



MUTUELLE DU MINISTÈRE
DE LA JUSTICE

2010

Offre MMJ-Ouverture

Garanties santé

Les statuts, le règlement intérieur de la M.M.J. et le présent règlement forment un ensemble indivisible.

I - Accès aux garanties

Peuvent adhérer au présent règlement, toutes les personnes remplissant les conditions statutaires et n'étant pas couvertes au titre du Ministère de la Justice et des organismes rattachés par un dispositif relevant du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

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

AJ	Agents du Ministère de la Justice et des organismes rattachés non éligibles au bénéfice du dispositif de référencement conclu entre la MMJ et le Ministère de la Justice
MBM	Membres bénéficiaires maintenus dans les conditions définies par l'article 121-4-1 des statuts de la mutuelle
P	Membres participants admis au titre de leur participation au service public de la Justice ou présentés par un membre participant appartenant à une autre catégorie et n'ayant pas vocation à appartenir à une autre catégorie de personne protégée

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

Les membres participants des catégories définies au I du présent règlement choisissent pour eux-mêmes et leurs bénéficiaires entre les garanties santé définies au III ci-après.

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 « Prémi 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 Prémi Santé est accessible uniquement lors de l'adhésion.

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 thermale.

Les pourcentages de participation de la sécurité sociale ou les montants correspondant à la part du régime obligatoire tels qu'existant au 1er janvier 2009 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 > 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	Néant	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 adhérents 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 antiptosis	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	—	SS	28 €	SS + 28 €	28 €	SS + 28 €	28 €	SS + 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	Participation de la M.M.J.							
		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 €	46,70 €	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	—	SS	28 €	SS + 28 €	28 €	SS + 28 €	28 €	SS + 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)

Nature des frais	Participation de la sécurité sociale	Prémi Santé	Total	Vita Santé	Total	Multi Santé	Total	Multi Santé +	Total
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	Participation de la M.M.J.		
		Prémi Santé	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	Participation de la M.M.J.		
		Prémi Santé	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 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 – Cotisations (catégories AJ et P)

A - Principes généraux

La cotisation des membres participants et des membres bénéficiaires, est déterminée en fonction de l'âge de la personne protégée.

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

B - Cotisations mensuelles

I - Membres participants et membres bénéficiaires (sauf enfants à charge) par personne

Age de la personne protégée	Garantie Prédi Santé	Garantie Vita Santé	Garantie Multi Santé	Garantie Multi Santé +
Moins de 25 ans	15 €	20 €	24 €	28 €
25 – 29 ans	17 €	23 €	27 €	32 €
30 – 34 ans	20 €	26 €	32 €	38 €
35 – 39 ans	23 €	30 €	37 €	44 €
40 – 44 ans	26 €	35 €	42 €	51 €
45 – 49 ans	30 €	41 €	49 €	58 €
50 – 54 ans	34 €	46 €	56 €	65 €
55 – 59 ans	38 €	51 €	63 €	72 €
60 – 64 ans	42 €	56 €	70 €	80 €
65 – 69 ans	46 €	62 €	77 €	88 €
70 – 74 ans	50 €	69 €	85 €	96 €
Plus de 75 ans	55 €	76 €	96 €	108 €

II - Enfants à charge

	Garantie Prédi Santé	Garantie Vita Santé	Garantie Multi Santé	Garantie Multi Santé +
- enfant jusqu'au 31 décembre suivant son 18 ^{ème} anniversaire (par enfant dans la limite de deux)	14 €	18 €	20 €	23 €
- enfant entre le 1 ^{er} janvier suivant son 18 ^{ème} anniversaire et le 31 décembre suivant son 28 ^{ème} anniversaire par enfant	14 €	18€	20 €	24 €

Ces montants incluent la taxe de 5,9% (au 1^{er} 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 - 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 - Recouvrement des cotisations

Les membres participants appartenant à la catégorie AJ 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 leurs appointements ou leur pension civile, les membres participants s'engagent à respecter les formes de paiement prescrites par la Mutuelle.

Les membres participants appartenant aux catégories MBM et P remplissent une autorisation de prélever sur leur compte bancaire la retenue mensuelle des cotisations mutualistes. Dans l'hypothèse où le prélèvement bancaire ne pourrait se faire, les membres participants sont tenus de voir avec la mutuelle le moyen de paiement qu'il est possible de mettre en place.

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

V - 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.

VI - 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.

VII - 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.

VIII - 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.

08/04/2010