

règlement mutualiste



Air France

SURCOMPLÉMENTAIRE



JANVIER
2025



SOMMAIRE

■	RÈGLEMENT MUTUALISTE - SURCOMPLÉMENTAIRE AIR FRANCE	
	PRÉAMBULE	P. 3
	○ SECTION I - ADHÉSION Articles 1 à 6	P. 3
	○ SECTION II - RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION, NULLITÉ DE LA GARANTIE Articles 7 à 11	P. 3
	○ SECTION III - COTISATIONS Articles 12 à 16	P. 4
	○ SECTION IV - PRESTATIONS Articles 17 à 24	P. 5
	○ SECTION V - RÉCLAMATIONS ET CONTENTIEUX Articles 25 à 28	P. 7
■	ANNEXES	P. 8
	○ ANNEXE 1 - BARÈME DE COTISATIONS	P. 8
	○ ANNEXE 2 - GRILLE DE PRESTATIONS	P. 9
	○ ANNEXE 3 - GRILLE OPTIQUE	P. 13
	○ ANNEXE 4 - LISTE DES ORGANISMES RATTACHÉS AU CONTRAT SOCLE AIR FRANCE ET POUVANT BÉNÉFICIER DE LA SURCOMPLÉMENTAIRE	P. 15

RÈGLEMENT MUTUALISTE SURCOMPLÉMENTAIRE AIR FRANCE

PRÉAMBULE

La Mutuelle Nationale des Personnels d'Air France (MNPAF), mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité est immatriculée auprès du répertoire SIRENE sous le numéro 379 718 653.

Conformément à l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité et à l'article 4 des Statuts de la MNPAF, le présent Règlement Mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Le présent règlement est à adhésion individuelle et facultative. Il intervient sous déduction du remboursement opéré par l'Assurance maladie obligatoire française et les prestations de remboursement de frais de santé servies au titre du contrat socle collectif et obligatoire visé à l'article 1^{er}, dans la limite des frais réels. Il est soumis à la loi française et satisfait aux exigences du contrat solidaire et responsable prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

SECTION I. ADHÉSION

ARTICLE 1

CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent adhérer au présent règlement : les salariés et anciens salariés bénéficiaires de la portabilité couverts à titre collectif et obligatoire par le contrat socle souscrit par la société Air France auprès de la MNPAF, et auquel ont adhéré le comité social et économique central et les comités sociaux et économiques d'Air France, la société OAT, l'ASAF, la MNPAF et d'autres organismes listés en annexe 4.

L'adhésion est familiale. Tous les ayants droit de l'adhérent inscrits en tant que tels dans le cadre du contrat socle susvisé sont obligatoirement affiliés au régime surcomplémentaire organisé par le présent règlement.

ARTICLE 2

DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

Pour les salariés des sociétés visées à l'article 1 couverts par le contrat complémentaire socle collectif et obligatoire de frais de santé de la MNPAF, l'adhésion au présent règlement surcomplémentaire peut se faire chaque année avant le 30 novembre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant,

sous réserve de réception de l'ensemble des pièces à fournir.

Toutefois, les personnes ayant adhéré au contrat socle complémentaire santé à la MNPAF il y a moins d'un mois peuvent adhérer au présent règlement surcomplémentaire à toute époque de l'année, sous réserve d'en faire la demande dans le mois qui suit l'affiliation au contrat complémentaire précité.

La garantie surcomplémentaire prend alors effet à la même date que la garantie socle complémentaire de frais de santé.

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.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement.

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 par l'adhérent, à l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 4

DROIT À RENONCIATION

Si vous souhaitez revenir sur votre décision et renoncer à votre adhésion, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires à compter de la prise d'effet de votre adhésion, ou si elle est postérieure, à compter de la date à laquelle vous avez reçu les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité pour nous en informer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Vous devez nous adresser, par voie dématérialisée (via votre Espace Adhérent) ou par courrier recommandé ou envoi recommandé électronique conforme aux exigences de l'article L. 100 du Code des postes et télécommunications électroniques, avec accusé de réception à l'adresse postale figurant sur votre demande d'adhésion, votre demande établie selon le modèle suivant :

“Je soussigné(e) (nom, prénom, n° d'adhérent, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au règlement mutualiste XXXX intervenue en date du ... Date et signature”.

Les cotisations payées vous seront intégralement remboursées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de votre demande de renonciation, sous déduction des prestations éventuellement versées durant cette période.

ARTICLE 5

ADJONCTION D'UN AYANT DROIT

Si l'ouvrant droit adhère au présent règlement, l'adjonction en cours d'adhésion d'un nouveau bénéficiaire au contrat socle visé à l'article 1^{er} du présent règlement entraînera l'affiliation automatique de l'enfant ou du conjoint au présent règlement. La date d'effet de l'adjonction d'un ayant droit au présent règlement correspond à la date d'affiliation de l'ayant droit au contrat socle.

