

NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT DE PRÉVOYANCE Frais de santé



au 1^{er} juillet 2009



SOMMAIRE

1.	Processus d'adhésion	p. 4
2.	Les cotisations	p. 6
3.	Les garanties	p. 6
4.	Le parcours de soins	p. 8
5.	Les plus mutualistes	p. 9
6.	Maintiens de garanties	p. 10
7.	Contrat d'accueil	p. 11
8.	Dispositions générales	p. 11
9.	Liste des mutuelles	p. 12

PRÉAMBULE

Par accord signé en date du 10 février 2009, la Direction et les Organisations Syndicales du groupe SAFRAN ont institué un régime de Prévoyance complémentaire au bénéfice de l'ensemble des salariés.

L'assurance du régime complémentaire Frais de Santé est confiée à l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.), aux mutuelles adhérentes à la Mutualité Française listées en page 12 de la présente notice et à NOVALIS Prévoyance.

La répartition de la coassurance s'effectue à hauteur de 50% pour le pôle mutualiste et 50% pour NOVALIS Prévoyance.

L'apérition est confiée à l'U.N.P.M.F. et la gestion aux mutuelles co-assureurs.

L'U.N.P.M.F. met à votre disposition la présente notice qui a pour but de vous exposer les différentes garanties offertes par ce régime, de vous expliquer les démarches administratives à accomplir pour obtenir le paiement de vos prestations et bénéficier des services associés.

Elle est un résumé des conditions générales et particulières du contrat de prévoyance collective.

1. Processus d'adhésion

LES BÉNÉFICIAIRES

A. Les assurés

L'ensemble du personnel du groupe SAFRAN

Dans le cas de familles dont les deux conjoints travaillent dans des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord collectif, l'un des deux membres du couple doit être affilié en propre au régime, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

B. Les ayants droit

Votre conjoint ou assimilé :

- le conjoint marié,
- le partenaire lié par un pacte civil de solidarité,
- le concubin.

On entend par concubin, la personne vivant en couple avec une autre personne dans le cadre d'une union de fait s'il peut être prouvé la vie commune sous la forme d'un justificatif (quittance de loyer, facture EDF ou justificatif d'un domicile fiscal commun aux deux concubins).

Vos enfants ou ceux de votre conjoint (ou assimilé) :

- à charge au sens de la Sécurité sociale et vivant au foyer ;
- s'ils justifient de la poursuite de leurs études à plein temps et au plus tard jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire, ayant leur propre immatriculation ;
- s'ils justifient de la poursuite de leurs études à temps partiel, en contrat d'alternance (apprentissage ou professionnalisation), et dont les ressources sont inférieures à 80% du SMIC, au plus tard jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire, ayant leur propre immatriculation ;
- de moins de 26 ans ayant terminé leur scolarité, et en recherche d'un premier emploi pendant une durée d'un an au maximum ;
- quelque soit leur âge, atteints de maladies chroniques ou incurables les mettant dans l'impossibilité permanente de se livrer à une activité rémunérée et qui continuent à percevoir les allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 relative aux personnes handicapées.

C. Cas particuliers

Dispenses d'affiliation

Vos ayants droit (conjoint et enfants), qui ne sont pas eux-mêmes salariés des sociétés entrant dans le champ d'application de l'accord collectif, et qui sont couverts, par ailleurs, par un régime obligatoire de remboursement de frais de santé peuvent être dispensés d'adhérer au présent régime Frais de santé.

Vous devez fournir à votre service du personnel une attestation à l'appui de la dispense émanant de l'employeur souscripteur du régime obligatoire. Cette formalité est à renouveler chaque année.

Cette faculté est également ouverte aux ayants droit des nouveaux embauchés, de même, qu'en cas de changement de la situation de famille ou administrative, justifiant un changement de catégorie de cotisation.

Adhésion à plusieurs organismes complémentaires

La Télétransmission NOEMIE n'est possible qu'auprès d'un seul organisme complémentaire.

Si vous êtes adhérent à plusieurs organismes, vous devez choisir celui auprès duquel vous souhaitez que la connexion soit établie.

Vous pouvez obtenir le versement des prestations auprès de chaque organisme et ce, dans la limite des dépenses réellement engagées.

En cas de remboursement préalable d'un autre organisme complémentaire, il est nécessaire de présenter à votre mutuelle l'original du relevé de prestations de cet organisme, les copies des décomptes de Sécurité sociale et tout justificatif des frais réels engagés.

Notre intervention portera sur la part des dépenses restant à charge après la première intervention à concurrence des frais réels et dans la limite des plafonds de remboursement prévus par nos garanties.

Le remboursement des frais antérieurs à votre adhésion

Les frais de santé concernant les soins antérieurs à votre adhésion au présent régime sont à adresser à votre ancien organisme complémentaire (mutuelle, assureur...), qui procèdera aux règlements de ceux-ci.

LES FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion au régime est obligatoire pour les salariés, mais vous devez accomplir certaines formalités.

Remplissez le bulletin d'adhésion qui vous a été remis, pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit, en précisant (case Connexion Noémie) si vous souhaitez bénéficier de la Télétransmission entre votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie et votre mutuelle.

Après avoir complété ce document, il vous appartient de le remettre à votre responsable du personnel accompagné des pièces justificatives suivantes :

Pièces à joindre

Adhérent	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) + Copie du livret de famille, s'il y a des ayants droit non à charge Sécurité sociale + Relevé d'Identité Bancaire du compte sur lequel vous désirez recevoir les prestations.
Conjoint	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.
Concubin	Justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture EDF, d'un avis d'imposition + attestation d'immatriculation Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.
Partenaire de PACS	Pacte Civil de Solidarité ou attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance + attestation d'immatriculation Sécurité sociale (Vitale), s'il est lui-même assuré social.
Enfant à charge au sens de la Sécurité sociale	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) du salarié ou de son conjoint ou concubin, justifiant de la qualité d'ayant droit.
Enfant de moins de 26 ans, étudiant	Certificat de scolarité ou copie carte d'étudiant Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) du régime étudiant.
Enfant de moins de 26 ans, en contrat d'apprentissage ou formation en alternance	Contrat d'apprentissage ou de formation en alternance + Dernier bulletin de salaire + Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).
Enfant de moins de 26 ans ayant terminé ses études et en recherche d'un premier emploi, dans la limite de 12 mois	Certificat de scolarité de la dernière année d'études + Attestation d'inscription au Pôle Emploi + Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale).
Enfant atteint d'une infirmité l'empêchant de se livrer à une activité rémunérée (selon la réglementation S.S.)	Document justificatif.
Enfant salarié	Attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) + Avis d'imposition de l'enfant ou du parent si rattachement fiscal.

