



MUTUELLE DU MINISTÈRE
DE LA JUSTICE

Mutuelle du Ministère de la Justice

mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité
immatriculée au registre national des mutuelles sous le n° 775 657 521
53, rue de Rivoli 75038 Paris Cedex 01

2007

Garantie Indemnité pour perte de traitement

Texte adopté par l'assemblée générale des 24 et 25 juin 2004 applicable à compter du 1er janvier 2005

En application de l'article 112-1 de ses statuts, la Mutuelle du Ministère de la Justice met en œuvre une garantie « indemnité pour perte de traitement » dont bénéficient de plein droit les membres participants appartenant aux catégories « A » et « R » telles que définies à l'article 121-4 desdits statuts.

Le présent règlement est également applicable aux membres participants en situation d'activité appartenant à la catégorie « T » admis avant le 1er mars 2002.

Le bénéfice de cette garantie n'est pas dissociable de l'appartenance à la M.M.J..

Article 1 – Objet de la garantie

La Mutuelle du Ministère de la Justice garantit au membre participant le versement d'une indemnité pour perte de traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail survenant avant l'entrée en jouissance d'une retraite et alors qu'il est en situation effective d'activité la veille du premier jour de l'arrêt de travail.

Article 2 – Définition de l'incapacité temporaire totale de travail

L'incapacité temporaire totale est le fait de se trouver momentanément dans l'impossibilité physique ou psychique, constatée médicalement, d'exercer son activité :

Pour les fonctionnaires :

Est considéré comme étant en incapacité temporaire totale, le membre participant fonctionnaire qui à la fois :

- perçoit au titre de l'incapacité des prestations en espèces en application du statut de la Fonction Publique ou est en disponibilité d'office au sens de l'article 51 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 et subit une réduction ou suspension de son traitement de base,
- est reconnu comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

Pour les non fonctionnaires :

Est considéré comme étant en incapacité temporaire totale le membre participant non fonctionnaire qui à la fois :

- perçoit au titre de l'incapacité des prestations en espèces en application de son statut professionnel ou au titre de la Sécurité sociale,
- est reconnu comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

Est aussi considéré comme étant en incapacité temporaire totale le membre participant non fonctionnaire qui à la fois :

- ne perçoit aucune indemnité journalière de la Sécurité sociale :

- soit parce que, du point de vue de la durée d'immatriculation du travail salarié effectué au cours d'une période de référence, les conditions exigées par la Sécurité sociale pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces du régime maladie ne sont pas remplies au jour de l'arrêt de travail,

- soit parce que ses droits conformément aux dispositions de l'article L.323-1 du Code de la Sécurité sociale sont épuisés,
- est reconnu comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

Article 3 : Ouverture du droit à indemnisation

Le bénéfice de la garantie est ouvert dès lors que le premier jour d'arrêt de travail intervient au terme d'un délai de 18 mois à compter du dernier jour du mois de l'adhésion. Toutefois, le bénéfice de la garantie est immédiat lorsque l'arrêt de travail résulte d'une cause accidentelle survenue postérieurement à la date d'adhésion.

Toutefois, il est également immédiat lorsque le souscripteur, à la fois, a demandé son adhésion à la M.M.J. dans l'année suivant sa nomination au Ministère de la Justice et était souscripteur d'une garantie équivalente auprès d'une autre mutuelle de la Fonction Publique ayant pris fin depuis moins de 3 mois.

En toute hypothèse, le membre participant ne peut bénéficier de l'ouverture de la garantie qu'à la condition que l'incapacité résulte d'une maladie ou d'un accident survenu et constaté postérieurement à la souscription de la garantie.

L'accident s'entend comme toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part du membre participant. La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et l'incapacité temporaire totale du membre participant incombe au bénéficiaire de la prestation.

Article 4 : Montant des prestations

L'indemnité pour perte de traitement, sous réserve des dispositions de l'article 3, garantit le maintien de 90 % du traitement ou salaire brut ayant servi de base au calcul de la cotisation. Son montant ne peut excéder 50 % du traitement ou salaire garanti.

En aucun cas, les prestations versées en application de la présente garantie ne peuvent, en raison de son caractère indemnitaire, permettre à son bénéficiaire de recevoir une somme supérieure à sa rémunération théorique sur la période considérée.

Par rémunération théorique, on entend la rémunération nette totale perçue au cours des trois derniers mois précédant l'arrêt de travail.

Article 5 : Durée d'indemnisation

L'indemnité pour perte de traitement est versée à compter du premier jour de la période durant laquelle l'adhérent n'a plus perçu l'intégralité de son traitement.

La durée maximale d'indemnisation est limitée à 3 années consécutives ou, en cas d'arrêts de travail discontinus, à 36 mensualités au cours des 5 années précédant le premier jour d'une nouvelle période d'indemnisation.

En toute hypothèse, l'indemnisation prend fin à la survenance de l'un des événements suivants :

- reprise du travail y compris à temps partiel ou dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique ;
- entrée en jouissance d'une pension de retraite (pour invalidité ou autre) ou d'une pension de vieillesse ou d'invalidité de la Sécurité sociale ;
- entrée en jouissance d'une rente de la Sécurité sociale au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle étant à l'origine du versement des prestations.