ARTICLE 6

DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion du membre participant produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours puis elle se renouvelle annuellement par tacite reconduction sauf résiliation, radiation ou exclusion dans les conditions définies à la section II du présent règlement.

SECTION II. RÉSILIATION, RADIATION, EXCLUSION, NULLITÉ DE LA GARANTIE

ARTICLE 7

À L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT

7.1 Faculté de résiliation annuelle

L'adhérent peut résilier chaque année son adhésion. Pour être valable, la résiliation doit être notifiée à la MNPAF au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile, date de l'échéance annuelle. La notification de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressé, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, à savoir à ce jour :

- par déclaration faite au siège social de la MNPAF ou chez son représentant ;

- o par acte extrajudiciaire ;
- o en cas d'adhésion à distance par le même mode de communication que celui utilisé lors de l'adhésion au présent règlement.

La MNPAF confirme par écrit la réception de la notification.

En outre, dans le cas où l'avis d'échéance annuelle de cotisation lui est adressé moins de 15 jours avant la date limite d'exercice de son droit à résiliation ou après cette date, l'adhérent dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de son échéancier annuel pour dénoncer la reconduction tacite de son adhésion par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au siège social de la MNPAF ou chez son représentant, par acte extrajudiciaire, par le même mode de communication que celui utilisé lors de l'adhésion au présent règlement.

En cas de résiliation, une demande de ré-adhésion ne peut intervenir qu'après un délai de 12 mois.

Par ailleurs, la couverture du conjoint ou des enfants ayants droit d'un adhérent prend fin en cas de résiliation de l'adhésion de l'ouvrant droit ou si l'adhérent demande la résiliation de l'affiliation de ses ayants droit facultatifs, ou si l'ayant droit ne satisfait plus aux conditions pour l'être.

7.2 Résiliation infra-annuelle

Outre la faculté de résiliation annuelle exposée à l'article 7.1 du présent règlement, l'adhérent peut dénoncer son adhésion après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.

La dénonciation de l'adhésion prend effet, un mois après que la MNPAF en a reçu notification.

Lorsque l'adhésion au règlement mutualiste est dénoncée dans ces conditions, l'adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation. La MNPAF est tenue de rembourser le solde à l'adhérent dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation. À défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dans le cas où l'adhérent dénonce son adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, il peut demander à ce nouvel organisme d'effectuer pour son compte les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation dans les conditions décrites au présent article auprès de la MNPAF.

7.3 Bénéfice de la CMU-C

Lorsqu'un adhérent obtient le bénéfice de la protection complémentaire définie à l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale (CMU-C), il peut obtenir à sa demande la résiliation totale de la garantie initialement souscrite.

ARTICLE 8

À L'INITIATIVE DE LA MNPAF

L'adhésion du membre participant au présent règlement prend fin dans les cas suivants :

8.1 En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 14

8.2 En cas d'exclusion dans les conditions prévues par les statuts

ARTICLE 9

AUTRES CAS DE CESSATION DE L'ADHÉSION

9.1 Dans l'hypothèse où le membre participant ne bénéficie plus de la couverture collective obligatoire

La fin de la couverture collective et obligatoire du salarié suspend d'office son adhésion ainsi que celle de ses bénéficiaires à la présente garantie surcomplémentaire. Une proposition d'adhésion individuelle sur la base de la gamme Altitude lui est alors proposée.

9.2 En cas de décès du membre participant

ARTICLE 10

FAUSSE DÉCLARATION

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Par ailleurs toute production de faux documents (fausse facture de soins, faux décompte Sécurité sociale...) entraîne la résiliation de la garantie.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

ARTICLE 11

CONSÉQUENCES DE LA CESSATION DE L'ADHÉSION

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

11.2 La résiliation de l'adhésion pour quelle que cause que ce soit ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées.

SECTION III. COTISATIONS

ARTICLE 12

DÉFINITION DES CATÉGORIES DE COTISATIONS

La cotisation est familiale. Elle est calculée en fonction de l'âge de l'ouvrant droit au 1^{er} janvier de chaque année et du nombre de bénéficiaires inscrits sur le dossier de l'assuré (conjoint ou non, nombre d'enfants).

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

Les tarifs sont décrits en annexe 1.

Nota : afin de ne pas pénaliser les couples de 2 ouvrants droits couverts à titre Collectif et Obligatoire souhaitant souscrire la garantie, la cotisation familiale sur la base du plus jeune pourra leur être appliquée sous réserve qu'ils en fassent la demande expresse.