A. L'admission dans le régime

Sont immédiatement admis dans l'assurance, les salariés sous contrat de travail au 1^{er} juillet 2009.

Pour les salariés engagés postérieurement, cette admission prend effet à la date d'embauche.

L'admission est matérialisée par la remise d'une carte de tiers payant valant adhésion pour l'assuré et ses ayants droit.

B. Choix du niveau de garantie et durée

Le régime frais médico-chirurgical comprend :

- **Un régime de référence à adhésion obligatoire :**
"Ma Prévoyance Santé"
- **Un régime optionnel à adhésion facultative :**
"Ma Prévoyance Santé +"

Le régime optionnel proposé, peut être choisi librement, à votre initiative, dans les conditions suivantes :

- L'adhésion doit être effectuée dans le mois de la mise en œuvre du régime ou dans le mois de l'embauche ;
- L'adhésion concerne le salarié et ses ayants droits inscrits au régime de référence à adhésion obligatoire.

Tous les trois ans, au 1^{er} janvier, il vous sera laissé la possibilité d'abandonner l'option pour revenir au régime de référence ou inversement d'y souscrire, sous réserve d'en effectuer la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.

La 1^{re} possibilité de changement est fixée au 01/01/2013 (demande à effectuer avant le 31/10/2012).

Par dérogation à ces périodes de trois ans, l'adhésion ou la résiliation de l'option est possible dans le mois suivant un événement dans la situation de famille ou administrative du salarié, justifiant un changement de catégorie de cotisation.

C. Modification de votre situation familiale

Votre état civil a évolué : mariage, naissance, concubinage...
Remplissez un nouveau bulletin, disponible auprès du correspondant paie ou ressources humaines, accompagné des pièces justificatives.

D. Modification de votre situation administrative

Signalez rapidement à votre mutuelle tout changement relatif à la gestion de votre dossier (changement d'adresse, de CPAM, de coordonnées bancaires, de perte ou de vol de votre carte d'adhérent...).

2. Les cotisations

Les cotisations du régime de référence obligatoire sont exprimées en valeur mensuelle, avec une partie forfaitaire en euros et une partie en pourcentage des tranches A, B et C du salaire brut.

Les cotisations du régime optionnel sont exprimées sur la base d'un forfait mensuel en euros.

Les cotisations varient et sont payées en fonction de votre situation réelle de famille, selon les définitions suivantes :

Cotisation « Isolé » :

- Pour les salariés seuls (célibataires, veufs, divorcés ou séparés de corps) déclarant ne pas avoir d'ayants droit ;
- Pour les salariés ayant des ayants droit mais dont le conjoint et les enfants sont déjà couverts par un régime obligatoire de remboursement de frais de santé.

Dans ce cas, vous devez produire, à l'appui de votre demande d'adhésion « Isolé », une attestation de l'employeur de votre conjoint. Ce document sera à renouveler chaque année et à remettre à votre service du personnel.

Cotisation « Duo + » :

- Pour les salariés mariés, pacsés ou vivant en concubinage sans enfant à charge ;
- Pour les salariés seuls (célibataires, veufs, divorcés ou séparés de corps) et qui ont un ou plusieurs enfants à charge.

Cotisation « Famille » :

- Pour les salariés ayant un conjoint (concubin ou partenaire de PACS) et déclarant comme ayant droit un ou plusieurs enfants à charge.

Cotisation régime optionnel :

En cas d'adhésion au régime optionnel facultatif, le salarié doit cotiser dans la même catégorie (Isolé ou Duo + ou Famille) que pour le régime de référence obligatoire.

Paiement de la cotisation

Votre part de cotisation est précomptée directement par votre employeur sur votre bulletin de salaire.

Pour les adhérents dont l'affiliation prend effet ou cesse en cours de mois, le montant des cotisations est calculé de la manière suivante :

- La part de cotisation proportionnelle au salaire TA, TB, TC, est calculée sur la base du salaire réellement versé au cours du mois.
- En cas d'affiliation avant le 16 du mois, ou de radiation après le 15 du mois, la part forfaitaire au titre du régime de référence et du régime optionnel, s'il est souscrit, est due intégralement.
- En cas d'affiliation après le 15 du mois, ou de radiation avant le 16 du mois, la part forfaitaire au titre du régime de référence et du régime optionnel, s'il est souscrit, n'est pas due.
- Le changement de catégorie de cotisation, lié à une modification de situation de famille, et se traduisant par un changement de la part forfaitaire, y compris au titre du régime optionnel, est appliqué au 1^{er} du mois suivant l'événement.

3. Les garanties

DÉFINITION

Les frais médicaux pris en charge par la Sécurité sociale font l'objet d'un remboursement complémentaire à l'exception des soins hors nomenclature (sauf dérogation indiquée dans le tableau des garanties ci-après).

Les prestations sont dues au titre des actes de santé prescrits et des frais correspondants engagés à compter du 1^{er} juillet 2009, et pendant la période durant laquelle le bénéficiaire adhère au régime.

Les prestations mentionnées dans le tableau des garanties déclinent la part prise en charge par :

- l'Assurance maladie
- le remboursement au titre du régime de référence
- le remboursement au titre du régime de référence incluant l'option facultative.

Le montant des prestations est dans tous les cas limité pour chaque acte aux frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire.

A l'exception des forfaits indiqués en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (2859 € en 2009), les prestations sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement de l'assurance maladie (BR) ou en euros (€).

Le taux de remboursement indiqué pour la Sécurité sociale s'entend seulement en cas de respect du parcours de soins.

