

2025



REGLEMENT 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.

PREAMBULE.....	3	14 - Conditions de règlement des prestations.....	6
DISPOSITIONS GENERALES.....	3	14.1.DROIT AUX PRESTATIONS.....	6
1 - Objet du règlement.....	3	14.2.REGLEMENT DES PRESTATIONS.....	6
2 - Élaboration et modification du règlement.....	3	14.3.DELAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS.....	6
CONDITIONS D'ADHESION.....	3	14.4. DATE DES SOINS.....	6
3 - Conditions générales.....	3	14.5.LIMITE DE REMBOURSEMENTS.....	7
4 - Phase précontractuelle.....	3	14.6. RESPECT DES OBLIGATIONS APPLICABLES AUX CONTRATS RESPONSABLES ET SOLIDAIRES POUR LES SUR COMPLEMENTAIRES OPTIMA SUP ET MAX.....	7
5 - Modalités d'adhésion.....	3	14.7.DEPENSES DE SOINS NON PRISES EN CHARGE PAR LA MMJ.....	7
6 - Date d'effet de l'adhésion.....	4	14.8.RESTITUTION DES PRESTATIONS INDÛMENT VERSÉES.....	7
7 - Faculté de renonciation en cas de vente à distance et de démarchage.....	4	COTISATIONS.....	7
CONDITIONS DE DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION ET RÉINTÉGRATION.....	4	15 - Cotisations Santé.....	7
8 - Démission et radiation.....	4	16 - Cotisations spéciales.....	7
8.1. RESILIATION A L'ECHEANCE.....	4	17 - Recouvrement des cotisations.....	8
8.2. LOI CHÂTEL.....	4	OBLIGATIONS DE L'ADHERENT - SANCTIONS.....	8
8.3. RESILIATION INFRA-ANNUELLE.....	4	18 - Modifications administratives.....	8
8.4. CHANGEMENT DE SITUATION PERSONNELLE.....	4	19 - Délai de présentation des demandes de prestations ou des réclamations.....	8
8.5. RADIATION DES AYANTS DROIT.....	4	20 - Délai de prescription.....	8
8.6. CAS PARTICULIER DES PERSONNES DECEDEES.....	4	21 - Défaut de paiement des cotisations.....	8
8.7. RESILIATION DU CONTRAT A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE.....	4	SUBROGATION, RECOURS CONTRE TIERS.....	8
9 - Exclusion.....	5	22 - Subrogation.....	8
10 - Conséquences d'une démission, radiation ou d'une exclusion.....	5	23 - Accident.....	9
11 - Réintégration.....	5	AUTRES DISPOSITIONS.....	9
CONTENU DES GARANTIES FRAIS DE SANTE.....	5	24 - Réclamations.....	9
12 - Garanties santé.....	5	25 - Conciliateur interne MMJ.....	9
12.1. CHOIX DES GARANTIES.....	5	26 - Médiation.....	9
12.2. CHANGEMENT DE GARANTIE.....	5	27 - Protection des données personnelles.....	9
13 - Nature des garanties santé.....	5	28 - Lutte contre le blanchiment des capitaux.....	10
13.1. PRESTATIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE SOINS.....	5	29 - Autorité de contrôle.....	10
13.2 EQUIPEMENTS ET PROTHESES 100% SANTE.....	5	ANNEXE 1.....	11
13.3. AFFILIATION A UN REGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE.....	5	ANNEXE 2.....	13
13.4. DEPENSES DE SOINS REÇUS A L'ETRANGER.....	5	GLOSSAIRE.....	14
13.5. DEPENSES DE SOINS NON PRISES EN CHARGE PAR LA MMJ.....	6		
13.6. GARANTIES EN INCLUSION ET SERVICES ASSOCIES.....	6		
13.7. ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DE LA MMJ.....	6		



PREAMBULE

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.

DISPOSITIONS GENERALES

1- Objet du règlement

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

2- Élaboration et modification du règlement

Le règlement est adopté par le conseil d'administration.

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.

CONDITIONS D'ADHESION

3- Conditions générales

3.1. 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.

3.2. ACCÈS AUX GARANTIES SANTÉ - AYANTS DROIT

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

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

4 - Phase précontractuelle

4.1. 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.