ARTICLE 13

MODE DE RÈGLEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est due pour l'année civile. Son paiement est fractionné en mois entier et elle est réglée, terme à échoir, et prélevée chaque début de mois, à la date mentionnée sur l'échéancier, sur compte bancaire.

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

ARTICLE 14

DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

À défaut de paiement d'une fraction annuelle de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. La suspension résultant du non-paiement d'une fraction annuelle de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de l'année considérée.

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 les membres de sa famille radiés du présent règlement.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

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 15

RÉVISIONS DE LA COTISATION

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

La modification des cotisations est applicable dès qu'elle est notifiée aux adhérents.

ARTICLE 16

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 au contrat socle visé à l'article 1^{er} du présent règlement.

SECTION IV. PRESTATIONS

ARTICLE 17

PRESTATIONS ET RISQUES COUVERTS

Le présent règlement a pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire française.

Les prestations du présent règlement sont exprimées sous déduction du remboursement opéré par le régime d'Assurance maladie obligatoire français et des prestations servies dans le cadre du contrat socle visé à l'article 1^{er} du présent règlement, dans les conditions prévues au tableau des garanties annexé et dans tous les cas dans la limite des frais réels.

Les prestations, et de manière générale toutes les dispositions du présent règlement, peuvent être modifiées à tout moment par l'Assemblée Générale de la MNPAF ou par le Conseil d'Administration quand il a reçu délégation de cette dernière pour le faire.

Les modifications du montant des prestations s'appliquent à compter de leur notification aux membres participants.

ARTICLE 18

OUVERTURE DES DROITS

Le droit à prestation prend effet immédiatement à la date d'adhésion telle que définie à l'article 2.

En cas d'adjonction d'un ayant droit en cours d'adhésion, les prestations le concernant prennent effet à la date d'affiliation.

ARTICLE 19

CONDITIONS DE RÈGLEMENT

DES PRESTATIONS

En application des dispositions de l'article 9 de la loi Évvin du 31 décembre 1989, les remboursements effectués par la Mutuelle, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Conformément au décret du 30 août 1990 les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du règlement ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Nota : sont exclues de toute prise en charge au titre du présent règlement les prestations n'ayant pas fait l'objet d'une participation au titre du contrat socle MNPAF.

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

Par ailleurs à titre dérogatoire une participation pour l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale est prévue au présent règlement.

Ces remboursements s'effectuent dans la limite des plafonds prévus par la réglementation concernant les contrats "responsables".

En cas de suspension du versement des prestations dans le cadre du contrat socle visé à l'article 1^{er} du présent règlement, le versement des prestations dans le cadre du présent règlement est également automatiquement suspendu.

ARTICLE 20

MODALITÉS DE VERSEMENT

DES PRESTATIONS

Les remboursements de la MNPAF sont effectués dans un délai moyen de 2 à 10 jours ouvrés à compter de la réception de la demande complète de prestations.

Ils sont effectués par virement en euros sur le compte bancaire du membre participant ou de ses ayants droit.

Dans le cas où des accords ont été passés avec des professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter au membre participant ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement à ces professionnels de santé ou établissements.

ARTICLE 21

DÉLAI DE FORCLUSION

POUR LES REMBOURSEMENTS

Les demandes de remboursement et les pièces justificatives doivent être adressées à la Mutuelle le plus rapidement possible et dans tous les cas dans un délai de 2 ans après la date des soins, afin d'obtenir le remboursement dans les conditions prévues en annexe 2.

La date des soins prise en considération pour le règlement des prestations par la MNPAF est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'Assurance maladie obligatoire français lorsque ceux-ci interviennent ou à défaut, la date de facturation.

ARTICLE 22

JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

POUR LES REMBOURSEMENTS

Les prestations sont remboursées au membre participant sur présentation :

- des décomptes délivrés par le régime d'Assurance maladie obligatoire français, sauf lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la MNPAF par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique, auquel cas le décompte précité fait apparaître la mention "copie transmise à votre mutuelle" ou une mention équivalente ;
- des factures acquittées.

Constitue une facture, le document comportant les mentions suivantes :

- le nom des parties et leur adresse ;
- la date des soins, de la vente ou de la prestation ;
- la nature des soins, de la vente ou de la prestation ;
- la quantité ;
- le prix unitaire des produits vendus et des services rendus ;
- le numéro de facture, pour les professionnels assujettis à la TVA.

- o le cas échéant, les décomptes de prestations de frais de santé délivrés par un autre organisme assureur.

Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé.

ARTICLE 23

RÉGIME DES PRESTATIONS

(ANNEXES 2 ET 3)

Les prestations sont calculées dans le respect des dispositions législatives et réglementaires parues et à paraître du contrat "responsable" (article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et articles R. 871-1 et R. 871-2 du même code).