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ DU GROUPE SAFRAN

Nature des Garanties	Sécurité sociale		Ma Prévoyance Santé (hors remboursement S.S.)	Ma Prévoyance Santé + (hors remboursement S.S.)
	Régime général	Régime Alsace / Moselle		
MÉDECINE COURANTE				
Consultation généraliste	70% BR	90% BR	100% BR	150% BR
Consultation spécialiste	70% BR	90% BR	150% BR	250% BR
Auxiliaires médicaux	60% BR	90% BR	100% BR	100% BR
Radiologie	70% BR	90% BR	100% BR	100% BR
Analyses laboratoires	60% BR	90% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie	65% / 35% BR	80% / 90% BR	100% BR - S.S.	100% BR - S.S.
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (Y COMPRIS MATERNITÉ)				
Frais de séjour et honoraires	80% BR	100% BR	Conv : 100% FR Non conv : 90% FR avec un maxi : 400% BR	Conv : 100% FR Non conv : 90% FR avec un maxi : 500% BR
Forfait hospitalier	Néant	100% BR	100% FR	100% FR
chambre particulière	Néant	Néant	3% PMSS / jour	5% PMSS / jour
Lit accompagnant (enfant - 16 ans)	Néant	Néant	3% PMSS / jour	3% PMSS / jour
Transport en ambulance	65% BR	90% / 100% BR	300% BR	300% BR
DENTAIRE (Y COMPRIS IN LAY, ON LAY)				
Soins dentaires	70% BR	90% BR	100% BR	150% BR
Prothèses remboursées par la S.S.	70% BR	90% BR	0,32% PMSS / Lettre clé (SPR)	0,38% PMSS / Lettre clé (SPR)
Orthodontie acceptée	100% BR	100% BR	250% BR	350% BR
PROTHÈSES NON REMBOURSÉES PAR LA S.S.				
Implants dentaires	Néant	Néant	50% des frais réels, prestation complémentaire limitée à 500€ / an. Prise en charge totale limitée à 2 dents par an, avec possibilité d'avance sur 4 ans pour 8 dents en cas de nécessité dûment justifiée par un acte médical.	
Prothèses provisoires	Néant	Néant	50€ / prothèse	
Les couronnes sur dents saines ou vivantes et sur implant	Néant	Néant	350% BR*	450% BR*
Les piliers de bridges sur dents saines et vivantes	Néant	Néant	350% BR*	450% BR*
Parodontologie	Néant	Néant	100% des frais réels dans la limite de 250€ / an / bénéf	
AUTRES SOINS				
Chirurgie de la myopie	Néant	Néant	20% PMSS / œil	20% PMSS / œil
Appareils auditifs	65% BR	90% BR	650% BR / prothèse limite : 100% PMSS / an / prothèse	700% BR / prothèse limite : 100% PMSS / an / prothèse
Orthopédie et autres prothèses	65% BR	90% BR	500% BR / prothèse limite : 100% PMSS / an / prothèse	700% BR / prothèse limite : 100% PMSS / an / prothèse
Cures thermales	65% BR	90% BR	10% PMSS	10% PMSS
Forfait maternité (y compris adoption)	Néant	Néant	10% PMSS	10% PMSS
Acte de prévention : substituts niconitiques (sur prescription médicale et facture)	Néant	Néant	80% FR dans la limite de 150€ / an	
Ostéopathie	Néant	Néant	Prise en charge à concurrence de 3 séances / an / bénéficiaire, sur la base d'un remboursement de 20€ / séance	

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais Réels

Le contrat prend en charge le forfait de 18 € pour les actes médicaux lourds d'un montant supérieur à 91 €.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (2859 € en 2009)

* bien que non remboursés par la Sécurité sociale, ces actes sont codifiés

DÉTAIL DU POSTE "OPTIQUE"

Nature des Garanties		Sécurité sociale		Ma Prévoyance Santé (hors remboursement S.S.)	Ma Prévoyance Santé + (hors remboursement S.S.)
		Régime général	Régime Alsace / Moselle		
Monture		65% BR	90% BR	5% PMSS / an / bénéf	6% PMSS / an / bénéf
Lentilles refusées		Néant	Néant	8% PMSS / an / bénéf	10% PMSS / an / bénéf
Lentilles acceptées (cas rare)		65% BR	90% BR	8% PMSS / an / bénéf	10% PMSS / an / bénéf
Verre blanc simple Sphérique	de - 6,00 à + 6,00	65% BR	90% BR	3,30% PMSS	5,65% PMSS
	de - 6,25 à - 10,00			4,60% PMSS	7,20% PMSS
	de + 6,25 à + 10,00			4,60% PMSS	7,20% PMSS
	hors zone - 10,00 à + 10,00			7,15% PMSS	10,15% PMSS
Verre blanc simple Sphéro-cylindrique	cylindre < + 4,00 Sphère de - 6,00 à + 6,00	65% BR	90% BR	4,30% PMSS	6,80% PMSS
	cylindre < + 4,00 Sphère hors zone de - 6,00 à + 6,00			6,60% PMSS	9,50% PMSS
	cylindre > + 4,00 Sphère de - 6,00 à + 6,00			6,15% PMSS	9,00% PMSS
	cylindre > + 4,00 Sphère hors zone de - 6,00 à + 6,00			8,45% PMSS	11,65% PMSS
Verre blanc progressif Sphérique	de - 4,00 à + 4,00	65% BR	90% BR	6,95% PMSS	9,90% PMSS
	hors zone - 4,00 à + 4,00			9,45% PMSS	12,80% PMSS
Verre blanc progressif Sphéro-cylindrique	de - 8,00 à + 8,00	65% BR	90% BR	9,15% PMSS	12,45% PMSS
	hors zone - 8,00 à + 8,00			19,35% PMSS	24,30% PMSS

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (2859 € en 2009)

4. Le parcours de soins

UNE NOUVELLE MANIÈRE DE CONSULTER

Le médecin traitant choisi librement par le patient âgé de plus de 16 ans, a désormais un rôle central dans l'orientation et le suivi tout au long de son parcours de soins dont il assure la coordination.