4.2. INFORMATIONS PRÉALABLES EN CAS DE VENTE À DISTANCE

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

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

- la dénomination de la MMJ, l'adresse de son siège social, son numéro d'immatriculation au répertoire SIREN, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ;
- le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation lui permettant de vérifier celle-ci ;
- la durée minimale d'adhésion à l'offre ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;
- la durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de la souscription à l'offre et de paiement de la cotisation ;
- l'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de renonciation doit être envoyée.
- le montant de la cotisation que la MMJ peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;
- la loi sur laquelle la MMJ se fonde pour établir les relations précontractuelles ainsi que la loi applicable aux garanties souscrites ;
- les modalités de traitement des réclamations qu'il peut formuler au sujet du bulletin d'adhésion au règlement, à savoir : l'examen par un service de réclamation, la saisine du conciliateur interne en cas de désaccord, la saisine éventuelle du médiateur de la Mutualité Française.

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

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

5 - 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.



6 - 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.

7 - 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.
- **Or cas de vente à distance**, l'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé de l'adhésion au contrat.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante :

- MMJ – 53, rue de Rivoli – 75038 Paris Cedex 01

- Elle peut être faite selon le modèle suivant :

MODÈLE DE LETTRE RECOMMANDÉE AVEC A.R.

A adresser à Monsieur le Directeur Général de la MMJ

Monsieur le Directeur Général,

Je soussigné(e) ; domicilié(e),
prie la MMJ de bien vouloir considérer qu'à compter de ce jour, je désire
renoncer à mon adhésion, dont le numéro de contrat est
n°, souscrite auprès de votre mutuelle.
Vous voudrez bien, en conséquence, effectuer dans
le délai requis la restitution de l'intégralité des sommes versées.

Fait à, le

Signature de l'assuré

CONDITIONS DE DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION ET RÉINTÉGRATION

8 - Démission et radiation

8.1. RESILIATION A L'ECHEANCE

Sous réserve, le cas échéant, de dispositions contraires applicables en matière d'opérations collectives, le Membre participant dispose chaque année de la faculté de mettre fin à son adhésion en le signifiant, par lettre, par tout autre support durable ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, à la Mutuelle **au moins deux (2) mois** avant la date d'échéance (le 31 octobre au plus tard).

Cette résiliation prendra effet au premier janvier de l'année suivante.

8.2. LOI CHÂTEL

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 **délaï de vingt (20) 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.

8.3. RESILIATION INFRA-ANNUELLE

L'adhérent peut résilier son contrat en cours d'année après expiration d'un **délaï d'un (1) an** à compter de la date de première souscription des garanties santé. Cette demande de résiliation doit être adressée à la MMJ par lettre ou message sur son espace adhérent.

Cette demande de résiliation prendra effet **trente (30) jours** après la date de réception de la demande.

8.4. CHANGEMENT DE SITUATION PERSONNELLE

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 (2) 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).

8.5. RADIATION DES AYANTS DROIT

La demande de radiation d'un ayant droit peut, au terme d'un **délaï d'un (1) an** à compter de la souscription de son actuelle garantie, être notifiée à tout moment à la MMJ par lettre ou message sur son espace adhérent 1 ;

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

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

8.6. CAS PARTICULIER DES PERSONNES DECEDEES

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.

8.7. RESILIATION DU CONTRAT A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

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 à la rubrique 25) du présent règlement.
- Fausse déclaration intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du code de la mutualité.
- Fausse déclaration non intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L.221-15 du code de la mutualité.

Lorsque le Membre participant cesse définitivement de remplir les conditions d'accès à la présente offre définies à la rubrique 3), il bénéficie du maintien provisoire de ses garanties jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Il peut ensuite demeurer Membre participant de la MMJ en faisant le choix, en fonction de sa nouvelle situation professionnelle, d'une autre offre santé.



9 - 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.

10 - 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.

11 - Réintégration

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

- remplisse les conditions d'adhésion,
- ne soit redevable envers la MMJ d'aucune dette née antérieurement à sa démission ou sa radiation.

CONTENU DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

L'offre sur-complémentaire OPTIMA comporte des garanties santé susceptibles d'être souscrites en complément d'un premier (1^{er}) contrat de complémentaire santé.

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

12 - Garanties santé

12.1. CHOIX DES GARANTIES

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.

12.2. CHANGEMENT DE GARANTIE

La durée minimale de souscription des garanties Optima est de douze (12) 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 (12) mois, les garanties se poursuivent jusqu'à la fin de l'année civile et sont renouvelées par tacite reconduction pour une durée d'un (1) 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 (3) ans à compter de la date de première (1^{ère}) résiliation.

13 - Nature des 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.

13.1. 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.

13.2 EQUIPEMENTS ET PROTHESES 100% SANTE

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

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

13.3. AFFILIATION A UN REGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Le Membre participant fait connaître sa situation ainsi que celle de ses ayants droit au regard de l'Assurance Maladie Obligatoire. Toute modification sera signalée à la Mutuelle.

L'adhésion de tout Membre participant ou ayant droit ne pouvant justifier de son appartenance à un régime légal d'assurance maladie est nulle.

