



MUTUELLE DU MINISTÈRE
DE LA JUSTICE

2010

Offre MMJ-Référence

Santé et prévoyance

Le présent règlement s'applique aux offres santé et prévoyance référencées dans le cadre de la convention de subventionnement passée entre le Ministère de la Justice et la Mutuelle du Ministère de la Justice en application du dispositif de participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents prévu par le décret 2007-1373 du 19 septembre 2007.

Cette convention de subventionnement est conclue pour la période allant du 01/04/2009 au 31/03/2016 et pourra être prolongée d'une durée maximale d'un an pour des motifs d'intérêt général.

Les statuts, le règlement intérieur de la M.M.J., le présent règlement et la notice du contrat de prévoyance collective obligatoire Prémuo M001 conclu entre la M.M.J. et la société MFPrévoyance SA, entreprise régie par le code des assurances, forment un ensemble indivisible.

I - Accès aux garanties (personnes éligibles)

Peuvent adhérer au présent règlement, les personnes visées par la convention de subventionnement conclue le 31 mars 2009 entre le Ministère de la Justice et des Libertés et la Mutuelle du Ministère de la Justice.

Ces personnes sont réparties entre les différentes catégories de membres participants prévus par les statuts de la M.M.J.

A	Membres en activité de service ou en congé spécial, en service spécial, en service détaché, en disponibilité ou sous les drapeaux et ceux admis à une cessation progressive ou anticipée d'activité.
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 à la catégorie A avant leur admission à la retraite ou ayant eu vocation à y appartenir.
C	Veuves et veufs titulaires d'une pension de réversion du Ministère de la Justice ayant demandé leur adhésion à la M.M.J..
D	Handicapés visés au paragraphe 4 de l'article 121-3 des statuts.

Peuvent être admis, sur demande de l'adhérent, en qualité de membres bénéficiaires du présent dispositif :

- 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, totale et permanente au sens de l'article L 161-14 alinéa premier du code de la sécurité sociale, et reconnue comme telle par cette dernière ;
- 2°/ la personne vivant avec l'adhérent et se trouvant à sa charge effective, totale et permanente et ayant la qualité d'ayant droit de son chef en application de l'article L 161-14 alinéa 2 du code de la sécurité sociale ;
- 3°/ les enfants à charge dans les limites d'âge et les conditions prévues à l'article 121-6 des présents statuts.

Sont exclus de cette faculté les membres de la famille de l'adhérent qui ont personnellement qualité pour bénéficier du présent dispositif.

II - Choix des garanties

Pour les membres participants relevant de la catégorie A, les garanties santé et prévoyance sont indissociables. Toutefois, ceux inclus dans le champ d'un contrat collectif d'assurance complémentaire santé du chef de leur conjoint, peuvent demander une dispense temporaire de souscription aux garanties santé. Cette dispense s'applique pour la période où le conjoint demeure couvert par un contrat collectif d'entreprise comportant une couverture familiale.

a) Santé

Les membres participants des catégories « A », « B », « C », « D », choisissent pour eux-mêmes et leurs bénéficiaires entre les garanties santé définies dans le présent règlement.

Par exception à la règle ainsi définie, les membres participants visés à l'alinéa ci-dessus peuvent choisir une garantie différente pour leurs membres bénéficiaires appartenant à la catégorie des enfants à charge ayant la qualité d'ayant droit autonome au titre du régime obligatoire d'assurance maladie au sens de l'article L161-14-1 du code de la sécurité sociale.

Changement de garantie

La durée minimale de souscription des garanties santé Prédi Santé, Vita Santé, Multi Santé et Multi Santé + correspond à une année civile.

Lorsque la souscription d'une garantie est concomitante à l'adhésion à la M.M.J., la durée restant à courir jusqu'à la fin de l'année civile est comptée pour une année.

Au delà de cette durée minimale, les membres participants souhaitant bénéficier, l'exercice suivant, d'une autre garantie doivent en faire la demande avant le 31 octobre de l'année en cours.

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

Lorsque la demande de changement de garantie porte sur la garantie Vita Santé, la durée minimale de séjour dans cette garantie est d'un an.

Cette durée minimale est portée à trois ans lorsque la demande de changement de garantie porte sur les garanties Multi Santé et Multi Santé +.

La garantie Prédi Santé est accessible uniquement lors de l'adhésion.

b) Prévoyance

En fonction de leur situation personnelle et au regard des conditions d'accès aux garanties prévues par la notice du contrat Prémuo M001, les membres participants visés ci-dessus choisissent un régime de garanties de prévoyance parmi les quatre qui leur sont proposés, par ordre croissant de couverture, sous les dénominations « Prémuo 1 », « Prémuo 2 », « Prémuo 3 » et « Prémuo 4 ».

Changement de garantie

Le choix entre les options Prémuo 1, Prémuo 2, Prémuo 3 et Prémuo 4 s'effectue lors de l'adhésion.

Il peut être modifié mais le changement d'option est alors soumis à conditions.

Ne sont autorisés que les changements permettant aux adhérents de passer à un niveau supérieur de garanties. Le passage d'une formule à l'autre est soumis à formalité médicale lorsqu'il intervient plus de 5 ans après l'entrée dans la fonction publique.

Les adhérents devront alors remplir une déclaration d'état de santé suivie, éventuellement, d'un questionnaire de santé.

III - Garanties Santé

Prestations relatives aux dépenses de soins

Pour les frais couverts par l'assurance maladie avec participation de l'assuré (y compris, prothèses dentaires, optique et hospitalisation), la mutuelle assure les compléments, dans la limite des dépenses engagées, fixés par les tableaux annexés au présent règlement.

