

ACCORD D'ENTREPRISE
Régime Complémentaire Frais de Santé
2023 - 2025

Entre,

La Société Air France, représentée par son Directeur Général Adjoint Ressources Humaines et Affaires Sociales, Monsieur Patrice Tizon, d'une part,

Et

Les Organisations Syndicales représentatives au niveau de l'entreprise, d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le présent accord d'entreprise, conclu à titre collectif et obligatoire, institue un régime complémentaire frais de santé au bénéfice des salariés d'Air France.

Article 1 - Durée de l'accord et date d'effet

L'accord est conclu pour une durée déterminée de 3 ans, du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2025 inclus.

Il cessera définitivement de produire tout effet au-delà de cette date.

A l'échéance du terme, le régime complémentaire frais de santé ne pourra être maintenu que par la signature d'un nouvel accord collectif.

Article 2 - Objet de l'accord

Le présent accord a pour objet de définir le régime frais de santé mis en place au sein de la société Air France, en complément des prestations servies par un des régimes de base de la Sécurité sociale française.

Article 3 - Adhésion

Article 3.1 - Salariés bénéficiaires

Le présent régime bénéficie à l'ensemble des salariés de la société Air France affiliés obligatoirement à un des régimes de base de la Sécurité sociale française.

Article 3.2 - Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au présent régime est obligatoire. Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives des salariés dans l'entreprise.

AT   SAC

Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisation.

Article 4 - Maintien des garanties

Les garanties frais de santé sont maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu ou rompu dans les cas et conditions suivantes :

Article 4.1 - Cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice des garanties frais de santé est maintenu aux salariés dont le contrat de travail est suspendu, lorsqu'ils bénéficient d'un maintien, total ou partiel, de salaire ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur (qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers). Par ailleurs, le bénéfice des garanties frais de santé est maintenu aux salariés dont le contrat de travail est suspendu lorsqu'ils bénéficient d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

- Dans le cas où l'indemnisation prend la forme d'un **maintien de salaire total ou partiel** ou **d'indemnités journalières complémentaires** : le **bénéfice des garanties est maintenu** dans les conditions suivantes :
 - Répartition du financement et taux de cotisation : la contribution du salarié et de l'employeur est calculée selon les mêmes règles que celles applicables à la catégorie de personnes dont relève le salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée ;
 - Assiette de cotisations : la contribution du salarié et de l'employeur est calculée sur le salaire reconstitué le cas échéant, pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

- Dans le cas où l'indemnisation prend la forme **d'un revenu de remplacement versé par l'employeur** : le **bénéfice des garanties est maintenu**.
Ce cas concerne notamment les salariés placés dans la situation d'activité partielle, congé de reclassement, congé de mobilité ... Dans cette hypothèse, les garanties sont maintenues dans les conditions suivantes :
 - Répartition du financement et taux de cotisation : la contribution du salarié et de l'employeur est calculée selon les mêmes règles que celles applicables à la catégorie de personnes dont relève le salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée ;
 - Assiette de cotisations : la contribution du salarié et de l'employeur est calculée sur la somme du revenu de remplacement et du salaire réduit (le cas échéant) pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Article 4.2 - Cas de suspension du contrat de travail non indemnisée liée à une situation d'invalidité

Pour les salariés classés en invalidité par la sécurité sociale, les garanties frais de santé sont maintenues, à titre gratuit, pendant une période de douze mois à compter de la date de la suspension du contrat de travail.

A l'issue de cette période de douze mois, les garanties frais de santé pourront être maintenues à titre individuel et facultatif selon les modalités prévues à l'article 4.5.5 du présent accord.

Article 4.3 - Cas de suspension du contrat de travail non indemnisée inférieure ou égale à deux mois

En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée inférieure ou égale à deux mois, les garanties frais de santé sont maintenues dans les conditions suivantes :

- la cotisation mensuelle salarié sera précomptée sur le bulletin de salaire et récupérée lors de la reprise d'activité dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés actifs ;
- l'employeur versera également la part employeur correspondante dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés actifs.

