

## Fiche d'adhésion à la GARANTIE COMPLEMENTAIRE OPTIONNELLE

Adresse retour :  
Centre de Gestion MNPAF  
92137 ISSY LES MOULINEAUX CEDEX

Matricule salarié : \_\_\_\_\_  
Date d'adhésion à l'OPTION : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(le 1<sup>er</sup> du mois qui suit la réception de la demande)

ADHERENT A TITRE COLLECTIF (2OP1)

ADHERENT A TITRE INDIVIDUEL (2OP2)

### L'ASSURE(E) PRINCIPAL(E)

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F   
Né(e) le : \_\_\_\_\_ N° SS : \_\_\_\_\_

Les couples composés de 2 ouvriers droit 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 :

### VOTRE CONJOINT(E), CONCUBIN(E) OU PARTENAIRE P.A.C.S.

Salarié AF/CCE/CE... en activité ou adhérent à titre individuel

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F   
Né(e) le : \_\_\_\_\_ N° SS : \_\_\_\_\_

### VOS COORDONNEES

Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_  
Adresse e-mail (en lettres capitales) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

La communication de votre adresse e-mail nous permet de vous adresser des informations de gestion et de vous faire parvenir vos décomptes de prestations après chaque remboursement. Vous pouvez à tout moment la modifier ou la supprimer sur [www.mnpaf.fr](http://www.mnpaf.fr) rubrique « espace adhérents ».

**L'adhésion d'un ouvrier droit MNPAF entraîne l'affiliation à la garantie complémentaire optionnelle de  
TOUS LES BENEFICIAIRES INSCRITS A LA GARANTIE PRINCIPALE MNPAF.**



**JOINDRE A LA PRESENTE FICHE TOUTES LES PIECES JUSTIFICATIVES LISTEES AU VERSO.**

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré(e) principal(e)  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

## BAREMES ET PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

### BAREME 2012

Composition familiale	Age de l'ouvrant-droit (au moment de d'adhésion)					
	Le changement de la tranche d'âge se fait au 1 <sup>er</sup> 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	14 €	18 €	23 €	28 €	30 €	34 €
1 Adulte 1 Enfant	25 €	28 €	34 €	39 €	41 €	43 €
1 Adulte 2 Enfants et +	35 €	39 €	43 €	49 €	51 €	54 €
2 Adultes	26 €	33 €	41 €	50 €	54 €	60 €
2 Adultes 1 Enfant	36 €	42 €	51 €	61 €	64 €	69 €
2 Adultes 2 Enfants et +	47 €	53 €	62 €	71 €	75 €	79 €

### PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR IMPERATIVEMENT

- le formulaire d'autorisation de prélèvement bancaire dûment complété et **signé** si toutefois vous n'êtes déjà pas en prélèvement pour la garantie principale.
- un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.).

### DELAIS D'ATTENTE

Votre adhésion prendra effet à partir du 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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.

Nota : un délai de 12 mois est requis entre la démission et la prise en compte d'une demande de ré-adhésion.

#### **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.

Nota : aucune ré-adhésion n'est possible en cas de radiation pour non paiement de cotisations sauf en cas de règlement de l'arriéré de cotisations.

#### **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<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> prélèvement bancaire et à chaque début d'année.

