

2022



RÈGLEMENT DE L'OFFRE MMJ-RÉFÉRENCE

● Santé et prévoyance

Le présent règlement s'applique aux offres santé et prévoyance dédiées aux agents du ministère de la Justice.

Les statuts et le règlement intérieur de la MMJ, ainsi que le présent règlement et la notice du contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire Premuo M001 conclu entre la MMJ et MFPrévoyance SA, entreprise régie par le code des assurances, forment un ensemble indivisible.





PRÉAMBULE

Les règles régissant les rapports entre la MMJ et ses adhérents sont fondées sur des principes et valeurs mutualistes de solidarité :

- L'ouverture à tous : la MMJ couvre chacun, quelle que soit sa situation sociale et professionnelle et permet à chacun de bénéficier d'une assurance complémentaire adaptée et de la conserver tout au long de sa vie.
- Le refus de toute sélection médicale : la MMJ assure la protection de chacun quel que soit son état de santé présent ou futur.
- L'écoute des familles mutualistes en difficulté et leur aide grâce aux dispositifs de solidarité mis en place à cet effet.

Les règles définies par la MMJ ont pour but de préserver l'intérêt général de tous les adhérents qui, ensemble, pourvoient à leur protection réciproque. Le fonctionnement mutualiste implique de la part de chaque membre participant une attitude responsable fondée sur la défense de l'intérêt général. C'est la condition requise pour assurer la pérennité d'une protection complémentaire de qualité au plus juste prix.

Les statuts et le règlement intérieur de la MMJ, ainsi que le présent règlement régis par les dispositions du code de la mutualité, ainsi que la notice du contrat de prévoyance collective obligatoire PREMIO M001 conclu entre la MMJ et MFPrévoyance SA, entreprise régie par le code des assurances, forment un ensemble indivisible.

I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1) Objet du règlement

Le présent règlement, conformément aux dispositions de l'article L.221-2 II et L.221-4 du code de la mutualité fixe les droits et obligations réciproques de la MMJ et de ses adhérents. Il détermine notamment l'étendue des garanties santé et/ou prévoyance assurées au bénéfice des adhérents qui acquièrent la qualité de membres participants et de leurs ayants droit ainsi que le montant des cotisations correspondantes.

2) Elaboration et modification du règlement

Le règlement élaboré par le conseil d'administration est adopté par l'assemblée générale.

Les modifications du règlement opérées par le conseil d'administration en application des mandats donnés par l'assemblée générale sont ratifiées par celle-ci.

Toutes les dispositions légales ou réglementaires d'ordre public qui interviendraient postérieurement à la rédaction de ce règlement, sont immédiatement applicables. Elles devront y être intégrées lors de la mise à jour annuelle du règlement.

Ces modifications s'imposent aux membres participants et à leurs ayants droit dès qu'elles sont portées à leur connaissance par tout canal quel qu'il soit.

3) Autorité de contrôle

Conformément au code de la mutualité, la MMJ est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution sise 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

II - CONDITIONS D'ADHÉSION

1) Conditions générales

ACCÈS À L'OFFRE MMJ-RÉFÉRENCE

L'offre MMJ- Référence est une offre santé et prévoyance conçue pour les agents du ministère de la Justice.

Peuvent adhérer au règlement de l'offre MMJ-Référence, toutes les personnes appartenant aux services et cadres relevant du périmètre du référentiel du ministère de la Justice.

Ces personnes sont réparties entre les différentes catégories de membres participants :

A : Membres en activité de service ou en congé spécial, en service spécial, en service détaché, en disponibilité en service civil et ceux admis à une cessation progressive ou anticipée d'activité.

Veufs, veuves, personnes ayant vécu en concubinage ou signataires d'un pacte civil de solidarité, qui étaient ou auraient pu être désignées comme ayants droit d'une personne ayant appartenu ou ayant eu vocation à appartenir à cette catégorie.

B : Membres retraités, pour invalidité ou pour ancienneté avec jouissance immédiate ou différée, ou admis au bénéfice d'un congé de fin d'activité ayant appartenu ou ayant eu vocation à appartenir à la catégorie A avant leur admission à la retraite.

Veufs, veuves, personnes ayant vécu en concubinage ou signataires d'un pacte civil de solidarité, percevant une pension de réversion comme ayants droit d'une personne ayant appartenu à cette catégorie.

C : Handicapés : enfants d'un membre participant appartenant aux catégories A et B précédentes lorsqu'ils sont âgés de plus de 28 ans ou orphelins, atteints d'un handicap permanent au moins égal à 80% de taux d'invalidité et disposent de ressources inférieures au SMIC.

ACCÈS AUX GARANTIES SANTÉ - AYANTS DROIT

Est considérée comme ayant droit pouvant bénéficier des garanties santé, toute personne rattachée à un membre participant à l'un des titres suivants :

- 1°/** le conjoint, ou la personne assimilée, exerçant une activité professionnelle, ou retraité au titre de celle-ci, ou se trouvant à sa charge effective ;
- 2°/** la personne vivant avec l'adhérent et se trouvant à sa charge effective ;
- 3°/** les enfants à charge (et le cas échéant, les petits enfants) jusqu'au 31 décembre suivant leur 28ème anniversaire s'ils sont à la charge effective du membre participant ;
- 4°/** les enfants devenus orphelins de père et de mère jusqu'au 31 décembre suivant leur 18ème anniversaire.

Les ayants droit susvisés ayant personnellement qualité pour adhérer à la MMJ au titre du présent règlement ne peuvent être admis comme membres bénéficiaires en qualité d'ayant droit.

2) Phase précontractuelle

OBLIGATIONS D'INFORMATION ET DE CONSEIL

En application des règles régissant la distribution de tout produit d'assurance, la MMJ recueille les attentes et besoins du futur adhérent et après analyse de ceux-ci, lui fournit des conseils personnalisés. Avant toute adhésion, elle lui remet les fiches descriptives normalisées (IPID) définissant les caractéristiques des garanties ouvertes au titre du présent règlement.

INFORMATIONS PRÉALABLES EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Le contrat est commercialisé à distance lorsqu'il est conclu sans qu'il y ait la présence physique et simultanée des parties (cf. article L.221-1 du code de la consommation).

En temps utile avant la souscription à distance à une offre, le futur adhérent reçoit les informations suivantes (cf. article L.221-18 du code de la mutualité) :

- la dénomination de la MMJ, l'adresse de son siège social, son numéro d'immatriculation au répertoire SIREN, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ;
- le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation lui permettant de vérifier celle-ci ;
- la durée minimale d'adhésion à l'offre ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;
- la durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de la souscription à l'offre et de paiement de la cotisation ;
- l'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa



durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de renonciation doit être envoyée.

- le montant de la cotisation que la MMJ peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;
- la loi sur laquelle la MMJ se fonde pour établir les relations précontractuelles ainsi que la loi applicable aux garanties souscrites ;
- les modalités de traitement des réclamations qu'il peut formuler au sujet du bulletin d'adhésion au règlement, à savoir : l'examen par un service de réclamation, la saisine du conciliateur interne en cas de désaccord, la saisine éventuelle du médiateur de la Mutualité Française.

Les informations sur l'offre - ses modalités de souscription et son contenu - dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

Sont mentionnés le nom de la MMJ ainsi que le caractère commercial de l'appel en cas de communication par téléphone et ce, dès le début de toute conversation avec le futur adhérent. En outre, la personne en contact avec celui-ci doit préciser son identité et son lien avec la MMJ.

3) Modalités d'adhésion

L'adhésion à la MMJ s'effectue par la signature d'un bulletin d'adhésion II en résulte un engagement contractuel emportant acceptation des statuts, du règlement intérieur ainsi que des droits et obligations définis par le présent règlement et la notice du contrat de prévoyance obligatoire PREMUO M001. Le bulletin d'adhésion indique notamment :

- le choix des garanties ;
- la date d'effet des garanties choisies ;
- les bénéficiaires des garanties.

Le nouvel adhérent acquiert la qualité de membre participant. Après signature du bulletin d'adhésion, la MMJ lui remet : les statuts, le règlement intérieur et le présent règlement de l'offre ainsi que la notice d'information du contrat prévoyance PREMUO M001.

4) Date d'effet de l'adhésion

Sous réserve de l'état complet du dossier, l'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois de réception du bulletin d'adhésion si le bulletin est reçu entre le 1^{er} et le 15 du même mois ou le 1^{er} jour du mois suivant si le bulletin a été reçu entre le 16 et la fin du mois.

L'adhérent peut faire le choix d'une date d'effet postérieure à celle précédente résultant des dispositions du règlement intérieur (cf. article 121-1).

5) Faculté de renonciation en cas de vente à distance et de démarchage

En cas de vente à distance (cf. article L.221-18 du code de la mutualité) ou par démarchage (cf. article L.221-18-1 du code de la mutualité), l'adhérent sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus courant :

- à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion ;
- ou ultérieurement, à partir du jour où il reçoit les informations sur les conditions d'adhésion et le présent règlement.

Le délai expire le dernier jour à 24 heures. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

La demande de renonciation doit être effectuée par envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la MMJ.

Lorsque l'adhérent exerce son droit de renonciation, il est tenu au paiement de la cotisation correspondant à la période durant laquelle le risque a couru, à l'exclusion de toute pénalité.

Cette renonciation de l'adhésion, entraîne :

- la restitution par l'adhérent à la MMJ de toute somme reçue de celle-ci (à l'exception de celles correspondantes à la période durant laquelle le risque a couru), dans les meilleurs délais et au plus tard dans un délai de 30 jours à compter du jour où l'adhérent communique à la MMJ sa volonté de se rétracter ;
- le remboursement par la MMJ à l'adhérent de toutes les cotisations qu'elle a perçues de celui-ci (à l'exception de celles correspondantes à la période durant laquelle le risque a couru) dans les meilleurs délais et au plus tard dans un délai de 30 jours à compter du jour où la MMJ reçoit notification de l'adhérent de sa volonté de se rétracter.

III - CONDITIONS DE DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION ET RÉINTÉGRATION

1) Démission et radiation

Sous réserve, le cas échéant, de dispositions contraires applicables en matière d'opérations collectives, le membre participant peut, chaque année, mettre fin à son adhésion ou demander la radiation d'ayant droit en adressant à la MMJ une notification par lettre, email ou message sur son espace adhérent au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Cette résiliation ou radiation prendra effet au premier janvier de l'année suivante.

Lorsque l'avis d'échéance annuelle de cotisation lui est adressé moins de quinze jours avant le 31 octobre de l'année en cours ou après cette date, le membre participant est informé par cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de première souscription des garanties santé et prévoyance, le membre participant peut, à tout moment, résilier ses garanties en adressant à la MMJ une notification par lettre, email ou message sur son espace adhérent.

Cette demande de résiliation prendra effet 30 jours après la date de réception de la demande.

