

2022



RÈGLEMENT DE L'OFFRE MMJ-OPTIMA

● Garanties sur-complémentaires santé

Les statuts et le règlement intérieur de la MMJ, ainsi que le présent règlement 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, 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 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-OPTIMA

Les sur-complémentaires Optima sont des garanties santé auxquelles peuvent adhérer les membres participants et leurs ayants droit bénéficiaires d'une garantie complémentaire de base souscrite auprès de la MMJ ainsi que toute personne bénéficiaire d'une complémentaire de base souscrite à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif.

Si la souscription à la sur-complémentaire Optima Hospit' est ouverte quel que soit le contrat complémentaire de base, celle aux autres sur-complémentaires Optima Sup et Optima Max est réservée aux personnes souscriptrices

d'un contrat complémentaire de base responsable et solidaire auprès de la MMJ (toutes les garanties sauf celles de l'Offre « Essentielles ») ou d'un autre organisme.

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.

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.

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. Il en résulte un engagement contractuel emportant acceptation des statuts, du règlement intérieur ainsi que des droits et obligations définis par le présent règlement.

L'adhésion à une sur-complémentaire peut s'effectuer de manière indépendante pour le membre participant, son conjoint et leurs enfants ayants droit du premier contrat de complémentaire santé de la MMJ ou adhérents à une autre complémentaire santé. Toutefois, l'adhésion d'un enfant implique l'adhésion de l'ensemble des enfants ayants droit du contrat MMJ ainsi que du parent dont il relève pour les droits à l'Assurance maladie (membre participant ou conjoint).

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 les notices d'information des garanties souscrites.

4) Date d'effet de l'adhésion

Sous réserve de l'état complet du dossier, l'adhésion prend effet au 1er jour du mois de réception du bulletin d'adhésion si le bulletin est reçu entre le 1er et le 15 du même mois ou le 1er 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, 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.

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, au terme d'un délai d'un an à compter de la souscription de son actuelle garantie, 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 7 - 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.

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.

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 :

- remplit 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 sur-complémentaire OPTIMA comporte des garanties santé susceptibles d'être souscrites en complément d'un premier contrat de complémentaire santé.

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

Garanties santé

Les adhérents choisissent pour eux-mêmes et chacun de leurs ayants droit parmi les garanties santé définies par le présent règlement :

- **Optima Sup ou Optima Max** ■ **Optima Hospit'**

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

Changement de garantie

La durée minimale de souscription des garanties Optima est de douze mois. Au-delà de cette durée minimale, le membre participant souhaitant souscrire, l'exercice suivant, à une autre garantie doit en faire la demande avant le 31 octobre de l'année en cours.

En l'absence de demande de résiliation à l'issue de ces douze mois, les garanties se poursuivent jusqu'à la fin de l'année civile et sont renouvelées par tacite reconduction pour une durée d'un an.

Dans le cas d'une première souscription à l'une des garanties Optima Sup/Max ou à Optima Hospit' suivie d'une résiliation de cette garantie, un adhérent ne peut à nouveau souscrire à la garantie initiale ou à l'autre garantie Optima qu'au terme d'un délai de trois ans à compter de la première résiliation.

V - CONTENU DES GARANTIES

Garanties santé

Les sur-complémentaires Optima Sup et Max sont des « garanties responsables et solidaires » répondant aux exigences de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

La sur-complémentaire Optima Hospit' ne répond pas aux critères des « contrats responsables et solidaires » visés par 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 supplément de la complémentaire santé de base, est exprimée soit en pourcentage de la base de remboursement (BR), soit en euros.

La liste des prestations figurant dans les tableaux est limitative, tant pour les soins remboursés par l'Assurance maladie obligatoire que ceux non remboursés par celle-ci.

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

Respect des obligations applicables aux contrats solidaires et responsables pour les sur-complémentaires Optima Sup et Max

Pour les garanties OPTIMA Sup et Max, l'ouverture des droits à prestation s'opère dès l'adhésion sans une quelconque restriction. En revanche, pour la garantie OPTIMA Hospit', l'ouverture des droits à prestation ne s'opère, sauf en cas d'hospitalisation faisant suite à un accident corporel, qu'au terme d'un délai de carence de neuf mois courant à compter de la date d'adhésion. La réalité de l'accident doit être justifiée par la production de tout document attestant de cette réalité et du lien de causalité avec l'hospitalisation.

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.

Le cumul des prestations versées au titre du premier contrat de complémentaire santé et de la sur-complémentaire Optima ne peut excéder les plafonds prévus pour les consultations et actes techniques des médecins non signataires de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), les équipements optiques, les aides auditives et les soins dentaires prothétiques. En conséquence, les prestations prévues par le présent règlement peuvent être réduites pour assurer le respect des règles de plafonnement définies par les articles R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

Les adhérents à une garantie Optima déjà souscripteurs d'une garantie complémentaire santé MMJ, bénéficient pour l'ensemble de leurs garanties santé du tiers payant par l'intermédiaire d'Alméry, opérateur de tiers payant de la MMJ.