Article 4.4 - Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par le Pôle Emploi (au titre de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 modifié et de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale issu de la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013)

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions interprofessionnelles et législatives en vigueur au cours de l'application du présent accord.

A titre informatif, il est rappelé qu'actuellement, en application de ces dispositions, les garanties frais de santé sont maintenues à titre gratuit dans les conditions prévues à l'article L911-8 du code de la sécurité sociale aux anciens salariés dont la rupture du contrat travail donne lieu à prise en charge par le régime d'assurance chômage, pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs au sein de la société Air France, appréciée en mois entiers, sans pouvoir excéder 12 mois.

Article 4.5 - Autres possibilités de maintien à titre individuel

Article 4.5.1 - Anciens salariés privés d'emploi et indemnisés par le Pôle Emploi (au titre de l'article 4 de la Loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989)

A la suite de la période de portabilité prévue à l'article 4.4. ci-dessus, les garanties frais de santé pourront être maintenues à titre individuel et facultatif par « l'assureur » aux anciens salariés toujours indemnisés par le régime d'assurance chômage, en contrepartie de cotisations frais de santé à leur entière charge.

Article 4.5.2 - Anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite (au titre de l'article 4 de la Loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989)

Les garanties frais de santé pourront être maintenues à titre individuel et facultatif par « l'assureur » aux anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite, en contrepartie de cotisations frais de santé à leur entière charge.

Article 4.5.3 - Anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité (au titre de l'article 4 de la Loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989)

Les garanties frais de santé pourront être maintenues à titre individuel et facultatif par « l'assureur » aux anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, en contrepartie de cotisations frais de santé à leur entière charge.

Article 4.5.4 - Ayants droit d'un salarié décédé (au titre de l'article 4 de la Loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989)

Les garanties frais de santé pourront être maintenues à titre individuel et facultatif par « l'assureur » aux ayants droit d'un salarié décédé, en contrepartie de cotisations frais de santé à leur entière charge.

Article 4.5.5 - Cas de suspension du contrat de travail non indemniée

Les garanties frais de santé pourront être maintenues à titre individuel et facultatif par « l'assureur » aux salariés dont la suspension du contrat de travail est non indemniée au sens du 4.1 ci-dessus.

Le maintien s'effectuera en contrepartie du versement des cotisations à la charge entière du salarié.

Article 5 - Désignation de l'organisme assureur

Entre le 1^{er} janvier 2023 et le 31 décembre 2025, la MNPAF (Mutuelle Nationale des Personnels d'Air France) est l'assureur désigné pour assurer le régime complémentaire frais de santé, sous réserve de l'acceptation pleine et entière par celle-ci des dispositions du présent accord.

Conformément à l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, les parties réexamineront le choix de l'organisme assureur à l'échéance du terme de l'accord.

L'assureur présentera annuellement à Air France, avant les réunions de la commission de suivi de l'accord, le compte de résultat du régime obligatoire institué par le présent accord comportant l'ensemble des informations obligatoires conformément à la législation en vigueur ainsi que le rapport de gestion et les prévisions budgétaires.

Article 6 - Définition des prestations frais de santé

Article 6.1 Les principes

Les prestations viennent en complément de celles assurées par la sécurité sociale. Elles ne sauraient constituer un engagement pour l'entreprise qui n'est tenue à l'égard de ses salariés qu'au seul paiement des cotisations.

Le versement des prestations relève de la seule responsabilité de l'assureur.
Le cumul de ces prestations avec celles versées par le régime d'assurance maladie de la sécurité sociale ne peut excéder pour chaque acte le montant des frais réels engagés.
Les prestations sont fournies en contrepartie du financement prévu à l'article 7 ci-dessous.
Les parties signataires, conscientes de la nécessité de maîtriser le rythme d'augmentation des dépenses de santé en préservant l'accès aux soins de qualité d'une part, et conscientes d'autre part, de la nécessité de continuer à bénéficier des règles fiscales et sociales, choisissent de s'inscrire dans le cadre du « contrat responsable » défini par la réglementation.

