

Fiche d'adhésion à la GARANTIE PRINCIPALE MNPAF**Reprise après cessation provisoire d'activité OAT****Reprise après cessation provisoire d'activité**

Cessation du _____ au _____

Adhésion agent Adhésion conjoint Adhésion enfant Modifications administratives

NOM Prénom : _____	Date de naissance : _____
Adresse : _____	N° SS : _____
_____	Matricule agent : _____
_____	N° tél. fixe : _____
E-mail : _____	N° tél. mobile : _____
Si votre conjoint est actif ou ex-agent Air France (ou rattaché), merci de nous indiquer son N° SS : _____	

CONJOINT-CONCUBIN-PACS**A ne remplir que si vous souhaitez l'affiliation de votre conjoint**

NOM Prénom : _____	Date de naissance : _____
N° SS : _____	Date d'affiliation MNPAF : _____

ENFANT(S) A CHARGE**A ne remplir que si vous souhaitez l'affiliation de vos enfants**

NOM	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité Sociale	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

**Garantie complémentaire
OPTIONNELLE****Souhaitez-vous également souscrire à l'option ? (cotisations et prestations ci-jointes)**OUI **IMPERATIF** : Joindre à la présente fiche d'adhésion toutes les pièces justificatives listées au verso.**A dégraffer et retourner à :**Service Gestion MNPAF – TSA 81346 - 75621 PARIS CEDEX 13
Tél. : 01-53-380-380 – Fax : 01-45-80-76-24 - E-mail : servicegestion@mnparf.frJ'atteste avoir pris connaissance des conditions générales d'adhésion et certifie l'exactitude des renseignements contenus dans ce document. Je m'engage à signaler à la mutuelle toute modification dans les meilleurs délais. Toute fausse déclaration entraînera la **radiation** immédiate et **le remboursement des sommes indûment perçues**.Date : _____ Signature de l'adhérent : _____ Tampon et signature du Service du Personnel
(uniquement pour l'adhésion de l'agent)

COTISATIONS ET PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

COTISATION MENSUELLE 2010 DES AGENTS OAT PRELEVÉE SUR PAIE:

La cotisation mensuelle est fixée à **41 €** pour le salarié OAT et **41 €** pour l'employeur OAT.

COTISATION MENSUELLE 2010 DES CONJOINTS D'AGENTS OAT PRELEVÉE SUR PAIE :

La cotisation mensuelle forfaitaire est de **46 €**.

TRAITEMENT DES ENFANTS A CHARGE 2010 :

Les enfants sont gratuits jusqu'au 31 décembre de leurs 20 ans ou jusqu'au 31 décembre de leurs 26 ans s'ils sont étudiants. Pour les non-étudiants dont les ressources ne dépassent pas le SMIC ils peuvent être maintenus à la mutuelle moyennant une cotisation mensuelle de 25 €.

PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR :

- **pour l'adhésion du conjoint/concubin/PACS**, une copie de l'acte de mariage, du contrat de PACS authentifié par une attestation délivrée par le greffe du Tribunal d'instance ou d'un justificatif de domiciliation fiscale commune pour les concubins,
- **pour les cotisations prélevées sur compte bancaire (enfant de plus de 20 ans non étudiant, garantie complémentaire optionnelle)** : nous retourner le formulaire d'autorisation de prélèvement bancaire ci-joint dûment rempli et signé.
- un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.), pour le versement des prestations,
- une copie de l'attestation VITALE sur laquelle sera mentionnée « Bon pour accord télétransmission Sécurité Sociale » afin de pouvoir en bénéficier,
- **pour l'adhésion d'enfants âgés de plus de 20 ans**, une copie de l'attestation VITALE Sécurité Sociale EDUTIANTE et un certificat de scolarité.

Votre partenaire santé au quotidien pour vous et votre famille.

NOTICE D'INFORMATION

La MNPAF est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et elle est immatriculée au Registre National des mutuelles sous le numéro 379 718 653.

Les Statuts et le Règlement Mutualiste approuvés par l'Assemblée Générale des délégués élus par les adhérents de la Mutuelle, constituent le lien contractuel entre les adhérents et la Mutuelle, et sont fournis à l'adhésion ou disponibles sur simple demande. La signature de la fiche d'adhésion pour les adhérents à titre individuel ou du contrat de travail pour les adhérents à titre collectif emporte acceptation de l'ensemble des dispositions statutaires et réglementaires de la Mutuelle. Toute modification ultérieure de ces textes régulièrement validée par l'Assemblée Générale de la Mutuelle s'impose à l'ensemble des adhérents. Les modifications statutaires et réglementaires sont communiquées aux adhérents par tous moyens adaptés (notice d'information, revue Mutuelle Dernière et Site Internet).

QUELQUES INFORMATIONS SUR LES CONDITIONS D'ADHESION A LA GARANTIE PRINCIPALE

1. La possibilité de faire adhérer votre « conjoint » en tant qu'ayant droit

Le terme « conjoint » désigne le conjoint, le concubin, ou le co-signataire d'un PACS. Il peut adhérer à la MNPAF sous réserve d'être mentionné sur la fiche d'adhésion de l'ouvrant droit et de remplir les conditions précisées aux Statuts et dans l'accord d'entreprise pour les « conjoints » d'actifs. Vous devrez fournir l'attestation Sesam-Vitale, ainsi que la copie du certificat de mariage pour le conjoint, un justificatif de domiciliation fiscale commune pour le concubin et une copie de l'attestation délivrée par le greffe du Tribunal d'Instance pour le co-signataire d'un PACS.