Ces dispositions relatives à la « Résiliation Infra Annuelle » ne s'appliquent pas lorsque les garanties prévoyance souscrites incluent une garantie dépendance ne figurant pas dans la liste des garanties prévoyance limitativement prévues par le décret n°2020 1438 du 24 novembre 2020 et permettant la résiliation infra annuelle des garanties santé auxquelles elles sont associées.

En cas de changement de domicile, de situation familiale et/ou professionnelle du membre participant, celui-ci peut résilier ses garanties santé et/ou prévoyance dès lors que les risques couverts en relation directe avec sa situation antérieure ne se retrouvent pas dans sa situation nouvelle.

Le membre participant doit adresser sa demande dans les deux mois suivants la date de ce changement. Cette demande est faite par lettre, email ou message sur son espace adhérent. Elle prend effet dans les conditions prévues pour la résiliation en cours d'année (cf. supra).

La demande de radiation d'un ayant-droit peut être notifiée à tout moment à la MMJ par lettre, email ou message sur son espace adhérent. Si cette notification est reçue avant le 15 du mois, la radiation prend effet au dernier jour de ce mois. Si la notification est reçue après le 15 du mois, elle prend effet au dernier jour du mois suivant.

En cas de changement de domicile, de situation familiale et/ou professionnelle d'un ayant droit, il est fait application des règles édictées pour le membre participant (cf. supra).

Cas particulier des personnes décédées :

En cas de décès d'un membre participant, la copie de l'acte de décès doit être transmise à la MMJ. La résiliation est alors effective au dernier jour du mois du décès.

2) Résiliation exceptionnelle

La MMJ peut mettre fin à l'adhésion d'un membre participant en cas de :

- Non-paiement des cotisations par ce dernier dans les conditions prévues au chapitre VII - 3) du présent règlement.



■ Fausse déclaration intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du code de la mutualité.

■ Fausse déclaration non intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L.221-15 du code de la mutualité.

Lorsque le membre participant cesse définitivement de remplir les conditions d'accès à la présente offre définies au 1) du chapitre II, il bénéficie du maintien provisoire de ses garanties jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Il peut ensuite demeurer membre participant de la MMJ en faisant le choix, en fonction de sa nouvelle situation professionnelle, d'une autre offre santé et/ou prévoyance.

3) Exclusion

Peut être exclu le membre participant qui a causé aux intérêts de la MMJ un préjudice volontaire et dûment constaté.

Le membre participant dont l'exclusion est proposée pour ce motif, est convoqué devant le conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée ; s'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée sans autre formalité.

L'exclusion est prononcée par le conseil d'administration.

4) Conséquences d'une démission, radiation ou d'une exclusion

Le membre participant démissionnaire, radié ou exclu, ainsi que ses ayants droit, perdent le droit à l'ensemble des prestations à la date de prise d'effet de la démission, de la radiation ou de l'exclusion.

Il ne peut prétendre au remboursement des cotisations antérieurement versées. L'adhérent s'engage, en cas de radiation ou suspension de ses garanties santé, à restituer sa carte de tiers payant en cours de validité.

5) Réintégration

La réintégration de la MMJ d'un membre participant démissionnaire ou radié ne peut être acceptée qu'à la condition que ce membre participant :

■ remplisse les conditions d'adhésion,

■ ne soit redevable envers la MMJ d'aucune dette née antérieurement à sa démission ou sa radiation.

IV - CHOIX DES GARANTIES

L'offre MMJ-Référence comporte des garanties santé et prévoyance couplées qui ne peuvent être souscrites ou résiliées séparément. Toutefois, il est possible de souscrire aux seules garanties prévoyance de l'offre. Dans ce cas, l'adhérent acquitte une cotisation supplémentaire de 3 euros/mois hors taxe correspondant à l'accès à des services inclus dans les garanties santé dont l'accès au service d'assistance, à l'envoi du magazine HMJ et à la possibilité de rouvrir à tout moment une garantie santé sans condition.

L'avis d'échéance adressé en fin d'année à chaque adhérent porte mention de l'ensemble des garanties souscrites.

1) Garanties santé

Chaque membre participant choisit pour lui-même et chacun de ses ayants droit parmi les garanties santé suivantes définies par le présent règlement :

■ **Prémi Santé** ■ **Vita Santé** ■ **Multi Santé** ■ **Multi Santé +** ■ **Pleni Santé**

Les prestations et cotisations afférentes à chaque garantie figurent dans les tableaux annexes.

Par exception à cette règle, il peut choisir une garantie différente pour ses ayants droit majeurs.

Changement de garantie

La durée minimale de souscription des garanties correspond à une année civile.

Au-delà de cette durée minimale, le membre participant souhaitant souscrire à une autre garantie pour lui-même ou un de ses ayants droit majeur, peut en faire la demande à tout moment.

Sa demande doit être faite par lettre, email ou message sur son espace adhérent.

En cas de changement opéré en cours d'année, si la notification est reçue avant le 15 du mois, elle prend effet au premier jour du mois suivant. Si elle est reçue après le 15 du mois, elle prend effet au premier jour du deuxième mois suivant. Un nouveau changement de garantie pourra être alors opéré à l'expiration d'un délai de douze mois.

En l'absence de demande, la souscription se renouvelle pour une durée d'un an par tacite reconduction.

2) Garanties prévoyance

Chaque adhérent choisit ses niveaux de garanties de prévoyance dans chacun des deux modules (module A + module B) du contrat PREMUO M001.

■ **Module A** : incapacité temporaire de travail, perte de prime, jour de carence, invalidité ;

■ **Module B** : décès, capital éducation, rente survie, invalidité permanente et absolue, et perte d'autonomie.

Les deux modules sont indissociables. Toutefois, en cas de congé parental ou de mise en disponibilité pour convenances personnelles, l'adhérent peut demander la suspension des garanties du module A.

Lorsque le candidat à l'assurance au titre du contrat PREMUO M001 est présent depuis plus de cinq ans dans la fonction publique ou est âgé de plus de 45 ans au jour de la demande d'adhésion, il doit remplir un questionnaire de santé. Dans cette hypothèse, l'adhésion à la garantie de prévoyance débute le premier jour du mois suivant la réception de l'accord donné par l'adhérent à la proposition de l'assureur.

Il en est de même en cas de choix d'une garantie de niveau 4 dans le module A et/ou B.

CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIE

Le choix de niveau dans chaque module s'effectue lors de l'adhésion.

Il peut être modifié dans les conditions prévues par la notice contractuelle.

V - CONTENU DES GARANTIES

1) Garanties santé

Les garanties santé de l'offre MMJ-Référence sont toutes des « **garanties responsables et solidaires** » répondant aux exigences de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

PRESTATIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE SOINS

Libellé et montant des prestations

La participation de la MMJ en complément de l'Assurance maladie est exprimée en pourcentage de la base de remboursement (BR) de l'Assurance maladie auquel pour certains soins et autres frais de santé, s'ajoute un forfait exprimé en euros.

Pour tout acte ou frais de santé pris en charge par l'Assurance maladie y compris ceux ne figurant pas dans les tableaux en annexe, la MMJ rembourse le ticket modérateur. En conséquence, la liste des prestations jointe en annexe n'est pas limitative pour les soins pris en charge par l'Assurance maladie. En revanche, pour les soins non pris en charge par l'Assurance maladie, la liste des prestations est limitative.

Lorsqu'un membre participant ou un ayant droit bénéficie d'une dispense du ticket modérateur de l'Assurance maladie quelle qu'en soit la cause, seule la part de la prestation excédant le ticket modérateur est due.

La participation de la MMJ s'effectue toujours dans la limite des dépenses engagées et justifiées.



Équipements et prothèses 100% santé

Pour les équipements optiques de classe A, les aides auditives de classe 1 et les prothèses dentaires correspondant au panier RAC 0, la prestation MMJ couvre la différence entre le montant remboursé par l'Assurance maladie et le prix facturé par le professionnel de santé dans la limite du prix limite de vente applicable. L'adhérent n'a alors aucun reste à charge (RAC 0).

Pour les équipements optiques de classe B, les aides auditives de classe II et les prothèses dentaires autres que celles précédemment visées et celles relevant du panier RAC maîtrisé, les tarifs des professionnels demeurent libres et la MMJ assure, dans la limite des dépenses engagées, le versement d'un complément pouvant laisser un reste à charge (RAC) à l'adhérent.

Pour les prothèses dentaires, des plafonnements annuels sont appliqués pour celles ne bénéficiant pas du 100% santé (cf. tableau des prestations en annexe).

Respect des obligations applicables aux contrats responsables et solidaires

La participation de la MMJ ne s'étend ni au remboursement de la participation forfaitaire visée à l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale lorsque celle-ci est mise à la charge de l'assuré social souscripteur de la présente garantie ou du bénéficiaire des soins, ni aux majorations des participations des assurés sociaux ou à la perte du bénéfice d'une exonération totale ou partielle des dites participations.

Pour les consultations et actes des médecins n'ayant pas adhéré à l'Option Pratique TARIFAIRE Maîtrisée (OPTAM), les équipements optiques de classe B et les aides auditives de classe II, le montant des prestations est supérieur ou égal aux minima et inférieur ou égal aux maxima fixés par l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

La MMJ pratique le tiers payant par l'intermédiaire de son prestataire Alméry.

Dépenses de soins reçus à l'étranger

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation s'applique dans tous les pays :

- pour les soins pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire française, le calcul des prestations complémentaires est effectué sur la Base de Remboursement de l'AMO sauf pour les prestations exprimées en euros ;
- pour les soins non pris en charge par l'AMO les prestations sont celles des forfaits de la grille des prestations.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'État français.

Les adhérents ayant reçu et réglé des soins médicaux durant un séjour à l'étranger non pris en charge par l'AM peuvent être remboursés à leur retour en France sur présentation de factures traduites en français conformément à la nomenclature de la grille de prestations santé MMJ.

Les exclusions de remboursements de soins s'appliquent dans les mêmes conditions qu'en France (Cf. Chapitre V, 1 du présent règlement).

Dépenses de soins non prises en charge par la MMJ

La MMJ n'intervient pas pour :

- 1/ les produits et spécialités visés aux articles R.163-1, R.163-1-1, R.163-2 et R.163-5 du code de la Sécurité sociale ;
- 2/ les frais relatifs aux achats d'instruments de chirurgie ou d'appareils divers ;
- 3/ les frais relatifs aux soins, consultations, traitements et produits ayant un but partiellement ou totalement esthétique non pris en charge par la Sécurité sociale ;
- 4/ les frais d'hospitalisation en long séjour ;
- 5/ les frais de séjour libre exposés à l'occasion d'une cure thermale.

Services associés

Les souscripteurs de garanties santé bénéficient des services suivants :

- 1/ Assistance avec « MMJ-Assistance »

2/ Conventionnement Carte Blanche Partenaires

3/ Télémédecine / téléconsultation médicale

Les notices relatives à ces services sont accessibles par téléchargement sur l'espace adhérent ou sur simple demande de l'adhérent.