Médecin traitant Soins de premier recours (généraliste ou spécialiste)

Il participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel ;

Il adresse le patient, si nécessaire et avec son accord, vers le médecin le plus apte à traiter sa situation spécifique, dit médecin correspondant.

Suivi régulier

- Le médecin traitant oriente son patient vers un médecin correspondant pour des soins répétés.
- Le médecin traitant et le médecin correspondant définissent alors un plan de soins en terme de contenu et de périodicité, ou un protocole d'ALD (affection longue durée).
- Le patient n'a plus à passer systématiquement par son médecin traitant dans le cadre de soins réguliers.

Médecin correspondant Soins de second recours (généraliste ou spécialiste)

Il reçoit les patients adressés par le médecin traitant, pour un avis ponctuel ou pour un suivi régulier ;

Il tient informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmet tous les éléments se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient.

Avis ponctuel - Expertise

- Le médecin traitant peut orienter le patient vers un médecin correspondant pour un avis ponctuel (consultation unique).
- Dans ce cas, le médecin correspondant ne devra pas avoir vu le patient dans les six mois précédant la consultation, et il ne devra pas le revoir dans les six mois qui suivent.
- Il ne donnera pas de soins continus au patient et laissera au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

LES EXCEPTIONS

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux consultations en accès direct Gynécologues – Psychiatres (pour les moins de 26 ans) – Ophtalmologistes - Urgences – et en cas d'éloignement du domicile (congé, ...). Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonnés et leurs consultations médicales sont également exonérées de la participation forfaitaire de 1 euro.

LES EFFETS DU PARCOURS DE SOINS SUR VOTRE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ : VOTRE RÉGIME EST "RESPONSABLE"

Votre régime frais de santé bénéficie d'exonérations fiscales et sociales.

Pour maintenir ces avantages, le régime doit s'inscrire dans la logique du respect du parcours de soins fixée par la Sécurité sociale. On dit alors que le contrat est "responsable". A ce titre, il doit :

Rembourser :

- La participation de l'assuré pour l'ensemble des prestations de prévention définies par arrêté ministériel du 18 juin 2006 et considérées comme prioritaires au regard de certains objectifs de Santé Publique et figurant sur la liste des prestations fixées par ledit arrêté pris après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM) ;
- Les remboursements complémentaires conditionnés à la prise en charge des frais de soins de santé par le régime Sécurité sociale, à savoir :
 - 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant ou de celles effectuées sur la prescription de celui-ci ;
 - 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments prescrits par le médecin traitant ou par un médecin consulté dans le cadre du parcours de soins (ne bénéficient pas de cette prise en charge minimale systématique les spécialités homéopathiques, les médicaments destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et les médicaments dont le service médical rendu n'a pas été classé comme majeur ou important) ;
 - 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant ou par un médecin consulté sur prescription du médecin traitant.

Pour les assurés relevant du régime local d'Assurance Maladie en vigueur en Alsace-Moselle, ces minima sont réduits afin que la prise en charge de la participation de l'assuré ou de ses ayants droit ne puisse conduire à une indemnisation totale excédant le montant des frais exposés.

Ne pas rembourser :

- La participation forfaitaire de 1 euro (valeur janvier 2009) ; cette participation est plafonnée à 4 euros, lorsque vous effectuez par un même professionnel de santé, plusieurs consultations, au cours de la même journée.
- La majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue aux articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et

L.162-36-2 du Code de la Sécurité sociale (refus du droit d'accès au dossier médical personnel).

- Les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant et ce, 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 dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit au minimum 8 euros, valeur janvier 2009).
- Les franchises médicales sur les boîtes de médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical (à l'exception de ceux délivrés ou réalisés au cours d'une hospitalisation), le transport sanitaire. Le montant de ces trois franchises est plafonné à 50 euros par an et par personne. Le montant total de la franchise supportée par l'assuré est plafonné à 2 euros pour les actes effectués par un auxiliaire médical et à 4 euros pour les transports sanitaires, dans le cas de plusieurs actes ou transports effectués au cours d'une même journée.

QU'IL SOIT TRAITANT OU CORRESPONDANT, VOUS AVEZ TOUJOURS LE CHOIX DE VOTRE MÉDECIN : SECTEUR 1 OU SECTEUR 2, RENSEIGNEZ-VOUS !

- **Les médecins de secteur 1** respectent les tarifs de convention opposables fixés par la Sécurité sociale.
- **Les médecins inscrits dans le secteur 2**, à honoraires libres, ne sont pas concernés par les tarifs opposables du parcours de soins. Ils continuent à pratiquer les tarifs qu'ils souhaitent. Le montant des frais restant à votre charge est donc variable : il correspond à la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie, par la mutuelle et le montant total des honoraires pratiqués par le médecin de secteur 2. Une option de coordination est proposée aux médecins secteur 2 ; en y adhérant, ils s'engagent à respecter les tarifs opposables des médecins en secteur 1 pour 30% de leur activité.

EN CAS D'HOSPITALISATION, DES HONORAIRES SUPPLÉMENTAIRES SONT-ILS DEMANDÉS ? SI OUI, À QUELLE HAUTEUR ?

Pour plus d'informations, le site internet de l'assurance maladie www.ameli.fr (rubrique "assurés", onglet "annuaire") propose un annuaire des professionnels de santé vous permettant de trouver l'adresse d'un praticien avec mention de son mode d'exercice, des tarifs généralement pratiqués et de savoir s'il accepte la carte vitale.

5. Les plus mutualistes

ACCES AUX REALISATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

En tant qu'adhérent, vous bénéficiez de l'accès aux réalisations sanitaires et sociales du réseau de soins, gérées par la Mutualité : les centres d'optique, les centres de santé dentaire, les centres d'appareillage médical, les services pour personnes handicapées, ...

Toutes les réalisations sanitaires et sociales sont répertoriées par type de spécialité (optique, dentaire, ...) et par zone géographique en consultant le site Internet www.mutualite.fr.

Vous pouvez également vous adresser auprès de votre mutuelle.

