

Fiche d'adhésion PLURIEL**Adresse retour :**Centre de Gestion MNPAF
92137 ISSY LES MOULINEAUX CEDEX Adhésion Modification de situation / bénéficiaire(s)Date d'adhésion à **PLURIEL** : ____/____/____*(le 1^{er} du mois qui suit la réception de la demande)***SITUATION PRECEDENTE VIS-A-VIS DE LA MUTUELLE** Je prolonge mon affiliation à la MNPAF (**PLU1 – 2PL1**) J'adhère à nouveau à la MNPAF (**PLU1 – 2PL1**) Je n'ai jamais été affilié à la MNPAF (**PLU1 – 2PL1**) Autre, précisez : _____**PERSONNES A AFFILIER**

SEXE	NOM	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité Sociale
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<i>Adhérent</i>			
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<i>Conjoint/Concubin/Pacsé</i>			
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<i>Enfant(s) – de 26 ans</i>			
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				

Est-il (elle) couvert(e) : - par une autre mutuelle ? Oui Non - par la C.M.U. complémentaire ? Oui NonS'il (elle) dispose d'une autre mutuelle, il (elle) ne figurera pas sur votre carte de tiers payant et la télétransmission (NOEMIE) se fera avec sa 1^{ère} mutuelle. Nous interviendrons uniquement en complément de celle-ci (envoyez-nous ses décomptes originaux).**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** rubrique « espace adhérents ».**JOINDRE A LA PRESENTE FICHE TOUTES LES PIECES JUSTIFICATIVES LISTEES AU VERSO.**Souhaitez-vous souscrire à la **GARANTIE COMPLEMENTAIRE OPTIONNELLE ?** Oui Non

Fait à : _____

Le : _____

Signature de l'assuré(e) principal(e)

(précédée de la mention « lu et approuvé »)

BAREMES ET PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

BAREME MENSUEL 2012

Composition familiale MNPAF	Age de l'ouvrant-droit (au moment de l'adhésion)											
	Le changement de la tranche d'âge se fait au 1 ^{er} janvier suivant la date d'anniversaire											
	Moins de 30 ans		30-39 ans		40-49 ans		50-59 ans		60-69 ans		70 ans et plus	
	Garantie principale	Garantie principale + option	Garantie principale	Garantie principale + option	Garantie principale	Garantie principale + option	Garantie principale	Garantie principale + option	Garantie principale	Garantie principale + option	Garantie principale	Garantie principale + option
1 adulte	43 €	57 €	54 €	72 €	67 €	90 €	84 €	112 €	120 €	150 €	129 €	163 €
1 adulte + 1 enfant	69 €	94 €	81 €	109 €	94 €	128 €	111 €	150 €	146 €	187 €	156 €	199 €
1 adulte + 2 enfants ou plus	96 €	131 €	108 €	147 €	121 €	164 €	138 €	187 €	173 €	224 €	183 €	237 €
2 adultes	82 €	108 €	102 €	135 €	125 €	166 €	158 €	208 €	224 €	278 €	241 €	301 €
2 adultes + 1 enfant	109 €	145 €	129 €	171 €	152 €	203 €	185 €	246 €	251 €	315 €	268 €	337 €
2 adultes + 2 enfants ou plus	136 €	183 €	156 €	209 €	179 €	241 €	212 €	283 €	278 €	353 €	295 €	374 €

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR IMPERATIVEMENT

- **pour l'inscription 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 adhérents n'ayant jamais été affiliés ou adhérent à nouveau** un document justifiant d'une affiliation précédente à la MNPAF (ex : fiche de paie avec prélèvement MNPAF, carte ou décompte MNPAF, ...), ou un document justifiant d'un lien avec Air France, CCE/CE, OAT... (ex : fiche de paie, carte « retraité », contrat de travail ...).
- le formulaire d'autorisation de prélèvement bancaire dûment complété et **signé**,
- un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.),
- une copie des attestations VITALE des membres de la famille sur lesquelles seront mentionnées « Bon pour accord télétransmission Sécurité Sociale » afin de pouvoir en bénéficier.

NOTICE D'INFORMATION BAREME PLURIEL

Applicable à compter du 1^{er} janvier 2012

La MNPAF est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 379 718 653.

Les Statuts et les Règlements Mutualistes 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 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

1- Qui peut adhérer ?