GESTION DES PRESTATIONS

Pour le versement des prestations complémentaires, les décomptes du régime obligatoire d'Assurance maladie font l'objet d'une télétransmission par l'organisme gestionnaire de l'Assurance maladie aux services « Prestations » de la MMJ.

A défaut, les décomptes ou les éventuelles factures doivent être transmises par l'adhérent à ces services qui sont :

- Pour la Métropole, les collectivités d'outre-mer autres que les Antilles-Guyane, la Réunion et Mayotte et l'étranger :
MMJ - Mes remboursements santé - TSA 40025 12030 Rodez Cedex 9
- Pour les Antilles-Guyane :
MIAG, Immeuble Le Papillon 25 boulevard Daniel Marsin Parc la Providence 97139 Les Abymes
- Pour La Réunion et Mayotte :
UMS, 45 rue Charles Gounod BP 60952 97478 Saint Denis Cedex

La présentation de la prescription, sauf en ce qui concerne les vaccins est exigée.

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Pour percevoir les prestations, l'adhérent doit être à jour de ses cotisations et des éventuels frais de recouvrement.

Les prestations sont servies dès la prise d'effet de l'adhésion, à condition que la date de soins et la date de survenance des événements soient postérieures à la prise d'effet de l'adhésion.

Les prestations sont réglées directement à l'adhérent par virement sur son compte bancaire.

RESTITUTION DES PRESTATIONS INDÛMENT VERSÉES

■ Les sommes indûment versées font l'objet d'une régularisation :

- soit, en application des dispositions des articles 1347 et suivants du code civil, par compensation avec des prestations postérieures. Pour les sommes inférieures à 100 euros, la compensation fait l'objet de mentions explicatives sur le relevé adressé par le service « Prestations » de la MMJ. Pour toute somme supérieure à 100 euros, un courrier particulier est adressé à l'adhérent.
- soit, par l'envoi à l'adhérent d'un courrier de demande de remboursement.

- Dans le cas où le cumul des prestations servies par la MMJ ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la MMJ seraient réduites à due concurrence conformément aux dispositions de l'article 2 du décret N°90-769 du 30 août 1990.

- L'adhérent ou l'un de ses ayants droit recevant de quelque organisme que ce soit un remboursement pour les frais pris en charge par la MMJ sera dans l'obligation de lui en reverser le montant. Les sommes indûment versées font l'objet d'une régularisation. L'adhérent est informé par courrier de la somme qu'il doit rembourser. En l'absence de règlement de l'indu, la MMJ se réserve le droit de retenir les prestations.

2) Garanties Prévoyance

PREMUO M001

Tout membre participant souscrivant à l'offre MMJ-Référence doit souscrire au contrat de prévoyance collectif obligatoire PREMUO M001 assuré par MFPrévoyance SA.

L'adhésion à ce contrat s'effectue – sauf en cas de souscription aux garanties de niveau 4 – sans formalité médicale pour les candidats répondant aux deux conditions suivantes : avoir moins de cinq ans d'ancienneté dans la fonction publique ou être âgé de moins de quarante-cinq ans.

Dans le cas contraire, l'adhésion est soumise à une sélection médicale. Dans



cette hypothèse, l'adhésion à la garantie de prévoyance débute le premier jour du mois suivant la réception de l'accord donné par l'adhérent à la proposition de l'assureur.

Le tableau descriptif des garanties figure en annexe.

AUTRES CONTRATS PREVOYANCE

Tout adhérent à la présente offre bénéficie de la possibilité, pour lui et ses ayants droit, de souscrire aux contrats collectifs conclus par la MMJ avec MFPrévoyance SA ou la CNP (notamment le contrat d'assurance des prêts immobiliers) par l'intermédiaire de MFPrima, ainsi qu'avec l'Union MFPrécaution pour le cautionnement de prêts immobiliers.

VI - COTISATIONS

1) Cotisations Santé

A) PRINCIPES GÉNÉRAUX

Quelle que soit la garantie choisie par le membre participant, il est acquis que tout mois entamé est dû.

La cotisation santé des membres participants et des ayants droit, sauf en ce qui concerne les garanties Prémi Santé et Pleni Santé et les enfants majeurs à charge, comprend deux parts :

- une part forfaitaire variant selon l'âge de la personne protégée,
- une part proportionnelle exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 30 septembre précédant l'année civile en cours (3 428 €).

Toutefois, lorsque le traitement indiciaire brut (TIB) mensuel, à l'exclusion de toutes indemnités, pour les membres participants de la catégorie « A » ou lorsque l'ensemble des revenus à caractère professionnel pour les membres participants appartenant aux catégories « B » et « D » est inférieur au plafond mensuel de la Sécurité sociale, les intéressés bénéficient d'une réduction mutualiste.

Dans ce cas, l'assiette de la part proportionnelle des cotisations, dues par les membres participants de la catégorie « A » et leurs ayants droit au titre d'une année civile est constituée par leur traitement indiciaire brut - à l'exclusion de toutes indemnités - arrêté au 30 septembre précédant l'année civile en cours. Pour les membres participants appartenant aux catégories « B » et « D » et leurs ayants droit, cette assiette correspond à l'ensemble des revenus à caractère professionnel.

En cas d'admission dans l'une de ces catégories en cours d'année, l'assiette de la cotisation du membre participant est déterminée en prenant en compte la valeur du point d'indice au 30 septembre précédant l'année civile en cours.

Lorsque le membre participant ne fournit pas les informations nécessaires au calcul de l'assiette de ses cotisations, aucune réduction mutualiste n'est appliquée.

Enfants

Une cotisation est due pour chacun des deux enfants les plus âgés. Au-delà du 2ème enfant, le ou les enfant(s) suivant(s) bénéficient d'une gratuité de la garantie souscrite. Les enfants orphelins de père et de mère âgés de moins de 18 ans sont dispensés de toute cotisation.

Age des personnes protégées

L'âge pris en compte pour la détermination de la part forfaitaire est celui au 31 décembre précédant l'année civile en cours.

Minima de la part proportionnelle

En cas de réduction mutualiste, le minimum, pour la part proportionnelle est calculé sur la base du plafond de ressources applicable, au 30 septembre précédant l'année civile en cours, à une personne seule pour l'octroi de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (906,81 €).

Règles communes

Arrondis : les minima de cotisations définis ci-dessus sont arrondis à l'euro le plus proche. Il est de même pour les maxima calculés sur la base d'une assiette correspondant au plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 428 €).

Traitements de référence : les traitements de référence servant à la détermination des cotisations sont ceux au 30 septembre précédant l'année civile en cours. Revenus à caractère professionnel pour les membres participants retraités et enfants majeurs handicapés : leur montant est celui au 30 septembre de l'année précédente après revalorisation par référence à l'évolution de la valeur du point d'indice Fonction publique depuis le 30 septembre de l'année antérieure.

Taxe

La Taxe Solidarité Additionnelle (TSA) au taux de 13,27% (au 1er septembre 2020), n'est pas incluse dans les tableaux de cotisations.

B) DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Adhésion tardive

Pour les membres participants adhérant après leur 50ème anniversaire et plus de 2 ans après leur entrée au ministère de la Justice, la cotisation minimale est celle correspondant à l'assiette constituée par le traitement indiciaire brut afférent à l'indice brut 548 (soit 2 567,94€).

Aucune réduction mutualiste n'est accordée aux membres participants ayant adhéré après leur 60ème anniversaire.

Les dispositions antérieurement applicables au jour de l'adhésion des membres participants continuent à s'appliquer.

Rappel des règles antérieures :

■ Adhésion intervenue avant le 31 janvier 2011 :

Pour les membres participants ayant adhéré entre leur 45ème et leur 60ème anniversaire et plus de 2 ans après leur entrée au ministère de la Justice, la cotisation minimale est celle correspondant à l'assiette constituée par le traitement indiciaire brut afférent à l'indice brut 548 (soit 2 567,94 €).

Aucune réduction mutualiste n'est accordée aux membres participants ayant adhéré après leur 60ème anniversaire.

■ Adhésion intervenue entre le 1er février 2011 (art 16.2 du décret 2007-1973 du 19.09.2007) et le 31 mars 2017

Lorsqu'une personne n'étant pas précédemment adhérente d'un organisme référencé a souscrit à l'offre MMJ-Référence plus de 2 ans après son entrée dans la fonction publique, les cotisations santé lui sont majorées de 2% par année pleine non cotisée postérieure à l'année de son 31ème anniversaire.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des 2 premières années d'ancienneté dans la fonction publique.

En cas d'adhésion avant 60 ans, le montant de la cotisation santé majorée ne peut excéder le montant cumulé de la part forfaitaire et de la part proportionnelle calculée sur la base du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Cotisation spéciale en cas de souscription à une ou des garanties autres que la garantie santé

Le membre participant n'ayant pas souscrit une garantie santé ou l'ou ayant résiliée, acquitte une cotisation de 3 euros/mois (hors taxe).

Cette cotisation lui ouvre droit :

- à l'envoi de la parution HMJ,
- aux services d'assurances « MMJ-Assistance »,
- à la possibilité de rouvrir à tout moment une garantie santé sans condition.

Membres participants titulaires d'une pension pour faits de guerre

Rappel de la règle antérieure applicable aux membres participants ayant adhéré à la MMJ avant le 1er mars 2002 :

Bénéficient d'une réduction mutualiste les membres participants titulaires d'une pension d'invalidité pour faits de guerre, égale ou supérieure à 10% ou titulaires d'une pension d'invalidité accordée en dehors du fait de guerre, s'ils bénéficient des dispositions des articles 115 et suivants du code des pensions militaires d'invalidité et sont dispensés du ticket modérateur de l'Assurance maladie.



Cette réduction est égale à 50% de la part proportionnelle de la cotisation santé due au titre du membre participant.

Enfants handicapés

Les descendants de membres participants admis comme membres participants acquittent une cotisation dont le taux de la part proportionnelle est celui applicable aux personnes retraitées et, en l'absence de tout revenu professionnel, cette part est égale au minimum prévu.

Réduction mutualiste

Les adhérents actifs justifiant de 5 années pleines - sans discontinuité - d'adhésion à une offre santé de la MMJ bénéficient, à compter du 1er janvier suivant, d'une réduction mutualiste cumulée par année de présence calculée comme suit :

- 0,50 % de la cotisation santé par année pleine à partir de la 6^{ème} année de présence jusqu'à la 10^{ème} année ;

- 0,20 % de la cotisation santé par année pleine à partir de la 11^{ème} année de présence.

Cette réduction s'applique à la seule garantie santé de l'adhérent (hors sur-complémentaires).

Le taux de réduction maximum est de 8%.

Cette réduction est supprimée lors du passage de l'adhérent dans la catégorie « Retraité » en raison des avantages spécifiques s'appliquant à cette catégorie.

2) Cotisations prévoyance

La cotisation est composée d'une part exprimée en pourcentage du traitement hors primes (ou du traitement ayant servi de base de calcul à la retraite) pour le module A « Perte de revenu, invalidité » et les garanties « Décès » du module B et d'une part forfaitaire exprimée en euro pour la garantie « Perte d'autonomie ».