Les taux de participation de la M.M.J. sont, sauf exception, toujours calculés sur le tarif conventionnel, le tarif d'autorité ou le tarif de référence selon la nomenclature de la sécurité sociale et dans la limite des dépenses engagées.

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

Lorsqu'un membre participant ou un membre bénéficiaire bénéficie d'une dispense du ticket modérateur de la sécurité sociale quelle qu'en soit la cause, seule la fraction de la prestation supérieure au ticket modérateur, si elle est prévue, est due.

La participation de la M.M.J. ne s'étend ni au remboursement de la participation forfaitaire visée à l'article L. 322-2 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 prévues par la loi du 13 août 2004 et ses textes d'application.

S'agissant des frais non couverts par l'assurance maladie, la liste figurant dans ces tableaux est limitative.

La mutuelle n'intervient pas pour :

- 1/ les produits et spécialités visés à l'article R.163-5 1° et 2° 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 thermique.

Les pourcentages de participation de la sécurité sociale (part du RO) ou les montants correspondant à la part du régime obligatoire tels qu'existant au 1er janvier 2010 et les totaux sont donnés pour information.

1 - Soins courants

Honoraires

Nature des frais	Part du RO	Prémi Santé	Total	Vita Santé	Total	Multi Santé	Total	Multi Santé +	Total
Honoraires des praticiens : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	30%	100%
Cas particulier des consultations et visites de spécialistes secteur 2	70%	30%	100%	30%	100%	30%+10€*	32€- 51 €**	30% + 16 €*	38€-57 €**
Cas particulier des consultations et visites de généralistes secteur 2	70%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	30% + 10 €*	31€**
Honoraires des auxiliaires médicaux	60%	40%	100%	40%	100%	40%	100%	40%	100%
Actes de radiologie (y compris ostéodensitométrie)	70%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	30%	100%
Participation des assurés pour les actes en K > à 91 €	0%	18 €	18 €	18 €	18€	18 €	18 €	18 €	18€
Actes de médecins acupuncteurs (participation spéciale)	Néant	Néant	Néant	10 €	10 €	Néant	Néant	10 €	10€
Actes d'ostéopathie par séance et dans la limite de 3 par an (Ostéopathes agréés CNAMTS)	Néant	Néant	Néant	20 €	20 €	Néant	Néant	20 €	20 €
Actes de chiropractie par séance et dans la limite de 3 par an (praticien adhérent à l'AFC)	Néant	Néant	Néant	20 €	20 €	Néant	Néant	20 €	20 €

* Ce supplément d'un maximum de 10 ou 16 euros s'applique uniquement lorsque la consultation du spécialiste est effectuée conformément aux règles définies par le décret d'application de l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et hors actes médicaux, et consultations des psychiatres, neuropsychiatres et cardiologues ou lorsque la consultation a pour objet de recueillir un avis ponctuel à la demande du médecin traitant.

** Selon le tarif Sécurité sociale applicable aux spécialistes ou généralistes après déduction de la participation forfaitaire de 1 euro.

Analyses et examens de laboratoire

Nature des frais	Part du RO	Prémi Santé	Total	Vita Santé	Total	Multi Santé	Total	Multi Santé +	Total
Actes de biologie	60%	40%	100%	40%	100%	40%	100%	40%	100%
Actes d'anatomie et de cytologie pathologiques	70%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	30%	100%
Prélèvements effectués par les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	30%	100%
Prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire non médecins, les auxiliaires médicaux, les auxiliaires de laboratoire non infirmiers	60%	40%	100%	40%	100%	40%	100%	40%	100%
Frais d'amniocentèse non prise en charge AM	Néant	Néant	Néant	65 €	65 €	65 €	65 €	65 €	65 €
Caryotype foetal non pris en charge par AM	Néant	Néant	Néant	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €	120 €

Pharmacie

Nature des frais	Part du RO	Prémi Santé	Total	Vita Santé	Total	Multi Santé	Total	Multi Santé +	Total
Médicaments à vignette blanche	65%	35%	100%	35%	100%	35%	100%	35%	100%
Médicaments à vignette bleue	35%	35%	70%	35%	70%	65%	100%	65%	100%
Médicaments à vignette orange	15%	0%	15%	0%	15%	0%	15%	0%	15%
Préparations magistrales et produits de la pharmacopée	65%	35%	100%	35%	100%	35%	100%	35%	100%
Accessoires et pansements	65%	35%	100%	35%	100%	35%	100%	35%	100%
Contraceptifs oraux non pris en charge par la Sécurité sociale	Néant	Néant	Néant	36 €/an	36 €/an	Néant	Néant	36 €/an	36 €/an
Prise en charge des substituts nicotiques (forfait annuel complémentaire à celui de l'assurance maladie)	50 €	50 €	100€	50 €	100 €	50 €	100 €	50 €	100 €
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale	Néant	Néant	Néant	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

Frais de transport

Nature des frais	Part du RO	Prémi Santé	Total	Vita Santé	Total	Multi Santé	Total	Multi Santé +	Total
Si entente préalable de l'assurance maladie	65%	35%	100%	35%	100%	35%	100%	35%	100%

Cure thermique

Nature des frais	Part du RO	Prémi Santé	Total	Vita Santé	Total	Multi Santé	Total	Multi Santé +	Total
Cure thermique libre	70%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	30%	100%
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, etc.)	70%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	30%	100%
Frais d'hébergement, frais de transport	65%	35%	100%	35%	100%	35%	100%	35%	100%
Cure thermique avec hospitalisation	80%	20%	100%	20%	100%	20%	100%	20%	100%