Attention aux délais de carence:

- **6 mois sur les prothèses dentaires,**
- **3 mois sur les autres frais**
- **Aucun délai de carence n'est appliqué dans les cas suivants :**
 - si l'adhésion du conjoint intervient dans le mois qui suit le mariage ou la signature d'un PACS (ou dans le mois de reconnaissance du conjoint de nationalité étrangère par la Sécurité sociale française en cas de mariage à l'étranger);
 - si l'adhésion intervient dans le mois qui suit la fin d'une autre adhésion à un régime complémentaire, ou dans le mois qui suit la fin des droits CMU-C.
 - si l'adhésion du conjoint (ou concubin ou co-signataire d'un PACS) intervient dans le mois qui suit l'adhésion de l'agent embauché.

La cotisation du « conjoint » et les modalités de prélèvement de celle-ci sont fonction de la catégorie d'appartenance de l'ouvrant droit (actif CDD CDI / retraités et assimilés / suspension de service sans solde supérieure à 2 mois et autres).

2. La possibilité de faire adhérer votre enfant à charge en tant qu'ayant droit

Pour pouvoir adhérer à la Mutuelle comme ayant droit, l'enfant doit être déclaré sur le bulletin d'adhésion, avoir moins de 26 ans, être célibataire, à charge fiscalement et avoir des revenus inférieurs ou égaux au SMIC. A défaut l'enfant est radié au 31 décembre de l'année.

Cas de l'enfant affilié à titre gratuit

Les enfants sont gratuits jusqu'au 31 décembre de leurs 20 ans. Au-delà l'affiliation à titre gratuit se fera sous réserve de fournir annuellement un certificat de scolarité à titre principal et une attestation de Sécurité Sociale Etudiante.

Cas de l'enfant affilié à titre onéreux

L'enfant âgé entre 20 et 26 ans qui n'est pas en mesure de fournir les justificatifs précités mais dont les ressources ne dépassent pas le SMIC, peut être maintenu à la Mutuelle sur demande expresse de rattachement, moyennant une cotisation mensuelle de 25 €

Cas particulier de l'enfant handicapé

L'enfant handicapé est pris en charge sans limite d'âge et gratuitement à condition que le handicap soit reconnu par la Maison du Handicap (contrôle tous les 5 ans) avant l'âge de 26 ans et que « l'enfant » soit bénéficiaire de l'Allocation Adultes Handicapés ou assuré social avec une rémunération annuelle inférieure ou égale au SMIC.

3. Eventualités d'une démission ou d'une radiation

- Cas de démission

Les bénéficiaires adhérant à titre facultatif peuvent démissionner de la mutuelle au 31 décembre de l'année en cours (sauf exception voir article 9 des Statuts). La démission doit être notifiée par lettre recommandée avec AR au moins un mois avant la date d'effet.

- Cas de radiation

Sont radiés les membres ne remplissant plus les conditions affiliation, les membres ne réglant plus leurs cotisations aux périodicités prévues, les enfants et conjoints (« ayants droit ») en cas de démission/radiation de l'ouvrant droit ou en cas de demande écrite de l'ouvrant droit.

La démission et la radiation de l'ouvrant droit rendent toute demande de ré-adhésion ultérieure impossible (voir article 12 des Statuts pour exceptions).

NOTA : en cas de droits ouverts à la CMU-C, l'adhésion collective reste obligatoire et l'ouvrant droit ne pourra pas suspendre sa cotisation. Pour les adhérents relevant de la couverture individuelle et les conjoints, l'application des droits CMU-C pourra entraîner leur radiation de la couverture MNPAF puis à titre exceptionnel leur ré-adhésion si celle-ci intervient dans le mois qui suit la fin des droits CMU-C.

4. Modalités d'adhésion des bénéficiaires ouvrants droit

	Adhérents/ conditions d'adhésion	Cotisation mensuelle 2010
Adhésion Collective et Obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> - Salarié en activité (1) en CDI- CDD. L'adhésion se fait par la signature du contrat de travail - Salarié en suspension du contrat de travail indemnisée (maladie, maternité ou accident dès lors qu'il y a maintien de salaire ou IJ complémentaires). - Salarié en suspension du contrat de travail non indemnisée < 2 mois <p><u>Attention</u>: afin de permettre au service gestion de la mutuelle d'enregistrer votre affiliation et celle de vos éventuels ayants-droit, il est impératif de nous retourner rapidement la fiche d'adhésion ci-jointe dûment complétée et accompagnée des documents demandés.</p> <p>(1) Air France, personnels CCE, CE, ASAF, MNPAF et ceux rattachés par protocoles (Annexe 1 du Règlement Mutualiste 1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La cotisation du salarié prélevée sur bulletin de paie selon les modalités définies dans l'accord d'entreprise.

PORTABILITE DES GARANTIES FRAIS DE SANTE ET PREVOYANCE

Possibilité d'application des dispositions de l'article 14 de l'**Accord National Interprofessionnel (ANI)** du 11 janvier 2008 pour les salariés dont la cessation du contrat de travail donne lieu à une prise en charge par le régime d'assurance chômage : licenciement (sauf faute lourde), rupture conventionnelle, fin de CDD, démission légitime...

La couverture de remboursement des frais de santé dont bénéficiait le salarié en activité peut ainsi être maintenue dans les mêmes conditions pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail (appréciée en mois entiers), sans pouvoir toutefois excéder 9 mois.

Pour plus de détails, nous vous invitons à vous rapprocher de votre service paie.