▪ Les personnes ayant déjà été couvertes par la MNPAF et ne remplissant pas ou plus les conditions d'affiliation à titre collectif ou individuel ainsi que toute autre personne sans lien direct avec la MNPAF mais souhaitant la rejoindre dans le cadre du parrainage.

2- Modalités d'affiliation des ayants droit

▪ **Le conjoint, le concubin, ou le co-signataire d'un PACS**, 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. 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 ou une copie de l'attestation délivrée par le greffe du Tribunal d'Instance pour le co-signataire d'un PACS.

▪ **Les enfants** de l'ouvrant droit ou de son conjoint peuvent également être affiliés comme bénéficiaires sous réserve d'avoir moins de 26 ans.

- **Cas particulier de l'enfant handicapé**

L'enfant handicapé est pris en charge sans limite d'âge 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- Démission/Radiation

- **Cas de démission**

L'ouvrant droit à titre facultatif peut 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 d'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.

4- Quels délais de carence ?

Ils sont de : - **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'application du barème « Pluriel » fait suite à une affiliation continue à la MNPAF.

QUELLES SONT LES GARANTIES OFFERTES PAR LA MNPAF ET LES MODALITES DE REMBOURSEMENT ? (Voir barème des prestations pages 5 et 6)

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. **De ce fait elle ne peut pas prendre en charge les contributions forfaitaires laissées à la charge de l'assuré par le régime obligatoire et la majoration du ticket modérateur ou la franchise relatives au non respect du parcours de soins.**

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.

La liste des soins exclus de toute prise en charge mutuelle se trouve à l'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, VITTAVI ou la MEP pour les enfants 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).

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.

En optique, audioprothèses et en cas d'hospitalisation une demande de **prise en charge 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.

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

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 délivré 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 72 du Règlement Mutualiste), contactez le service de gestion de la MNPAF (servicegestion@mnpaf.fr), 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, à votre Espace Adhérent, à la liste exhaustive des professionnels chez qui vous pouvez bénéficier du tiers-payant et à toutes sortes d'informations pratiques.

Le serveur téléphonique de la MNPAF au 01-46-381-381

Pour toutes questions ou réclamations, vos contacts Mutuelle sont :

CENTRE DE GESTION MNPAF
92137 ISSY-LES-MOULINEAUX cedex
Tél. : 01-46-381-381
Fax : 01-46-384-380
E-mail : servicegestion@mnpaf.fr

MNPAF – Siège social
3, place de Londres – Continental Square
BP 11692 Tremblay en France
95 725 ROISSY CH DE GAULLE cedex
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.

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^{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 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)	
MEDECINS CONVENTIONNES				
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 ^{CPAM} ou reçu du Ticket Modérateur TM
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	
MEDECINS NON CONVENTIONNES (SECTEUR 3)				
Consultation	30% ou 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, 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
AUXILIAIRES MEDICAUX ET ANALYSES MEDICALES				
Honoraires	60%	TM à hauteur de 40% BRSS	30% BRSS	Décompte CPAM ou reçu TM
PHARMACIE (Médicaments vignettes orange (15%) ne sont pas remboursés)				
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
OPTIQUE (adulte de plus de 18 ans : 2 équipements tous les 2 ans / enfant moins de 18 ans : 1 équipement tous les ans)				
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	
Verre multifocal ou progressif	60%	Maximum 110 € + 200% du tarif LPP par verre	enfant 400% LPP/verre	
Lentilles acceptées par la SS	60%	340 € par dossier accepté SS (2 yeux)	50 €/an	
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	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
APPAREILLAGE				
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
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, 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
TRANSPORT (pour plus de détails voir le Règlement Mutualiste)				
CURES THERMALES (sauf thalasso thérapie),				
	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)	
SOINS ET CHIRURGIE DENTAIRES				
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
HOSPITALISATIONS ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES ET SOINS AMBULATOIRES				
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	/	
HOSPITALISATIONS ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES				
Prix de journée	80%	100 €/jour	voir participation établissements conventionnés	Facture acquittée et décompte CPAM
Honoraires chirurgien, anesthésiste	80%	100% BRSS		
SOINS EXTERNES ET CHIRURGIE EXTERNE				
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	/	
HOSPITALISATION A DOMICILE				
	80%	TM	/	Facture acquittée et décompte CPAM
MATERNITE				
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
ENFANCE HANDICAPEE : aide aux frais de garde/ vacances (pour plus de détails voir le Règlement Mutualiste) : 48 €/jour limite 60 jours/an. (sur facture)				
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 nous contacter par mail à servicegestion@mnpaf.fr