L'adhérent, dont la cotisation est recouvrée par voie de prélèvement bancaire, doit communiquer chaque année le montant de sa rémunération en adressant à la MMJ la copie du bulletin de paye du mois d'août.

En application des dispositions de l'article 3.1.4 de la notice d'information, les cotisations afférentes aux garanties « Décès » sont minorées pour les adhérents actifs âgés de moins de trente-cinq ans.

3) Cotisations spéciales

Les cotisations spéciales à :

1/ La Fédération Nationale de la Mutualité Française

2/ La Mutualité Fonction Publique

3/ L'Association Nationale de la Presse Mutualiste

4/ L'assistance avec « MMJ-Assistance »

5/ Carte Blanche Partenaires

7/ Télémédecine / téléconsultation médicale

Ainsi que le montant de l'abonnement au magazine d'information de la MMJ -Horizons Mutualistes Justice- sont incluses dans la cotisation santé.

4) Recouvrement des cotisations

Les cotisations des adhérents sont, selon leur choix, recouvrées par voie de précompte sur leur traitement ou leur pension ou de prélèvement bancaire. Lorsque les cotisations ne peuvent être recouvrées par voie de précompte, elles le sont par voie de prélèvement bancaire.

5) Cotisation en cas de détachement ou de disponibilité

Lorsque, par suite d'un détachement ou d'une mise en disponibilité, un adhérent n'entre plus - à titre temporaire - dans le champ d'application de l'offre, il peut néanmoins solliciter le maintien de tout ou partie de ses garanties

jusqu'à sa réintégration dans les services du ministère de la Justice ou son admission à la retraite.

Les parts proportionnelles de ses cotisations sont calculées sur la base de sa nouvelle rémunération dont il doit communiquer, annuellement, le montant aux services de la MMJ.

VII - OBLIGATIONS DE L'ADHERENT - SANCTIONS

1) Obligation d'information vis-à-vis de la MMJ

L'adhérent doit signaler au siège de la MMJ les modifications qui surviennent dans sa situation ou celles de ses ayants-droit, dans le mois qui suit.

Dans le cas où la notification n'aurait pas été faite dans ce délai, la MMJ ne pourra être tenue pour responsable. En conséquence, l'adhérent ne pourra prétendre ni au paiement des prestations qui, de ce fait, ne lui auraient pas été servies ni au remboursement des cotisations qu'il aurait, pour la même cause, payées indûment.

2) Délai de présentation des demandes de prestations ou des réclamations

En application des articles L.221-11 et 12 du code de la mutualité, toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

En conséquence :

- Les demandes de paiement des prestations, accompagnées des pièces justificatives, doivent être produites dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins, auprès des services de la MMJ ou de toute autre structure habilitée ;

- Toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit être adressée aux services de la MMJ dans le même délai de deux ans à compter du paiement ou du refus de paiement desdites prestations.

- Toute réclamation portant sur le montant ou le mode de calcul des cotisations doit être adressée aux services de la MMJ dans les deux ans suivant la date de réception de l'avis d'échéance annuel ou de tout autre appel de cotisations.

3) Défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement des cotisations appelées dans le mois suivant leur échéance ou de règlement d'un arriéré de cotisations, les droits à prestations ouverts au titre de l'ensemble des garanties souscrites peuvent être suspendus.

Cette suspension intervient au terme d'un délai de trente jours suivant la date de réception d'une lettre de mise en demeure expédiée en recommandé avec avis de réception.

L'adhérent est, par cette lettre, informé qu'à l'expiration d'un délai minimum de 10 jours après la date d'effet de la suspension, l'absence de paiement des cotisations dues est susceptible d'entraîner la résiliation de l'ensemble des garanties et la radiation définitive de la MMJ.

La MMJ peut néanmoins octroyer à l'adhérent un délai de régularisation d'une durée maximum de quatre mois. Les droits suspendus ne peuvent être rouverts qu'après régularisation définitive de sa situation.

La réouverture des droits est opérée à titre rétroactif pour la période de suspension dès lors que l'adhérent a versé à la MMJ le montant intégral des sommes dues. Il y est procédé sans frais ni pénalité en cas de paiement volontaire intervenant dans un délai de quatre mois suivant la date de réception de la lettre de mise en demeure ou dans celui accordé pour la régularisation de sa situation. Dans les autres cas, la MMJ applique une pénalité forfaitaire de 50 euros qui ne peut, toutefois, excéder 15 % du montant des sommes initialement dues.



Le règlement des cotisations dues peut, le cas échéant, être effectué par compensation avec toute créance dont le membre participant est susceptible d'être titulaire sur la MMJ.

VIII - SUBROGATION, RECOURS CONTRE TIERS

1) Subrogation

La MMJ est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à son ayant droit, 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 MMJ a exposées, à 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 à moins que la prestation versée par la MMJ n'indemnise ces éléments de préjudice.

L'adhésion à la MMJ vaut également abandon à son profit des sommes récupérées lorsque celles-ci correspondent à des prestations en nature fournies par un établissement conventionné et dont le paiement préalable a été effectué par la MMJ.

2) Accident

En cas d'accident, le membre bénéficiaire concerné (membre participant ou son ayant droit) devra faire à la MMJ une déclaration mentionnant l'existence d'un ou plusieurs contrats d'assurance le garantissant dans ce domaine et précisant les conditions dans lesquelles l'accident a eu lieu, les noms et coordonnées des tiers impliqués et des témoins ainsi que la prise en charge dudit accident par l'organisme susvisé.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Sont exclues des garanties, les conséquences provenant d'un accident du travail, qu'il soit régi par les législations spéciales en cette matière ou qu'il soit survenu au cours ou à l'occasion de l'exercice d'une profession, d'un métier, d'un commerce, dans la mesure où le membre bénéficiaire dispose de la couverture prévue à cet effet par les textes législatifs et réglementaires.

L'intervention de la MMJ est alors limitée à la couverture des actes hors nomenclature et des dépassements d'honoraires inscrits dans la garantie souscrite par le membre bénéficiaire.

ACCIDENTS DE DROIT COMMUN

En cas d'accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, la MMJ n'intervient qu'à défaut de police d'assurance individuelle souscrite par le membre bénéficiaire ou lorsque cette dernière ne couvre pas tous les frais. En cas de responsabilité contestée par le tiers, le membre bénéficiaire doit apporter la preuve à la MMJ qu'il a engagé, à l'encontre du tiers responsable ou de son assureur substitué, une action judiciaire, civile ou pénale, en vue de faire connaître son droit à réparation. La justification de cette action s'établit par la production de l'exploit introductif d'instance ou à défaut, par une pièce délivrée par le greffier ou un avocat. La MMJ accorde alors sa prise en charge par application des dispositions concernant la subrogation. Elle est subrogée dans les droits de son membre bénéficiaire victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable.

IX - AUTRES DISPOSITIONS

1) Réclamations

En cas d'insatisfaction à l'égard d'un service non conforme aux attentes du membre participant - calcul du montant des prestations, délais de trai-

tement, qualité du service- ou de désaccord sur une décision prise ou une réponse donnée par la MMJ, les réclamations sont traitées par le service dédié de la MMJ.

L'adhérent doit adresser sa réclamation :

■ par courrier postal, au siège de la MMJ - Service Réclamation

■ par son espace adhérent - rubrique contact

En indiquant :

■ son numéro d'adhérent ;

■ ses coordonnées : nom, prénom adresse postale, mail et créneau horaire pour être joint ;

■ l'objet exact de la réclamation.

En joignant la photocopie des documents nécessaires à la bonne compréhension de la réclamation et à sa justification.

Si cette réclamation concerne exclusivement une prestation assurée par l'un des organismes assurant un service associé aux garanties santé de la MMJ visé au chapitre V - 1), la réclamation lui est transmise pour attribution.

Toute réclamation fera l'objet, dans les 2 jours ouvrables suivant sa réception, de l'envoi d'une lettre en accusant réception. Une réponse au fond sera adressée à l'adhérent dans les 30 jours suivant la réception de sa réclamation ou des pièces complémentaires nécessaires à son traitement. En cas de circonstances particulières ne permettant pas d'apporter une réponse complète dans ce délai, l'adhérent en sera tenu informé par une lettre précisant les difficultés rencontrées et la date prévisionnelle d'envoi de la réponse. Le délai de traitement ne pourra toutefois excéder 2 mois.

Si l'adhérent est en désaccord avec la réponse donnée, il peut saisir le Conciliateur interne de la MMJ désigné par le conseil d'administration en lui adressant un courrier à l'adresse du siège de la MMJ.

De même, une lettre d'accusé réception est adressée dans les 2 jours ouvrables suivant la réception de la saisine du conciliateur. Celui-ci fait connaître à l'adhérent, dans un délai d'un mois, son avis motivé. La décision finale prise par la MMJ au vu de cet avis est ensuite notifiée à l'adhérent.

Après épuisement des voies de recours internes et si le désaccord persiste, le membre participant peut saisir le médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française :

■ par un courrier adressé à :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française

FNMF

255, rue de Vaugirard

75719 PARIS Cedex 15

■ en remplissant un formulaire mis en ligne sur le site internet du médiateur : www.mediateur-mutualite.fr

Cette saisine doit être effectuée, avant l'engagement de toute action judiciaire, dans un délai d'un an suivant la date de la réclamation initiale.

Le dossier adressé au médiateur doit comporter l'ensemble des pièces se rapportant au litige et notamment l'avis du conciliateur interne.

Après examen des documents fournis par l'adhérent et par la mutuelle, le médiateur propose une solution motivée susceptible de recueillir l'accord des parties. Il appartient ensuite à la MMJ comme à l'adhérent d'accepter ou non la solution proposée ou en cas de désaccord de saisir la juridiction compétente. La médiation est un service gratuit pour l'adhérent.

2) Protection des données personnelles

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » modifiée du 5 janvier 1978, la collecte des données à caractère personnel des adhérents est nécessaire pour la gestion de leurs garanties.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité :

■ la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ;

■ l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;

■ l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ;



- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ;
- les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale ;
- les statistiques commerciales ;
- l'amélioration du service à l'adhérent permettant de proposer des produits ou services réduisant la sinistralité, d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ;
- la gestion des avis des personnes sur les produits et services.

La MMJ pourra, en outre, être autorisée par l'adhérent à utiliser les données à caractère personnel pour lui adresser des propositions d'offres adaptées à son profil.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de la MMJ, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Ces données seront conservées durant toute la vie des garanties, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation. L'adhérent dispose des droits :

- d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles ;
- de retrait de son consentement lorsqu'il est nécessaire au traitement ;
- de demander, sous certaines conditions réglementaires, la limitation du traitement ou de s'y opposer ;
- de demander la portabilité des données qu'il a lui-même transmises lorsqu'elles étaient nécessaires à ses garanties ou lorsque son consentement était requis.
- de formuler des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Pour exercer ces différents droits ainsi que pour toute réclamation touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel, il peut contacter directement la MMJ par courrier à l'attention du Délégué à la Protection des données ou par courriel à dpo@mmj.fr en joignant un justificatif d'identité.