Lors du départ (définitif ou temporaire) de l'entreprise les salariés et leur famille ont la possibilité de rester affiliés à la MNPAF et de bénéficier des mêmes prestations. Un dossier d'adhésion facultative et individuelle complet leur sera alors adressé précisant notamment le calcul de leur nouvelle cotisation. Celle-ci sera déterminée en fonction de leur catégorie d'appartenance décrite ci-dessous :

Adhésion Individuelle et Facultative	Retraités, pensionnés et assimilés (2)	<ul style="list-style-type: none"> - Barème de cotisations « RETRAITE » (ci-contre) Les conjoints et enfants éventuellement inscrits basculeront également dans ce barème. Pour plus de renseignements, rendez-vous sur le site www.mnpaf.fr.
	Préretraités (2)	
	Ex-salariés devenus chômeurs au-delà de 55 ans (2)	
	Invalides SS 2^{ème} et 3^{ème} catégories (2)	
	PN inaptés définitif sans droit à pension immédiat (2)	<ul style="list-style-type: none"> - Barème de cotisations « PLURIEL » (ci-contre) Les conjoints et enfants éventuellement inscrits basculeront également dans ce barème pluriel. Pour plus de renseignements, rendez-vous sur le site www.mnpaf.fr.
	PNC démissionnaires entre 40 et 49 ans (2)	
	Ex-salariés devenus chômeurs avant 55 ans	
	Cessations provisoires de service sans solde > à 2 mois	
	Invalides 1^{ère} catégorie sans activité professionnelle	
	Enfant Orphelin (Père et mère décédés ou parents survivant non adhérent) (2)	
Conjoint Divorcé ou Survivant (2)	<ul style="list-style-type: none"> - La cotisation est forfaitaire : 102 € - En cas de remariage, concubinage ou PACS basculement sur le barème PLURIEL 	

(2) : L'adhésion doit se faire dans les 12 mois suivant la fin de l'adhésion obligatoire en continuité et sans interruption dans les cotisations.

En cas de possibilité d'adhésion au titre de plusieurs catégories d'ouvrants droit, l'adhésion se fait dans la catégorie permettant la durée la plus longue d'adhésion.

Toutes les personnes ayant été couvertes par la MNPAF et ne remplissant pas ou plus les conditions d'affiliation précisées ci-dessus peuvent maintenir leur couverture MNPAF en application de la notice d'information et barème « Pluriel ». Pour plus de renseignements rendez-vous sur le site www.mnpaf.fr, rubrique « Adhésion ».

BAREME MENSUEL DES COTISATIONS 2010 « RETRAITES ET ASSIMILES » :

Ressources Déclarables aux Impôts Année A-2	Cotisations mensuelles
De 0 € à 14.600 €	57,50 €
De 14.601 € à 19.600 €	78,50 €
De 19.601 € à 24.600 €	88,50 €
De 24.601 € à 29.600 €	96,50 €
De 29.601 € à 38.000 €	98,50 €
De 38.001 € et au-delà	103,50 €

BAREME MENSUEL PLURIEL 2010 :

Composition Familiale	Référence: âge de l'ouvrant droit Nb : le changement de tranche d'âge se fait au 1er janvier suivant la date d'anniversaire					
	Moins de 30ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70 ans et plus
1 adulte	38 €	48 €	60 €	75 €	107 €	115 €
1 adulte + 1 enfant	62 €	72 €	84 €	99 €	131 €	139 €
1 adulte + 2 enfants ou plus	86 €	96 €	108 €	123 €	155 €	163 €
2 adultes	73 €	91 €	112 €	141 €	200 €	215 €
2 adultes + 1 enfant	97 €	115 €	136 €	165 €	224 €	239 €
2 adultes + 2 enfants ou plus	121 €	139 €	160 €	189 €	248 €	263 €

BAREME MENSUEL GARANTIE COMPLEMENTAIRE OPTIONNELLE 2010 :

Composition Familiale	Référence: âge de l'ouvrant droit Nb : le changement de tranche d'âge se fait au 1er janvier suivant la date d'anniversaire					
	Moins de 30ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70 ans et plus
1 adulte	11 €	14 €	18 €	22 €	24 €	26 €
1 adulte + 1 enfant	19 €	22 €	26 €	30 €	32 €	34 €
1 adulte + 2 enfants ou plus	27 €	30 €	34 €	38 €	40 €	42 €
2 adultes	20 €	25 €	32 €	39 €	42 €	46 €
2 adultes + 1 enfant	28 €	33 €	40 €	47 €	50 €	54 €
2 adultes + 2 enfants ou plus	36 €	41 €	48 €	55 €	58 €	62 €

Nb : en complément de la cotisation pour la garantie principale

QUELLES SONT LES GARANTIES OFFERTES PAR LA MNPAF ET LES MODALITES DE REMBOURSEMENT ?

Les prestations prises en charge par la Sécurité Sociale donnent lieu à remboursement suivant les conditions et les taux déterminés par le titre III du Règlement Mutualiste. La Mutuelle ne garantit pas le désengagement de la Sécurité Sociale et exerce son activité de complémentaire santé dans le cadre du contrat responsable tel que défini par la loi n°2004-810 du 13 août 2004.

Les prestations non prises en charge par la Sécurité Sociale ne peuvent donner lieu à remboursement à l'exception des actes expressément prévus au titre III du Règlement Mutualiste.

Certains soins sont exclus de toute prise en charge mutuelle (article 7 du Règlement Mutualiste).

Le droit au paiement des prestations de la Mutuelle se perd après un délai de 24 mois qui s'entend :

- soit à compter du mois d'établissement du décompte de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou à compter du mois d'établissement de la facture pour les prestations en nature,
- soit à compter de la date de la naissance pour l'allocation liée aux charges de la prime enfance, d'acquisition des conditions d'attribution pour les indemnités journalières, ou de règlement de la dépense pour l'aide aux enfants handicapés.