Article 6 – Règlement des prestations

Les demandes de règlement doivent être adressées à la Mutuelle du Ministère de la Justice au moyen d'un formulaire de demande de prestation comportant un volet destiné à être rempli par l'administration. A celui-ci doivent être joints les pièces et justificatifs suivants :

- photocopie de bulletin de paie ou de salaire faisant apparaître la perte de rémunération objet de la garantie ;
- pour les congés maladies ordinaires, ce document doit être produit mensuellement ;
- une attestation sur l'honneur énumérant les indemnités reçues au titre d'incapacité ;
- un relevé d'identité bancaire ;
- toute autre pièce demandée par la Mutuelle du Ministère de la Justice.

L'indemnité pour perte de traitement est versée mensuellement à terme échu après réception des pièces justificatives.

Article 7 – Contrôle du bénéfice de la garantie

Le membre participant s'engage à :

- se soumettre au contrôle médical organisé par la Mutuelle du Ministère de la Justice ;
- se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant ou les autorités sanitaires compétentes ;
- informer la Mutuelle du Ministère de la Justice de tout élément nouveau susceptible de modifier la nature du congé maladie ;
- s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus indiquées, le conseil d'administration peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

La Mutuelle du Ministère de la Justice n'est pas liée par les avis rendus par les comités médicaux ou experts sollicités par l'Administration.

Article 8 : Modalités du contrôle médical

Lorsque la Mutuelle du Ministère de la Justice fait procéder à un contrôle médical, elle en informe le membre participant en lui demandant de lui transmettre, sous pli fermé portant l'indication des coordonnées du médecin-conseil et la mention « confidentiel », les documents médicaux nécessaires à celui-ci.

Le contrôle est effectué par le médecin conseil de la Mutualité Fonction Publique (MFP Services) qui peut faire pratiquer tout examen médical complémentaire en ayant recours, le cas échéant, à tout médecin par lui désigné.

La Mutuelle du Ministère de la Justice informe le membre participant de la décision prise à la suite de l'avis du méde-

cin conseil. Toute contestation doit être adressée à la mutuelle dans les trois mois suivant la notification de la décision. Elle doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé justifiant la réclamation du membre participant.

Cette contestation donne lieu à la mise en place d'une procédure d'arbitrage. Le médecin arbitre est choisi d'un commun accord entre le médecin conseil de MFP-Services et le médecin traitant du membre participant parmi les praticiens exerçant la médecine d'assurance ou inscrits sur une liste d'experts judiciaires. Il procède à un nouvel examen du membre participant. Ses conclusions s'imposent aux parties sous réserve de l'éventuel engagement d'une procédure judiciaire.

Le membre participant fait l'avance des frais de l'expertise dont la charge définitive est supportée par la partie perdante. Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin.

Article 9 : Assiette de la cotisation

L'assiette de la cotisation due par les membres participants bénéficiaires de la garantie au titre d'une année civile correspond à leur traitement indiciaire brut, à l'exclusion de toutes indemnités, arrêté au 30 septembre précédent.

En cas d'adhésion en cours d'année, l'assiette des cotisations est égale au produit de l'indice du membre participant au jour de l'adhésion par la valeur du point au 30 septembre précédent.

Article 10 : Montant de la cotisation

Il varie entre un minimum et un maximum fixé ainsi qu'il suit :

Minimum : le minimum de la cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur le traitement indiciaire brut afférent à l'indice brut 548 (indice majoré 465 au 1er juillet 2004) tel qu'existant au 30 septembre précédant l'année civile en cours. Il est arrondi à l'euro le plus proche.

Maximum : le maximum de la cotisation correspond à l'application du taux de cotisation sur le traitement indiciaire brut afférent à l'indice brut 1350 (Hors Echelle B3) tel qu'existant au 30 septembre précédant l'année civile en cours. Il est arrondi à l'euro le plus proche.

Catégorie de membres participants	Moins de 30 ans	Plus de 30 ans
Membres participants de la catégorie « A »	0,25%	0,40%
Membres participants de la catégorie « R »	0,40%	0,40%

Article 11 : Recouvrement de la cotisation

Les membres participants autorisent la mutuelle à faire effectuer sur leurs appointements la retenue mensuelle des cotisations mutualistes dont ils sont redevables. Lorsque ces cotisations ne peuvent être intégralement retenues par voie de précompte sur leur traitement, les membres participants s'engagent à les acquitter par voie de prélèvement sur leur compte bancaire ou postal.

Article 12 : Engagement de remboursement

Les bénéficiaires de la garantie s'engagent à reverser, sans délai, à la M.M.J., les indemnités trop perçues à la suite du rétablissement de leurs droits à plein traitement notamment en cas de changement de nature de leur congé maladie et ce dès que les services de l'Administration auront procédé à la régularisation de leur situation.

La Mutuelle du Ministère de la Justice peut opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par la mutuelle au membre participant.

Article 13 : Forclusion

Les demandes de paiement de prestation, accompagnées des pièces justificatives, doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de six mois suivant la date à partir de laquelle l'adhérent a subi une perte de son traitement.

Toutefois, le conseil d'administration peut relever de la forclusion l'adhérent qui invoque, pour justifier le retard, des raisons sérieuses.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir au conseil d'administration dans le même délai de six mois à compter du paiement ou du refus de paiement desdites prestations.