Acoustique

Nature des frais	Part du RO	Prémi Santé	Total	Vita Santé	Total	Multi Santé	Total	Multi Santé +	Total
Bénéficiaire de moins de 20 ans : prothèse auditive prescrite, par appareil/an	65%	35%	100%	945 € à 1470 €	1530 € à 2380 €	945 € à 1470 €	1530 € à 2380 €	945 € à 1470 €	1530 € à 2380 €
Bénéficiaire de plus de 20 ans : prothèse auditive prescrite, par appareil / an	129,81 €	69,90 €	199,71€	420,19 €	550 €	570,19 €	700 €	670,19 €	800 €
Fournitures et accessoires	65%	35%	100%	105%	170%	105%	170%	105%	170%
Bilan acoustique du nouveau né non pris en charge par la Sécurité sociale	Néant	Néant	Néant	23 €	23 €	23 €	23 €	23 €	23 €

Soins et prothèses dentaires

Nature des frais	Part du RO	Prémi Santé	Total	Vita Santé	Total	Multi Santé	Total	Multi Santé +	Total
Soins dentaires	70%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	30%	100%
Inlay core simple (SPR 57)	70%	30%	100%	36,77 €	122,55 €	36,77 €	122,55 €	244,22 €	330 €
Inlay core avec clavette (SPR 67)	70%	30%	100%	43,22 €	144,05 €	43,22 €	144,05 €	229,17 €	330 €
Exam. de dépistage de la maladie parodontale	70%	30 %	100 %	30% + 10 €	100 % +10 €	30 %	100 %	30% + 10 €	100 % +10 €
Traitement de la maladie parodontale	Néant	Néant	Néant	200 €***	200 €***	Néant	Néant	200 €***	200 €***
Implantologie (forfait annuel)	Néant	Néant	Néant	280 €	280 €	350 €	350 €	370 €	370 €
Prothèse dentaire fixe sur implant (par proth.)	Néant	Néant	Néant	200 €	200 €	250 €	250 €	330 €	330 €
Orthodontie acceptée (par semestre) TO<90	70%ou 100%	30% ou 0%	100%	180%ou 150%	250 %	180%ou 150%	250 %	180%ou 150%	250 %
Orthodontie acceptée (par semestre) : TO 90	193,50€	néant	193,50€	290€	483,50€	290€	483,50€	350€	543,50€
Orthodontie refusée (par semestre)	Néant	Néant	Néant	200 €	Néant	200 €	200 €	200 €	200 €

*** Selon tarif négocié entre la M.F.P. et la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires existant à la date des soins pour les dentistes adhérent au protocole d'accord.

Autres frais médicaux

Nature des frais	Part du RO	Prémi Santé	Total	Vita Santé	Total	Multi Santé	Total	Multi Santé +	Total
Appareillage et location d'appareil	65%	35%	100%	70%	135%	70%	135%	70%	135%
Interruption volontaire de grossesse	80%	20%	100%	20%	100%	20%	100%	20%	100%
Orthèses dont bas, collants et chaussettes de contention	65%	35%	100%	135%	200%	135%	200%	135%	200%
Prothèse mammaire et prothèse capillaire	65%	35%	100%	Forfait	270€	Forfait	270€	Forfait	270 €
Véhicule pour handicapés physiques	65%	35%	100%	135%	200%	135%	200%	135%	200%

2 – Dispositions spécifiques aux prothèses dentaires

A - Prothèses dentaires fixes (y compris inter de bridge)

La Mutuelle du Ministère de la Justice fait, pour la détermination de ses prestations en matière de soins et prothèses dentaires, application du protocole d'accord conclu entre la Mutualité Fonction Publique et la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires tel qu'existant à la date des soins.

Chirurgiens dentistes signataires du protocole MFP/CNSD

Nature des prothèses	Frais couverts par l'assurance maladie				Frais non couverts par l'assurance maladie		
	Participation de la Sécurité sociale	Sécurité sociale et complément de la M.M.J.			Participation de la M.M.J. seule		
		Prémi Santé	Vita Santé & Multi Santé	Multi Santé +	Prémi Santé	Vita Santé & Multi Santé	Multi Santé +
Couronnes sur molaires et couronnes métalliques - toutes dents	75,25 €	107,50 €	244,50 €	330 €	Néant	244,50 €	330,00 €
Couronnes à incrustation vestibulaire - toutes dents sauf molaires	75,25 €	107,50 €	326 €	375 €	Néant	326€	375 €
Couronnes céramo-métalliques - toutes dents sauf molaires	75,25 €	107,50 €	407,50 €	475 €	Néant	407,50 €	475 €
Couronnes provisoires - toutes dents sauf molaires	0%	Néant	48,90 €	48,90 €	Néant	48,90 €	48,90 €

Chirurgiens dentistes non signataires du protocole MFP/CNSD

Nature des prothèses	Frais couverts par l'assurance maladie				Frais non couverts par l'assurance maladie				
	Participation de la Sécurité sociale	Sécurité sociale et complément de la M.M.J.				Participation de la M.M.J. seule			
		Prémi Santé	Vita Santé	Multi Santé	Multi Santé +	Prémi Santé	Vita Santé	Multi Santé	Multi Santé +
Couronnes sur molaires et couronnes métalliques toutes dents	75,25 €	Néant	244,50 €	244,50 €	330 €	Néant	Néant	244,50 €	244,50 €
Couronnes à incrustation vestibulaire - toutes dents sauf molaires	75,25 €	Néant	244,50 €	280 €	330 €	Néant	Néant	244,50 €	244,50 €
Couronnes céramo-métalliques - toutes dents sauf molaires	75,25 €	Néant	244,50 €	350 €	380 €	Néant	Néant	244,50 €	244,50 €
Couronnes provisoires - toutes dents sauf molaires	0%	Néant	30,49 €	32 €	45 €	Néant	Néant	32 €	45 €

