

**Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. Les niveaux de remboursement seront détaillés dans la grille des prestations.**

## De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales du Contrat Responsable. Il s'adresse aux salariés en activité ou en suspension du contrat de travail indemnisé ou non indemnisé < 2 mois CDD - CDI d'Air France du CSEC et CSE, de la société OAT et d'Organismes affiliés.



## Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont parfois soumis à des plafonds précisés dans le tableau des garanties. Les remboursements perçus ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée, et une somme peut rester à votre charge.

### LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Soins courants** : Consultation, auxiliaires médicaux, biologie, analyses, psychomotricité infantile en secteur ambulatoire, psychologue pour enfants de moins de 18 ans, autre médecine, matériel médical remboursé par la Sécurité sociale.
- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires chirurgien/anesthésiste/obstétricien médecins OPTAM (CO) et actes techniques médicaux par médecin OPTAM (CO) ou Non OPTAM (CO), chambre particulière.
- ✓ **Aides auditives**
- ✓ **Optique** : Lunettes (verres), traitement correctif de la vision (laser, implants intraoculaires ou PKR), lentilles remboursées ou non.
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses dentaires, implants, orthodontie.
- ✓ **Cures thermales** : cures prises en charge par la Sécurité sociale.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- Les soins ou prestations n'ayant pas fait l'objet d'une participation du premier niveau de garantie souscrit à la MNPAF (contrat socle collectif et obligatoire AF), sauf cas particuliers expressément prévus au règlement mutualiste.
- Les soins ou médicaments non remboursés par la Sécurité sociale (sauf exception formellement prévue au règlement).
- Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- Les prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale.
- Le transport.
- Les honoraires des médecins non OPTAM (CO) en hospitalisation.



## Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! Franchises médicales sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! Participation forfaitaire d'1€ sur les consultations et actes médicaux, examens radiologiques et analyses laboratoires.
- ! Majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Psychologue pour enfant de – de 18 ans (sauf enfant handicapé)** : remboursement limité à 25 séances/an.
- ! **Médecine douce** : remboursement limité à 8 séances tous les 2 ans.
- ! **Aides auditives** : remboursement limité à 2 oreilles tous les 4 ans (glissants).
- ! **Optique** : limité à 1 équipement (2 verres)/ 2 ans pour les adultes et tous les ans (glissants) pour les - de 16 ans sauf dérogation réglementaire,
- ! **Dentaire** : remboursement maximum annuel de 1.500 € et nombre d'implants limité à 3/an.
- ! **Chambre particulière** : remboursement limité à 60 jours/an.



## Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du niveau de garantie souscrit et sous réserve d'intervention de l'Assurance Maladie française, sauf exceptions expressément prévues au règlement, quelle que soit la dépense engagée.



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de suspension des garanties

#### A la souscription du contrat :

- Être couvert par la couverture socle collective et obligatoire souscrite par l'entreprise Air France/CSEC/CSE/OAT/organismes auprès de la MNPAF.
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par l'assureur
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler mensuellement la cotisation indiquée au règlement.

#### En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations ou à l'actualisation de votre situation administrative (changement d'adresse, changement de caisse d'assurance maladie, ...)
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date des soins (date indiquée sur le décompte de l'Assurance Maladie ou en cas de non prise en charge par l'Assurance Maladie date de facturation).



## Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est due pour l'année civile. Son paiement est fractionné en mois entier et elle est réglée, terme à échoir, par prélèvement bancaire chaque début de mois.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à la même date que la couverture complémentaire socle si la demande a été faite au plus tard dans le mois qui suit, à défaut le 1er janvier de chaque année sous réserve d'en faire la demande avant le 30 novembre précédent.

La durée du contrat est d'un an ; il se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1<sup>er</sup> janvier sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au règlement.

La fin de la couverture collective et obligatoire à la MNPAF entraîne la suspension automatique de la couverture surcomplémentaire.

L'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours à compter de la prise d'effet du contrat.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Au 31 décembre de chaque année sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre.
- Dans les 20 jours suivants l'envoi de votre échéancier annuel.
- Ou à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription. La résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande.

La demande de résiliation doit être adressée par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité et notamment par courrier postal à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant ou par messagerie électronique.