Par ailleurs, le droit à réclamation faisant suite à un remboursement de prestation se perd également après un délai de 24 mois à partir du versement effectué par la mutuelle.

En cas de trop perçu de prestations, la régularisation de la situation doit intervenir dans le délai de 30 jours à compter de la première notification de ce trop perçu. Passé ce délai, dans le cas où la situation n'a toujours pas été réglée, les droits à prestations seront suspendus.

La télétransmission Sécurité Sociale.

Elle permet à l'adhérent de ne plus avoir à faire parvenir son décompte Sécurité Sociale à la Mutuelle pour être remboursé de la part complémentaire. Il suffit d'envoyer vos feuilles maladie (nb : elles sont transmises électroniquement si utilisation de la carte Vitale) à votre régime d'assurance maladie de base qui se chargera ensuite de transmettre une image informatique du décompte à la Mutuelle : celle-ci procède alors au remboursement de sa participation immédiatement après la Sécurité Sociale (sauf certains cas nécessitant une facture comme les lunettes, les prothèses dentaires non remboursées SS, le tiers payant partiel Sécurité Sociale, etc...).

Si sur votre décompte Sécurité Sociale figure la mention « Gardez ce décompte, un double est transmis à votre mutuelle », ou une mention approchante, cela signifie que vous êtes bien en télétransmission, ce qui vous dispense de nous envoyer votre décompte.

Pour bénéficier de la télétransmission, faites une demande écrite au service gestion de la Mutuelle en joignant la photocopie de votre attestation Vitale avec mention « bon pour accord télétransmission ». Peuvent bénéficier de la télétransmission les personnes affiliées au régime général de Sécurité Sociale, aux régimes AMPI ou AMEXA, à la CNMSS, à la CRPCEN, à la MGEN ou à la MFP pour les fonctionnaires, à la LMDE, la MGEL, la SMEBA, la SMEREP, la SMENO, VITAVI ou la MEP pour les étudiants (des accords pourront être conclus avec les autres régimes de base).

Le tiers payant.

Il permet d'être dispensé de l'avance d'une partie ou de la totalité des frais ; grâce à votre carte mutuelle vous pouvez bénéficier du tiers-payant chez de nombreux professionnels de santé et centres mutualistes (liste complète consultable sur notre Site Internet www.mnpaf.fr rubrique « Tiers-Payant »).

Vous avez notamment accès au tiers payant pharmaceutique partout en France ; pour cela, il vous suffit de vous rendre dans une pharmacie de votre département et de présenter votre carte Vitale ainsi que votre carte Mutuelle.

Attention : en cas de « tiers payant partiel », un reçu de paiement de la part Mutuelle doit obligatoirement être envoyé au service gestion pour remboursement.

En optique, audioprothèses et en cas d'hospitalisation une demande de prise en charge préalable est obligatoire pour bénéficier du tiers-payant. Le professionnel doit s'adresser à notre service dédié dont les coordonnées sont indiquées sur votre carte mutuelle.

Le cas de l'hospitalisation.

En cas de prise en charge hospitalisation établie par la Mutuelle, envoyez seulement la facture concernant d'éventuels dépassements d'honoraires chirurgicaux, accompagnée de la facture AMC délivrée par l'établissement (ou tout justificatif détaillé).

Attention, pour l'hospitalisation dans un département différent de celui de votre résidence, faites rédiger par votre médecin une demande d'entente préalable et soumettez-la au contrôle médical de votre CPAM; à défaut d'accord de votre CPAM, une partie des dépenses pourrait rester à votre charge, en particulier si l'hospitalisation a lieu à Paris.

Pour une hospitalisation à l'étranger, la Sécurité Sociale rembourse sur la base d'un forfait; de ce fait, la Mutuelle ne participe que si vous êtes en mesure de fournir une facture détaillée traduite en français faisant état de dépassement d'honoraires chirurgicaux ou de supplément chambre particulière. Vérifiez, avant de partir vos couvertures santé auprès de vos assurances ou cartes de crédit.

ATTENTION :

Lorsque vous devez faire des travaux de prothèses dentaires/implants, subir des soins de parodontologie ou d'endodontie non remboursés par la Sécurité Sociale ou subir une opération au laser de la vue (voir conditions de prise en charge à l'article 73 du Règlement Mutualiste), contactez le service de gestion de la MNPAF, qui étudiera votre devis avant accord et calculera la participation MNPAF (vous permettant ainsi de connaître exactement la part restant éventuellement à votre charge). Cette démarche préalable à l'exécution des soins est obligatoire sous peine de non remboursement par la Mutuelle.

OÙ TROUVER DES INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES ?

« Mutuelle Dernière ».

« Mutuelle Dernière » est une revue éditée par la Mutuelle à l'intention de ses adhérents. L'objectif est d'informer les mutualistes sur le fonctionnement de la Mutuelle, sa santé financière, les décisions prises par les élus en Assemblée Générale, le niveau de ses principaux remboursements ainsi que les conditions d'adhésion. Y figurent aussi diverses informations pratiques sur les modalités de remboursement et sur l'évolution de la réglementation en matière d'assurance maladie. Il inclut systématiquement des informations sur les dernières modifications statutaires. « Mutuelle Dernière » vous est envoyé à domicile dès sa parution.

Le site Internet de la Mutuelle : www.mnpaf.fr

Vous avez ainsi accès aux Statuts à jour, au suivi de vos remboursements des 90 derniers jours, à la liste exhaustive des professionnels chez qui vous pouvez bénéficier du tiers-payant et à toutes sortes d'informations pratiques.