Article 6.2 Le cahier des charges choisi

Dans ce cadre et sous ces conditions, il est convenu que les remboursements de frais de santé définis par le présent accord (Cf. résumé des prestations joint en annexe) sont repris et détaillés dans le contrat d'assurance collective conclu entre AIR FRANCE et la MNPAF à effet du 1^{er} janvier 2023.

Ces prestations pourraient ensuite évoluer dans les conditions prévues à l'article traitant de la révision du présent accord et en application d'un avenant au contrat d'assurance.

En outre, toute exigence réglementaire nouvelle sur le contrat responsable sera automatiquement et intégralement intégrée sur ce cahier des charges.

Article 7 - Financement

Concernant les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale, le financement du présent régime est assuré par une cotisation obligatoire mensuelle à la charge de l'employeur et du salarié égale à :

- 1,115 % de la rémunération à la charge de l'employeur, sans pouvoir être inférieure à la valeur en euros de ce taux appliqué à 1/2 plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et supérieure à la valeur en euros de ce taux appliqué à 2 PMSS ;
- 1,115 % de la rémunération à la charge du salarié, sans pouvoir être inférieure à la valeur en euros de ce taux appliqué à 1/2 PMSS et supérieure à la valeur en euros de ce taux appliqué à 2 PMSS.

Concernant les salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire d'Alsace Moselle, le financement du présent régime est assuré par une cotisation obligatoire mensuelle à la charge de l'employeur et du salarié égale à :

- 0,669 % de la rémunération à la charge de l'employeur, sans pouvoir être inférieure à la valeur en euros de ce taux appliqué à 1/2 plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et supérieure à la valeur en euros de ce taux appliqué à 2 PMSS ;
- 0,669 % de la rémunération à la charge du salarié, sans pouvoir être inférieure à la valeur en euros de ce taux appliqué à 1/2 PMSS et supérieure à la valeur en euros de ce taux appliqué à 2 PMSS.

Les montants correspondant au plancher et au plafond de cotisations forfaitaires mensuels (mentionnés ci-dessus en référence au plafond de la sécurité sociale) seront revalorisés annuellement au 1^{er} janvier du pourcentage d'évolution du plafond de la Sécurité sociale.

Ces cotisations sont prélevées mensuellement.

La rémunération servant d'assiette à la cotisation correspond au salaire brut fiscal (avant déduction des cotisations sociales et retenues des indemnités journalières de la Sécurité sociale).

Cas particuliers : salariés exerçant une activité à temps alterné ou à temps partiel :
L'assiette de cotisation est basée sur les éléments de salaire composant le salaire brut fiscal perçu par le salarié (et non la reconstitution de ces éléments sur un temps complet).

La cotisation servant au financement du régime obligatoire est destinée à couvrir le salarié affilié à titre obligatoire et ses ayants droits tels que définis par le présent accord et par le contrat d'assurance.

Sont couverts à titre obligatoire en tant qu'ayants droit :

- Les enfants des salariés d'Air France ou ceux de son conjoint, concubin ou cosignataire de PACS, jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 20 ans, sans justificatif autre qu'une copie d'acte de naissance ou du livret de famille ;
- Les enfants des salariés d'Air France ou ceux de son conjoint, concubin ou cosignataire de PACS, du 31 décembre de l'année de leurs 20 ans jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 26 ans, s'ils justifient d'une copie d'acte de naissance ou du livret de famille et annuellement d'un certificat de scolarité ou de la carte volontaire de service civique ;
- Les enfants handicapés des salariés d'Air France ou ceux de son conjoint, concubin ou cosignataire de PACS, à compter du 31 décembre de l'année de leurs 20 ans et sans limitation de durée, à condition que le handicap ait été signalé à la MNPAF avant les 26 ans de l'enfant, s'ils justifient d'une copie d'acte de naissance ou du livret de famille et tous les 5 ans :
 - d'une reconnaissance par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH),
 - et :
 - soit d'un avis d'imposition faisant apparaître une absence de revenu,
 - soit d'un justificatif de perception de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH),
 - soit de bulletins de salaires faisant apparaître une rémunération inférieure ou égale au SMIC annuel.