En cas de désaccord persistant concernant ses données, l'adhérent a le droit de saisir la CNIL :

- par un formulaire mis en ligne sur le site internet www.cnil.fr
- par un courrier (avec copie de sa carte d'identité) à l'adresse suivante :
Commission Nationale Informatique et Libertés
A l'attention du Délégué à la Protection des Données (DPO)
3 Place de Fontenoy
TSA 80715
75 334 PARIS Cedex 07



ANNEXE 1 PRESTATIONS - SANTÉ

La BR - Base de remboursement - est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé par l'AM - Assurance maladie - en France. Les soins à l'étranger sont remboursés sur cette même base.

La participation de la MMJ est exprimée de la manière suivante :

- 100% TM - Ticket modérateur - + une part forfaitaire en euros ou en pourcentage de la BR lorsque le remboursement de la MMJ est supérieur à la BR
- en pourcentage de la BR lorsque le TM n'est pas entièrement couvert (ex : médicaments)
- en euro pour les prestations non remboursées par l'AM

Pour tout acte ou frais de santé pris en charge par l'Assurance maladie et ne figurant pas dans les tableaux ci-après, la MMJ rembourse le ticket modérateur.

PRESTATIONS SANTÉ	PREMI SANTÉ	VITA SANTÉ	MULTI SANTÉ	MULTI SANTE+	PLENI SANTÉ
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Généralistes ⁽¹⁾ OPTAM ⁽²⁾	100% TM	100% TM	100% TM + 20% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 70% BR
Généralistes ⁽¹⁾ non OPTAM ⁽²⁾	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM + 30% BR	100% TM + 50% BR
Spécialistes ⁽¹⁾ OPTAM ⁽²⁾	100% TM	100% TM + 20% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 120% BR	100% TM + 120% BR
Spécialistes ⁽¹⁾ non OPTAM ⁽²⁾	100% TM	100% TM	100% TM + 20% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 100% BR
Actes techniques médicaux OPTAM ⁽²⁾	100% TM	100% TM + 20% BR	100% TM + 20% BR	100% TM + 25% BR	100% TM + 50% BR
Actes techniques médicaux non OPTAM ⁽²⁾	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM + 5% BR	100% TM + 30% BR
Actes de radiologie et d'échographie OPTAM ⁽²⁾	100% TM	100% TM + 20% BR	100% TM + 30% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 70% BR
Actes de radiologie et d'échographie non OPTAM ⁽²⁾	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM + 20% BR	100% TM + 50% BR
Honoraires paramédicaux et analyses					
Auxiliaires médicaux (orthophonistes - infirmiers - kinésithérapeutes - orthoptistes)	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM + 50% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM + 20% BR
Pharmacie					
Médicaments remboursés par l'Assurance maladie à 65%	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Médicaments remboursés par l'Assurance maladie à 30%	35% BR	35% BR	100% TM	100% TM	100% TM
Médicaments remboursés par l'Assurance maladie à 15%	-	50% BR	100% TM	100% TM	100% TM
Médicaments prescrits non remboursés par l'AM - automédication: remboursement limité aux médicaments inscrits à l'ANSM	-	-	-	-	40 € / an
MATERIEL MEDICAL					
Bilan podologie et Orthèses plantaires - Forfait annuel	100% TM	100% TM + 60€	100% TM + 70 €	100% TM + 90€	100% TM + 90 €
Petit appareillage - Dispositif médical divers	100% TM	100% TM + 35% BR	100% TM + 35% BR	100% TM + 35% BR	100% TM + 200% BR
Véhicule pour personne handicapée	100% TM	100% TM + 100% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 100% BR	100% TM + 100% BR
Prothèses mammaire - Forfait annuel	100% TM	100% TM + 140 €	100% TM + 140 €	100% TM + 140 €	100% TM + 140 €
Prothèse capillaire totale, classe I, Prothèse partielle classe II incluant un accessoire textile	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Prothèse capillaire totale, classe II, incluant un accessoire textile - Forfait annuel	100% TM	100% TM + 50 €	100% TM + 50 €	100% TM + 50 €	100% TM + 120 €
Accessoire capillaire - Forfait annuel	100% TM	100% TM + 20 €	100% TM + 20 €	100% TM + 20 €	100% TM + 20 €
HOSPITALISATION					
Honoraires médicaux					
Chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens ⁽³⁾ OPTAM-CO ⁽²⁾	100% TM	100% TM + 50% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 110% BR	100% TM + 160% BR
Chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens ⁽³⁾ non OPTAM-CO ⁽²⁾	100% TM	100% TM + 30% BR	100% TM + 30% BR	100% TM + 90% BR	100% TM + 140% BR
Chambre particulière : Forfait variable pour les Etablissement conventionnés RFH ⁽⁵⁾ et non conventionnés RFH					
Chirurgie-Médecine	-	33 € à 50 €	33 € à 50 €	33 € à 50 €	33 € à 50 €
Maternité	-	33 € à 55 €	33 € à 55 €	33 € à 55 €	33 € à 55 €
Psychiatrie	-	33 € à 45 €	33 € à 45 €	33 € à 45 €	33 € à 45 €
Soins de suite et de réadaptation	-	18,5 € à 40 €	18,5 € à 40 €	18,5 € à 40 €	18,5 € à 40 €
Ambulatoire	-	10 € à 20 €	10 € à 20 €	10 € à 20 €	10 € à 20 €



PRESTATIONS SANTÉ	PREMI SANTÉ	VITA SANTÉ	MULTI SANTÉ	MULTI SANTE+	PLENI SANTÉ
Autres frais					
Forfait journalier / Forfait Patient Urgence : Etablissements de santé et psychiatriques, hors établissements médico-sociaux ⁽⁴⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation forfaitaire Actes > 120 euros	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais d'accompagnant ⁽⁶⁾ : Hébergement et restauration au sein de l'établissement	-	25 € à 38,5 €	25 € à 38,5 €	25 € à 38,5 €	25 € à 38,5 €
Transport remboursé par l'Assurance maladie	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
OPTIQUE ^(7 - 9 - 10) 100 % SANTÉ					
Equipements «100% Santé» - Classe A (7; 9) - y compris suppléments	Frais Réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)				
Equipement «Tarifs libres» - Classe B ^(9 - 10)					
Verres simples (la paire)	100% TM	100% TM + 90 €	100% TM + 120€	100% TM + 160 €	100% TM + 200 €
Verres complexes (la paire)	100% TM	100% TM + 180 €	100% TM + 210 €	100% TM + 260 €	100% TM + 300 €
Verres très complexes (la paire)	100% TM	100% TM + 210 €	100% TM + 260 €	100% TM + 340 €	100% TM + 400 €
Monture	100% TM	100% TM + 60 €	100% TM + 70 €	100% TM + 90 €	100 € (dont TM)
Suppléments pris en charge par l'AM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM + 15 €
Lentilles remboursées ou non par l'AM - Forfait annuel	100% TM	150 € (dont TM)	160 € (dont TM)	170 € (dont TM)	250 € (dont TM)
Chirurgie réfractive - Forfait annuel - Par œil	-	350 €	500 €	600 €	780 €
DENTAIRE ^(7- 8) 100 % SANTÉ					
Soins et prothèses «100% Santé» ⁽⁷⁾	Frais Réels dans la limite des Honoraires Limites de Facturation				
Soins dentaires					
Soins, endodontie, réparation	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Parodontologie remboursée par l'AM	100% TM	100% TM	100% TM + 25% BR	100% TM + 50% BR	100% TM + 300 €
Parodontologie non remboursée par l'AM - Forfait annuel	-	150 €	150 €	200 €	300 €
Prothèses à tarifs maîtrisés (honoraires limites de facturation) et libres ⁽⁸⁾					
Couronne sur dents visibles Incisive, Canine et Pré-molaire	100% TM	100% TM + 285 €	100% TM + 325 €	100% TM + 370 €	100% TM + 420 €
Couronne sur dents non visibles Molaire	100% TM	100% TM + 165 €	100% TM + 195 €	100% TM + 245 €	100% TM + 320 €
Prothèse provisoire	100% TM	100% TM + 20€	100% TM + 30€	100% TM + 40€	100% TM + 50€
Bridge	100% TM	500 € (dont TM)	800 € (dont TM)	1000 € (dont TM)	1000 € (dont TM)
Adjonction - Bridge	100% TM	100% TM + 75 €	100% TM + 85 €	100% TM + 85 €	100% TM + 95 €
Inlay-core	100% TM	100% TM + 15 €	100% TM + 75 €	100% TM + 100 €	100% TM + 115 €
Prothèses amovibles					
Prothèse définitive à plaque base résine	100% TM	100% TM	625 € à 1450 € (dont TM)	650 € à 1500 € (dont TM)	650 € à 1500 € (dont TM)
Prothèse définitive supra-implantaire à plaque base résine	100% TM	100% TM	625 € à 1450 € (dont TM)	650 € à 1500 € (dont TM)	650 € à 1500 € (dont TM)
Prothèse définitive à châssis métallique	100% TM	100% TM	440 € à 1450 € (dont TM)	465 € à 1500 € (dont TM)	465 € à 1 500 € (dont TM)
Implantologie					
Implant - Forfait annuel	-	250 €	400 €	600 €	700 €
Prothèse sur implant	100% TM	100% TM + 285 €	100% TM + 325 €	100% TM + 370 €	100% TM + 420 €
Orthodontie					
Forfait par semestre - (6 semestres maximum pour un traitement)	100% TM	100% TM + 270€	100% TM + 300€	100% TM + 350 €	100% TM + 500 €
Surveillance, contention par semestre	100% TM	100% TM + 150% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 150% BR	100% TM + 400 €
Orthodontie refusée par semestre	-	-	250 €	300 €	350 €
AIDES AUDITIVES 100 % SANTÉ					
Aides auditives «100% Santé» - Classe I ⁽⁷⁾⁽¹¹⁾	Frais Réels dans la limite des Prix Limites de Vente				
Aides auditives «Tarifs libres» - Classe II ⁽⁷⁾⁽¹¹⁾ Aide auditive ≤ 20ans ⁽¹²⁾	100% TM	100% TM	100% TM + 100 €	100% TM + 200 €	100% TM + 400 €
Aides auditives «Tarifs libres» - Classe II ⁽⁷⁾⁽¹¹⁾ Aide auditive > 20ans ⁽¹²⁾	100% TM	100% TM + 260 €	100% TM + 460 €	100% TM + 660 €	100% TM + 860 €
Frais d'entretien : aide auditive (pile - fourniture)	100% TM	100% TM + 70% BR	100% TM + 70% BR	100% TM + 70% BR	100% TM + 70% BR
Bilan acoustique du nouveau-né - Forfait (versement unique)	-	23 €	23 €	23 €	23 €