N'hésitez pas à le consulter.

Les permanences de la Mutuelle.

Vous pouvez vous y présenter pour obtenir des renseignements, déposer des dossiers, ou faire modifier votre adresse, votre domiciliation bancaire... Vous pouvez aussi faire procéder à l'inscription d'un conjoint ou d'un enfant. Ces permanences situées sur les différents sites d'Air France, sont présentes en région parisienne; consultez « Mutuelle Dernière » et le site Internet pour les adresses, les dates et horaires d'ouverture.

Les délégués de site.

Désignés par vos élus à la MNPAF, ils assurent également des permanences sur les principaux sites Air France. Ils ont pour mission de répondre aux différentes questions posées par les adhérents au sujet de la Mutuelle, de les conseiller, d'assurer la liaison aussi bien avec l'organisme gestionnaire qu'avec le siège de la Mutuelle. Les délégués départementaux sont des retraités qui représentent la Mutuelle localement, et peuvent dans certains cas vous assister.

Le serveur téléphonique de la MNPAF au 01-53-380-380 :

Vos contacts à la Mutuelle.

Service gestion MNPAF

TSA 81 346

75 621 PARIS CEDEX 13

Tél. : 01-53-380-380 / Fax : 01 45 80 76 24

E-mail : servicegestion@mnpaf.fr

MNPAF – Siège social

2, place de Londres – Continental Square

BP 11692 Tremblay en France

95 725 ROISSY CDG cedex

Tel : 01-48-64-56-18 / Fax : 01 48 64 62 07

E-mail : siege@mnpaf.fr web : www.mnpaf.fr

Changement d'adresse/de CPAM

En cas de déménagement, n'oubliez pas de nous en informer immédiatement en fournissant vos nouvelles coordonnées au Service Gestion ainsi que votre nouvelle attestation Vitale faute de quoi la télétransmission risque d'être rompue.

REGLEMENT MUTUALISTE : Garantie Complémentaire Optionnelle

I - ADHESION

Article 1 : Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer au régime optionnel :

a) En tant que membre participant
Les adhérents (ouvrant droit) de la MNPAF à titre collectif et individuel.

b) En tant qu'ayant droit
Sont considérés comme ayants droit :
- les ayants droit (conjoint et enfant(s)) tels que définis par le Règlement Mutualiste de la MNPAF et inscrits au régime principal de la MNPAF.
L'adhésion à l'option est familiale. Tous les ayants droit couverts par le régime principal sont obligatoirement couverts également par le régime optionnel suite à l'adhésion de l'ouvrant droit à celui-ci.

Article 2 : Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion des membres participants et des ayants droit prend effet à partir du 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande (le cachet de la poste faisant foi), sous réserve qu'elle soit conforme au présent règlement.

Nota : si la demande d'adhésion à la garantie complémentaire optionnelle intervient après la première adhésion à la garantie principale un délai d'attente de 3 mois sera appliqué.

Article 3 : Pièces à fournir lors de l'adhésion

La demande d'adhésion doit être formulée à l'aide du bulletin d'adhésion mis à la disposition de l'adhérent par la MNPAF.

Pour les adhérents relevant de la couverture collective et obligatoire une autorisation de prélèvement bancaire ainsi qu'un RIB seront également à fournir.

Ces documents sont à adresser au service gestion de la MNPAF dûment remplis, datés et signés.

Article 4 – Adjonction d'un ayant droit

Si l'ouvrant droit et sa famille adhèrent à l'option, l'adjonction d'un nouveau bénéficiaire à la MNPAF en cours d'année entraînera l'inscription automatique de l'enfant ou du conjoint à l'option. La date d'effet de l'adjonction est le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

Article 5 - Engagement

Lors de l'adhésion, le membre participant s'engage, sauf démission ou radiation de la garantie principale MNPAF, à rester (lui-même et ses ayants droit) dans le régime optionnel au moins jusqu'au 31 décembre de l'année N+1 (N étant l'année d'adhésion).

II - DEMISSION, RADIATION, EXCLUSION

Article 6 – Démission

La démission ne peut intervenir qu'au 31 décembre de l'année en cours (et sous réserve de la période d'engagement) et doit être notifiée par l'ouvrant droit par lettre recommandée avec accusé de réception au moins un mois avant. La radiation sera appliquée à l'ensemble de la

famille inscrite et interviendra le 1^{er} jour de l'année suivante.

En outre, l'adhérent dispose d'un mois à compter de la réception de son échéancier annuel (le cachet de la poste faisant foi) pour demander sa démission par lettre recommandée avec accusé de réception. La démission prendra effet le premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Article 7 – Radiation

Sont radiés d'office les membres participants et/ou les ayants droit radiés ou démissionnaires du contrat principal MNPAF, cette radiation étant prononcée à la même date.

Peuvent également être radiés les membres et leur famille dont la cotisation n'est pas réglée aux périodicités prévues. Si la situation n'est pas réglée dans les 10 jours, une mise en demeure de payer leur est envoyée. Cette notification les informe de la suspension de la garantie, si les cotisations ne sont pas payées au terme d'un délai de 30 jours à compter de cette mise en demeure.

Si 10 jours après l'écoulement du délai de 30 jours, les cotisations ne sont toujours pas réglées, la garantie sera résiliée et l'adhérent et sa famille définitivement radiés de l'option.

Article 8 – Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la MNPAF un préjudice dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration de la Mutuelle pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

En outre, le Conseil d'Administration peut prononcer la perte temporaire, pour une durée déterminée fixée à son appréciation, des droits de tout membre participant qui se rendrait coupable d'infraction au présent Règlement Mutualiste.