La couverture obligatoire des enfants tels que définis ci-dessus implique que le salarié est tenu de les déclarer à la MNPAF.

Est considéré comme ayant droit l'enfant :

- soit du salarié d'Air France,
- soit du conjoint, concubin ou cosignataire d'un PACS du salarié d'Air France (un certificat de mariage, un justificatif de domiciliation fiscale à la même adresse pour les concubins ou un certificat de PACS devra être fourni à la MNPAF, en plus des justificatifs précités).

L'enfant peut être :

- légitime ou légitimé,

- naturel ou ayant fait l'objet d'une adoption simple ou plénière avant sa majorité (la copie des jugements correspondants devra être fournie),
nota : lorsque l'enfant a fait l'objet d'une adoption à l'étranger, la copie du jugement dans le pays étranger traduit en français devra être fournie,
- placé sous tutelle, avant sa majorité (la copie des jugements correspondants devra être fournie).

Article 8 - Commission de suivi de l'accord

La commission de suivi est composée :

- deux membres par organisation syndicale signataire du présent accord ou adhérente ;
- de quatre représentants maximum désignés par la Direction Générale d'Air France ;
- du directeur de la MNPAF, à titre d'expert ;
- d'autres experts en tant que de besoin, acceptés par l'ensemble des participants.

Elle est informée annuellement des modalités de mise en œuvre de l'accord et plus particulièrement des résultats du régime et de l'analyse des coûts de fonctionnement du contrat tels que présentés par « l'assureur ».

La commission de suivi de l'accord peut également se réunir une seconde fois au cours de l'année, à la demande d'une organisation syndicale signataire ou adhérente du présent accord ou de la Direction d'Air France, s'il y a lieu.

Article 9 - Révision de l'accord


Le présent accord pourra à tout moment être révisé dans les conditions et selon les modalités prévues par les articles L. 2222-5, L. 2261-7-1 et L. 2261-8 du code du travail.

Article 10 - Formalités de dépôt et de publicité




Le présent accord devra faire l'objet des formalités légales de dépôt et de publicité.

Fait à Roissy, le **09 DEC. 2022**

Pour la Société Air France :



Pour les Organisations Syndicales représentatives au niveau de l'entreprise :

ALTER
CFDT P/O Axel TACCHI 
CFE CGC Cecile TAMAUET 
FO/SUPAC Jean-Michel COURTOIS 
SNPL France ALPA
SPAF
UNSA Aérien

ANNEXE
RESUME DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTE DES SALARIES AIR FRANCE
(Extrait du contrat d'assurance collective conclu entre AIR FRANCE et la MNPAF à effet du 1^{er} janvier 2023)

Toutes exigences réglementaires nouvelles seront automatiquement et intégralement intégrées.