ASSISTANCE A DOMICILE

Votre mutuelle vous fait bénéficier de la garantie d'assistance à domicile en cas d'hospitalisation ou d'accident suivant les caractéristiques des services prévus par son contrat d'assistance.

PASSERELLE SANTE

Passerelle Santé est une plate-forme de services téléphoniques, mise à la disposition des adhérents, avec un numéro d'appel spécifique aux salariés du Groupe SAFRAN. Elle a pour but de vous apporter, au quotidien, des informations, des conseils en matière de dépenses de santé, et plus généralement sur notre système de santé.

N° D'APPEL : 0 805 500 020
Appel gratuit depuis un poste fixe

Une équipe de conseillers-santé, disponibles du lundi au samedi de 8 heures à 20 heures répond à toutes les questions portant sur :

- **L'information santé** : information générale sur les maladies, les examens médicaux, les médicaments, les grands thèmes (handicap, lutte anti-tabac, ...)
- **L'information sociale** : information, démarches, orientations vers des organismes spécialisés dans tous les domaines touchant à la santé.
- **La recherche de professionnels de santé et d'établissements de soins** : permettre aux assurés de trouver le professionnel de santé selon les critères de son choix (établissements mutualistes, spécialité exercée, localisation géographique, ...).
- **L'analyse des devis en dentaire, optique et audioprothèses** : des explications, des conseils, une estimation des montants de remboursements, une comparaison du devis proposé par rapport aux prix moyens observés.

COMMENT PROCÉDER :

- Demandez un devis précis à votre dentiste, opticien ou audioprothésiste.
- Faites envoyer ce devis par le dentiste, l'opticien ou l'audioprothésiste par courrier ou par courriel à Passerelle Santé (dont vous trouverez les coordonnées ci-après). Vous pouvez également vous charger vous-même de l'envoi de ce devis.
- Vous recevrez rapidement par courrier ou par courriel une information tarifaire de référence sur les actes prescrits détaillant le remboursement de la Sécurité sociale et de la mutuelle.
- Si les prix proposés sont supérieurs aux prix moyens pratiqués dans votre région, Passerelle Santé pourra vous proposer plusieurs adresses de professionnels de santé ayant la même expertise.

De plus, en demandant des devis, nous contribuons tous à la modération des prix pratiqués par les professionnels de santé.

Vous ferez des économies et pourrez continuer à bénéficier d'un régime frais de santé de qualité.

PASSERELLE SANTE SAFRAN
328, bureaux de la Colline
BP 147 – 92215 SAINT CLOUD Cedex
Mail : safran@passerelle-sante.info
Télécopie : 0 811 010 486

6. Maintiens de garanties

SALARIÉS EN INCAPACITÉ TEMPORAIRE OU EN INVALIDITÉ AVEC MAINTIEN DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les garanties, et dans le cas où elles ont été souscrites pendant la période d'activité précédant l'arrêt de travail, les garanties optionnelles sont maintenues aux salariés indemnisés au titre d'une incapacité ou d'une invalidité.

Le maintien s'effectue en contrepartie du versement d'une cotisation globale identique à celle des salariés en activité et selon la même répartition entre l'entreprise et le salarié que celle prévue pour les salariés actifs.

Les garanties sont maintenues pendant la durée de l'incapacité ou invalidité, jusqu'à la reprise d'une activité professionnelle et au plus tard jusqu'à la liquidation de la retraite.

En dehors de ce cas précis, vous avez la possibilité de rester couvert en remplissant une demande de maintien de garanties au moyen d'un imprimé spécifique disponible auprès de votre service du personnel, dans les cas suivants :

ANCIENS SALARIÉS EN INCAPACITÉ TEMPORAIRE OU EN INVALIDITÉ

Après rupture du contrat de travail :

Vous pouvez continuer à bénéficier de la couverture Frais de Santé, dans les conditions prévues ci-dessus. La cotisation étant toutefois intégralement à votre charge.

SALARIÉS EN SITUATION DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les salariés en suspension de contrat de travail énoncés ci-dessous peuvent continuer à bénéficier du contrat en vigueur :

- Congé parental d'éducation visé à l'article L.1225-47 à L.1225-51 et R.1225-13 du Code du travail ;
- Congé sans solde tel que convenu entre l'employeur et le salarié ;
- Congé pour création d'entreprise visé à l'article L.3142-78 à L.3142-80 du Code du travail ;
- Congé individuel de formation ;
- Congé sabbatique visé à l'article L.3142-91 et suivants du Code du travail ;
- Congé de présence parentale.

Et d'une manière générale, tous les cas de suspension du contrat de travail acceptée par l'entreprise.

Le maintien s'effectue en contrepartie du versement de cotisations globales identiques à celles des salariés en activité et selon la même répartition entre l'entreprise et le salarié que celles prévues pour les salariés actifs, pendant une période de 12 mois. Au-delà de 12 mois, les cotisations sont intégralement à la charge du salarié.

ANCIENS SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES DU DISPOSITIF NATIONAL DE PRÉRETRAITE AMIANTE

Les salariés entrant dans le cadre du Dispositif National de Préretraité Amiante peuvent bénéficier du maintien des garanties du régime de référence et, dans le cas où elles ont été souscrites pendant la période d'activité précédent la rupture du contrat de travail, les garanties optionnelles, et ce, au plus tard jusqu'à l'âge de la liquidation de la retraite.

Ce maintien s'effectue en contrepartie du versement de cotisations identiques à celles des salariés en activité et selon la même répartition entre l'entreprise et le salarié que celles prévues pour les salariés actifs.

ANCIENS SALARIÉS PRIVÉS D'EMPLOI ET INDEMNISÉS PAR LE PÔLE EMPLOI

Les salariés, remplissant les conditions prévues par l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008, peuvent bénéficier du maintien des garanties, et ce pour une durée maximum égale à un tiers de la durée de leur droit à indemnisation, sans pouvoir être inférieure à trois mois.

Ce maintien s'effectue en contrepartie du versement de cotisations identiques à celles des salariés en activité et financées conjointement selon la même répartition entre l'entreprise et le salarié que celle prévue pour les salariés actifs.