Cette suspension temporaire peut être prononcée pour une, plusieurs ou toutes les prestations du régime optionnel.

Au cas où le litige serait porté devant l'autorité judiciaire, le tribunal compétent est le Tribunal d'Instance dont relève le siège social de la Mutuelle.

Article 9 – Versement des prestations

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

III - COTISATIONS

Article 10 – Définition des catégories de cotisations

La cotisation est familiale. Elle est calculée en fonction de l'âge de l'ouvrant droit et du nombre de bénéficiaires inscrits à la garantie principale (conjoint ou non, nombre d'enfant(s)).

Le conjoint, (ou concubin ou cosignataire d'un pacte civil de solidarité) et les enfants ayants droit sont affiliés à l'option sous réserve de répondre aux conditions décrites



au Règlement Mutualiste de la garantie principale MNPAF.

Aucun supplément de cotisation n'est dû à partir du 3^{ème} enfant à charge mutuelle.

Les tarifs sont décrits au dos de la fiche d'adhésion.

Nota : Afin de ne pas pénaliser les couples de 2 ouvrants droit souhaitant souscrire l'option, la cotisation familiale sur la base du plus jeune pourra leur être appliquée sous réserve qu'ils en fassent la demande expresse.

Article 11 - Mode de règlement de la cotisation

Elle est réglée, terme à échoir, et prélevée chaque début de mois sur compte bancaire.

Un échéancier de cotisations est adressé à l'adhérent avant le 1^{er} prélèvement bancaire et à chaque début d'année.

Article 12 – Révisions de la cotisation

Les cotisations sont révisables au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'âge de l'ouvrant droit.

Par ailleurs le barème de cotisations dans son ensemble peut être révisé à tout moment sur décision de l'Assemblée Générale de la MNPAF si l'évolution des coûts unitaires et des besoins liées à la marge de solvabilité (article L.212-1 du Code de la Mutualité) le nécessitent.

Après approbation de l'Assemblée Générale ordinaire de la MNPAF, ces variations pourront s'appliquer à l'ensemble des mutualistes, avec, éventuellement effet rétroactif.

Article 13 – Adjonction ou radiation d'un ayant-droit.

La cotisation est modifiée conformément au tableau des cotisations à partir de la date d'effet de l'adjonction ou de la radiation de l'ayant droit mutualiste à la garantie principale.

Article 14 - Remboursement des cotisations

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

Tout différend concernant les cotisations doit être soumis au service gestion de la MNPAF accompagné des pièces permettant de justifier la demande.

Le remboursement d'une cotisation ne peut se faire que sous réserve que l'origine ne soit pas imputable à une indication erronée fournie par le membre participant lui-même, ou à une modification de sa situation dont il n'aurait pas informé la MNPAF en temps utile.

IV - PRESTATIONS

Article 15 – Ouverture des droits

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Les ayants droit mutualistes ne peuvent bénéficier des prestations que dans la mesure où l'ouvrant droit dont ils sont ayants droit, est à jour de la cotisation familiale correspondante.

Article 16 – Date d'appréciation des droits aux prestations

Le droit à prestation prend effet immédiatement à la date d'adhésion telle que définie à l'article 2 et sous réserve de l'application des délais de carence.

Article 17 – Conditions de règlement des prestations

Les remboursements sont limités à la dépense engagée après participation de la Sécurité Sociale et du contrat principal de la MNPAF et sont calculées forfaitairement (voir tableau suivant).

Nota : Sont exclues de toute prise en charge par la couverture optionnelle les prestations n'ayant pas fait l'objet d'une participation de la garantie principale MNPAF.

Toutefois un remboursement sera exceptionnellement possible pour les soins de parodontologie et d'endodontie et pour l'achat de lentilles si la non participation du contrat principal s'explique uniquement par le fait que les forfaits annuels ont été atteints.

Article 18 – Délai de forclusion pour les remboursements

Les demandes de paiement des prestations, accompagnées des pièces justificatives, devront, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 24 mois après la date de règlement de la Sécurité Sociale ou à défaut de la date de facture.

Articles 19 – Justificatifs à produire pour les remboursements

Les prestations sont remboursées au membre participant sur présentation des factures originales envoyées au service de gestion de la MNPAF.

Articles 20 – Régime des prestations (voir tableau suivant)

Les prestations versées dans le cadre de l'option respectent le « contrat responsable », tel que défini par la Loi n°2004-810 du 13 août 2004 et ses décrets d'application. De ce fait, les adhérents ne seront pas fondés à demander tout remboursement complémentaire qui remettrait en cause le contrat responsable telles que :

- les contributions forfaitaires laissées à la charge de l'assuré par le régime obligatoire ;
- la majoration du ticket modérateur relative au non respect du parcours de soins ;
- la franchise non remboursable sur l'ensemble des dépassements d'honoraires.

En cas de non participation du contrat principal, aucun complément ne pourra être versé au titre de l'option sauf exception (voir article 17).