#### **Article 12 – Révisions de la cotisation**

Les cotisations sont révisables au 1<sup>er</sup> 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 et de prothèses dentaires 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 MNPAF à compter du 01/01/2012 (à ajouter au remboursement Sécurité Sociale)		PIECES A FOURNIR (toujours les originaux des factures et décomptes)
		GARANTIE PRINCIPALE (1)	GARANTIE OPTIONNELLE(1)	
<b>MEDECINS CONVENTIONNES</b>				
Consultation Généraliste, Dentiste	30% ou 70%	TM à hauteur de 30% BRSS+ 5,80 € de dépassement d'honoraires maximum	10,00 €	Décompte Caisse Primaire d'Assurance Maladie <sup>CPAM</sup> ou reçu du Ticket Modérateur <sup>TM</sup>
Visite	30% ou 70%	TM à hauteur de 30% BRSS	10,00 €	
Consultation, visite Spécialiste (CS)	30% ou 70%	TM à hauteur de 30% BRSS + 15,20 € de dépassement d'honoraires maximum.	25,00 €	
Consultation, visite Chirurgien (C2)	30% ou 70%	TM à hauteur de 30% BRSS + 16,80 € de dépassement d'honoraires maximum		
Consultation, visite Professeur (C3)	30% ou 70%	TM à hauteur de 30% BRSS + 21,40 € de dépassement d'honoraires maximum		
Consultation, visite Neuro Psychiatre (pour les + de 26 ans)	30% ou 70%	TM à hauteur de 30% BRSS + 19,06 € de dépassement d'honoraires maximum		
Consultation et visite Médecin Cardiologue (CSC)	30% ou 70%	TM à hauteur de 30% BRSS + 30,08 € de dépassement d'honoraires maximum		
Supplément dimanche, nuit, déplacement	30% ou 70%	TM à hauteur de 30% BRSS	/	
Radios ADI, Z	30% ou 70%	TM à hauteur de 30% BRSS	30% BRSS	
<b>MEDECINS NON CONVENTIONNES (SECTEUR 3)</b>				
Consultation	30% ou 70%	La participation de la mutuelle est équivalente à celle prévue pour les praticiens conventionnés		Décompte CPAM
<b>HONORAIRES OSTEOPATHES, PSYCHOMOTRICIENS ET PSYCHOLOGUES POUR ENFANTS (- 18 ANS)</b>				
Honoraires ostéopathe, chiropracteur, étiope	0	25 € 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
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX ET ANALYSES MEDICALES</b>				
Honoraires	60%	TM à hauteur de 40% BRSS	30% BRSS	Décompte CPAM ou reçu TM
<b>PHARMACIE (Médicaments vignettes orange (15%) ne sont pas remboursés)</b>				
Médicaments vignettes blanches	65%	TM	/	Décompte CPAM ou reçu TM de la pharmacie
Médicaments vignettes bleues	30%	TM	/	
Médicaments en hospitalisation	80%	TM	/	
Vaccins non remboursables	0	100% des frais réels	/	Prescription médicale, vignette ou facture et reçu de paiement du centre de vaccination AF
<b>OPTIQUE (adulte de plus de 18 ans : 2 équipements tous les 2 ans / enfant moins de 18 ans : 1 équipement tous les ans)</b>				
Montures	60%	Maximum 92 €	50 €/ 2 ans	Facture, décompte CPAM
Verre simple	60%	Maximum 67 € + 200% du tarif LPP par verre	adulte 1200% LPP/verre enfant 400% LPP/verre	
Verre multifocal ou progressif	60%	Maximum 110 € + 200% du tarif LPP par verre		
Lentilles acceptées par la SS	60%	340 € par dossier accepté SS (2 yeux)	50 €/an	Prescription médicale et facture comportant la mention « non remboursées SS »
Lentilles refusées par la SS	0	Maximum annuel 200 €		
Suppléments optiques et matériels pour amblyopie acceptés SS	60%	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 après les soins
<b>APPAREILLAGE</b>				
Acoustique (bénéficiaire de moins de 20 ans) & 2 équipements/3 ans	60 ou 100%	100% BRSS	35% BRSS	Décompte CPAM et facture
Acoustique (bénéficiaire de 20 ans et plus) & 2 équipements/3 ans	60 ou 100%	350% BRSS	300% BRSS	Décompte CPAM et facture
Petit appareillage, moulages, prothèses internes, véhicules handicapés physiques, glucomètre	60, 65 ou 100%	250% BRSS	300% BRSS	Décompte CPAM et facture
<b>PREVENTION REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE (pour plus de détails voir le Règlement Mutualiste)</b>				
<b>PREVENTION NON REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE</b>				
Tests de prévention médicalement prescrits (ostéodensitométrie osseuse, hémoculture)	0	100% BRSS sur la base d'un acte B100	/	Copie de la prescription + facture acquittée avec "mention HN"
Aide au sevrage tabagique (patch-gomme-consultation tabacologues)	0	30 €/an	/	Facture acquittée
<b>TRANSPORT (pour plus de détails voir le Règlement Mutualiste)</b>				
<b>CURES THERMALES (sauf thalassothérapie),</b>				
	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 120 € réalisés en médecine de ville ou à l'hôpital.