À ce titre, ne sont pas pris en charge :

- o la participation forfaitaire prévue au II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- o la franchise prévue au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- o la prise en charge de la majoration de participation prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- o les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Sont pris en charge, **sous déduction des prises en charge déjà effectuées dans le cadre du contrat socle visé à l'article 1^{er} du présent règlement** :

- o l'intégralité de la participation du membre participant définie à l'article R. 160-5. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;
- o le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée ;
- o si le règlement propose cette garantie, les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de

responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

- o les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :

- à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, la prestation d'appariage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;

- si le règlement prévoit une couverture des frais exposés par l'assuré en sus de la participation définie à l'article R. 160-5 pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée, dans le respect des plafonds et plannings prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, lesquels incluent la part des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire et la participation des assurés prévue par l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale pour l'acquisition de l'équipement ;

- o les frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;

- o à compter du 1^{er} janvier 2021, les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives, dans les conditions suivantes :

- à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;

- au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Pour les adhérents relevant du dispositif local d'Assurance maladie en vigueur en Alsace Moselle ou d'un régime obligatoire d'Assurance maladie français offrant des prestations en nature supérieures à celles du régime général, le respect des obligations minimales et des limites de prise en charge s'apprécie compte tenu du remboursement global des frais de soins concernés au titre de l'ensemble des garanties d'Assurance maladie complémentaire dont bénéficient ces adhérents.

En cas de contradiction entre les dispositions du présent règlement et celles des contrats dits "responsables" ces dernières prévaudront automatiquement.

ARTICLE 24

PROTECTION DES DONNÉES

La MNPAF est une entité d'Aéma Groupe. Les données recueillies feront l'objet de traitements par la MNPAF, responsable de traitements, pour la passation, la gestion, l'exécution de ce contrat ainsi qu'à des fins de prospection et gestion commerciales.

Elles pourront être transmises aux autres entités d'Aéma Groupe et notamment à ses partenaires aux mêmes fins.

Pour information les données seront aussi traitées pour la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Elles feront l'objet d'un traitement de lutte contre la fraude, ce qui peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les adhérents disposent de droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, le cas échéant de portabilité et de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Le cas échéant, les adhérents peuvent retirer leur consentement aux traitements des données ce qui aura pour effet de les faire cesser.

Les adhérents peuvent s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Ils disposent d'un droit d'opposition sur l'utilisation de leurs données à des fins de prospection commerciale.

Ils peuvent exercer leurs droits et adresser toute demande d'information concernant leurs données personnelles via le site www.mnpaf.fr, rubrique "données personnelles" ou par voie postale à :

Siège MNPAF

À l'attention du délégué

à la protection des données (DPO)

Bâtiment Uranus

3, place de Londres

CS 11692 Tremblay-en-France

95725 ROISSY CHARLES DE GAULLE CEDEX

Ils ont également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

Toutes les précisions sur la protection des données sont accessibles sur le site : www.mnpaf.fr, rubrique "données personnelles".

SECTION V. RÉCLAMATIONS ET CONTENTIEUX

ARTICLE 25

PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du présent règlement se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, le délai de prescription de deux ans de l'action ne court que du jour où la MNPAF en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, le délai de prescription de deux ans ne court qu'à compter du jour où le membre participant ou ses ayants droit en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 26

RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

Pour toute réclamation, l'adhérent ou l'ayant droit peut adresser sa demande par courrier postal à l'adresse postale suivante : **Centre de gestion MNPAF
Traitement des réclamations
28039 CHARTRES CEDEX**

Ou via la messagerie de votre Espace Adhérent en sélectionnant le motif "réclamation".

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception. L'adhérent est informé du déroulement du traitement de sa réclamation, notamment lorsque, en cas de survenance de circonstances particulières, les délais sur lesquels la MNPAF s'est engagée ne peuvent pas être respectés.

Si besoin, l'adhérent ou l'ayant droit peut ensuite saisir par écrit (par courrier postal ou e-mail) le Directeur de la Mutuelle : **MNPAF**

**À l'attention de M. Le Directeur
3, place de Londres
CS 11692 Tremblay-en-France
95725 ROISSY CHARLES DE GAULLE CEDEX**

Ou par e-mail : siege@mnpaf.fr

Enfin, si les 2 premières étapes de recours interne n'ont pas résolu le différend opposant la Mutuelle à l'adhérent ou l'ayant droit, celui-ci peut saisir le Médiateur après avoir obtenu une réponse à une réclamation écrite de la Mutuelle, ou à défaut de réponse de la Mutuelle dans un délai de deux mois après l'envoi d'une réclamation écrite :

- soit en remplissant un formulaire de saisie disponible sur le site : www.mediateur-mutualite.fr
- soit en adressant sa demande par lettre par courrier postal à : **Monsieur le médiateur de la Mutualité Française - FNMF
255, rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15**

Les conditions et modalités d'intervention de la médiation sont consultables sur le site : www.mediateur-mutualite.fr

ARTICLE 27

SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément.