B - Prothèses dentaires amovibles prises en charge par la sécurité sociale

(En cas de prise en charge à 100 %, le total sécurité sociale + mutuelle est plafonné à la prestation totale prévue ci-dessous)

Nombre de dents par appareil	Part du régime obligatoire	Prémi Santé	Total	Vita Santé	Total	Multi Santé	Total	Multi Santé +	Total
1 à 3 dents	45,15 €	19,35 €	64,50 €	280 €	325,15 €	350 €	395,15 €	350 €	395,15 €
4 dents	52,68 €	22,58 €	75,26 €	300 €	352,67 €	365 €	417,67 €	365 €	417,67 €
5 dents	60,20 €	25,80 €	86,00 €	350 €	410,20 €	425 €	485,20 €	425 €	485,20 €
6 dents	67,73 €	29,03 €	96,76 €	350 €	417,73 €	425 €	492,73 €	425 €	492,73 €
7 dents	75,25 €	32,25 €	107,50 €	360 €	435,25 €	430 €	505,25 €	430 €	505,25 €
8 dents	82,78 €	35,48 €	118,26 €	360 €	442,78 €	430 €	512,78 €	430 €	512,78 €
9 dents	90,30 €	38,70 €	129,00 €	440 €	530,30 €	550 €	640,30 €	550 €	640,30 €
10 dents	97,83 €	41,93 €	139,76 €	440 €	537,83 €	550 €	647,83 €	550 €	647,83 €
11 dents	105,35 €	45,15 €	150,50 €	440 €	545,35 €	550 €	655,35 €	550 €	655,35 €
12 dents	112,88 €	48,38 €	161,28 €	440 €	552,88 €	550 €	662,88 €	550 €	662,88 €
13 dents	120,40 €	51,60 €	172,00 €	440 €	560,40 €	550 €	670,40 €	550 €	670,40 €
14 dents	127,93 €	54,83 €	182,76 €	530 €	657,93 €	650 €	777,93 €	650 €	777,93 €
complet	255,85 €	109,65 €	365,50 €	960 €	1 215,85 €	1 200 €	1 455,85 €	1 200 €	1 455,85 €
Plaque base métal	90,30 €	38,70 €	129,00 €	Forfait (109,70 €)	200 €	Forfait (109,70 €)	200 €	Forfait (109,70 €)	200 €

3 - Dispositions spécifiques à l'optique

Les prestations relatives aux montures et aux verres ont un caractère de forfait annuel dans la garantie Vita Santé soit une monture et deux verres. Elles sont accordées dans la limite d'une participation d'un montant annuel plafond de 300 € pour Multi Santé, et de 350 € pour Multi Santé +. (Pas de limitation annuelle ou plafond pour les équipements destinés aux enfants de moins de 18 ans si prescription médicale)

Optique plus de 18 ans

Nature des frais	Participation de la sécurité sociale	Prémi Santé	Total	Vita Santé	Total	Multi Santé	Total	Multi Santé +	Total
Verres unifocaux blancs ou teintés									
Sphère de -6,00 à +6,00	1,49 €	0,80 €	2,29 €	33,51 €	35 €	43,51 €	45 €	73,51 €	75 €
Sphère de -6,25 à -10,00	2,68 €	1,44 €	4,12 €	47,32 €	50 €	57,32 €	60 €	72,32 €	75 €
Sphère de +6,25 à +10,00	2,68 €	1,44 €	4,12 €	47,32 €	50 €	57,32 €	60 €	72,32 €	75 €
Sphère H. Z. de -10,00 à +10,00	4,95 €	2,67 €	7,62 €	45,05 €	50 €	55,05 €	60 €	70,05 €	75 €
Cyl. <ou= +4,00 - sphère -6,00 à +6,00	2,38 €	1,28 €	3,66 €	32,62 €	35 €	42,62 €	45 €	72,62 €	75 €
Cyl. <ou= +4,00 - sph. H.Z. -6,00 à +6,00	4,46 €	2,40 €	6,86 €	45,54 €	50 €	55,54 €	60 €	70,54 €	75 €
Cyl. >ou= +4,00 - sphère -6,00 à +6,00	4,06 €	2,19 €	6,25 €	45,94 €	50 €	55,94 €	60 €	70,94 €	75 €
Cyl. >ou= +4,00 - sph. H.Z. -6,00 à +6,00	6,14 €	3,31 €	9,45 €	43,86 €	50 €	53,86 €	60 €	68,86 €	75 €
Verres multifocaux et progressifs blancs ou teintés									
Sphère de -4,00 à +4,00	4,76 €	2,56 €	7,32 €	65,24 €	70 €	75,24 €	80 €	125,24 €	130 €
Sphère H.Z. de -4,00 à +4,00	7,04 €	3,79 €	10,82 €	82,96 €	90 €	102,96 €	110 €	122,96 €	130 €
Sphère de -8,00 à +8,00	6,74 €	3,63 €	10,37 €	83,26 €	90 €	103,26 €	110 €	123,26 €	130 €
Sphère H. Z. de -8,00 à +8,00	15,95 €	8,59 €	24,54 €	74,05 €	90 €	94,05 €	110 €	114,05 €	130 €
Montures	1,85 €	0,99 €	2,84 €	48,15 €	50 €	48,15 €	50 €	78,15 €	80 €
Suppléments									
prisme incorporé	2,58 €	1,38 €	3,96 €	17,42 €	20 €	17,42 €	20 €	17,42 €	20 €
système antipetot	50,24 €	27,05 €	77,29 €	49,76 €	100 €	49,76 €	100 €	49,76 €	100 €
filtre chromatique ou UV	Néant	Néant	Néant	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
verre iséiconique	Selon devis	—	—	28 €	55 + 28 €	28 €	55 + 28 €	28 €	55 + 28 €
sphère sup. à >20 dioptries	2,27 €	1,23 €	3,50 €	27,73 €	30 €	27,73 €	30 €	27,73 €	30 €
Traitement anti-reflet au-delà de 6 dioptries	Néant	Néant	Néant	12 €/verre	12 € : verre	15 €/verre	15 € / verre	15 €/verre	15 € / verre
Traitement amincissement au-delà de 6 dioptries	Néant	Néant	Néant	12 €/verre	12 € : verre	15 €/verre	15 € / verre	15 €/verre	15 € / verre
Chirurgie réfractive									
Par œil et par an	Néant	Néant	Néant	250 €	250 €	250 €	250 €	400 €	400 €