L'absence de prise en charge par les régimes d'Assurance Maladie Obligatoire ne donne pas lieu au remboursement des soins de la part de la Mutuelle, sauf cas particuliers précisés dans les tableaux de garanties.

13.4. DEPENSES DE SOINS REÇUS A L'ETRANGER

11/ Soins effectués dans les pays de l'Union Européenne

Le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et/ou hospitalisation s'applique conformément à la garantie souscrite, selon les conditions suivantes :

- Prise en charge prévue par les dispositions légales de l'Assurance maladie française
- Facture traduite en français, exprimée en euro et indiquant la codification utilisée par l'Assurance maladie française.

Concernant les frais effectués ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie française : seuls les frais dentaires (implants et parodontologie) la chirurgie réfractive, les vaccins, l'orthodontie refusée et les lentilles peuvent faire l'objet d'un remboursement.

Pour les adhérents ayant fait sur Ameli.fr une demande de carte européenne d'Assurance maladie, le flux se fait automatiquement de l'Assurance maladie du pays tiers à l'Assurance maladie française à la condition que le professionnel de santé du pays tiers accepte de pratiquer le tiers payant.

Les autres adhérents ayant fait l'avance de l'intégralité des frais doivent envoyer leur facture à leur centre français d'Assurance maladie où un service dédié est spécialement affecté aux traductions de factures.

2/ Soins effectués hors des pays de l'Union Européenne

Les adhérents doivent envoyer préalablement la facture de leurs frais médicaux, chirurgicaux et/ou hospitalisation à leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Les frais non pris en charge par les dispositions légales de l'Assurance maladie française ne donnent pas lieu à une participation de la MMJ. En cas de participation par l'Assurance maladie française, celle de la MMJ n'excède pas le ticket modérateur.

3/ Les adhérents ne résidant plus en France sont invités contacter le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale – CLEISS –

- par messagerie électronique via le formulaire de contact depuis le site internet www.cleiss.fr
- par courrier : Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale - 44 rue Armand Carrel - 93100 Montreuil
- par téléphone au 01 45 26 33 41



Cet organisme public est chargé, dans un contexte de mobilité internationale, d'une mission d'information sur la protection sociale à l'exclusion de toute mission de gestion.

Les adhérents concernés peuvent être conviés à s'immatriculer à la Caisse des Français de l'Étranger (CFE – www.cfe.fr) qui leur permet d'obtenir la même protection sociale qu'en France et ainsi continuer de bénéficier du remboursement de la part complémentaire.

13.5. DEPENSES 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 (appareils ne figurant pas dans le tableau des prestations santé figurant en annexe 1) ;
- 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 (unité accueillant des personnes dont l'état nécessite, en principe, une surveillance médicale constante et des « traitements d'entretien ») ;
- 5/ les frais de séjour libre exposés à l'occasion d'une cure thermale.

13.6. GARANTIES EN INCLUSION ET SERVICES ASSOCIES

Les souscripteurs de garanties santé bénéficient des services suivants :

- 1/ Assistance avec « MMJ-Assistance »
- 2/ Télémedecine / téléconsultation médicale

Ces services supplémentaires souscrits auprès de prestataires extérieurs, sont décrits au sein de notices d'information spécifiques. Ils cessent le jour où la garantie « frais de santé » cesse de produire ses effets, ou le jour où le contrat souscrit auprès de la Mutuelle est résilié. Les garanties en inclusion figurent au tableau de garanties.

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

13.7. ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DE LA MMJ

La Mutuelle dispose d'un fonds d'action sociale en faveur de ses adhérents dont elle assume la gestion. Il a pour vocation de venir en aide à ces derniers en cas de difficultés graves.

Les bénéficiaires du fonds d'action sociale sont les Membres participants et leurs ayants droit.

Le budget du fonds d'action sociale et les orientations politiques qui justifient l'engagement des fonds disponibles sont votés annuellement par le conseil d'administration.

La liste exhaustive des situations personnelles pouvant donner lieu à une demande d'aide du fonds d'action sociale est disponible dans le « programme d'action sociale ». Ce document est disponible sur l'espace adhérent, depuis le site de la MMJ.

14 - Conditions de règlement des prestations

14.1. DROIT AUX PRESTATIONS

Pour que le Membre participant puisse bénéficier des prestations, les droits doivent être ouverts. Le Membre participant 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.

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 (9) 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.

Seuls les frais correspondants à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés

14.2. REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sur-complémentaires sont réglées directement au Membre participant ou à son bénéficiaire par virement sur son compte bancaire.