DOCUMENT NON CONTRACTUEL Le Règlement Mutualiste détermine les prestations de manière détaillée et leurs conditions de prise en charge le cas échéant	TAUX Sécurité Sociale	REMBOURSEMENT à compter du 01/01/2010 (à ajouter au remboursement Sécurité Sociale)		PIECES A FOURNIR (toujours les originaux des factures et décomptes)
		GARANTIE PRINCIPALE (1)	GARANTIE OPTIONNELLE(1)	
MEDECINS CONVENTIONNES				
Consultation Généraliste, Dentiste ©	50% ou 70 %	TM à hauteur de 30 % de la BRSS+ 5,80 € de dépassement d'honoraires maximum	10,00 €	
Visite	50% ou 70 %	TM à hauteur de 30% de la BRSS	10,00 €	
Consultation, visite Spécialiste (CS)	50% ou 70 %	TM à hauteur de 30% de la BRSS + 15,20 € de dépassement d'honoraires maximum.		Décompte Caisse Primaire d'Assurance Maladie ^{CPAM} ou reçu du Ticket Modérateur TM
Consultation, visite par chirurgien (C2)	50% ou 70 %	TM à hauteur de 30% de la BRSS + 16,80 € de dépassement d'honoraires maximum	25,00 €	
Consultation, visite par professeur (C3)	50% ou 70 %	TM à hauteur de 30% de la BRSS + 21,40 € de dépassement d'honoraires maximum		
Consultation, visite Neuro Psychiatre (pour les + de 26 ans)	50% ou 70 %	TM à hauteur de 30% de la BRSS+ 19,06 € de dépassement d'honoraires maximum		
Consultation et visite par le médecin cardiologue (CSC)	50% ou 70 %	TM à hauteur de 30% de la BRSS+ 30,08€ de dépassement d'honoraires maximum		
Supplément dimanche, nuit, déplacement	50% ou 70 %	TM à hauteur de 30% de la BRSS		/
Radios ADI, Z	50% ou 70 %	TM à hauteur de 30% de la BRSS	30 % BRSS	
MEDECINS NON CONVENTIONNES (SECTEUR 3)				
Consultation	70%	La participation de la mutuelle est équivalente à celle prévue pour les praticiens conventionnés		Décompte CPAM
HONORAIRES OSTÉOPATHES, PSYCHOMOTRICIENS ET PSYCHOLOGUES POUR ENFANTS (- 18 ANS)				
Honoraires ostéopathe, chiropracteur, étiothérapeute	0	20 € par séance (limite de 3 séances par an)	25€/séance (3 séances/an)	Facture acquittée du professionnel diplômé
Honoraires psychomotricien et psychologue pour enfant	0	20 € par séance (limite de 20 séances par an)	25 €/séance (20 séances/an)	Facture acquittée du professionnel titulaire d'un diplôme d'état
AUXILIAIRES MEDICAUX ET ANALYSES MEDICALES				
Honoraires	60%	TM à hauteur de 40% du TC	30% BRSS	Décompte CPAM ou reçu TM
PHARMACIE (la pharmacie à 15% n'est pas prise en charge)				
Médicaments vignettes blanches	65%	35% du TC	/	Décompte CPAM ou facture de la pharmacie
Médicaments vignettes bleues	35%	65% du TC	/	Décompte CPAM ou facture de la pharmacie
Médicaments en hospitalisation	80%	20% du TC	/	Décompte CPAM ou facture de la pharmacie
Vaccins non remboursables	0	100% des frais réels	/	Prescription médicale, vignette ou facture et reçu de paiement du centre de vaccination AF
OPTIQUE				
Montures	65%	Maximum 92 €	50 €/ 2 ans	facture, décompte CPAM
Verre simple (par verre)	65%	Maximum 67 € + 200 % du tarif LPP par verre	adulte 1200% LPP/verre enfant 400% LPP/verre	facture, décompte CPAM
Verre multifocal ou progressif	65%	Maximum 110 €+ 200 % du tarif LPP par verre		facture, décompte CPAM
Lentilles acceptées par la SS	65%	340 € par dossier accepté SS (2 yeux)	50 €/an	facture, décompte CPAM
Lentilles refusées par la SS	0	Maximum annuel 200 €		Prescription médicale et facture comportant la mention « non remboursées SS »
Suppléments optiques et matériels pour amblyopie acceptés SS	65%	TM	/	facture, décompte CPAM
Opération de la myopie, de l'hypermétropie et de l'astigmatisme	0	300 €/œil (conditions voir règlement mutualiste)	400 €/œil	Envoi du devis <u>avant</u> début des soins pour accord + Facture détaillée
APPAREILLAGE				
Acoustique	65 ou 100%	350 % du BRSS	300 % BRSS (1 équipement/2 ans)	Décompte CPAM et facture
Petit appareillage, moulages, prothèses internes, véhicules handicapés physiques, glucomètre	65 ou 100%	250 % du BRSS	300% BRSS	Décompte CPAM et facture
PREVENTION REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE (pour plus de détails voir le Règlement Mutualiste)				
PREVENTION NON REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE				
Tests de prévention médicalement prescrits (ostéodensitométrie osseuse, hémoanalyse)	0	100% du tarif de responsabilité sur la base d'un acte B100	/	Copie de la prescription + facture acquittée avec "mention HN"
TRANSPORT (pour plus de détails voir le Règlement Mutualiste)				
CURES THERMALES (sauf thalassothérapie),				
	70 ou 100%	300€ par cure +forfait 170 € tous les deux ans	/	Factures + attestation de cure et décompte Sécurité Sociale le cas échéant.

(1) Remboursements après déduction des contributions forfaitaires laissées à la charge de l'assuré par le régime obligatoire et éventuellement de la franchise et/ou de la majoration du ticket modérateur liées au non respect du parcours de soins.