PRESTATIONS SANTÉ	PREMI SANTÉ	VITA SANTÉ	MULTI SANTÉ	MULTI SANTE+	PLENI SANTÉ
MATERNITE					
Contraceptifs, Tests de grossesse, Ostéodensitométrie non remboursée par l'AM Forfait annuel		80€ max 30 € / acte	80€ max 30 € / acte	80€ max 30 € / acte	100 € max 30 € / acte
Amniocentèse et Caryotype fœtal non remboursés par l'AM - Forfait annuel		185 €	185 €	185 €	185 €
Honoraires des sages-femmes	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
PREVENTION BIEN-ETRE					
Médecine douce : acupuncteur, chiropracteur ⁽¹³⁾ , diététiciens ⁽¹³⁾ , ergothérapeute ⁽¹³⁾ , étioptathe, homéopathe, ostéopathe ⁽¹³⁾ - Forfait annuel	-	160 € max 40 € / acte	160 € max 40 € / acte	160 € max 40 € / acte	180€ max 50 € / acte
Psychologues ⁽¹³⁾ , Psychothérapeute ⁽¹³⁾ , Psychomotriciens ⁽¹³⁾ - Forfait annuel	-	160 € max 60 € / acte	200 € max 60 € / acte	240 € max 60 € / acte	240 € max 60 € / acte
Vaccins non remboursés par l'AM - Forfait annuel	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Cure thermique remboursée par l'AM ⁽¹⁴⁾					
Cure thermique avec ou sans hospitalisation	-	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Honoraires médicaux	-	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
Frais d'hébergement et de transport remboursés par l'AM	-	100% TM	100% TM	100% TM	100% TM
AUTRES PRESTATIONS					
Allocation naissance ⁽¹⁵⁾ Forfait si adhésion de l'enfant	-	250 €	250 €	250 €	300 €
MMJ Assistance - Assistance à domicile (Aide à domicile, services de proximité, Aide au déménagement, Prévention stress au travail, Prise en charge des enfants, conduite à l'école...)	oui	oui	oui	oui	oui
Carte Blanche - Tiers payant - Réseau de soins	oui	oui	oui	oui	oui
Télémédecine : Téléconsultation médicale 7j/7 H24	oui	oui	oui	oui	oui
Magazine HMJ - Trimestriel	4/an	4/an	4/an	4/an	4/an
Espace adhérent - Espace personnel	oui	oui	oui	oui	oui

- (1) **REMBOURSEMENTS EXCLUS** : majoration de la participation de l'assuré ou dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins.
- (2) **OPTAM** : Option Tarifaire Maîtrisée, OPTAM-CO : Option Tarifaire Maîtrisée Médecine Chirurgie, Obstétrique. Liste des médecins accessible sur le site annuaire.sante.ameli.fr.
- (3) **HONORAIRES CHIRURGICAUX** : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique.
- (4) **ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX** : Absence de remboursement du forfait journalier pour les séjours en EHPAD - Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes - maison de retraite médicalisée dont le but est d'accueillir et d'assister les personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie; MAS - Maison d'Accueil Spécialisée - établissement médico-social accueillant des personnes adultes souffrant d'un handicap mental ou physique et en état de dépendance.
- (5) **CHAMBRE PARTICULIERE** : pour les établissements conventionnés par la Mutualité Fonction Publique (RFH) le remboursement de la chambre particulière est majoré et en conséquence le reste à charge est nul ou maîtrisé,
- (6) **FRAIS D'ACCOMPAGNANT** : enfants mineurs, adultes de plus de 70 ans ou personnes en situation de handicap sur présentation d'un justificatif.
- (7) **100% SANTE** : équipements et prothèses tels que définis règlementairement en vigueur au 1er janvier 2021.
- (8) **PROTHESES «TARIFS MAITRISES ET LIBRES»** : Les prestations figurant dans le tableau sont versées dans la limite des plafonds annuels suivants par personne protégée :

	Année 1	Année 2	Année 3-4-5	6e année et suivantes
VITA SANTÉ	1 200 €	2 000 €	2 700 €	3 500 €
MULTI SANTÉ				
MULTI SANTE+	1 500 €	2 400 €	3 500 €	4 000 €

- (9) **RENOUVELLEMENT DES EQUIPEMENTS D'OPTIQUE MEDICALE** : 24 mois minimum à compter de la date de facturation du précédent achat d'un équipement optique pour les assurés de 16 ans et +. Ce délai est réduit à un an en cas d'évolution de la vue (production d'une prescription médicale ou d'un justificatif de l'adaptation par un opticien) et pour les assurés de moins de 16 ans et à 6 mois pour les enfants âgés de moins de 6 ans. Pas de délai minimal de renouvellement pour les assurés présentant des conditions médicales particulières sur prescription d'un ophtalmologue (cf. liste des pathologies sur le site ameli.fr) En cas d'équipement comportant des verres de catégorie différente (simple, complexe, très complexe), le forfait par verre correspond à la moitié du forfait prévu pour la paire. Possibilité de prise en charge de 2 équipements pour les assurés présentant un double déficit de vision et ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux.
- (10) **MIXAGE DES EQUIPEMENTS DE CLASSE DIFFERENTE** : possibilité de mixer un équipement de classe A (par ex : les verres) avec un équipement de classe B (par ex : la monture).
- (11) **ADAPTATION DE L'AIDE AUDITIVE** : réalisée par l'audioprothésiste, elle comporte sur 4 année: 1 séance minimum tous les 6 mois au-delà d'un an avec à chaque séance une vérification de l'efficacité de l'aide auditive, le réglage et l'entretien de l'appareil.
- RENOUVELLEMENT DE L'EQUIPEMENT** : aide auditive renouvelable au-delà de 4ans, la date s'apprécie au regard de la date de facturation du premier équipement.
- (12) **DATE LIMITE D'APPLICATION DU TARIF ENFANT** : jusqu'à la veille du 21ème anniversaire.
- (13) **QUALITE DU PROFESSIONNEL** : agrément par la CNAMTS, professionnel disposant d'un numéro référencé au répertoire Adeli ou RPPS.
- (14) **CURE THERMALE** : la prise en charge des frais de cure thermique est subordonnée à l'accord préalable de l'AM après examen des ressources de l'assuré par cette dernière.
- (15) **ALLOCATION NAISSANCE** : elle est versée lorsque la demande d'inscription du nouveau-né est formulée dans l'année suivant sa naissance, et sous réserve que le membre participant soit adhérent depuis au moins 12 mois à la date de naissance de l'enfant. Lorsque les 2 parents sont membres participants, l'allocation naissance est alors versée sur le dossier du parent réglant la cotisation de l'enfant. Une allocation d'adoption est attribuée dans les mêmes conditions en cas d'adoption plénière.



ANNEXE 1 PRESTATIONS - PRÉVOYANCE

Tout membre participant adhérent à l'offre MMJ-Référence doit souscrire au contrat de prévoyance collectif obligatoire PREMIO M001 assuré par MFPrévoyance SA.

MODULE A			MODULE B	
Incapacité temporaire totale de travail, perte de prime, jour de carence, invalidité			Décès, capital éducation, rente survie, invalidité permanente et absolue, perte d'autonomie	
Garantie perte de traitement	75 % du TIB mensuel (2)	NIVEAU 1	Capital décès (1)	25 % du TIB annuel
			Rente survie pour l'enfant handicapé	2 000 € par enfant par an
			Capital Invalidité Permanente et Absolue	70 % du TIB annuel
Garantie perte de traitement	90 % du TIB mensuel (2)	NIVEAU 2	Capital décès (1)	35 % du TIB annuel
			Capital éducation (1)	8 000 € par enfant à charge
Garantie perte de prime	15 % du TIB mensuel (2)		Rente survie pour l'enfant handicapé	2 000 € par enfant par an
			Capital Invalidité Permanente et Absolue	70 % du TIB annuel minimum de 21 000 €
Jour de carence	Forfait (3)		Rente dépendance (3) (domicile ou hospitalisation)	210 € /mois
Garantie perte de traitement	90 % du TIB mensuel (2)	NIVEAU 3	Capital décès (1)	70 % du TIB annuel
			Capital éducation (1)	10 500 € par enfant à charge
Garantie perte de prime	30 % du TIB mensuel (2)		Rente survie pour l'enfant handicapé	2 000 € par enfant par an
Jour de carence	Forfait (3)		Capital Invalidité Permanente et Absolue	70 % du TIB annuel minimum de 35 000 €
Invalidité	75 % du TIB mensuel (2)		Rente dépendance	Domicile : 260 € / mois Hospitalisation : 520 € / mois
Garantie perte de traitement	100 % du TIB mensuel (2)	NIVEAU 4	Capital décès (1)	140 % du TIB annuel
			Capital éducation (1)	12 000 € par enfant à charge
Garantie perte de prime	45 % du TIB mensuel (2)		Rente survie pour l'enfant handicapé	2 000 € par enfant par an
Jour de carence	Forfait (3)		Capital Invalidité Permanente et Absolue	70 % du TIB annuel minimum de 50 000 €
Invalidité	75 % du TIB mensuel		Rente dépendance (4)	Domicile : 260 € / mois Hospitalisation : 520 € / mois

(1) Garantie ouverte jusqu'au 31/12 suivant le 65ème anniversaire du membre participant et au-delà, jusqu'à la date d'admission à la retraite ou en cas de présence d'enfant à charge (étudiant âgé de moins de 26 ans ou enfant handicapé(s))

(2) Dans la limite de 100% de la rémunération nette totale.

(3) 65€ pour les adhérents de catégorie C – 80 € pour les adhérents de catégorie B – 125 € pour les adhérents de catégorie A

(4) En inclusion assistance : téléassistance et aide aux aidants.

NB : les montants forfaitaires sont mentionnés en valeurs 2020

Le candidat à l'assurance doit remplir un questionnaire de santé :

- s'il est présent depuis plus de cinq ans dans la fonction publique ou est âgé de plus de 45 ans au jour de la demande d'adhésion

- ou s'il choisit une garantie de niveau 4 dans le module A ou/et B.

Dans cette hypothèse l'adhésion à la garantie de prévoyance débute le premier jour du mois suivant la réception de l'accord donné par l'adhérent à la proposition de l'assureur.

Il en est de même en cas de changement de garantie à la hausse ou à la baisse lorsqu'il a initialement rempli un questionnaire de santé.