Pour bénéficier des remboursements sur-complémentaire, le Membre participant doit présenter à la Mutuelle les pièces justificatives suivantes :

- Le relevé de prestations établi par la complémentaire santé (MMJ ou un autre assureur) sur lequel figure l'acte remboursé,
- En l'absence de prise en charge par la complémentaire santé (autre assureur que la MMJ) le courrier de refus de remboursement de cette dernière avec, le cas échéant, l'un des documents suivants :

Nature des frais	Pièces justificatives
Soins courants	Facture nominative détaillée, datée et acquittée
Soins externes en établissement hospitalier	Avis des sommes à payer et Attestation de paiement de la Trésorerie
Honoraires chirurgicaux, Forfait journalier, Participation forfaitaire, Chambre particulière	Bordereau de facturation + factures détaillées et acquittées OU Avis des sommes à payer + Attestation de paiement de la Trésorerie
Frais d'accompagnant	Facture nominative acquittée Bulletin d'hospitalisation
Soins hors nomenclature	Note d'honoraires du professionnel de santé
Soins inscrits à la CCAM mais non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire	Note d'honoraires du professionnel de santé
Optique	Prescription médicale + facture nominative détaillée, datée et acquittée
Optique hors prise en charge en tiers payant	Facture nominative détaillée et acquittée
Prothèse dentaire	Facture nominative détaillée et acquittée précisant le numéro de la dent, le code CCAM, la date des soins, le matériel utilisé
Prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire prévues dans le tableau des garanties	Facture nominative détaillée, datée et acquittée

D'autres justificatifs complémentaires pourront être exigés par la Mutuelle pour permettre la prise en charge des soins ou fournitures médicales.

Les pièces justificatives doivent être transmises par l'adhérent aux services « Prestations » de la MMJ :

- par courrier à l'adresse MMJ gestion – 46 rue du Ressort – 63967 Clermont-Ferrand Cedex 9, pour les envois de demandes de remboursement
- via l'espace adhérent, depuis le site de la MMJ : <https://espace-adherent-particulier.mmj.fr/>

14.3. DELAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle procédera au paiement des prestations dans le délai maximal de **cinq (5) jours ouvrés** à compter de la réception de l'intégralité des pièces nécessaires. Ce délai s'entend hors délais bancaires.

14.4. DATE DES SOINS

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur le décompte de remboursement des régimes d'assurance obligatoires ou sur la facture lorsqu'il n'y a pas de prise en charge par un régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

Plus précisément, les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans un délai de **vingt-quatre (24) mois** dont le point de départ est fixé ci-après :

- Soins ambulatoires : date des soins,
- Soins externes hospitaliers : date des soins,
- Soins dentaires : date des soins,
- Prothèses dentaires : date d'exécution,
- Actes en série (soins infirmiers, kiné, orthophoniste...) : date des soins,
- Séjour : date d'entrée,
- Honoraires : date des soins,
- Lunettes et lentilles acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,



- Lentilles refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,
- Appareillage : date de facturation,
- Cure thermale : date des soins,
- Pharmacie : date de facturation,
- Orthodontie : date des soins.

Le niveau de remboursement de chaque prestation est déterminé par la garantie souscrite.

La date des soins telle que définie ci-dessus permet de calculer l'atteinte éventuelle du plafond d'une prestation par la prise en considération des prestations payées dans l'année.

14.5. LIMITE DE REMBOURSEMENTS

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la Mutuelle et 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 Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

14.6. RESPECT DES OBLIGATIONS APPLICABLES AUX CONTRATS RESPONSABLES ET SOLIDAIRES POUR LES SUR COMPLEMENTAIRES OPTIMA SUP ET MAX

Sont exclues des garanties, les demandes de remboursement de prestations liées aux événements suivants :

- La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale, laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale,
- Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires mentionnées au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- La majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- La franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration de ce document s'appliqueront immédiatement afin de conserver aux garanties leur caractère responsable.

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.

14.7. DEPENSES DE SOINS NON PRISES EN CHARGE PAR LA MMJ

La MMJ n'intervient pas pour :

- 1/ les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, à l'exception de ceux expressément prévus dans les tableaux de garanties et dans la limite des montants exprimés ;
- 2/ tous les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie ;
- 3/ 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 ;
- 4/ les frais relatifs aux achats d'instruments de chirurgie ou d'appareils divers (appareils ne figurant pas dans le tableau des prestations santé figurant en annexe 1) ;

5/ les frais relatifs aux soins, consultations, traitements et produits ayant un but partiellement ou totalement esthétique non pris en charge par la Sécurité sociale ;

6/ les frais de traitements esthétiques ou de cosmétologie, les cures et traitements de rajeunissement et d'amaigrissement lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;

7/ les frais de séjour en établissement gériatrique ou de long séjour (unité accueillant des personnes dont l'état nécessite, en principe, une surveillance médicale constante et des « traitements d'entretien ») ;

8/ les séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnels ;

9/ pour les frais de séjour libre exposés à l'occasion d'une cure thermale ;

10/ les frais de séjour (y compris la prise en charge des forfaits journaliers) en maison d'accueil spécialisée (MAS).