ARTICLE 28

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément aux dispositions de l'article L. 510-1 du Code de la Mutualité, la MNPAF est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 9.

ANNEXES

ANNEXE 1. BARÈME DE COTISATIONS MENSUELLES 2025 - EN EUROS

Composition familiale	ÂGE DE L'OUVRANT DROIT			
	moins 30 ans	30-39 ans	40-49 ans	50 ans et plus
1 adulte	26,70	30,70	32,70	32,70
1 adulte + 1 enfant	32,70	32,70	32,70	32,70
1 adulte + 2 enfants et +	32,70	32,70	32,70	32,70
2 adultes	51,30	58,30	65,30	65,30
2 adultes + 1 enfant	62,30	65,30	65,30	65,30
2 adultes + 2 enfants et +	65,30	65,30	65,30	65,30

Nota.: le changement de tranche d'âge se fait au 1^{er} janvier suivant la date d'anniversaire.

ANNEXE 2. **GRILLE DES PRESTATIONS 2025**

Offre respectant le Contrat Responsable	SURCO AIR FRANCE	JUSTIFICATIFS À FOURNIR
■ SOINS COURANTS 		
Honoraire médicaux		
Consultation Dentiste	30 % BRSS	Reçu du TM et décompte Sécurité sociale (si pas de télétransmission)
Consultation, visite Généraliste OPTAM et OPTAM-CO	40 % BRSS	
Consultation, visite Généraliste non OPTAM et non OPTAM-CO	40 % BRSS	
Consultation, visite Spécialiste OPTAM et OPTAM-CO	45 % BRSS	
Consultation, visite Spécialiste non OPTAM et non OPTAM-CO	45 % BRSS	
Consultation Médecin non conventionné (secteur 3)	0	
Majoration visite, nuit, dimanche	0	
Petite chirurgie, anesthésie, échographie (ATM, ADA, ADC, KC, ADE) - médecin OPTAM et OPTAM-CO	100 % BRSS	Reçu du TM et décompte Sécurité sociale (si pas de télétransmission)
Petite chirurgie, anesthésie, échographie (ATM, ADA, ADC, KC, ADE) - médecin non OPTAM et non OPTAM-CO	65 % BRSS	
Radiologie		
Radiologie OPTAM	30 % BRSS	Reçu du TM et décompte Sécurité sociale (si pas de télétransmission)
Radiologie non OPTAM	10 % BRSS	
Honoraire paramédicaux	30 % BRSS	
Analyse et examens de laboratoire		
Biologie - Analyse remboursée Sécurité sociale	30 % BRSS	Reçu du TM et décompte Sécurité sociale (si pas de télétransmission)
Biologie - Analyse non remboursée Sécurité sociale	0	
Autres médecines		
Forfait commun aux consultations ostéopathes / chiropracteurs / étioopathes / médecins acupuncteurs / psychologues adultes / diététiciens / pédicures podologues non prises en charge par la Sécurité sociale	35 € limite 8 séances tous les 2 ans*	Facture acquittée
Psychologues / psychomotriciens / ergothérapeutes pour enfants de moins de 18 ans (et sans limite d'âge pour les enfants handicapés)	25 € limite 25 séances/an*	
Matériel médical		
Appareillage (orthèses, prothèses remboursées SS, pansements, accessoires...)	300 % BRSS	Reçu du TM et décompte Sécurité sociale (si pas de télétransmission)

* Hors équipement lunettes et aides auditives, les forfaits/limitations exprimés par an, font référence à l'année civile.

** Le panier prothétique aux "tarifs maîtrisés" comprend des soins prothétiques dentaires aux tarifs encadrés pour assurer un reste à charge modéré.

*** Délais de renouvellement pour les équipements optiques acquis en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres) :

- à partir de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement (verres ou monture) pour le renouvellement d'un équipement optique complet (verres et monture) ;

- à partir de la date d'acquisition de l'élément (verres ou monture) en cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement (verres ou monture).

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (ou tarifs négociés avec les professionnels de santé). **TM** : Ticket Modérateur (delta entre la BRSS et le remboursement réel de l'Assurance maladie dans le cadre du parcours de soins) ex. BRSS d'une consultation généraliste : 26,50 € prise en charge réelle SS 70 % de 26,50 € - TM : 7,95 €.

OPTAM et OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les Chirurgiens et les Obstétriciens.