Au-delà de cette période, les garanties peuvent être maintenues aux anciens salariés toujours indemnisés par le régime d'assurance chômage. La cotisation est toutefois intégralement à leur charge.

AYANTS DROIT D'UN SALARIÉ DÉCÉDÉ

Les garanties peuvent être maintenues aux ayants droit d'un salarié décédé bénéficiaires du régime, et éventuellement de l'option, au moment du décès du salarié.

Ce maintien s'effectue jusqu'à la liquidation de la retraite et au plus tard jusqu'à 65 ans, et en contrepartie du versement d'une cotisation globale identique à celle des salariés en activité répartie de la même façon entre l'entreprise et l'ayant droit que celle prévue pour les salariés actifs.

7. Contrat d'accueil

Tout ancien salarié, à la date de liquidation de sa pension vieillesse de la Sécurité sociale, a la faculté de rester couvert en souscrivant à titre individuel au contrat d'accueil médico-chirurgical de l'UNPMF, sous réserve d'avoir été bénéficiaire du contrat Frais de santé des actifs du Groupe SAFRAN et d'en faire la demande au plus tard dans les six mois suivant son départ à la retraite.

Par ailleurs peuvent également adhérer au contrat :

- les enfants du salarié ou ceux de son conjoint (ou assimilé), qui ne sont plus étudiants, exerçant une activité donnant lieu à une rémunération au plus égale au SMIC (sur une base annualisée), jusqu'à 26 ans,

- les retraités, bénéficiaires au 1^{er} juillet 2009, d'un régime d'accueil pré existant au sein du groupe SAFRAN.

Cette faculté est également offerte aux ayants-droit du salarié décédé, et à l'issue de la période de maintien prévu à l'article 6.6 ci-dessus.

Nous vous invitons en cas de besoin, à prendre contact avec votre service du personnel qui vous apportera de plus amples précisions sur ce sujet.

8. Dispositions générales

PRESCRIPTION

Les demandes de prestations doivent être produites dans un délai maximum de 6 mois à partir de la date du décompte de la Sécurité sociale, date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations.

Les prestations non réclamées se prescrivent par deux ans.

A partir du jour où il a été notifié à l'intéressé que ses droits étaient ouverts, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la mutuelle dont il relève, dans un délai de deux ans à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement desdites prestations.

FAUSSE DÉCLARATION

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part d'un adhérent, sa mutuelle peut prononcer l'annulation des droits aux prestations qui ont fait l'objet de la fraude, sans préjudice des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

SUBROGATION

Votre mutuelle est subrogée de plein droit aux adhérents victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

Le non-paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties et, à défaut, de régularisation, la cessation des garanties.



















FIN DE LA GARANTIE

Les garanties cessent :









- à la date de rupture de votre contrat de travail, en dehors, des dispositions prévues en matière de maintien des garanties au chapitre 6 et par le contrat d'Accueil au chapitre 7 de la présente notice,
- à la date de résiliation du contrat d'assurance collective,
- en cas de non-paiement des cotisations prévu ci-dessus.

9. Liste des mutuelles

Sociétés	Etablissements	Dépt	Mutuelle gestionnaire	Adresse	Téléphone	Site internet	
SAFRAN	PARIS	75	 SMPS	1 rue Thomire 75013 PARIS	01 45 88 05 40 Fax : 01 45 65 31 66	www.mutaero.net	
SAFRAN Conseil	CORBEIL	91	 SMPS	1 rue Thomire 75013 PARIS	01 45 88 05 40 Fax : 01 45 65 31 66	www.mutaero.net	
SAFRAN Informatique	MALAKOFF	92	 SMPS	1 rue Thomire 75013 PARIS	01 45 88 05 40 Fax : 01 45 65 31 66	www.mutaero.net	
SNECMA	COURCOURONNES	91	 SMPS	1 rue Thomire 75013 PARIS	01 45 88 05 40 Fax : 01 45 65 31 66	www.mutaero.net	
	CORBEIL	91	 MFTGS	BP 151 91005 EVRY Cedex	01 69 87 82 82	www.mftgs.fr	
	GENNEVILLIERS	92	 MFTGS	171 bd de Valmy 92702 COLOMBES	01 47 60 70 41	www.mftgs.fr	
	ISTRES	13	 MCDEF	45 rue de la Procession 75739 PARIS Cedex 15	0 810 001 018	www.mcdef.fr	
	KOUROU	973	 MCDEF	45 rue de la Procession 75739 PARIS Cedex 15	0 810 001 018	www.mcdef.fr	
	LE CREUSOT	71	 ADREA Mutuelle Bourgogne	17 rue M ^h al Leclerc 71200 LE CREUSOT	0 810 810 008	www.adrea-bourgogne.fr	
	VERNON	27	 MCDEF	45 rue de la Procession 75739 PARIS Cedex 15	0 810 001 018	www.mcdef.fr	
	VILLAROCHE	77	 MFTSV	Snecma Villaroche 77550 MOISSY GRAMAYEL	0 811 880 380 Fax : 01 60 59 77 33	www.mutaero.net	
	MONTEREAU	77	 SMPS	1 rue Thomire 75013 PARIS	01 45 88 05 40 Fax : 01 45 65 31 66	www.mutaero.net	
	ST QUENTIN	78	 SMPS	1 rue Thomire 75013 PARIS	01 45 88 05 40 Fax : 01 45 65 31 66	www.mutaero.net	
CHATELLERAULT	86	 LA PRUDENTE	LA PRUDENTE	155 rue de Châteauneuf 86100 CHATELLERAULT	05 49 21 99 42 05 49 44 44 07	www.mhv-sante.fr	
TURBOMECA	BORDES	64	 mutuelle OCIANE Santé • Prévoyance • Solidarité	2 rue du M ^h al Foch 64041 PAU Cedex 09 4 pl. de la République 64041 PAU Cedex 09	0 810 100 200	www.ociane.fr	
	TARNOS	40	 mutuelle OCIANE Santé • Prévoyance • Solidarité	Centre ccial l'Océan RN10 40220 TARNOS	0 810 100 200	www.ociane.fr	
	MEZIERES	78	 MUTUELLE DU MANTOIS Unis et solidaires	MUTUELLE DU MANTOIS	42 rue de Lorraine 78200 MANTES-LA-JOLIE	01 30 98 34 00 01 30 98 34 12	www.mutuelledumantois.com
MICROTURBO	TOULOUSE	31	 MUTAERO DE L'ESPRIT SOLIDAIRE NAIT LE MEILLEUR!	MUTAERO	35 bd Riquet 31015 TOULOUSE Cedex 06	0 811 880 380 Fax : 05 62 73 69 59	www.mutaero.net
SPS	BORDEAUX	33	 MCDEF	45 rue de la Procession 75739 PARIS Cedex 15	0 810 001 018	www.mcdef.fr	
SMA	BOURGES	18	 MCDEF	45 rue de la Procession 75739 PARIS Cedex 15	0 810 001 018	www.mcdef.fr	
MESSIER DOWTY	VELIZY	78	 Mutuelle du personnel MESSIER	Mutuelle du personnel MESSIER	BP 40 78141 VELIZY Cedex	01 46 29 84 13 Fax : 01 46 32 68 15	www.mutuelle-messier.fr
	BIDOS	64	 mutuelle OCIANE Santé • Prévoyance • Solidarité	OCIANE	Avenue Alexandre Fleming 64400 OLORON STE MARIE	0 810 100 200	www.ociane.fr