GRILLE DE PRESTATIONS CONTRAT AIR FRANCE

A I O M JLC

Grille de prestations contrat collectif à effet du 1er janvier 2023

Garanties respectant le Contrat Responsable

	Contrat Air France	Justificatifs à fournir	
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux :			
Consultation Dentiste	TM + 30% BRSS	Reçu du TM ou facture et décompte Sécurité Sociale (si pas de télétransmission ou tiers-payant intégral)	
Consultation, visite Généraliste OPTAM et OPTAM-CO	TM + 30% BRSS		
Consultation, visite Généraliste non OPTAM et non OPTAM-CO	TM + 10% BRSS		
Consultation, visite Spécialiste OPTAM et OPTAM-CO	TM + 75% BRSS		
Consultation, visite Spécialiste non OPTAM et non OPTAM-CO	TM + 55% BRSS		
Consultation Médecin non conventionné (secteur 3)	TM		
Majoration visite, nuit, dimanche	TM		
Petite chirurgie, anesthésie, échographie (ATM, ADA, ADC, KC, ADE) - médecin OPTAM et OPTAM-CO	TM + 55% BRSS		
Petite chirurgie, anesthésie, échographie (ATM, ADA, ADC, KC, ADE) - médecin non OPTAM et non OPTAM-CO	TM + 35% BRSS		
Radiologie :			
Radiologue OPTAM	TM + 30% BRSS		
Radiologue non OPTAM	TM + 10% BRSS		
Honoraires paramédicaux	TM		
Psychologue pris en charge par la Sécurité Sociale dans le cadre du dispositif "MonPsy" (enfant de + de 3 ans & adulte) bénéficiant du tiers-payant	40% BRSS		
Analyse et examens de laboratoire :			
Biologie - Analyse remboursée Sécurité Sociale	TM		
Biologie - Analyse non remboursée Sécurité Sociale	50 € par an*	Prescription médicale et facture acquittée	
"Autres médecines" :			
Forfait commun aux consultations ostéopathes / chiropracteurs / étiopathes / médecins acupuncteurs / psychologues adultes (hors dispositif "MonPsy") / diététiciens / pédicures podologues non prises en charge par la Sécurité Sociale.	25 € limite 8 séances tous les 2 ans*	Facture acquittée	
Psychologues (hors dispositif "MonPsy") / psychomotriciens / ergothérapeutes pour enfants de moins de 18 ans (et sans limite d'âge pour les enfants handicapés)	20 € limite 25 séances/an*		
Médicaments :			
Pharmacie 65%	TM	Reçu du TM et décompte Sécurité Sociale (si pas de télétransmission)	
Pharmacie 30%	TM		
Pharmacie 15%	TM		
Pilule contraceptive non remboursée par la Sécurité Sociale	40 € par an*	Prescription médicale et facture acquittée	
Matériel médical			
Appareillage (orthèses, prothèses remboursées SS, pansements, accessoires...)	250% BRSS (TM inclus)	Reçu du TM et décompte Sécurité Sociale (si pas de télétransmission)	
HOSPITALISATION			
Forfait journalier	Frais réels		
Forfait Patient Urgences	Frais réels		
Honoraires :			
Honoraires chirurgien, anesthésiste, obstétricien (ADC, ADA, ACO) - médecin OPTAM et OPTAM-CO	TM + 200% BRSS	Facture AMC (ou équivalent) et note d'honoraires pour les dépassements	
Honoraires chirurgien, anesthésiste, obstétricien (ADC, ADA, ACO) - médecin non OPTAM et non OPTAM-CO	TM + 100% BRSS		
Honoraires chirurgien, anesthésiste, obstétricien (ADC, ADA, ACO) Secteur 3	TM		
Honoraires Acte Technique Médical - médecin OPTAM et OPTAM-CO	TM + 200% BRSS		
Honoraires Acte Technique Médical - médecin non OPTAM et non OPTAM-CO	TM + 100% BRSS		
Participation forfaitaire	Frais réels		
Autres remboursements liés à l'hospitalisation :			
Frais de séjour	TM		
Chambre particulière médecine / chirurgie / obstétrique / psychiatrique	70 €/jour - 60 jours maxi/an*		
Frais accompagnement enfant -16 ans	39 €/jour		
Hébergement de jour	TM		
Hospitalisation à domicile	TM		
Prix de journée (pour les établissements non conventionnés Sécurité Sociale)	100 €/jour (TM inclus)		
AIDES AUDITIVES			
Délai minimal de renouvellement : 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, pour chaque oreille indépendamment			
Aides auditives appartenant au panier de soins "100% santé" ** (classe I)	Remboursement intégral du reste à charge	Si pas de Tiers-Payant : décompte Sécurité Sociale et facture acquittée	
Aides auditives appartenant au panier de soins "prix libres" (classe II)	100% BRSS (TM inclus) dans la limite de 1700 € par oreille appareillée part Séc. Soc. incluse		
Aides auditives jusqu'au 20ème anniversaire	350% BRSS (TM inclus) dans la limite de 1700 € par oreille appareillée part Séc. Soc. incluse		
Aides auditives au-delà du 20ème anniversaire			
OPTIQUE : application des grilles 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			
Equipements optiques "100% santé"*** (Montures et verres de Classe A/prestations "adaptation verres classe A et appareillage")	Remboursement intégral du reste à charge 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).	
Equipements optiques autres que "100% santé" (Montures et verres de Classe B)	TM		
Prestation adaptation verres de classe B	TM		
Equipements optiques mixtes (équipement composé d'une monture appartenant à la classe A ("100% santé") et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement)	Remboursements en fonction si l'élément (verres/monture) est de classe A ou B & applicables hors ou dans le réseau Santéclair		
Lentilles : (forfaits non cumulables)			
Remboursées par la SS	170 €/œil (TM inclus)		

