% de la BR*	100% de la BR*	200% de la BR*	300% de la BR*
Exemple de remboursement d'une prothèse dentaire		Dépense = 400 € BR = 107,50 €	Dépense = 400 € BR = 107,50 €	Dépense = 400 € BR = 107,50 €	Dépense = 400 € BR = 107,50 €
		Remboursement PMF : 64,50 €	Remboursement PMF : 118,25 €	Remboursement PMF : 225,75 €	Remboursement PMF : 292,50 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale		50% de la BR*	100% de la BR*	200% de la BR*	300% de la BR*
Exemple de remboursement d'un acte d'orthodontie		Dépense = 700 € BR = 193,50 €	Dépense = 700 € BR = 193,50 €	Dépense = 700 € BR = 193,50 €	Dépense = 700 € BR = 193,50 €
		Remboursement PMF : 116,10 €	Remboursement PMF : 212,85 €	Remboursement PMF : 406,35 €	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			
Equipement Classe A dit "100% Santé"(*) : <i>une monture et deux verres entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé(*) (classe à prise en charge renforcée) (a)</i>	Garantie 1	Garantie 2	Garantie 3	Garantie 4
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 € maxi pour la monture	Remboursement intégral des verres de classe A +100 € maxi pour la monture	Remboursement intégral des verres de classe A +100 € maxi pour la monture	Remboursement intégral des verres de classe A +100 € maxi 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 € maxi pour la monture	300 € dont 100 € maxi pour la monture	370 € dont 100 € maxi pour la monture	420 € dont 100 € maxi 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
Niveau de Garantie				
Aide auditive (remboursée par la Sécurité sociale)	Garantie 1	Garantie 2	Garantie 3	Garantie 4
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 :	Niveau de Garantie			
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.	Garantie 1	Garantie 2	Garantie 3	Garantie 4
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 égal à + 4,00 dioptries ; Unifocaux sphérique-cylindriques Sphère positive et somme S (sphère+cylindre) 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.

e) Le montant pris en charge pour la Chambre particulière n'est pas payé pour les séjours effectués dans les maisons de repos ou de convalescence sauf s'ils font suite, sans aucune interruption, à une hospitalisation médicale ou chirurgicale,

(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.