11/ pour les soins à l'étranger, les prestations exprimées en forfaits prenant en charge des actes non remboursés par les régimes d'Assurance Maladie Obligatoire à l'exception de ceux expressément prévus à la rubrique 13.4 du présent règlement.

14.8. RESTITUTION DES PRESTATIONS INDÛMENT VERSÉES

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

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

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

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

COTISATIONS

15 - Cotisations Santé

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 2024, est de 13,27% pour les sur-complémentaires Optima Sup et Max et de 20,27% pour Optima Hospit.

16 - 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.

17 - 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.

OBLIGATIONS DE L'ADHERENT - SANCTIONS

18 - Modifications administratives

Afin d'assurer une continuité du versement de ses prestations, le Membre participant doit informer la Mutuelle des changements suivants intervenus dans sa vie personnelle ou celle de ses ayants droit **dans le mois qui suit** :

Situation	Documents à fournir
Changement de coordonnées bancaires	■ Relevé d'identité bancaire ou postal pour le versement des prestations
Changement d'adresse	■ Aucun document

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.

19 - 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 (2) 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 (2) 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 (2) 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 (2) ans** suivant la date de réception de l'avis d'échéance annuel ou de tout autre appel de cotisations.

20 - Délai de prescription

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance, ainsi qu'en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Membre participant ou de ses ayants droit contre l'organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (notamment

reconnaissance d'un droit par le bénéficiaire ou par la Mutuelle ; demande en justice, même en référé ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ; mesure conservatoire ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur au souscripteur ou au Membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le Membre participant à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

21 - 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 (30) 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 **dix (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 (4) 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 (4) 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.

SUBROGATION, RECOURS CONTRE TIERS

22 - Subrogation

22.1. SUBROGATION DANS LE RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

En application de l'article L.224-9 du code de la Mutualité :

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.

En somme :

- Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire (frais de soins, protection juridique, assistance), la mutuelle ou l'union est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des Membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

22.2. SUBROGATION A L'EGARD DES CAISSES DE SECURITE SOCIALE

En application de l'article L.376-1 du code de la sécurité sociale



La Mutuelle est subrogée de plein droit dans les droits et actions du Membre participant ou de ses ayants droit à l'égard des caisses d'Assurance Maladie Obligatoire pour la part des prestations avancée par la Mutuelle et couverte par lesdits régimes obligatoires.

23 - Accident

En cas d'accident, le Membre bénéficiaire concerné (Membre participant ou son ayant droit) devra adresser 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.

23.1. 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.

23.2. 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.

AUTRES DISPOSITIONS

24 - Réclamations

Une réclamation est l'expression ou la manifestation d'une insatisfaction ou d'un mécontentement ou d'une déception fondée ou non qu'un adhérent attribue à la MMJ et dont il demande explicitement ou implicitement le traitement. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification, ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

Le Membre participant ou son ayant droit peut formuler sa réclamation :

- par téléphone au numéro indiqué sur la carte de tiers-payant (appel non surtaxé).
- ou par écrit :
 - par courrier postal, à l'adresse suivante : MMJ Service Réclamation – 46 rue du Ressort – 63967 Clermont-Ferrand Cedex 9.
 - par son espace adhérent - rubrique « Mes demandes » « Déposer une réclamation »
- 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 à la rubrique 13.6, la réclamation lui est transmise pour attribution.

Toute réclamation adressée à la MMJ fera l'objet, dans les **deux (2) jours** ouvrables suivant sa réception, de l'envoi d'une lettre en accusant réception.

Une réponse sur le fond sera adressée à l'adhérent **dans les trente (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 **deux (2) mois**

25 - Conciliateur interne MMJ

Pour toute réclamation traitée par la MMJ, l'adhérent peut, en cas de contestation de la réponse fournie par le service Réclamations, former un recours auprès du conciliateur interne de la Mutuelle désigné par le Conseil d'Administration.

Il doit, à cet effet, adresser un courrier à l'adresse du siège 53, rue de Rivoli – 75038 Paris Cedex 1., et en ajoutant sur l'enveloppe et le courrier « A l'attention de Monsieur le Conciliateur interne de la MMJ ».