AT CT SAC

Non remboursées par la SS	75 €/œil/an*	Pour les lentilles refusées SS, fournir 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 -)	300 €/œil	Prescription médicale et facture acquittée
Loupe électronique : (patient atteint de DMLA) 1 remboursement dans la vie du contrat	300 €	
Supplément optiques et matériels acceptés SS	100% BRSS (TM inclus)	Décompte SS et facture acquittée
DENTAIRE		
Soins :		
Soins conservateurs (SC)	TM + 30% BRSS	Décompte SS ou reçu TM
Chirurgie dentaire (DC)	TM + 70% BRSS	
Parodontologie remboursée SS	TM + 70% BRSS + complément de 360 € maxi/an*	Décompte SS et facture acquittée
Endodontie remboursée SS	TM + 30% BRSS + complément de 360 € maxi/an*	
Parodontologie/endodontie non remboursée SS	Forfait annuel* 360 € maxi	Facture acquittée avec mention "HN"
Inlay onlay coté en soins	TM + 200% BRSS	Décompte SS et facture acquittée
Soins et Prothèses "100% santé"***		
Actes prothétiques définis réglementairement	Remboursement intégral du reste à charge	
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	1 230 € (TM inclus)	Décompte SS et facture acquittée
Couronne et inter sur dents visibles	410 € (TM inclus)	
Couronne et inter sur dents non visibles	410 € (TM inclus)	
Inlay core et inlay core à clavette	165 € (TM inclus)	
Appareil amovible résine transitoire remboursé SS	300 € (TM inclus)	
Appareil amovible résine définitif de 9 dents et + remboursé SS	700 € (TM inclus)	
Appareil amovible définitif - stellite	1 000 € (TM inclus)	
Autre prothèse codifiée et remboursée SS	TM + 350% BRSS	
Codifiées et non remboursées SS (couronne, inter de bridge et inlay core)	500 € par an*	
Couronne sur implant	410 € (TM inclus)	
Couronne transitoire remboursée SS	53 € (TM inclus)	
Prothèses restauratrices maxillo-faciales (y compris gouttière d'occlusion) remboursées SS	200% BRSS (TM inclus)	
Implantologie (limite : 3 implants par an*)	racine 500 € + pilier 110 €	
Soulèvement des sinus dans le cadre de l'implantologie	500 €/an*	
Fin de la liste des actes soumis à plafonnement annuel*		
Scanner pré-implantaire	Forfait annuel* 4 500 € maxi (au-delà du plafond, paiement du TM + 25% BRSS)	
Frais d'orthopédie dento-facial ou de traitement d'orthodontie :		
Remboursés SS	100 €/an*	Facture acquittée
Non remboursés SS	250% BRSS (483,75 €/semestre)	Facture acquittée (avec mention "HN" si non remboursé SS) avec date début et fin de semestre et décompte SS
Autres actes d'orthodontie remboursés SS	0	
Contention pour soins remboursés SS	TM + 220% BRSS	
Contention pour soins non remboursés SS	403 €/an* (TM inclus)	
TRANSPORT		
Remboursé par la SS	TM	Décompte SS ou reçu du TM
Prescrit et refusé par la SS	Ambulance 1,50 €/km Taxi 0,75 €/km Maximum 100 km A/R	Copie de la prescription médicale, la facture acquittée et le refus SS
PREVENTION		
Vaccins non remboursés SS	Frais réels	Prescription médicale, vignette, facture acquittée ou reçu de paiement du centre de vaccination
Recherche de caryotype fœtal par amniocentèse non remboursée SS	150 €	Prescription médicale et facture acquittée avec mention "HN"
Test ostéo-densitométrie osseuse, test d'hémoculture non remboursés SS	27 €	
Aide au sevrage tabagique	30 €/an*	Facture acquittée
Actes de prévention Contrat Responsable visés par l'arrêté du 8 juin 2006. Exemples : bilan de langage pour les enfants, dépistage de l'hépatite B, dépistage trouble de l'audition à partir de 50 ans.	TM	Décompte SS ou reçu du TM
Prévention dentaire: détartrage annuel, scellement des sillons pour les enfants.	TM + 30% BRSS	
CURES		
Cures remboursées SS	300 €/cure (TM inclus)	Facture acquittée, attestation de cure et décompte SS
PRESTATIONS EN ESPECES		
Allocation prime enfance	Forfait 300 € par enfant	Acte de naissance ou jugement d'adoption plénière
Enfant handicap		
Aide aux frais de garde et centres de vacances spécialisés (dossier à constituer auprès de la MNPAF)	48 €/jour maxi 60 jours/an*	Facture acquittée
ASSISTANCE SANTE ET PREVOYANCE		
Garantie Assistance Vie Quotidienne		Notice consultable sur le site www.mnpaf.fr