La Mutuelle prend en charge la Franchise de 18 € applicable sur les actes techniques supérieurs à 91€ réalisés en médecine de ville ou à l'hôpital.
BRSS = Base de Remboursement Sécurité Sociale

DOCUMENT NON CONTRACTUEL Le Règlement Mutualiste détermine les prestations de manière détaillée et leurs conditions de prise en charge le cas échéant	TAUX Sécurité Sociale	REMBOURSEMENT à compter du 01/01/2010 (à ajouter au remboursement Sécurité Sociale)		PIECES A FOURNIR (toujours les originaux des factures et décomptes)
		GARANTIE PRINCIPALE (1)	GARANTIE OPTIONNELLE(1)	
SOINS ET CHIRURGIE DENTAIRES				
Soins conservateurs SC	70%	60% du TC	50% BRSS	Décompte CPAM ou reçu TM
Chirurgie dentaire DC	70%	100% du TC		Décompte CPAM ou reçu TM
Parodontologie acceptée SS	70%	100% du TC + complément de 360 €/an max	150€/an	Décompte CPAM et facture
Endodontie acceptée SS	70%	60% du TC + complément de 360 €/an max		Décompte CPAM et facture
Parodontologie et/ou Endodontie refusée SS	0	Maxi 360 € par an		Envoi du devis avant début des soins pour accord + Facture comportant la mention "HN"
Orthopédie dento faciale :				
Traitement des dysmorphoses (orthodontie refusée TO 90, ORT 90)	0	250% du TC (483,75 € par semestre)	150% BRSS	Facture ("mention HN" si non remb SS) avec date début et fin du semestre
Frais d'orthopédie dento faciale (orthodontie acceptée TO 90, ORT 90)	100%	250% du TC (483,75 € par semestre)		de soins et décompte CPAM
Frais de prothèse dentaire :				
Codifiée et remboursée Sécurité Sociale	70%	380% du TC		Décompte CPAM (+facture si pas de télétransmission)
Codifiée et non remboursée Sécurité Sociale	0	voir détail au Règlement Mutualiste		Envoi du devis avant début des soins pour accord + Facture détaillée
Prothèses restauratrices maxillo-faciales	70%	230 % TC		Décompte CPAM
Implantologie	0	610 €/ implant + 408,5 €/ couronne sur implant +100€/an scanner pré-implantaire	150 €/implant+ 150% BRSS/ couronne sur implant : (max 5/an)	Envoi du devis avant début des soins pour accord + Facture détaillée
HOSPITALISATIONS ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES ET SOINS AMBULATOIRES				
Frais de séjour	80%	100% du ticket modérateur	/	Facture AMC (ou équivalent)
Honoraires chirurgien, anesthésiste en hospitalisation chirurgicale (ADC,ADA,	80%	200% de la base de remboursement SS	300% BRSS	Note d'honoraires + Facture AMC (ou équivalent)
Actes Techniques Médicaux (ATMH)	80 ou 100 %	85% de la base de remboursement SS		Note d'honoraires + Facture AMC (ou équivalent)
Consultations externes en hospitalisation	80%	(voir médecins conventionnés)		Note d'honoraires + Facture AMC (ou équivalent)
Chambre particulière hospitalisation médicale et chirurgicale	0	45 €/jr	30 €/nuit (max 60jrs/an et 45 en psychiatrie)	Facture acquittée
Chambre particulière hospitalisation psychiatrique	0	39 €/jr		Facture acquittée
Forfait journalier	0	100% du forfait journalier	/	Facture acquittée
Accompagnement enfant – 16 ans	0	39 €/jr	/	Facture acquittée
HOSPITALISATIONS ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES				
Prix de journée	80%	100 €/jr	voir participation établissements conventionnés	Facture acquittée et décompte CPAM
Honoraires chirurgien, anesthésiste	80%	100% base remboursement SS		Facture acquittée et décompte CPAM
SOINS EXTERNES ET CHIRURGIE EXTERNE				
ADC,ADA,ADE, ATM (Actes Techniques Médicaux hors imagerie)	70%	TM à hauteur de 30% de la BRSS+ 55% maximum base de remb SS de dépassement d'honoraires (2)	100% BRSS	Décompte CPAM ou facture d'hospitalisation détaillée
Frais de salle d'opération	70%	Au plus =100% tarif base SS	/	et acquittée si TM
Hébergement de jour	forfait	TM	/	
HOSPITALISATION A DOMICILE				
	80%	TM	/	Facture acquittée et décompte CPAM
MATERNITE				
Participation au dépassement forfait accouchement Séc. Soc.	forfait	Médecin (ACO) - 200% de la base de rembt SS Sage femme (SF118 ou SF130)- 100% de la base de rembt SS	ACO 300% BRSS	Décompte CPAM ou facture détaillée
Allocation frais prime enfance (1 seule prime dans le cas de 2 ouvrants droit)	0	Forfait de 456 €	/	Déclaration /Acte de naissance ou jugement d'adoption plénière
Chambre particulière hospitalisation maternité	0	45 €/jr	30 €/jour (max 60/an)	Facture acquittée
Recherche de caryotype foetal notamment par amniocentèse	0	150 €	/	Copie de la prescription + facture acquittée
ENFANCE HANDICAPEE : aide aux frais de garde/ vacances (pour plus de détails voir le Règlement Mutualiste)				
INDEMNITES JOURNALIERES (maladie sans solde pour les ouvrants droit salariés Air France dans les cas décrits au Règlement Mutualiste)				

(1) Remboursements après déduction des contributions forfaitaires laissées à la charge de l'assuré par le régime obligatoire et éventuellement de la franchise et/ou de la majoration du ticket modérateur liées au non respect du parcours de soins. Le Règlement Mutualiste est disponible sur le site www.mnpaf.fr et l'intralignes ou sur simple demande. Pour plus d'informations n'hésitez pas à contacter le 01-53-380-380