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/ 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 les adhérents souscripteurs d'une garantie santé de base auprès de la MMJ, les services « Prestations » de la MMJ procèdent directement à la liquidation et au versement des prestations complétant celles assurées au titre de la complémentaire de base.

Les adhérents souscripteurs d'une garantie de base auprès d'un autre organisme doivent transmettre par courrier postal ou email les décomptes établis par cet organisme aux services « Prestations » de la MMJ 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

Lorsqu'aucune prestation n'a été versée par la MMJ ou l'autre organisme, l'adhérent doit transmettre la facture des soins, accompagnée du décompte de remboursement de l'organisme complémentaire ou de la lettre de refus de remboursement à l'une des adresses susvisées.

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 sur 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.

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.

Une réduction familiale égale à 10% du montant total des cotisations est

appliquée en cas de souscription incluant en qualité d'ayant droit, un ou plusieurs enfants.

De même, une réduction de 10% est appliquée sur le montant de la sur-complémentaire Optima Hospit lorsque le souscripteur de cette garantie est déjà bénéficiaire d'une garantie sur-complémentaire Optima Sup ou Max.

Enfants

Une cotisation est due pour chaque enfant.

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.

Taxe

La Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) est incluse dans les tableaux de cotisations : son taux, au 1er septembre 2020, est de 13,27% pour les sur-complémentaires Optima Sup et Max et de 20,27% pour Optima Hospit.

2) 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/ Télémédecine/téléconsultation médicale*

* Pour les souscripteurs d'Optima n'étant pas précédemment adhérents de la MMJ

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

3) Recouvrement des cotisations

Les cotisations du membre participant et de ses éventuels ayants droit et pour ceux déjà adhérents à la MMJ sont recouvrées mensuellement selon le mode de recouvrement déjà mis en place. Pour les autres, elles le sont par voie de prélèvement bancaire.

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 traitement, 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.

GARANTIES OPTIMA SUP ET OPTIMA MAX

	OPTIMA SUP	OPTIMA MAX
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Généralistes et Spécialistes ⁽¹⁾ OPTAM ⁽²⁾	50% BR	80% BR
Généralistes et Spécialistes ⁽¹⁾ non OPTAM ⁽²⁾	30% BR	60% BR
Actes techniques médicaux, d'échographie et de radiologie OPTAM ⁽¹⁾	40% BR	60% BR
Actes techniques médicaux, d'échographie et de radiologie non OPTAM ⁽¹⁾	20% BR	40% BR
Pharmacie		
Limitée au médicaments et vaccins prescrits non remboursés par l'AM Automédication: médicaments inscrits à l'ANSM - Homéopathie	30 € / an	50 € / an
MATERIEL MEDICAL		
Orthopédie - Orthèses - Forfait annuel	100 € / an	100 € / an
Aide auditive ⁽³⁾ - Forfait annuel dans la limite de 1700 € / oreille ⁽⁴⁾	-	200 €
OPTIQUE		
Verres ⁽⁵⁾ et/ou lentilles - Forfait annuel	50 € / an	150 € / an
DENTAIRE		
Orthodontie remboursée ou non par l'AM - Forfait annuel	100 €	200 €
Parodontologie remboursée ou non par l'AM - Forfait annuel	50 €	100 €
Inlay-onlay - Forfait annuel	50 €	100 €
Prothèses fixes - Couronnes fixes, bridges et implants - Forfait annuel	150 €	300 €
PREVENTION BIEN-ETRE		
Médecine douce : acupuncteur, chiropracteur ⁽⁶⁾ , diététiciens ⁽⁶⁾ , ergothérapeute ⁽⁶⁾ , étiopathe, homéopathe, ostéopathe ⁽⁶⁾ Pédicure-Podologue ⁽⁶⁾ - Forfait annuel	60 € / an max 30 € / acte	120 € / an max 30 € / acte
Psychologues ⁽⁶⁾ , Psychothérapeute ⁽⁶⁾ , Psychomotriciens ⁽⁶⁾ - Forfait annuel	60 € / an max 60 € / acte	120 € / an max 60 € / acte
CURE THERMALE		
Cure thermale remboursée par l'AM : frais complémentaires, soins de confort, complément	100 € / an	200 € / an
SERVICES		
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
MédecinDirect : Téléconsultation médicale 7j/7 H24	oui	oui
Carte Blanche - Tiers payant - Réseau de soins - Si couvert par une complémentaire MMJ	oui	oui
Espace adhérent - Espace personnel	oui	oui



(1) REMBOURSEMENTS EXCLUS : majoration de la participation de l'assuré facturable 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) ADAPTATION DE L'AIDE AUDITIVE : réalisée par l'audioprothésiste. Elle comporte sur 4 années: 1 séance minimum tous les 6 mois au-delà d'un an à chaque séance vérification de l'efficacité de l'aide auditive, réglage et entretien de l'appareil.

RENOUVELLEMENT DE L'EQUIPEMENT : aide auditive renouvelable au-delà de 4ans, la date s'apprécie au regard de l'achat du premier équipement.

(4) 100% SANTE : équipements et prothèses tels que définis règlementairement.

(5) RENOUELEMENT 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.