*Hors équipement lunettes et aides auditives, les forfaits/limitations exprimés par an, font référence à l'année civile. En ce qui concerne particulièrement le forfait commun aux consultations « autres médecines » dont le remboursement est 25 € limité à 8 séances tous les 2 ans, l'appréciation de la limite prend en compte les séances effectuées l'année N ainsi que l'année N-1.

** Dispositif 100% santé par lequel les assurés couverts par un contrat complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement dont la prise en charge est renforcée: ces prestations sont intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et le contrat complémentaire santé sans reste à charge pour les assurés.

***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 : 25 € prise en charge réelle SS 70% de 25 € - TM : 7,50 €

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

* AT CT - JAC

GRILLE OPTIQUE DETAILLEE CONTRAT COLLECTIF AIR FRANCE

Correspondance des verres au sens du contrat responsable	LPP* Classe B	Classification au sens des niveaux Sanféclair	Garantie Socle Obligatoire et collective Air France		
VERRE UNIFOCALE					
VERRES SIMPLE Foyer Sphériques					
Sphère de -6,00 à +6,00	SIMPLE (a)	2264803	101	60 €	
		2225329	101	60 €	
		2288353	102	80 €	
		2258895	101	60 €	
		2293555	101	60 €	
		2200335	102	80 €	
Sphère hors zone de -6,00 à +6,00	COMPLEXE (c)	2233033	103	110 €	
		2292053	104	150 €	
		2241162	104	150 €	
		2203486	103	110 €	
		2234044	104	150 €	
		2237947	104	150 €	
VERRES SIMPLE Foyer Sphéro-Cylindriques					
Sphère de -6,00 à 0 et Cylindre < ou = +4,00	SIMPLE (a)	2208756	101	60 €	
		2209460	101	60 €	
		2218542	102	80 €	
Sphère > 0 et somme S (Sphère + Cylindre) < ou = 6,00	SIMPLE (a)	2229824	101	60 €	
		2262678	101	60 €	
		2281598	102	80 €	
Sphère > 0 et somme S (Sphère + Cylindre) > 6,00	COMPLEXE (c)	2247941	103	110 €	
		2241529	103	110 €	
		2249152	104	150 €	
Sphère de -6,00 à 0 et Cylindre > 4,00	COMPLEXE (c)	2211190	103	110 €	
		2210983	103	110 €	
		2243920	103	110 €	
Sphère < -6,00 (hors zone) et quel que soit dont le Cylindre est > ou = 0,25	COMPLEXE (c)	2286800	103	110 €	
		2257447	104	150 €	
		2255856	104	150 €	
		2276048	103	110 €	
		2224778	104	150 €	
		2224287	104	150 €	
VERRE PROGRESSIF ET MULTIFOCAL					
VERRES MULTIFOCAL OU PROGRESSIFS Sphériques					
Sphère de -4,00 à +4,00	COMPLEXE (c)	2267552	111	100 €	
		2234788	111	100 €	
		2279650	111	100 €	
		2226910	111	100 €	
		2263494	111	100 €	
		2240323	111	100 €	
		2224732	111	100 €	
		2222118	111	100 €	
Sphère hors zone de -4,00 à +4,00	TRES COMPLEXE (f)	2214515	112	130 €	
		2266989	112	130 €	
		2220088	114	200 €	
		2268505	114	200 €	