Optique moins de 18 ans

Nature des frais	Participation de la sécurité sociale	Prémi Santé	Total	Vita Santé	Total	Multi Santé	Total	Multi Santé +	Total
Verres unifocaux blancs ou teintés									
Sphère de -6,00 à +6,00	7,83 €	4,21 €	12,04 €	27,17 €	35 €	37,17 €	45 €	57,17 €	65 €
Sphère de -6,25 à -10,00	17,34 €	9,34 €	26,68 €	32,66 €	50 €	42,66 €	60 €	47,66 €	65 €
Sphère de +6,25 à +10,00	17,34 €	9,34 €	26,68 €	32,66 €	50 €	42,66 €	60 €	47,66 €	65 €
Sphère H. Z. de -10,00 à +10,00	29,23 €	15,74 €	44,97 €	20,77 €	50 €	30,77 €	60 €	35,77 €	65 €
Cyl. <ou= +4,00 - sphère -6,00 à +6,00	9,71 €	5,23 €	14,94 €	25,29 €	35 €	35,29 €	45 €	55,29 €	65 €
Cyl. <ou= +4,00 - sph. H.Z. -6,00 à +6,00	23,58 €	12,70 €	36,28 €	26,42 €	50 €	36,42 €	60 €	41,42 €	65 €
Cyl. >ou= +4,00 - sphère -6,00 à +6,00	18,13 €	9,77 €	27,90 €	31,87 €	50 €	41,87 €	60 €	46,87 €	65 €
Cyl. >ou= +4,00 - sph. H.Z. -6,00 à +6,00	30,22 €	16,28 €	46,50 €	19,78 €	50 €	29,78 €	60 €	34,78 €	65 €
Verres multifocaux et progressifs blancs ou teintés									
Sphère de -4,00 à +4,00	25,47 €	13,71 €	39,18 €	44,53 €	70 €	54,53 €	80 €	84,53 €	110 €
Sphère H.Z. de -4,00 à +4,00	28,14 €	15,16 €	43,30 €	61,86 €	90 €	81,86 €	110 €	81,86 €	110 €
Sphère de -8,00 à +8,00	28,34 €	15,26 €	43,60 €	61,66 €	90 €	81,66 €	110 €	81,66 €	110 €
Sphère H. Z. de -8,00 à +8,00	43,30 €	23,32 €	66,62 €	23,32 €	90 €	66,70 €	110 €	66,70 €	110 €
Montures									
	19,82 €	10,67 €	30,49 €	30,18 €	50 €	30,18 €	50 €	50,18 €	70 €
Suppléments									
prisme incorporé	10,40 €	5,61 €	16,01 €	9,60 €	20 €	9,60 €	20 €	9,60 €	20 €
système antiptosis	50,24 €	27,05 €	77,29 €	49,76 €	100 €	49,76 €	100 €	49,76 €	100 €
filtre chromatique ou UV	5,95 €	3,20 €	9,15 €	14,05 €	20 €	14,05 €	20 €	14,05 €	20 €
verre iséiconique	Selon devis	—	55	28	55 + 28 €	28	55 + 28 €	28	55 + 28 €
sphère sup. à >20 dioptries	8,92 €	4,80 €	13,72 €	21,08 €	30 €	21,08 €	30 €	21,08 €	30 €

Lentilles (plus et moins de 18 ans)

Lentilles cornéennes prescrites prises en charge, par œil et par an	25,66 €	13,82 €	39,49 €	44,34 €	70 €	54,34 €	80 €	54,34 €	80 €
Lentilles cornéennes sphériques prescrites, par œil et par an	Néant	Néant	Néant	42 €	42 €	50 €	50 €	80 €	80 €
Lentilles cornéennes toriques et progressives prescrites, par œil et par an	Néant	Néant	Néant	65 €	65 €	75 €	75 €	80 €	80 €

Les lentilles jetables sont assimilables aux lentilles non prises en charge par la sécurité sociale.

4 – Hospitalisation court séjour, soins de suite et réadaptation

La Mutuelle du Ministère de la Justice fait application, pour la détermination de ses prestations en matière de frais d'hospitalisation du texte dit « Règlement fédéral hospitalier » (R.F.H.) fixant le cadre des conventions conclues entre la Mutualité Fonction Publique, union mutualiste à laquelle adhère la MMJ, et les établissements de soins. Ce texte prévoit notamment une dispense d'avance de frais dans les établissements signataires de la convention.

En l'absence de convention conclue avec l'établissement dans lequel ont été délivrés les soins, il est fait application, pour déterminer les prestations, des minima départementaux ou nationaux prévus par ledit règlement.