(6) QUALITE DU PROFESSIONNEL : agrément par la CNAMTS, professionnel disposant d'un numéro référencé au répertoire Adeli ou RPPS.

GARANTIES OPTIMA HOSPIT

OPTIMA HOSPIT	
HOSPITALISATION ⁽¹⁾	
Honoraires médicaux (2)	
Chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens OPTAM-CO ou non	600 €
Chambre particulière	
Chambre particulière ⁽³⁾ dans la limite de 90 jours par an	60 € / jour
Autres frais	
Frais d'accompagnant ⁽⁴⁾	38,50 €
Autres frais ⁽⁵⁾ Fournitures médicales, Coiffeur, Pédicure, Manucure, Télévision - Forfait annuel	80 €
SERVICES	
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
MédecinDirect : Téléconsultation médicale 7j/7 H24	oui
Carte Blanche - Tiers payant - Réseau de soins - Si couvert par une complémentaire MMJ	oui
Espace adhérent - Espace personnel	oui

(1) DELAI DE CARENCE : ces garanties ne sont ouvertes qu'au terme d'un délai de carence de neuf mois, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident corporel dûment justifié.

(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) Hospitalisation en chirurgie, médecine, maternité, psychiatrie, soins de suite, de réadaptation et en ambulatoire;

(4) FRAIS D'ACCOMPAGNANT : enfant mineur, adulte de plus de 70 ans ou personnes en situation de handicap sur présentation d'un justificatif.

(5) AUTRES FRAIS : Dépense réalisée durant l'hospitalisation au sein de l'établissement: remboursement sur présentation d'une facture justificative détaillée.



ANNEXE 2 COTISATIONS

Cotisations 2022 MMJ-Optima Y compris Taxe Solidarité Additionnelle – TSA - au taux (au 1er septembre 2021) de 13, 27% pour Sup et Max et 20,27% pour Hospit

	OPTIMA Sup	OPTIMA MAX	OPTIMA HOSPIT
Enfants moins de 18 ans	6,95 €	11,50 €	1,00 €
Enfant plus de 18 ans	6,25 €	10,45 €	1,45 €
- 24 ans	6,25 €	10,45 €	1,45 €
25 ans	6,60 €	10,80 €	1,90 €
26 ans	6,95 €	11,30 €	2,10 €
27 ans	7,25 €	11,80 €	2,25 €
28 ans	7,60 €	12,30 €	2,40 €
29 ans	7,90 €	12,80 €	2,55 €
30 ans	8,20 €	13,35 €	2,80 €
31 ans	8,55 €	13,85 €	2,95 €
32 ans	8,90 €	14,35 €	3,10 €
33 ans	9,25 €	14,85 €	3,25 €
34 ans	9,60 €	15,35 €	3,40 €
35 ans	9,85 €	15,75 €	3,50 €
36 ans	10,05 €	16,15 €	3,55 €
37 ans	10,25 €	16,55 €	3,60 €
38 ans	10,45 €	16,95 €	3,65 €
39 ans	10,65 €	17,35 €	3,70 €
40 ans	10,85 €	17,65 €	3,75 €
41 ans	11,05 €	18,00 €	3,75 €
42 ans	11,25 €	18,35 €	3,75 €
43 ans	11,45 €	18,70 €	3,75 €
44 ans	11,65 €	19,05 €	3,75 €
45 ans	11,70 €	19,40 €	3,75 €
46 ans	11,85 €	19,70 €	3,75 €
47 ans	12,00 €	20,00 €	3,75 €
48 ans	12,15 €	20,30 €	3,75 €
49 ans	12,30 €	20,40 €	3,75 €
50 ans	12,45 €	20,70 €	3,75 €
51 ans	12,60 €	21,00 €	3,75 €
52 ans	12,75 €	21,30 €	3,75 €
53 ans	12,90 €	21,60 €	3,75 €
54 ans	13,05 €	21,90 €	3,75 €
55 ans	13,10 €	22,00 €	3,75 €
56 ans	13,15 €	22,10 €	3,75 €
57 ans	13,20 €	22,20 €	3,75 €
58 ans	13,25 €	22,30 €	3,80 €
59 ans	13,30 €	22,40 €	3,90 €
60 ans	13,35 €	22,55 €	4,00 €
61 ans	13,40 €	22,70 €	4,10 €
62 ans	13,40 €	22,85 €	4,20 €
63 ans	13,45 €	23,00 €	4,35 €
64 ans	13,45 €	23,15 €	4,60 €
65 ans	13,45 €	23,30 €	4,80 €
66 ans	13,45 €	23,35 €	5,10 €
67 ans	13,45 €	23,40 €	5,40 €
68 ans	13,45 €	23,45 €	5,70 €
69 ans	13,40 €	23,50 €	6,20 €
70 ans	13,45 €	23,55 €	6,60 €
71 ans	13,45 €	23,55 €	7,10 €
72 ans	13,45 €	23,55 €	7,60 €
73 ans	13,45 €	23,55 €	8,20 €
74 ans	13,45 €	23,55 €	9,00 €
>75 ans	13,45 €	23,55 €	12,00 €



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



MFPPrévoyance, 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.



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