BRSS = Base de Remboursement Sécurité Sociale

TM = Ticket Modérateur

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 MNPAF à compter du 01/01/2012 (à ajouter au remboursement Sécurité Sociale)		PIECES A FOURNIR (toujours les originaux des factures et décomptes)
		GARANTIE PRINCIPALE (1)	GARANTIE OPTIONNELLE(1)	
<b>SOINS ET CHIRURGIE DENTAIRES</b>				
Soins conservateurs SC	70%	60% BRSS	50% BRSS	Décompte CPAM ou reçu TM
Chirurgie dentaire DC	70%	100% BRSS		
Parodontologie acceptée SS	70%	100% BRSS + complément de 360 €/an max	150 €/an	Décompte CPAM et facture
Endodontie acceptée SS	70%	60% BRSS + complément de 360 €/an max		
Parodontologie et/ou Endodontie refusée SS	0	Maxi 360 €/an		
Orthopédie dento faciale :			150% BRSS	Facture ( "mention HN" si non remb SS) avec date début et fin du semestre de soins et décompte CPAM
Traitement des dysmorphoses (orthodontie refusée TO 90, ORT 90)	0	250% BRSS (483,75 € par semestre)		
Frais d'orthopédie dento faciale (orthodontie acceptée TO 90, ORT 90)	100%	250% BRSS (483,75 € par semestre)		
Frais de prothèse dentaire :				
Codifiée et remboursée Sécurité Sociale	70%	380% BRSS	150% BRSS/limite de 1500 €/an	Décompte CPAM (+ facture si pas de télétransmission)
Codifiée et non remboursée Sécurité Sociale	0	voir détail au Règlement Mutualiste		
Prothèses restauratrices maxillo-faciales	70%	230% BRSS	150% BRSS	Décompte CPAM
Implantologie	0	610 €/ limite 5 implants/an + 408,5 €/ couronne sur implant +100 €/an scanner pré-implantaire	150 €/ limite 5 implants/an + 150% BRSS/ couronne sur implant	Envoi du devis <u>avant</u> début des soins pour accord + Facture détaillée
<b>HOSPITALISATIONS ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES ET SOINS AMBULATOIRES</b>				
Frais de séjour	80%	100% TM	/	Facture AMC (ou équivalent)
Honoraires chirurgien, anesthésiste en hospitalisation chirurgicale (ADC,ADA, ...)	80%	200% BRSS	300% BRSS	Note d'honoraires + Facture AMC (ou équivalent)
Actes Techniques médicaux (ATMH)	80 ou 100	85% BRSS		
Consultations externes en hospitalisation	80%	(voir médecins conventionnés)		
Chambre particulière hospitalisation médicale et chirurgicale	0	45 €/jour	30 €/jour (max 60 jours/an et 45 en psychiatrie)	Facture AMC (équivalent) acquittée
Chambre particulière hospitalisation psychiatrique	0	39 €/jour		
Forfait journalier	0	100% du forfait journalier	/	
Accompagnement enfant – 16 ans	0	39 €/jour	/	
<b>HOSPITALISATIONS ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES</b>				
Prix de journée	80%	100 €/jour	voir participation établissements conventionnés	Facture acquittée et décompte CPAM
Honoraires chirurgien, anesthésiste	80%	100% BRSS		
<b>SOINS EXTERNES ET CHIRURGIE EXTERNE</b>				
ADC,ADA,ADE, ATM (Actes Techniques Médicaux hors imagerie)	70%	TM à hauteur de 30% de la BRSS+ 55% BRSS de dépassement d'honoraires	100% BRSS	Décompte CPAM ou facture d'hospitalisation détaillée et acquittée si TM
Frais de salle d'opération	70%	Au plus = 100% BRSS	/	
Hébergement de jour	forfait	TM	/	
<b>HOSPITALISATION A DOMICILE</b>				
	80%	TM	/	Facture acquittée et décompte CPAM
<b>MATERNITE</b>				
Participation au dépassement forfait accouchement Séc. Soc.	forfait	Médecin (ACO) - 200% BRSS Sage femme (SF118 ou SF130) - 100% BRSS	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 €/jour	30 €/jour (max 60/an)	Facture acquittée
Recherche de caryotype foetal notamment par amniocentèse	0	150 €	/	Copie de la prescription + facture acquittée
<b>ENFANCE HANDICAPEE</b> : aide aux frais de garde/ vacances (pour plus de détails voir le Règlement Mutualiste) : 48 €/jour limite 60 jours/an. (sur facture)				
<b>INDEMNITES JOURNALIERES</b> (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](http://www.mnpaf.fr) et l'intralignes ou sur simple demande. Pour plus d'informations n'hésitez pas nous contacter par mail à [servicegestion@mnpaf.fr](mailto:servicegestion@mnpaf.fr)