Une lettre d'accusé réception est adressée dans les **deux (2) jours** ouvrables suivant la réception de la saisine du conciliateur. Celui-ci fait connaître à l'adhérent, dans un délai **d'un (1) mois**, son avis motivé.

La décision finale prise par la MMJ au vu de cet avis est ensuite notifiée à l'adhérent.

26 - Médiation

Après épuisement des voies de recours internes et si le désaccord persiste, le Membre participant ou son ayant droit peut saisir gratuitement 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 : <https://saisine.mediateur-mutualite.fr/saisirmediateur/>

Cette saisine doit être effectuée, avant l'engagement de toute action judiciaire, dans un **délai d'un (1) 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.

27 - Protection des données personnelles

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), le Membre participant reconnaît avoir été informé par la Mutuelle, que ses données à caractère personnel, et le cas échéant celles de ses ayants droit (et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de Sécurité sociale), peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ;
- la gestion du risque d'assurance complémentaire santé ;
- la proposition de produits et services adaptés aux besoins du Membre participant et de ses ayants droit ;
- l'amélioration de la qualité du service et des produits, l'évaluation ou l'anticipation des changements de situation des Membres participants et l'amélioration de la relation client ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le Membre participant ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque



de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Les destinataires des données du Membre participant et de ses ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la Mutuelle, ainsi que des tiers autorisés par la Mutuelle, et notamment ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités.

La Mutuelle s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de confidentialité et de sécurité physique et organisationnelle des données traitées.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation ou pseudonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, puis le temps de la prescription légale en vigueur. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), les Membres participants et leurs ayants droit disposent des droits :

- d'accès, de rectification et d'effacement de leurs données personnelles ;
- de retrait de leur 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'ils ont transmises lorsqu'elles étaient nécessaires à leurs garanties ou lorsque leur consentement était requis ;
- de formuler des directives relatives au sort de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Ces différents droits peuvent être exercés à tout moment par le Membre participant et par ses ayants droit, sur simple demande, accompagnée d'une copie de sa pièce d'identité en cours de validité par l'un des moyens exposés ci-après :

- MMJ - Délégué à la protection des données, 53, rue de Rivoli, 75038 paris cedex 01 / dpo@mmj.fr.
- Ces droits sont personnels, seule la personne concernée peut en faire la demande ou son représentant légal, ou en cas de décès ses héritiers légaux, sauf exceptions prévues par la loi.
- En cas de désaccord persistant concernant leurs données, les Membres participants et leurs ayants droit peuvent saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés:
 - par un formulaire mis en ligne sur le site internet : www.cnil.fr
 - par un courrier (avec copie d'une pièce d'identité en cours de validité) 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
- Ils disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Worldline. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

28 - Lutte contre le blanchiment des capitaux

Conformément aux obligations issues de la législation liée à la LCB-FT (Lutte Contre le Blanchiment et le Financement du Terrorisme), la Mutuelle est fondée, dans le cadre du respect de son obligation de vigilance, de contrôle et surveillance des opérations et d'identification et vérification de l'identité des adhérents à demander au Membre participant et/ou ses ayants droit toutes pièces justificatives nécessaires.

29 - Autorité de contrôle

- Conformément aux dispositions du Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (A.C.P.R) sis 4 place de Budapest – CS 92459 -75436 PARIS CEDEX 09.



ANNEXE 1 PRESTATIONS - SANTE

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.

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.

	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⁾ , étiope, 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
Télé médecine : Téléconsultation médicale 7j/7 H24	oui	oui
Espace adhérent - Espace personnel	oui	oui
Accompagnement social de la MMJ	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 réglementairement.

(5) **RENOUVELLEMENT DES EQUIPEMENTS D'OPTIQUE MEDICALE** : 24 mois minimum à compter de la date de facturation du précédent achat d'un équipement optique pour les assurés de 16 ans et +. Ce délai est réduit à un an en cas d'évolution de la vue (production d'une prescription médicale ou d'un justificatif de l'adaptation par un opticien) et pour les assurés de moins de 16 ans, et à 6 mois pour les enfants âgés de moins de 6 ans. Pas de délai minimal de renouvellement pour les assurés présentant des conditions médicales particulières sur prescription d'un ophtalmologue (cf. liste des pathologies sur le site ameli.fr) En cas d'équipement comportant des verres de catégorie différente (simple, complexe, très complexe), le forfait par verre correspond à la moitié du forfait prévu pour la paire.

Possibilité de prise en charge de 2 équipements pour les assurés présentant un double déficit de vision et ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux.

(6) **QUALITE DU PROFESSIONNEL** : agrément par la CNAMTS, professionnel disposant



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.