■ HOSPITALISATION



Forfait journalier

Honoraires

Honoraires chirurgien, anesthésiste, obstétricien, Acte Technique Médical (ADC, ADA, ACO, ATM) - médecin OPTAM et OPTAM-CO	200 % BRSS	Facture AMC (ou équivalent) et note d'honoraires pour les dépassements
Honoraires chirurgien, anesthésiste, obstétricien, Acte Technique Médical (ADC, ADA, ACO, ATM) - médecin non OPTAM et non OPTAM-CO	0	
Honoraires chirurgien, anesthésiste, obstétricien (ADC, ADA, ACO) Secteur 3	0	
Participation forfaitaire (ex-ligne franchise 18 €)	0	

Autres remboursements liés à l'hospitalisation

Frais de séjour	0	
Chambre particulière médecine / chirurgie / obstétrique / psychiatrique	20 €/jour - 60 jours maxi/an*	Facture AMC (ou équivalent)
Frais accompagnement enfant -16 ans	0	
Hébergement de jour	0	
Hospitalisation à domicile	0	
Prix de journée (pour les établissements non conventionnés Sécurité sociale)	0	

■ AIDES AUDITIVES



Acoustique : panier de soins "100 % santé" (classe I) - moins de 20 ans et plus de 20 ans - 2 équipements = 2 oreilles tous les 4 ans*	0	
Aides auditives panier de soins libres (classe II) Aides auditives (jusqu'au 20 ^e anniversaire) : 2 équipements (2 équipements = 2 oreilles) tous les 4 ans*	0	
Aides auditives panier de soins libres (classe II) Aides auditives (au-delà du 20 ^e anniversaire) : 2 équipements (2 équipements = 2 oreilles) tous les 4 ans*	Frais réels sous déduction de la participation Sécurité sociale et de la garantie sociale et dans la limite de 1 700 €/appareil	Si pas de tiers payant : décompte Sécurité sociale et facture acquittée

■ PRÉVENTION



Prévention dentaire : détartrage annuel, scellement des sillons pour les enfants.	50 % BRSS	Décompte Sécurité sociale si pas de télétransmission
---	-----------	--

■ CURES



Cures remboursées SS	170 €/cure	Facture acquittée, attestation de cure et décompte Sécurité sociale si pas de télétransmission
----------------------	------------	--

■ DENTAIRE



Soins

Soins conservateurs (SC)	50 % BRSS	Reçu du TM et décompte Sécurité sociale (si pas de télétransmission)
Chirurgie dentaire (DC)	50 % BRSS	
Parodontologie remboursée SS	Forfait de 50 €/an*	Décompte Sécurité sociale et facture acquittée
Endodontie remboursée SS	Forfait de 50 €/an*	
Parodontologie/endodontie non remboursée SS	Forfait de 50 €/an*	Facture acquittée avec mention "HN"
Inlay onlay coté en soins	100 % BRSS	Décompte Sécurité sociale et facture acquittée

Prothèses autres que "100 % santé" (y compris ceux relevant du panier de soins "aux tarifs maîtrisés"**)

Actes soumis à un plafonnement annuel*

Bridge 3 éléments	360 €	Décompte Sécurité sociale et facture acquittée
Couronne et inter sur dents visibles	120 €	
Couronne et inter sur dents non visibles	120 €	
Inlay core et inlay core à clavette	50 €	
Appareil amovible résine transitoire remboursé SS	100 €	
Appareil amovible résine définitif de 9 dents et + remboursé SS	100 €	
Appareil amovible définitif - stellite	200 €	
Autre prothèse codifiée et remboursée SS	150 % BRSS	
Codifiées et non remboursées SS (couronne, inter de bridge et inlay core)	0	
Couronne sur implant	120 €	
Couronne transitoire remboursée SS	0	
Prothèses restauratrices maxillo-faciales (y compris gouttière d'occlusion) remboursées SS	0	
Implantologie (limite 3 implants par an*)	Racine 100 € + pilier 50 €	
Soulèvement des sinus dans le cadre de l'implantologie	300 €/an*	
	Forfait annuel* 1 500 € maxi	
Scanner pré-implantaire	0	

Frais d'orthopédie dento-facial ou de traitement d'orthodontie

Remboursés SS	150 % BRSS (290,25 €/semestre)	Facture acquittée (avec mention "HN" si non remboursée Sécurité sociale) avec date de début et fin de semestre et décompte Sécurité sociale si pas de télétransmission
Non remboursés SS	350 % BRSS	
Autres actes d'orthodontie remboursés SS	150 % BRSS	
Contention pour soins remboursés SS	241,87 €/an*	
Contention pour soins non remboursés SS	350 % BRSS	

* Hors équipement lunettes et aides auditives, les forfaits/limitations exprimés par an, font référence à l'année civile.