Établissements signataires de la convention Mutualité Fonction Publique

Nature des frais	Participation de la sécurité sociale	Prémi Santé	Participation de la M.M.J.		
			Vita Santé	Multi Santé & Multi Santé +	
Honoraires chirurgicaux	80%	20%	Praticiens conventionnés RFH : application du RFH Praticiens non conventionnés RFH : 50% du TC soit un total maximum de 130% du TC		
Chambre particulière - court séjour	Néant	Néant	Prestation de séjour hospitalier de 54,50 € ou 58 € incluant la couverture du forfait journalier à hauteur de 18 euros		
Chambre particulière - maternité	Néant	Néant	45 € / jour		
Chambre particulière soins de suite et de réadaptation	Néant	18 euros / jour	Prestation de séjour hospitalier de 51 € incluant la couverture du forfait journalier à hauteur de 18 euros		
Frais d'accompagnant (*)	Néant	Néant	Selon tarif négocié dans la limite de 38,50€		
Psychiatrie	Néant	13,50 euros / jour	Prestation de séjour hospitalier de 51,50 € incluant la couverture du forfait journalier psychiatrie à hauteur de 13,50 euros		

(*) Enfant de moins de 10 ans ou handicapés de moins de 20 ans

Établissements non signataires de la convention Mutualité Fonction Publique

Nature des frais	Participation de la sécurité sociale	Prémi Santé	Participation de la M.M.J.	
			Vita Santé & Multi Santé	Multi Santé +
Honoraires chirurgicaux Chirurgien (ADC), Obstétricien (ACO) Anesthésistes (ADA)	80%	20%	50% du TC soit un total maximum de 130% du TC	Ticket modérateur à la charge de l'assuré (à l'exception de la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale) Prise en charge des dépassements (par praticien) : - intégrale jusqu'à 150 euros - 50% de 150 à 500 euros
Chambre particulière - court séjour	Néant	Néant	De 27 à 31 € / jour selon département	De 27 à 31 € / jour selon département
Chambre particulière - maternité	Néant	Néant	De 27 à 31 € / jour selon département	De 27 à 31 € / jour selon département
Chambre particulière - soins de suite et de réadaptation	Néant	Néant	18,50 euros / jour	18,50 euros / jour
Frais d'accompagnant (*)	Néant	Néant	25 euros / jour	25 euros / jour
Forfait journalier maladie chirurgie	Néant	18 euros / jour	18 euros / jour	18 euros / jour
Forfait journalier psychiatrie	Néant	13,50 euros / jour	13,50 euros / jour	13,50 euros / jour

(*) Enfant de moins de 10 ans ou handicapés de moins de 20 ans

Services associés

Les souscripteurs de garanties santé de la M.M.J. bénéficient du service d'information, de conseil et d'orientation dans le système de soins mis en œuvre par « MFPServices », union mutualiste à laquelle adhère la M.M.J. et du service d'assistance « M.M.J.-Assistance à domicile » en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation consécutive à un accident ou à une maladie imprévisible.

Gestion des prestations

Les membres participants de la M.M.J. perçoivent les prestations auxquelles ils ont droit par le canal des services de l'Union mutualiste dite « MFPServices » à laquelle adhère la M.M.J. ou par versements directement effectués par les services du siège de la mutuelle.

Les membres participants s'engagent à procéder ou à faire procéder, à la demande de la Mutuelle du Ministère de la Justice, à la mise à jour de leur carte d'assuré social VITALE ou des cartes VITALE de leurs bénéficiaires qui en sont titulaires personnellement lorsque ces cartes portent mention des garanties de la Mutuelle du Ministère de la Justice.

En l'absence de mise à jour dans les délais prescrits par la M.M.J., les cotisations correspondant aux garanties figurant sur ces cartes seront mises en recouvrement.

La même disposition s'applique en cas de non restitution à la demande de la M.M.J. dans les délais impartis des cartes mutualistes d'ouverture de droits ou des cartes de tiers payant.

IV – Garanties prévoyance

Nature des garanties

Garanties	Prémio 1	Prémio 2	Prémio 3	Prémio 4
Décès				
Capital décès	85% du TIB jusqu'au départ effectif à la retraite au-delà en cas de présence d'enfant à charge	130% du TIB jusqu'à 65 ans et au-delà en cas de présence d'enfant à charge	85% du TIB jusqu'au départ effectif à la retraite et au-delà en cas de présence d'enfant à charge	130 % du TIB jusqu'au départ effectif à la retraite et au-delà en cas de présence d'enfant à charge
Capital éducation	6 078,50 €	10 206,90 €	6 078,50 €	10 206,90 €
Capital éducation supplémentaire en cas de décès du conjoint	50% du capital éducation	50% du capital éducation	50% du capital éducation	50% du capital éducation
Rente survie	1215,80 €/an	1769,70 €/an	1215,80 €/an	1769,70 €/an
Incapacité temporaire de travail				
Garantie de traitement à hauteur de ...	90% du TIB (*)	90% du TIB (*)	90% du TIB (*)	90% du TIB (*)
Incapacité définitive de travail				
Rente sous déduction des prestations, pensions ou retraites	Néant	Néant	Rente de 75% du TIB (**) Le droit à prestation cesse à l'âge limite d'activité de la catégorie ou antérieurement, si l'adhérent atteint l'âge auquel il aurait pu bénéficier d'une retraite à taux plein.	Rente de 75% du TIB (**) Le droit à prestation cesse à l'âge limite d'activité de la catégorie ou antérieurement, si l'adhérent atteint l'âge auquel il aurait pu bénéficier d'une retraite à taux plein.
Capital Invalidité permanente absolue	70% du TIB avec un minimum de 20 261,30 € jusqu' à la date d'admission à la retraite	70% du TIB avec un minimum de 34 021,50 € jusqu' au 65 ^{ème} anniversaire	70% du TIB avec un minimum de 20 261,30 € jusqu' à la date d'admission à la retraite	70% du TIB avec un minimum de 34 021,50 € jusqu' à la date d'admission à la retraite
Dépendance				
Rente en cas d'hospitalisation	202,80 €	511,40 €	202,80 €	511,40 €
Rente soins à domicile	202,80 €	256,00 €	202,80 €	256,00 €

(*) dans la limite de 100% de la rémunération nette totale

(**) sous déduction des prestations, pensions ou retraites versée par l'employeur, la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assureur

V - Cotisations

A - Cotisations Santé

a) Principes généraux

La cotisation santé des membres participants et des membres bénéficiaires, sauf en ce qui concerne la garantie Prémis Santé et les enfants majeurs à charge, comprend deux parts :

- une part forfaitaire en fonction de 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.