Sociétés	Etablissements	Dépt	Mutuelle gestionnaire	Adresse	Téléphone	Site internet	
MESSIER BUGATTI	VELIZY	78	 Mutuelle du personnel MESSIER	Mutuelle du personnel MESSIER	BP 40 78141 VELIZY Cedex	01 46 29 84 13 Fax : 01 46 32 68 15	www.mutuelle-messier.fr
	MOLSHEIM	67	 MUT'EST	MUT'EST	11 bd Wilson 67082 STRASBOURG Cedex	0 810 67 68 57	www.mutuelle-est.fr
	VILLEURBANNE	69	 smi Mutuelle avant tout	SMI	11 pl. Bellecour 69288 LYON Cedex 02	0 820 820 710	www.mutuelle-smi.com
SOFRANCE	NEXO	87	 EoVi mutuelle du limousin	EOVI mutuelle du limousin	62 bd Gambetta 87000 LIMOGES	0 810 011 011	www.mutuelledulimousin.com
TECHNOFAN	BLAGNAC	31	 MUTAERO DE L'ESPRIT SOLIDAIRE NAÎT LE MEILLEUR!	MUTAERO	35 bd Riquet 31015 TOULOUSE Cedex 06	0 811 880 380 Fax : 05 62 73 69 59	www.mutaero.net
MESSIER SERVICES	VELIZY	78	 Mutuelle du personnel MESSIER	Mutuelle du personnel MESSIER	BP 40 78141 VELIZY Cedex	01 46 29 84 13 Fax : 01 46 32 68 15	www.mutuelle-messier.fr
	MOLSHEIM	67	 MUT'EST	MUT'EST	11 bd Wilson 67082 STRASBOURG Cedex	0 810 67 68 57	www.mutuelle-est.fr
AIRCELLE	LE HAVRE	76	 SMPS	SMPS	1 rue Thomire 75013 PARIS	01 45 88 05 40 Fax : 01 45 65 31 66	www.mutaero.net
	TOULOUSE	31	 MUTAERO DE L'ESPRIT SOLIDAIRE NAÎT LE MEILLEUR!	MUTAERO	35 bd Riquet 31015 TOULOUSE Cedex 06	0 811 880 380 Fax : 05 62 73 69 59	www.mutaero.net
	PLAISIR	78	 Mutuelle Familiale L'ÉCHANGÉ, L'ENTRAIDE, LA RÉCIPROCITÉ	Mutuelle Familiale PARIS	4 pl. de la Libération 78130 LES MUREAUX	01 30 99 25 56	www.mutuelle-familiale.fr
AIRCELLE Europe Services	PONT AUDEMER	27	 MCDEF	MCDEF	45 rue de la Procession 75739 PARIS Cedex 15	0 810 001 018	www.mcdef.fr
SLCA	FLORENCE	57	 MUT'EST	MUT'EST	11 bd Wilson 67082 STRASBOURG Cedex	0 810 67 68 57	www.mutuelle-est.fr
	PLAISIR	78	 Mutuelle Familiale L'ÉCHANGÉ, L'ENTRAIDE, LA RÉCIPROCITÉ	Mutuelle Familiale PARIS	4 pl. de la Libération 78130 LES MUREAUX	01 30 99 25 56	www.mutuelle-familiale.fr
LABINAL	AJACCIO	2A	 MUTAERO DE L'ESPRIT SOLIDAIRE NAÎT LE MEILLEUR!	MUTAERO	35 bd Riquet 31015 TOULOUSE Cedex 06	0 811 880 380 Fax : 05 62 73 69 59	www.mutaero.net
	VILLEMUR	31	 MUTAERO DE L'ESPRIT SOLIDAIRE NAÎT LE MEILLEUR!	MUTAERO	35 bd Riquet 31015 TOULOUSE Cedex 06	0 811 880 380 Fax : 05 62 73 69 59	www.mutaero.net
	VICHY	3	 ADREA Mutuelle Centre Auvergne	ADREA Mutuelle Centre Auvergne	17 rue de Paris 03000 VICHY	0 810 892 892	www.adrea-mutuelle-centre- auvergne.fr
	BLAGNAC	31	 MUTAERO DE L'ESPRIT SOLIDAIRE NAÎT LE MEILLEUR!	MUTAERO	35 bd Riquet 31015 TOULOUSE Cedex 06	0 811 880 380 Fax : 05 62 73 69 59	www.mutaero.net
HISPANO SUIZA	COLOMBES	92	 Mutuelle Familiale L'ÉCHANGÉ, L'ENTRAIDE, LA RÉCIPROCITÉ	Mutuelle Familiale PARIS	32 rue Pierre Timbaud 92230 GENNEVILLIERS	01 47 92 28 71	www.mutuelle-familiale.fr
	REAU	77	 MFTSV	MFTSV	Sneema Villaroche 77550 MOISSY CRAMAYEL	0 811 880 380 Fax : 01 60 59 77 33	www.mutaero.net