** Le panier prothétique aux "tarifs maîtrisés" comprend des soins prothétiques dentaires aux tarifs encadrés pour assurer un reste à charge modéré.

*** Délais de renouvellement pour les équipements optiques acquis en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres) :

- à partir de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement (verres ou monture) pour le renouvellement d'un équipement optique complet (verres et monture) ;
- à partir de la date d'acquisition de l'élément (verres ou monture) en cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement (verres ou monture).

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (ou tarifs négociés avec les professionnels de santé). **TM** : Ticket Modérateur (delta entre la BRSS et le remboursement réel de l'Assurance maladie dans le cadre du parcours de soins) ex. BRSS d'une consultation généraliste : 26,50 € prise en charge réelle SS 70 % de 26,50 € - TM : 7,95 €.

OPTAM et OPTAM-CO : Option Pratique TARifaire Maîtrisée et Option Pratique TARifaire Maîtrisée pour les Chirurgiens et les Obstétriciens.

■ OPTIQUE : application de la grille optique ci-après



Délais de renouvellement (décompte en année glissante, à partir de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire***)

- tous les 24 mois pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus

- tous les 12 mois pour les enfants de moins de 16 ans

- tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Possibilités de renouvellement anticipé dans les conditions prévues par la réglementation

Équipements optiques autres que "100 % santé" (verres de Classe B)	Voir grille optique (remboursements applicables hors ou dans le réseau Santéclair)	Si pas de tiers payant : facture acquittée, prescription médicale et décompte Sécurité sociale (si pas de télétransmission)
Prestation adaptation verres de classe B	0	
Équipements optiques mixtes (équipement composé d'une monture appartenant à la classe A ("100 % santé") et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement)	Voir grille optique (remboursements applicables hors ou dans le réseau Santéclair)	
Lentilles (forfaits non cumulables)		
Remboursées par la SS	25 €/œil/an	Si pas de tiers payant : facture acquittée, prescription médicale et décompte Sécurité sociale (si pas de télétransmission)
Non remboursées par la SS	25 €/œil/an	Facture acquittée avec la mention "non remboursées SS" et la prescription médicale
Autres remboursements optiques		
Chirurgie réfractive des yeux (condition d'âge : à partir de 22 ans / conditions de dioptries : 1,50 à 10,00 en + ou en -)	400 €/œil	Si pas de tiers payant : prescription médicale et facture acquittée
Loupe électronique : (patient atteint de DMLA) 1 remboursement dans la vie du contrat	100 €	Prescription médicale et facture acquittée
Suppléments optiques et matériels acceptés SS	0	

* Hors équipement lunettes et aides auditives, les forfaits/limitations exprimés par an, font référence à l'année civile.

** Le panier prothétique aux "tarifs maîtrisés" comprend des soins prothétiques dentaires aux tarifs encadrés pour assurer un reste à charge modéré.

*** Délais de renouvellement pour les équipements optiques acquis en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres) :

- à partir de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement (verres ou monture) pour le renouvellement d'un équipement optique complet (verres et monture) ;

- à partir de la date d'acquisition de l'élément (verres ou monture) en cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement (verres ou monture).

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (ou tarifs négociés avec les professionnels de santé). **TM** : Ticket Modérateur (delta entre la BRSS et le remboursement réel de l'Assurance maladie dans le cadre du parcours de soins) ex. BRSS d'une consultation généraliste : 26,50 € prise en charge réelle SS 70 % de 26,50 € - TM : 7,95 €.

OPTAM et OPTAM-CO : Option Pratique TARifaire Maîtrisée et Option Pratique TARifaire Maîtrisée pour les Chirurgiens et les Obstétriciens.

ANNEXE 3. **GRILLE OPTIQUE 2025**

Correspondance des verres au sens du contrat responsable		LPP* Classe B	Classification au sens des niveaux Santéclair	SURCO AIR FRANCE
■ VERRE UNIFOCAL				
Verres simple foyer sphériques				
Sphère de -6,00 à +6,00	Simple (a)	2264803	101	30 €
		2225329	101	30 €
		2288353	102	30 €
		2258895	101	30 €
		2293555	101	30 €
		2200335	102	30 €
Sphère hors zone de -6,00 à +6,00	Complexe (c)	2233033	103	30 €
		2292053	104	40 €
		2241162	104	40 €
		2203486	103	30 €
		2234044	104	40 €
		2237947	104	40 €
Verres simple foyer sphéro-cylindriques				
Sphère de -6,00 à 0 et Cylindre < ou = + 4,00	Simple (a)	2208756	101	30 €
		2209460	101	30 €
		2218542	102	30 €
Sphère > 0 et somme S (Sphère + Cylindre) < ou = 6,00	Simple (a)	2229824	101	30 €
		2262678	101	30 €
		2281598	102	30 €
Sphère > 0 et somme S (Sphère + Cylindre) > 6,00	Complexe (c)	2247041	103	30 €
		2241529	103	30 €
		2249152	104	40 €
Sphère de -6,00 à 0 et Cylindre > 4,00	Complexe (c)	2211190	103	30 €
		2210983	103	30 €
		2243920	103	30 €
Sphère < -6,00 et dont le Cylindre est > ou = 0,25	Complexe (c)	2286800	103	30 €
		2257447	104	40 €
		2255856	104	40 €
		2276048	103	30 €
		2224778	104	30 €
		2224287	104	30 €

* LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables par l'Assurance maladie.

** Adulte = à partir de 16 ans, Enfant = moins de 16 ans.

Correspondance des verres au sens du contrat responsable		LPP* Classe B	Classification au sens des niveaux Santéclair	SURCO AIR FRANCE
■ VERRE PROGRESSIF ET MULTIFOCAL				
Verres multifocaux ou progressifs sphériques				
Sphère de -4,00 à +4,00	Complexe (c)	2267552	111	60 €
		2234788	111	60 €
		2279650	111	60 €
		2226910	111	60 €
		2263494	111	60 €
		2240323	111	60 €
		2224732	111	60 €
Sphère hors zone de -4,00 à +4,00	Très complexe (f)	2222118	111	60 €
		2214515	112	50 €
		2266989	112	50 €
		2220088	114	50 €
		2268505	114	50 €
		2251924	112	50 €
		2205321	112	50 €
		2264401	114	50 €
		2267492	114	50 €
		2297263	112	50 €
		2295525	112	50 €
		2241742	114	50 €
		2269516	114	50 €
		2219062	112	50 €
		2202430	112	50 €
		2256420	114	50 €
2293414	114	50 €		
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques				
Sphère de -8,00 à 0 et Cylindre < ou = + 4,00	Complexe (c)	2288695	111	60 €
		2291674	111	60 €
		2213711	112	50 €
		2259340	112	50 €
		2203948	111	60 €
		2230750	111	60 €
		2210434	112	50 €
Sphère > 0 et somme S (Sphère + Cylindre) < ou = 8,00	Complexe (c)	2208064	112	50 €
		2215213	111	60 €
		2234021	111	60 €
		2297530	112	50 €
		2222176	112	50 €
		2292277	111	60 €
		2269692	111	60 €
		2210109	112	50 €
2226926	112	50 €		

Correspondance des verres au sens du contrat responsable		LPP* Classe B	Classification au sens des niveaux Santéclair	SURCO AIR FRANCE
Sphère > 0 et somme S (Sphère + Cylindre) > 8,00	Très complexe (f)	2215503	113	50 €
		2284697	114	50 €
		2257750	113	50 €
		2285099	114	50 €
Sphère de -8,00 à 0 et Cylindre > + 4,00	Très complexe (f)	2212025	113	50 €
		2229155	113	50 €
		2291065	113	50 €
		2282920	113	50 €
		2260691	113	50 €
		2240850	113	50 €
		2253834	113	50 €
		2245941	113	50 €
		2265412	114	50 €
Sphère < -8,00 et dont le Cylindre est > ou = 0,25	Très complexe (f)	2218849	114	50 €
		2299925	114	50 €
		2243623	114	50 €
		2288502	114	50 €
		2217809	114	50 €
		2242760	114	50 €
		2270583	114	50 €
■ VERRE NEUTRE				
Verre neutre	Simple	2291480	101	30 €
■ MONTURE				
Monture adulte** (non renouvelée de manière anticipée)				0 €
Monture enfant** (non renouvelée de manière anticipée)				0 €
Monture renouvelée de manière anticipée adulte				0 €
Monture renouvelée de manière anticipée enfant				0 €

* LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables par l'Assurance maladie.

** Adulte = à partir de 16 ans, Enfant = moins de 16 ans.

ANNEXE 4. LISTE DES ORGANISMES RATTACHÉS AU CONTRAT SOCLE AIR FRANCE ET POUVANT BÉNÉFICIER DE LA SURCOMPLÉMENTAIRE

- AF-KLM
- Association Jérémy
- Quali-Audit
- SNPL-France ALPA
- SNPNC
- SODESI
- SODEXI
- SPAF
- Aéro Club AF (ACAF)
- Tal Aviation

CENTRE DE GESTION MNPAF
28039 Chartres CEDEX
Tél. 01 46 381 381

Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h

Votre espace adhérent sur

www.mnpaf.fr



aéma
G R O U P E