ANNEXE 2 COTISATIONS

1 – Cotisations hors taxes 2022 MMJ-Référence : Forfaits âge⁽¹⁾ (âge atteint au 31/12/2021)

	PREMI SANTÉ	VITA SANTÉ	MULTI SANTÉ	MULTI SANTÉ +	PLENI SANTÉ
Enfants moins de 18 ans ⁽²⁾	14,00 €	15,45 €	18,45 €	23,15 €	40,61 €
Enfant plus de 18 ans ⁽²⁾	14,00 €	16,45 €	21,50 €	27,00 €	40,61 €
MP et conjoints - 24 ans	15,60 €	10,80 €	16,50 €	27,00 €	45,03 €
25 ans	16,60 €	11,00 €	16,90 €	28,10 €	49,44 €
26 ans	17,05 €	11,20 €	17,30 €	29,20 €	51,20 €
27 ans	17,55 €	11,60 €	17,70 €	30,20 €	53,85 €
28 ans	18,00 €	12,00 €	18,10 €	31,20 €	56,06 €
29 ans	18,45 €	12,40 €	18,50 €	32,20 €	58,28 €
30 ans	18,95 €	12,80 €	18,90 €	33,00 €	60,47 €
31 ans	19,50 €	13,60 €	19,30 €	33,80 €	62,68 €
32 ans	20,00 €	14,40 €	19,70 €	34,60 €	64,89 €
33 ans	20,50 €	15,20 €	20,10 €	35,40 €	67,10 €
34 ans	21,00 €	16,00 €	20,50 €	36,20 €	69,30 €
35 ans	21,65 €	16,80 €	21,00 €	37,10 €	71,51 €
36 ans	22,25 €	17,70 €	21,70 €	38,00 €	73,72 €
37 ans	22,85 €	18,60 €	22,40 €	38,90 €	75,92 €
38 ans	23,45 €	19,50 €	23,10 €	39,80 €	78,13 €
39 ans	24,10 €	20,40 €	23,80 €	40,70 €	80,34 €
40 ans	24,80 €	21,30 €	24,80 €	41,70 €	81,66 €
41 ans	25,50 €	22,20 €	25,80 €	42,70 €	82,99 €
42 ans	26,25 €	23,10 €	26,80 €	43,70 €	84,31 €
43 ans	26,95 €	24,00 €	27,80 €	44,70 €	85,64 €
44 ans	27,70 €	24,90 €	28,80 €	45,70 €	86,96 €
45 ans	28,45 €	25,80 €	29,00 €	46,80 €	88,28 €
46 ans	29,20 €	26,60 €	30,20 €	47,90 €	90,49 €
47 ans	30,00 €	27,40 €	31,40 €	49,00 €	92,70 €
48 ans	30,75 €	28,20 €	32,60 €	50,10 €	94,91 €
49 ans	31,50 €	29,00 €	33,80 €	51,20 €	97,11 €
50 ans	32,45 €	29,80 €	35,10 €	52,50 €	99,32 €
51 ans	33,35 €	30,60 €	36,40 €	53,80 €	100,64 €
52 ans	34,30 €	31,30 €	37,70 €	55,10 €	102,41 €
53 ans	35,20 €	32,00 €	39,00 €	56,40 €	104,18 €
54 ans	36,15 €	32,70 €	40,30 €	57,70 €	105,94 €
55 ans	37,05 €	33,40 €	41,60 €	59,00 €	108,00 €
56 ans	38,00 €	34,10 €	42,90 €	60,30 €	110,36 €
57 ans	38,90 €	34,70 €	44,20 €	61,60 €	112,56 €
58 ans	39,80 €	35,30 €	45,50 €	62,90 €	114,77 €
59 ans	40,75 €	35,90 €	46,80 €	64,20 €	116,98 €
60 ans	41,70 €	36,50 €	47,80 €	65,20 €	117,86 €
61 ans	42,70 €	37,40 €	48,80 €	66,00 €	122,27 €
62 ans	43,65 €	38,30 €	49,80 €	66,80 €	124,92 €
63 ans	44,65 €	39,20 €	50,80 €	67,60 €	127,57 €
64 ans	45,60 €	40,10 €	51,80 €	68,40 €	130,22 €
65 ans	46,60 €	41,00 €	52,80 €	69,20 €	132,87 €
66 ans	47,55 €	41,80 €	53,80 €	70,20 €	135,96 €
67 ans	48,55 €	42,60 €	54,80 €	71,20 €	139,05 €
68 ans	49,50 €	43,40 €	55,80 €	72,20 €	142,14 €
69 ans	50,50 €	44,20 €	56,80 €	73,20 €	145,23 €
70 ans	51,50 €	45,00 €	58,00 €	74,60 €	148,32 €
71 ans	52,55 €	46,00 €	59,20 €	76,00 €	150,53 €
72 ans	53,55 €	47,00 €	60,40 €	77,40 €	152,73 €
73 ans	54,60 €	48,00 €	61,60 €	78,80 €	154,94 €
74 ans	55,60 €	49,00 €	62,80 €	80,20 €	157,59 €
>75 ans	56,40 €	50,00 €	64,00 €	81,50 €	160,68 €



2 - Cotisations Hors taxes 2022 MMJ-Référence : parts proportionnelles au revenu professionnel ⁽¹⁾

	VITA SANTÉ	MULTI SANTÉ	MULTI SANTE +
Adhérent - de 30 ans	0,75%	0,75%	0,75%
Adhérent + de 30 ans	1,05%	1,05%	1,05%
Adhérent retraité	1,00%	1,00%	1,00%
Conjoints et assimilés	0,85%	0,85%	0,85%

(1) A ces montants de cotisation, s'ajoute la Taxe de Solidarité Additionnelle au taux de 13,27% (au 1er septembre 2020). Cotisation exclusivement forfaitaire pour Prédi Santé. Traitement indiciaire brut pour les actifs. Tous revenus professionnels pour les retraités.

Cotisations prévoyance

Tableaux des cotisations 2022 du contrat PREMIO M001

ACTIFS ⁽¹⁾ Garanties Perte de revenu, Invalidité et Décès - IPA		
Combinaison des modules	≤ 34 ans	35 ans et +
A Niveau 1 - B Niveau 1	0,37%	0,49%
A Niveau 1 - B Niveau 2	0,40%	0,56%
A Niveau 1 - B Niveau 3	0,51%	0,77%
A Niveau 2 - B Niveau 1	0,93%	1,05%
A Niveau 2 - B Niveau 2	0,96%	1,12%
A Niveau 2 - B Niveau 3	1,07%	1,33%
A Niveau 2 - B Niveau 4	1,21%	1,61%
A Niveau 3 - B Niveau 1	1,23%	1,35%
A Niveau 3 - B Niveau 2	1,26%	1,42%
A Niveau 3 - B Niveau 3	1,37%	1,63%
A Niveau 3 - B Niveau 4	1,51%	1,91%
A Niveau 4 - B Niveau 2	1,51%	1,67%
A Niveau 4 - B Niveau 3	1,62%	1,88%
A Niveau 4 - B Niveau 4	1,76%	2,16%

La cotisation est composée d'une part exprimée en % du traitement hors primes (ou du traitement ayant servi de base de calcul à la retraite) pour les modules A et B et d'une part forfaitaire exprimée en euro pour la garantie « perte d'autonomie ».

En application des dispositions de l'article 3.1.4 « minoration du taux de cotisation » de la notice d'information, les cotisations aux modules B1, B2, B3 et B4 sont minorées pour les Adhérents actifs âgés de moins de 35 ans.

RETRAITES ⁽¹⁾ Garanties Décès - IPA	
Module	
B Niveau 3	0.76
B Niveau 4	0.95

GARANTIE PERTE D'AUTONOMIE ⁽²⁾ (âge atteint au 31/12/2021)

Module B2

Âge	Montant	Âge	Montant	Âge	Montant	Âge	Montant
<34	0,25 €	45	1,45 €	56	2,30 €	67	3,80 €
35	0,45 €	46	1,55 €	57	2,40 €	68	4,05 €
36	0,55 €	47	1,65 €	58	2,50 €	69	4,20 €
37	0,65 €	48	1,75 €	59	2,60 €	70	4,40 €
38	0,75 €	49	1,85 €	60	2,70 €	71	4,50 €
39	0,85 €	50	1,95 €	61	2,90 €	72	4,60 €
40	0,95 €	51	2,00 €	62	3,05 €	73	4,75 €
41	1,05 €	52	2,05 €	63	3,15 €	74	4,85 €
42	1,10 €	53	2,10 €	64	3,25 €	75	4,95 €
43	1,20 €	54	2,15 €	65	3,30 €	76 et plus	5,20 €
44	1,35 €	55	2,20 €	66	3,60 €		

Modules B3 et B4

Âge	Montant	Âge	Montant	Âge	Montant	Âge	Montant
<34	0,47 €	45	2,55 €	56	4,60 €	67	7,30 €
35	0,70 €	46	2,75 €	57	4,75 €	68	7,65 €
36	0,80 €	47	2,95 €	58	4,90 €	69	8,00 €
37	1,00 €	48	3,20 €	59	5,05 €	70	8,45 €
38	1,20 €	49	3,40 €	60	5,25 €	71	8,75 €
39	1,45 €	50	3,60 €	61	5,50 €	72	9,05 €
40	1,60 €	51	3,70 €	62	5,75 €	73	9,35 €
41	1,80 €	52	3,90 €	63	6,00 €	74	9,70 €
42	2,00 €	53	4,10 €	64	6,30 €	75	10,00 €
43	2,20 €	54	4,25 €	65	6,60 €	76 et plus	10,35 €
44	2,35 €	55	4,45 €	66	6,95 €		

(1) Assiette : traitement indiciaire brut d'activité ou servant de base de calcul de la pension. (2) Rente Dépendance et en inclusion : téléassistance et aide aux aidants



GLOSSAIRE

Afin de vous aider à la compréhension de ce règlement et du lexique utilisé par l'Assurance maladie, vous trouverez ci-après quelques définitions des termes fréquemment employés.

100% santé (panier « 100 % santé » ou « prise en charge renforcée »)

Dispositif réglementaire par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable et solidaire peuvent acquérir des équipements optiques (verres + monture de classe A) ou des aides auditives (classe 1) ou faire effectuer des soins dentaires avec pose de prothèses (RAC O) avec un remboursement intégral assuré conjointement par l'Assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé. L'assuré ne supporte donc aucun reste à charge. En effet, les professionnels de santé doivent, sous peine de sanction, respecter les tarifs plafonds fixés par la voie réglementaire :

- à partir de 2020 : pour les lunettes et une partie des prothèses dentaires,
- à partir de 2021 : pour l'autre partie des prothèses dentaires et les aides auditives.

Les opticiens et audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement et d'établir un devis correspondant à l'offre « 100 % santé ». Les chirurgiens-dentistes doivent, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte hors du panier « 100% santé », leur proposer une alternative thérapeutique dans le panier « 100% santé » ou à défaut, une alternative avec RAC maîtrisé. Pour toute pose de prothèse, ils ont l'obligation d'établir un devis.

La MMJ assure, pour les aides auditives, la mise en œuvre du 100 % santé dès 2020.

Accident

Atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure dont est victime un assuré/adhérent.

Adhérent

La personne signant le bulletin d'adhésion et acquérant la qualité de membre participant.

Affection de Longue Durée – ALD

Maladie grave et/ou chronique reconnue par l'Assurance maladie comme nécessitant un suivi et des soins coûteux et prolongés et figurant sur une liste établie par décret (Cf. détails sur ameli.fr). Les soins et traitements effectués conformément à un protocole de soins établis par le médecin traitant ouvrent droit, à une prise en charge à 100% de la base de remboursement par l'AM.

