

Fiche d'adhésion à la GARANTIE COMPLEMENTAIRE OPTIONNELLE ADHERENT A TITRE COLLECTIF (2OP1) ADHERENT A TITRE INDIVIDUEL (2OP2)

NOM Prénom : _____	Adresse E-mail : _____
Adresse : _____	Date de naissance : _____
_____	N° SS : _____
_____	Matricule Air France : _____
N° Téléphone fixe : _____	Date d'adhésion à l'OPTION : ____/____/____
N° Téléphone portable : _____	(le 1 ^{er} du mois qui suit la réception de la demande)

Les couples composés de 2 ouvrants droit Air France ont la possibilité d'avoir une couverture « familiale » à l'option ; dans ce cas la cotisation familiale appliquée sera fonction de l'âge du plus jeune. Veuillez renseigner l'encadré ci-après :

CONJOINT-CONCUBIN-PACS

Personnel AIR FRANCE en activité ou adhérent à titre individuel

NOM Prénom : _____	Date de naissance : _____
_____	N° SS : _____
_____	Matricule Air France : _____

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.fr

L'adhésion d'un ouvrant droit MNPAF entraîne l'affiliation à la garantie complémentaire optionnelle de tous les bénéficiaires inscrits à la garantie principale MNPAF.

J'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 :

BAREME ET PIÈCES JUSTIFICATIVES

BAREME MENSUEL 2010 :

Composition familiale	Age de l'ouvrant-droit (au moment de d'adhésion) Le changement de la tranche d'âge se fait au 1 ^{er} janvier suivant la date d'anniversaire					
	OD moins 30 ans	OD 30-39 ans	OD 40-49 ans	OD 50-59 ans	OD 60-69 ans	OD 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 et +	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 et +	36 €	41 €	48 €	55 €	58 €	62 €

PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR :

- le formulaire d'autorisation de prélèvement bancaire dûment complété et **signé**,
- un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.).

DELAIS D'ATTENTE :

Votre adhésion prendra effet à partir du 1^{er} jour du mois qui suit la réception de votre demande.

A partir de cette date, un **délai d'attente de 3 mois** s'appliquera c'est-à-dire une période durant laquelle **aucune** cotisation n'est appelée et **aucune** prestation n'est versée (Article 2 du Règlement Mutualiste).

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