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, C et D est inférieur au plafond mensuel de sécurité sociale, les intéressés bénéficient d'une réduction mutualiste.

Dans ce cas, l'assiette de la part des cotisations exprimée en pourcentage, dues par les membres participants de la catégorie « A » 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 et de l'ensemble des revenus à caractère professionnel pour les membres participants appartenant aux catégories B, C et D.

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, du fait de l'abstention du membre participant, l'assiette de ses cotisations ne peut être déterminée, aucune réduction mutualiste ne sera appliquée.

Âge 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 des parts proportionnelles mensuelles

Lorsqu'un membre participant bénéficie d'une réduction mutualiste, les minima des parts exprimées en pourcentage correspondent, sous réserve des dispositions particulières ci-après, à l'application du taux de cotisation sur le plafond, pour une personne seule, des ressources pour l'octroi du minimum vieillesse en vigueur au 30 septembre précédant l'année civile en cours.

Règles communes

Arrondis : les minima de cotisations définis ci-dessus sont arrondis à l'euro le plus proche. Il est de même pour l'application des taux de cotisation sur le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Traitements de référence : les traitements de référence servant à la détermination des cotisations sont calculés au 30 septembre précédant l'année civile en cours.

Revenus à caractère professionnel pour les membres participants des catégories B, C et D : 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.

b) Cotisations

Montants mensuels et taux (membres participants et membres bénéficiaires) du 1er janvier au 31 décembre 2010

Tarifs 2010		Prémi Santé			Autres garanties		
Age de la personne protégée	Montant forfaitaire unique	Part forfaitaire			Part proportionnelle		
		Vita Santé	Multi Santé	Multi Santé +	Adhérent	Conjoint avec revenus	Conjoint sans revenu
- 25 ans	15 €	9 €	14 €	20 €	0,75%	0,80%	0,60%
25-29 ans	17 €	9 €	14 €	20 €	0,75%	0,80%	0,60%
30-34 ans	20 €	10 €	17 €	24 €	1%	0,80%	0,60%
35-39 ans	23 €	13 €	20 €	28 €	1%	0,80%	0,60%
40-44 ans	26 €	18 €	26 €	32 €	1%	0,80%	0,60%
45-49 ans	30 €	23 €	32 €	38 €	1%	0,80%	0,60%
50-54 ans	34 €	27 €	37 €	44 €	1%	0,80%	0,60%
55-59 ans	38 €	31 €	41 €	50 €	1%	0,80%	0,60%
60-64 ans	42 €	36 €	45 €	55 €	1%	0,80%	0,60%
65 ans et +	46 €	40 €	50 €	62 €	1%	0,80%	0,60%

Enfants	Prémi Santé	Autres garanties			
	Montant forfaitaire unique	Part forfaitaire		Part proportionnelle	
		Vita Santé	Multi Santé	Multi Santé +	
- moins de 18 ans *	14 €	10 €	12 €	15 €	0,20%
- 18 à 28 ans **	14 €	16 €	20 €	24 €	Néant

* par enfant dans la limite de deux

** par enfant dans la limite de deux sauf si la garantie est différente de celle du parent

Ces montants incluent la taxe de 5,9% (taux au 1er janvier 2010) due au titre de la contribution au financement de la couverture maladie universelle (CMU) prévue à l'article L.862-4-II du code de la sécurité sociale.

c) Dispositions particulières

1) Conjoints ou personnes assimilées disposant de revenus à caractère professionnel :

Lorsque les revenus mensuels à caractère professionnel du conjoint ou de la personne assimilée d'un membre participant appartenant à la catégorie A ou B sont inférieurs à 40% du traitement brut afférent à l'indice brut 245 (soit 536 euros pour l'année 2010), le taux de cotisation applicable est celui prévu au titre des conjoints ou des personnes assimilées sans revenu professionnel.

Le bénéfice de cette disposition est accordé sous réserve de la production de documents justifiant des revenus du conjoint sur une durée de trois mois.

2) Membres participants titulaires d'une pension pour faits de guerre :

Les membres participants appartenant aux catégories A et B, ayant acquis la qualité de membre participant de la mutuelle avant le 1er mars 2002, bénéficient de plein droit d'une réduction mutualiste, lorsqu'ils sont 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 la sécurité sociale.

Cette réduction s'applique à la part proportionnelle de la cotisation due au titre du membre participant. Elle est de 50%.

3) Membres participants demandant ou ayant demandé leur adhésion après leur 45^{ème} anniversaire (règles applicables jusqu'au 30 juin 2010)

Membres participants adhérant entre leur 45^{ème} et leur 60^{ème} anniversaire et plus de deux ans après leur entrée au ministère de la Justice

Les minima des parts exprimées en pourcentage correspondent à l'application du taux de cotisation sur une assiette constituée par le traitement indiciaire brut afférent à l'indice brut 548.