Sociétés	Etablissements	Dépt	Mutuelle gestionnaire	Adresse	Téléphone	Site internet	
SAGEM INDUSTRIES	FOUGERES	35	 PREVADIES	36 rue du Tribunal 35300 FOUGERES	0 980 98 98 98	www.prevadies.fr	
	SIEGE (PARIS 15)	75	 MCDEF	45 rue de la Procession 75739 PARIS Cedex 15	0 810 001 018	www.mcdef.fr	
SAGEM DS	ERAGNY	95	 SMPS	1 rue Thomire 75013 PARIS	01 45 88 05 40 Fax : 01 45 65 31 66	www.mutaero.net	
	MONTLUÇON	03	 ADREA Mutuelle Centre Auvergne	8 bd de Courtais 03100 MONTLUÇON	0 810 892 892	www.adrea-mutuelle-centre- auvergne.fr	
	MANTES	78	 MUTUELLE DU MANTOIS Unis et solidaires	MUTUELLE DU MANTOIS	42 rue de Lorraine 78200 MANTES-LA-JOLIE	01 30 98 34 00 01 30 98 34 12	www.mutuelledumantois. com
	ARGENTEUIL	95	 SMPS	1 rue Thomire 75013 PARIS	01 45 88 05 40 Fax : 01 45 65 31 66	www.mutaero.net	
	POITIERS	86	 Harmonie Mutualité Harmonie Mutuelles PLUS PROCHES, PLUS HUMAINS, PLUS UTILES	HARMONIE MUTUELLE DE LA VIENNE	ZI République 3 10 rue G.B. Boussingault BP 70467 86009 POITIERS Cedex	0 980 980 800	www.mutuelle-vienne.fr
	DIJON	21	 ADREA Mutuelle Bourgogne	ADREA Mutuelle Bourgogne	1 pl. François Rude 21000 DIJON	0 810 810 008	www.adrea-bourgogne.fr
	MASSY R&D	91	 SMPS	SMPS	1 rue Thomire 75013 PARIS	01 45 88 05 40 Fax : 01 45 65 31 66	www.mutaero.net
	MASSY FAB	91	 SMPS	SMPS	1 rue Thomire 75013 PARIS	01 45 88 05 40 Fax : 01 45 65 31 66	www.mutaero.net
	REAU	77	 MFTSV	MFTSV	Snecma Villaroche 77550 MOISSY CRAMAYEL	0 811 880 380 Fax : 01 60 59 77 33	www.mutaero.net
	SAINT PIERRE DU PERRY	91	 SMPS	SMPS	1 rue Thomire 75013 PARIS	01 45 88 05 40 Fax : 01 45 65 31 66	www.mutaero.net
	VALENCE	26	 EOVI mutuelle du limousin	EOVI mutuelle drome ARPICA	5 rue Belle image 26000 VALENCE	09 69 32 60 60	www.mamutuelle.net
	TARBES	65	 MCDEF	MCDEF	45 rue de la Procession 75739 PARIS Cedex 15	0 810 001 018	www.mcdef.fr
	SAGEM SECURITE	MONTRouGE	92	 MCDEF	45 rue de la Procession 75739 PARIS Cedex 15	0 810 001 018	www.mcdef.fr
OSNY		95	 SMPS	1 rue Thomire 75013 PARIS	01 45 88 05 40 Fax : 01 45 65 31 66	www.mutaero.net	
SAINT ETIENNE DU ROUVRAY		76	 Prévadiès Harmonie Mutuelles PLUS PROCHES, PLUS HUMAINS, PLUS UTILES	PREVADIES	22 avenue de Bretagne 76045 ROUEN Cedex	0 980 98 8000	www.prevadies.fr

Sociétés	Etablissements	Dépt	Mutuelle gestionnaire	Adresse	Téléphone	Site internet
TEUCHOS	PAU	64	 OCIANE	2 rue du M th Foch 64041 PAU Cedex 09 4 pl. de la République 64041 PAU Cedex 09	0 810 100 200	www.ociane.fr
	VITROLLES	13	 MCDEF	45 rue de la Procession 75739 PARIS Cedex 15	0 810 001 018	www.mcdef.fr
	TOULOUSE	31	 MUTAERO DE L'ESPRIT SOLIDAIRE NAIT LE MEILLEUR !	35 bd Riquet 31015 TOULOUSE Cedex 06	0 811 880 380 Fax : 05 62 73 69 59	www.mutaero.net
	MONTIGNY	78	 SMPS	1 rue Thomire 75013 PARIS	01 45 88 05 40 Fax : 01 45 65 31 66	www.mutaero.net
	VILLAROCHE	77	 MFTSV	Snecma Villaroche 77550 MOISSY CRAMAYEL	0 811 880 380 Fax : 01 60 59 77 33	www.mutaero.net
	LE HAVRE	76	 SMPS	1 rue Thomire 75013 PARIS	01 45 88 05 40 Fax : 01 45 65 31 66	www.mutaero.net
	ST MARCEL	27	 MCDEF	45 rue de la Procession 75739 PARIS Cedex 15	0 810 001 018	www.mcdef.fr
	LE HAILLAN	33	 MCDEF	45 rue de la Procession 75739 PARIS Cedex 15	0 810 001 018	www.mcdef.fr



L'organisme de contrôle des coassureurs est l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM : 61, rue de Taitbout - 75009 Paris).
En vertu des dispositions de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, l'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives détenues qui s'exercent auprès des coassureurs ainsi que de l'organisme ayant recueilli l'adhésion.

Les présentes garanties sont co-assurées par NOVALIS Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale dont le siège social est 7 rue de Magdebourg - 75116 Paris et par l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (UNPMF), Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité enregistrée au Registre National des Mutuelles sous le n° 442 574 166 du Code de la Sécurité sociale Agréée pour les branches 1, 2, 20, 21 et 22.
Siège social : 255, rue de Vaugirard - 75015 Paris.