		2251924	112	130 €	
		2205321	112	130 €	
		2264401	114	200 €	
		2267492	114	200 €	
		2297263	112	130 €	
		2295525	112	130 €	
		2241742	114	200 €	
		2269516	114	200 €	
		2219062	112	130 €	
		2202430	112	130 €	
		2256420	114	200 €	
2293414	114	200 €			
VERRES MULTIFOCAL OU PROGRESSIFS Sphéro-Cylindriques					
Sphère de -8,00 à 0 et Cylindre < ou = +4,00	COMPLEXE (c)	2289695	111	100 €	
		2291674	111	100 €	
		2213711	112	130 €	
		2258340	112	130 €	
		2203948	111	100 €	
		2230750	111	100 €	
		2210434	112	130 €	
		2208064	112	130 €	
Sphère > 0 et somme S (Sphère + Cylindre) < ou = 8,00	COMPLEXE (c)	2215213	111	100 €	
		2234021	111	100 €	
		2297530	112	130 €	
		2222176	112	130 €	
		2292277	111	100 €	
		2269692	111	100 €	
		2210109	112	130 €	
		2226926	112	130 €	
Sphère > 0 et somme S (Sphère + Cylindre) > 8,00	TRES COMPLEXE (f)	2215503	113	160 €	
		2284697	114	200 €	
		2257750	113	160 €	
		2285099	114	200 €	
Sphère de -8,00 à 0 et Cylindre > +4,00	TRES COMPLEXE (f)	2212025	113	160 €	
		2229155	113	160 €	
		2291065	113	160 €	
		2282920	113	160 €	
		2260691	113	160 €	
		2240850	113	160 €	
		2253834	113	160 €	
		2245941	113	160 €	
Sphère < -8,00 (hors zone) et quel que soit le Cylindre dont le Cylindre est > ou = 0,25	TRES COMPLEXE (f)	2265412	114	200 €	
		2218849	114	200 €	
		2299925	114	200 €	
		2243623	114	200 €	
		2288502	114	200 €	
		2217809	114	200 €	
		2242760	114	200 €	
		2270583	114	200 €	
		VERRE NEUTRE			
		Verre neutre	SIMPLE	2291480	101
MONTURE					
MONTURE ADULTE** (non renouvelée de manière anticipée)				100 €	
MONTURE ENFANT** (non renouvelée de manière anticipée)				90 € (TM et part Sécurité)	
MONTURE RENOUVELÉE DE MANIÈRE ANTICIPÉE ADULTE				30 €	
MONTURE RENOUVELÉE DE MANIÈRE ANTICIPÉE ENFANT				30 €	

*LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables par l'Assurance Maladie
 ** Adulte = à partir de 16 ans, Enfant = moins de 16 ans

Conditions de prise en charge des équipements d'optique mixtes (monture/verre - classe A/B)		
Composition de l'équipement (Classe A : 100% santé, Classe B : autre que 100% santé)	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture
2 verres A + monture B	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé*	100 € pour une monture adulte (TM et part Sécurité inclus) 90 € pour une monture enfant
2 verres B + monture A	Dans la limite des tarifs de la grille Optique contrat AIR FRANCE	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé

PLV : Prix Limite de Vente

*les prestations d'appareillage ainsi que le supplément des verres avec filtre sont pris en charge intégralement pour les verres de classe A, dans la limite des PLV.

A AT CT SAC