Membres participants adhérant après leur 60^{ème} anniversaire et plus de deux ans après leur entrée au ministère de la Justice

Aucune réduction mutualiste n'est accordée.

4) Conjoints ou personnes assimilées admis après leur 45^{ème} anniversaire

Les minima des parts exprimées en pourcentage correspondent à l'application du taux de cotisation sur une assiette constituée par le traitement indiciaire brut afférent à l'indice brut 548.

5) Entrée dans une garantie après le 70^{ème} anniversaire

En cas d'entrée dans les garanties « Vita Santé », « Multi Santé » ou « Multi Santé + » après le 70^{ème} anniversaire, aucune réduction mutualiste n'est accordée au membre participant et à ses membres bénéficiaires.

6) Cotisation spéciale en cas de dispense de souscription aux garanties santé

Si un adhérent demande une dispense de souscription de garanties santé, il acquitte une cotisation spéciale de 3 euros/mois durant la période de dispense de souscription.

B - Cotisations de prévoyance

Cotisations depuis le 1er avril 2009

Garanties	Taux normal (*)		Taux réduit (*) (moins de 35 ans)
	Actifs	Retraités	Actifs
Prémuo 1	0,71%	0,38%	0,60%
Prémuo 2	0,99%	0,66%	0,66%
Prémuo 3	1,22%	0,38%	1,11%
Prémuo 4	1,43%	0,59%	1,14%

(*) Assiette : traitement indiciaire brut

Situation des adhérents demandant leur adhésion plus de 5 ans après leur entrée dans la fonction publique

A compter du 1^{er} juillet 2010, une déclaration d'état de santé (suivie éventuellement d'un questionnaire de santé) doit être remplie par les adhérents lorsque la demande d'adhésion intervient plus de 5 ans après l'entrée dans la fonction publique et que le candidat à la couverture, au titre du présent règlement, n'était pas couvert immédiatement auparavant par un contrat mis en place dans le cadre du référencement défini par le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007.

L'assureur pourra, alors, assortir son acceptation de l'application d'un tarif risque aggravé. Dans ce cas, le candidat devra accepter explicitement par écrit le tarif risque aggravé défini aux conditions particulières du contrat Prémuo M001.

C - Cotisations spéciales

Les cotisations des membres participants comprennent également les cotisations spéciales et redevances destinées aux organismes supérieurs ou techniques désignés ci-après :

- 1/ Fédération Nationale de la Mutualité Française, unions départementales, unions régionales et unions techniques de la Fédération ;
- 2/ Mutualité Fonction Publique ;
- 3/ MFPServices ;
- 4/ Union Nationale de la Presse Mutualiste ;
- 5/ Comités régionaux de coordination de la mutualité.

A ces cotisations s'ajoutent éventuellement les cotisations spéciales destinées aux organismes supérieurs ou techniques autres que ceux désignés ci-dessus. Le montant et les modalités de paiement des cotisations spéciales sont fixés par les règlements des organismes auxquels elles sont destinées ou par voie de convention.

Le montant de l'abonnement au bulletin de la Mutuelle du Ministère de la Justice est également inclus dans ces cotisations.

D - Situation des adhérents de plus de 30 ans ayant adhéré au présent règlement plus de deux ans après leur entrée dans la fonction publique

A compter du 1^{er} juillet 2010, conformément à l'article 16-2 du décret 2007-1373 du 19 septembre 2007 et à son arrêté d'application du 19 décembre 2007, lorsque l'adhésion d'un membre participant au présent règlement est postérieure de plus de deux ans à son entrée dans la fonction publique d'État, les cotisations dues par le membre participant au titre des garanties santé sont majorées de 2% par année non cotisée postérieure à l'âge de trente ans dans un organisme de référence depuis la date d'entrée dans la fonction publique.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux 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.

Lors de chaque renouvellement de la convention, le coefficient de majoration est diminué de 0,5 % par année cotisée avant soixante ans depuis la date la plus récente entre le renouvellement de la dernière convention et la dernière adhésion de l'agent. Lorsque le résultat de ce calcul conduit à une majoration négative, la majoration est fixée à 0.

E - Recouvrement des cotisations

Les membres participants autorisent la mutuelle à faire effectuer sur leurs appointements ou leur pension civile 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 ou leur pension civile, les membres participants s'engagent à respecter les formes de paiement prescrites par la mutuelle.

Pour bénéficier des garanties de la mutuelle, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

VI - Forclusion

Les demandes de paiement des prestations, accompagnées des pièces justificatives, doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins.

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 deux ans à compter du paiement ou du refus de paiement desdites prestations.

VII - Information de la mutuelle

Les membres participants doivent signaler les modifications qui surviennent dans leur situation ou celles de leurs bénéficiaires, dans le mois qui suit au secrétariat général de la mutuelle.

Dans le cas où la notification n'aurait pas été faite dans ce délai, la mutuelle 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.

VIII - Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent, 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 mutuelle a exposées, à due 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 mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

L'adhésion à la mutuelle emporte de la part de son auteur mandat à celle-ci de remplir les fonctions de correspondant local auprès de sa caisse primaire d'assurance maladie et d'encaisser à ce titre, pour le compte de l'adhérent assuré social, les prestations qui lui sont dues par ladite caisse.

Cette adhésion vaut également abandon au profit de la mutuelle 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 mutuelle dans les conditions prévues par l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale.

IX - Suspension et résiliation des garanties

A 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. Le membre participant 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 mutuelle peut néanmoins octroyer au membre participant 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 le membre participant a versé à la mutuelle 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 au membre participant pour la régularisation de sa situation. Dans les autres cas, la mutuelle 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 mutuelle.

01/04/2010