En revanche, les taux de remboursement habituels s'appliquent aux actes destinés à traiter d'autres affections que celle objet du protocole de soins.

Aide auditive

Appareil destiné à améliorer l'audition d'une personne souffrant d'un déficit auditif.

Analyses et examens de biologie

Ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Assurance maladie complémentaire – AMC

Ensemble de garanties proposées par les différents organismes complémentaires d'Assurance maladie, assurant la prise en charge, pour une personne et/ou ses ayants droit, des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'AMO.

Assurance maladie obligatoire – AMO

Régime de protection sociale obligatoire auquel est affilié un assuré du contrat couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents. Synonyme : régime obligatoire (RO).

Auxiliaires médicaux

Désigne les professionnels paramédicaux. Exemple : infirmiers, masso-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes.

Ayant droit

Désigne la personne bénéficiant des prestations santé souscrites par l'adhérent en raison du lien familial existant avec celui-ci. Exemple : enfant, conjoint. Cette personne a la qualité de bénéficiaire.

Base de remboursement – BR

Tarif servant de référence à l'AMO pour déterminer le montant de son remboursement.

Il existe plusieurs catégories de tarifs :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'AMO et les représentants des professions concernées par cette convention.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'AMO (ce qui est peu fréquent). Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire

Désigne la personne – membre participant ou bénéficiaire – qui bénéficie des garanties de complémentaire santé.

Catégories de médecins

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils ont, ou non, adhéré aux conventions nationales entre leur profession et les régimes d'AMO.

Médecin conventionné en secteur 1

Il applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'AMO et les représentants syndicaux de la profession – « tarif opposable » égal à la base de remboursement de l'AMO -.

Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

Médecin conventionné en secteur 2

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ».

Ce régime s'applique au chirurgien-dentiste pour les soins prothétiques et l'orthodontie.

Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

Les professionnels de santé adhérant à cette option s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires (DH) dans des conditions établies par la convention. Les complémentaires santé responsables et solidaires doivent obligatoirement appliquer à ceux-ci un niveau de rembourse-



ment des dépassements d'honoraires supérieurs à celui s'appliquant à un médecin non adhérent à l'Optam ou à l'Optam-Co.

Médecin non conventionné

Médecin ayant fait le choix de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

Chambre particulière/chambre individuelle

Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être, à sa demande, hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne). Elle lui est alors facturée sauf lorsque l'isolement est imposé par une prescription médicale.

Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services : les adhérents à la MMJ bénéficient de tarifs modérés dans les établissements conventionnés par la Mutualité Fonction Publique.

Chirurgie ambulatoire

Elle est réalisée à l'occasion d'une hospitalisation de moins de 24 heures dans un établissement de santé (sans nuitée donc) ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

Complémentaire Santé Solidaire - CSS

Destinée à des personnes ayant de faibles ressources, elle permet d'accéder aux soins sans avance de frais ni reste à charge. Les frais médicaux sont payés par l'AMO et l'organisme choisi pour gérer la Complémentaire santé solidaire. Selon les ressources du bénéficiaire, ce dispositif comporte ou non une participation de sa part.

Contrat responsable et solidaire

Une couverture complémentaire santé est qualifiée de « solidaire » lorsqu'elle respecte les règles fixées par la loi (article L.871-1 du code de la Sécurité sociale) : absence de prise en compte de l'état de santé pour le calcul des cotisations et absence de recueil de toute information médicale lors de l'adhésion.

Une couverture complémentaire santé est qualifiée de « responsable » lorsque les prestations comportent le remboursement du (ou des) :

- ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonné, des soins et biens remboursés par l'AMO (hormis quelques exceptions) ;
- forfait journalier hospitalier ;
- paniers de soins « 100% santé ».

En outre, la prise en charge des dépassements d'honoraires doit respecter un plafond de remboursement pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

En revanche, elle ne doit pas rembourser :

- les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins,
- la participation forfaitaire de 1 euro applicable aux consultations et certains examens médicaux,
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0,50 euro par boîte de médicament).

Une couverture complémentaire santé responsable doit respecter les délais de renouvellement des équipements : deux ans pour les lunettes et 4 ans pour les aides auditives, sauf cas dérogatoires.

Une couverture complémentaire santé responsable prend en charge tous les actes de prévention considérés comme prioritaires par le ministère de la santé pour lesquels un ticket modérateur est appliqué.

Date d'échéance principale

Date de renouvellement du contrat ou de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année à venir.

Date d'effet

Date à laquelle débute le contrat ou l'adhésion. Elle est indiquée sur l'avis d'échéance et la carte de tiers payant.

Demande de prise en charge par l'organisme complémentaire d'Assurance maladie

Demande formulée auprès de l'organisme d'AMC par le professionnel de santé avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, prothèses dentaires...) et permettant de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie, et le cas échéant, de demander à bénéficier d'une garantie de tiers payant.

Dépassement d'honoraires - DH

Partie des honoraires dépassant la base de remboursement de l'AMO et non remboursée par celle-ci.

Devis

Document présentant les soins ou prestations proposées et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation. Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 euros comportant un dépassement d'honoraires, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient.

Forfait journalier hospitalier

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit). Son montant est de 20 euros par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15 euros par jour pour un séjour en psychiatrie.

Frais réels

Frais de santé remboursés intégralement.

Forfait sur les actes dits « lourds » ou participation du patient lors d'une hospitalisation

Participation forfaitaire de l'assuré s'appliquant aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros. Son montant est de 24 euros. Lorsque le prix de l'acte est inférieur à 120 euros, le patient a à sa charge le ticket modérateur.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements par l'AMO à l'assuré social (sauf pour les moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour suivant la date de l'accouchement, les bénéficiaires de la CSS ou de l'aide médicale de l'Etat). Elle est de 0,50 euro par boîte de médicaments, 0,50 euro par acte paramédical dans la limite de 2 euros par jour, 2 euros par transport sanitaire dans la limite de 4 euros par jour. Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel de 50 euros par personne.

Hospitalisation

Séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité. L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée.

Maladie

Altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.



Médecin traitant

Médecin généraliste ou spécialiste, désigné par le patient auprès de sa caisse d'AMO. Il coordonne les soins et s'assure que le suivi médical est optimal. Il oriente dans le parcours de soins coordonnés : il informe l'assuré et le met, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers, etc...).

NOEMIE

Norme d'échange informatique entre l'AMO et l'AMC permettant à cette dernière de recevoir les informations nécessaires au remboursement d'un adhérent.

Nomenclatures des actes de l'Assurance maladie

Elles fixent les listes des actes, produits et prestations remboursables par l'AMO et définissent les conditions et montants de leur remboursement. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), la Liste des Produits et Prestations (LPP) et la Table Nationale de Biologie (TNB).

Parcours de soins coordonné

Circuit que les patients doivent suivre pour être remboursés à 100% de la BR. Il implique de communiquer à l'AMO le nom du médecin traitant choisi, de le consulter en priorité et de consulter un autre médecin « correspondant » sur orientation de celui-ci. Toutefois, certains médecins spécialistes peuvent être consultés en accès direct, il s'agit des gynécologues, ophtalmologues, stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans.

Participation forfaitaire

Somme de 1 euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés sauf exceptions (cf. franchise médicale).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

Prix limite de vente – PLV

Correspond au prix maximum de vente des équipements et prothèses référencés dans le cadre du 100% santé que les professionnels de santé s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul ou maîtrisé. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

Protection universelle maladie – Puma

Depuis le 1er janvier 2016, la Protection Universelle MALadie (Puma) garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge, par l'AMO, de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Réseaux de soins

Créés par des conventions conclues entre des organismes d'AMC (directement ou par l'intermédiaire d'un tiers) et des professionnels ou des établissements de santé en vue d'offrir des soins de qualité aux adhérents à des tarifs moindres et/ou avec une meilleure prise en charge.

Exemple : réseau Carte Blanche Partenaires.

Reste à charge – RAC

Part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'AMO et de sa complémentaire santé.

Période de garantie

Se définit par rapport à la date d'adhésion du bénéficiaire. Cette période est précisée dans le tableau des prestations.

Résiliation

C'est l'acte par lequel l'adhérent demande la cessation des effets du contrat ou de l'adhésion.

Sinistre

L'événement, la maladie ou l'accident, mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

Souscripteur

La personne signant le contrat et désignée aux dispositions personnelles.

Sur-complémentaire

Contrat santé destiné à compléter les garanties d'une couverture complémentaire dite de base. Elle a la qualité de sur-complémentaire « responsable » lorsque la garantie de base est « responsable » et que le cumul des garanties offertes ne dépasse pas les limites fixées par la réglementation des contrats « responsables ».

Taux de remboursement de la Sécurité sociale

Taux appliqué par l'AMO sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement. Celui-ci peut être, le cas échéant, minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire. La part non remboursée de cette même base est dénommée « ticket modérateur ».

Taxe de solidarité additionnelle – TSA

Taxe perçue sur tous les contrats d'AMC dont le taux varie selon que le contrat est responsable et solidaire (13,27 %) ou non (20,27 %). Collectée par les organismes d'AMC, elle est reversée à l'URSSAF qui l'affecte au financement de la CSS.

Télé médecine

Pratique médicale à distance permettant de mettre en rapport un patient avec un ou plusieurs professionnels de santé. Elle englobe les actes de téléconsultation, de télé-expertise et de télésurveillance médicale.

Ticket modérateur – TM

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant effectivement remboursé par l'AMO après déduction de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise médicale.

Tiers payant – TP

Système de paiement qui évite au patient de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par l'AMC sur présentation de la carte de tiers payant. La MMJ assure le tiers payant via Alмеры.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter le site ameli.fr, Site internet de l'Assurance maladie comportant la possibilité d'accéder aux informations relatives à votre CPAM et de créer un espace personnel.

Vous pouvez également consulter le site unocam.fr et accéder à divers documents : Glossaire de l'assurance complémentaire santé, conseils pour le choix d'une complémentaire santé, informations sur la lisibilité des garanties, exemples de remboursement.

NB : Ces définitions n'ont pas de caractère contractuel



CONTACTER LA MMJ



53, rue de Rivoli
75038 Paris cedex 01



01 44 76 68 68
Du lundi au vendredi
de 8h30 à 18h



Votre espace adhérent
sur www.mmj.fr



MFP Révoyance, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance, au capital de 81 773 850 euros, régie par le Code des assurances, Immatriculée au RCS PARIS n° 507 648 053, Siège social : 4 place Raoul Dautry CS 19431 - 75741 Paris cedex 15.



assistance

FILASSISTANCE SERVICES, SAS au capital de 350 000 euros (€) régie par le code des assurances. RCS 488 820 440 Paris
Siège social : 108, Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex.



IMA ASSURANCES, Société Anonyme au capital social de 7.000.000 €, régie par le Code des Assurances. SIREN 481 511 632 RCS Niort -
SIRET 481 511 632 00012 - Siège social : 118, avenue de Paris CS 40 000 79 033 Niort Cedex 9