		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
Télémédecine: Téléconsultation médicale 7j/7 H24		oui
Espace adhérent - Espace personnel		oui
Accompagnement social de la MMJ		oui

- (1) **DELAI DE CARENCE**: ces garanties ne sont ouvertes qu'au terme d'un délai de carence de neuf (9) 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**: s'applique pour l'accompagnement des enfants mineurs, adulte de plus de 70 ans ou personnes en situation de handicap sur présentation d'un justificatif. La personne hospitalisée est bénéficiaire de la garantie Optima Hospit.
- (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 2025 MMJ-Optima Y compris Taxe Solidarité Additionnelle – TSA - au taux (au 1er septembre 2024) de **13,27%** pour Sup et Max et **20,27%** pour Hospit

	OPTIMA Sup	OPTIMA MAX	OPTIMA HOSPIT
Enfants moins de 18 ans	7,52 €	15,77 €	1,93 €
Enfant plus de 18 ans	6,70 €	14,62 €	3,81 €
- 24 ans	6,70 €	14,62 €	3,88 €
25 ans	7,06 €	14,62 €	3,88 €
26 ans	7,52 €	15,19 €	4,01 €
27 ans	7,83 €	15,77 €	4,01 €
28 ans	8,19 €	16,46 €	4,01 €
29 ans	8,49 €	17,15 €	4,07 €
30 ans	8,80 €	18,25 €	4,46 €
31 ans	9,27 €	18,94 €	4,91 €
32 ans	9,62 €	19,62 €	5,17 €
33 ans	9,98 €	20,31 €	5,36 €
34 ans	9,72 €	20,66 €	5,59 €
35 ans	10,59 €	21,12 €	6,31 €
36 ans	10,79 €	21,59 €	6,40 €
37 ans	11,00 €	22,05 €	6,46 €
38 ans	11,31 €	22,50 €	6,58 €
39 ans	11,52 €	22,96 €	6,65 €
40 ans	11,72 €	24,23 €	6,71 €
41 ans	11,92 €	24,63 €	6,71 €
42 ans	12,13 €	25,15 €	6,71 €
43 ans	12,33 €	25,56 €	6,71 €
44 ans	12,53 €	25,97 €	6,71 €
45 ans	12,58 €	26,19 €	6,78 €
46 ans	12,74 €	26,19 €	6,78 €
47 ans	12,89 €	26,48 €	6,78 €
48 ans	13,04 €	26,82 €	6,78 €
49 ans	13,19 €	27,05 €	6,78 €
50 ans	14,48 €	27,51 €	6,78 €
51 ans	14,63 €	27,86 €	6,78 €
52 ans	14,94 €	28,21 €	6,78 €
53 ans	15,09 €	28,55 €	6,78 €
54 ans	15,09 €	28,90 €	6,78 €
55 ans	15,09 €	29,01 €	6,78 €
56 ans	15,09 €	29,23 €	6,78 €
57 ans	15,09 €	29,47 €	6,78 €
58 ans	15,09 €	29,58 €	6,84 €
59 ans	15,09 €	30,39 €	6,84 €
60 ans	15,09 €	30,73 €	7,23 €
61 ans	15,09 €	30,97 €	7,62 €
62 ans	15,09 €	31,37 €	8,02 €
63 ans	15,09 €	31,49 €	8,41 €
64 ans	15,09 €	31,49 €	8,80 €
65 ans	15,09 €	31,49 €	9,32 €
66 ans	15,09 €	31,49 €	9,83 €
67 ans	15,09 €	31,49 €	10,22 €
68 ans	15,09 €	31,49 €	10,67 €
69 ans	15,09 €	31,49 €	11,37 €
70 ans	15,09 €	31,49 €	11,82 €
71 ans	15,09 €	31,49 €	12,01 €
72 ans	15,09 €	31,49 €	12,27 €
73 ans	15,09 €	31,49 €	13,06 €
74 ans	15,09 €	31,49 €	14,22 €
>75 ans	15,09 €	31,49 €	18,51 €



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 0) 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.

Accident

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure au Membre participant.

Actes techniques médicaux

Actes médicaux (hors diagnostic) réalisés par les médecins et remboursés par le Régime Obligatoire.

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'AMO. 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.

Dispositif dit « 100% Santé » (dits de Classe I)

Les actes relatifs à l'audiologie remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du Dispositif « 100% Santé » sont pris en charge à 100% des frais réels dans la limite des Prix limites de vente (P.L.V.) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

Dispositif dit « Hors 100% Santé » (dits de Classe II)

Les actes relatifs à l'audiologie remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « tarif libre » sont pris en charge à hauteur de la garantie fixée au Tableau des garanties, dans la limite de 1700 euros par oreille et par bénéficiaire (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).

Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement par oreille tous les quatre (4) ans à compter de la date d'acquisition. La date d'acquisition s'entend comme la date de dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le Régime Obligatoire, au cours de la période susmentionnée.

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, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes. Leurs actes figurent dans la nomenclature et sont remboursés par l'AMO et l'AMC.

Ayant droit

Désigne la personne bénéficiant des prestations santé souscrites par le Membre participant en raison du lien familial existant avec celui-ci. Exemple : enfant, conjoint.

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 Ayant droit - qui bénéficie des garanties de remboursement de complémentaire de frais de santé au titre du présent Contrat.

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 remboursement 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 Membres participant ayant adhéré 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.

Chirurgie réfractive (chirurgie de l'œil)

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels. Le Régime Obligatoire ne prend pas en charge ces opérations. La Chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie... En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la Chirurgie réfractive.

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 2 € (euro) applicable aux consultations et certains examens médicaux,
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 1 € (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.

Cure thermale

La Garantie cure thermale a pour objet le remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas. Les autres dépenses

médicales relatives à la cure thermale sont prises en charge dans les conditions fixées au Contrat pour chaque acte.

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.

Dentaire

Prothèses dentaires

La Garantie Prothèses prend en charge les couronnes et bridges, Inlays Core, Prothèses dentaires amovibles et autres Prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire.

Dispositif dit « 100% Santé »

Le dispositif « 100% santé » s'applique en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation. Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du dispositif « 100% Santé », sont pris en charge à 100% des frais réels dans la limite des Honoraires limites de facturation (H.L.F) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

Dispositif dit « Hors 100% Santé »

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « tarif maîtrisé » ou « libre » sont pris en charge à hauteur des garanties fixées au Tableau des garanties, limitées aux 39 Honoraires limites de facturation (H.L.F) pour le tarif maîtrisé, et sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire. Concernant les prothèses dentaires non remboursées par le Régime Obligatoire : sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes. La Base de remboursement correspond à celle retenue par le Régime Obligatoire pour les couronnes remboursées.

Implantologie dentaire

Pour chaque implant dentaire, la Mutuelle prend en considération pour le versement de la Prestation, la première date effective de soins réalisés par le professionnel de santé. Les prothèses sur implant sont garanties au titre du poste "Prothèses dentaires".

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.

Forfait Patient Urgences

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a prévu la mise en place du forfait patient urgences pour les passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. Désormais, la facturation est modifiée et fixée forfaitairement quels que soient les actes et soins médicaux. Le remboursement est réalisé dans les mêmes conditions que l'était celui du ticket modérateur.



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.

Frais réels

Dépense réellement payée par les Membres participants bénéficiant de la Garantie pour leurs dépenses de santé.

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 1 euro par boîte de médicaments, 1 euro par acte paramédical dans la limite de 4€ euros par jour, 4€ euros par transport sanitaire dans la limite de 8 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...).

Médecines douces

Concerne des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées, dans la limite du forfait annuel indiqué qui s'applique pour chaque Bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile. Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux RPPS ou ADELI.

Médicaments

Les Médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge.

Il existe quatre (4) taux de remboursement des Médicaments :

- 100 % pour les Médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65 % pour les Médicaments dont le Service médical rendu est majeur ou important (90 % pour le régime Alsace Moselle) ;
- 30 % pour les Médicaments dont le Service médical rendu est modéré et certaines préparations magistrales (80 % pour le régime Alsace Moselle) ;
- 15 % pour les Médicaments à Service médical rendu faible.

Les montants et Taux de remboursement sont communiqués par le pharmacien lors de la délivrance. Ils sont inscrits sur la facture remise par le pharmacien.

Un Médicament doit avoir fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM).

Certains Médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent être délivrés par votre pharmacien sans prescription (Médicaments dits à « prescription médicale facultative »). Le Régime Obligatoire ne rembourse que les Médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

Les prix des Médicaments non remboursables par le Régime Obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

Membre participant

Personne physique assurée au titre du présent règlement, relevant de la catégorie assurée visée à l'article 3. Les Membres participants bénéficient des Prestations et en ouvrent le droit à leurs Ayants droit.

NOEMIE

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

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 principales Nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites...) et l'orthodontie, il s'agit de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), - pour les Actes techniques médicaux et dentaires (actes de chirurgie, anesthésie, ...), il s'agit de la classification commune des actes médicaux (CCAM), - pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), - pour les biens médicaux (appareillage, ...) hors Médicaments, il s'agit de la liste des produits et prestations (LPP) ;
- pour les soins hospitaliers il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).

Optique

Pour les équipements « 100% Santé » (dits de Classe A)

La prestation est remboursée à hauteur de 100% des frais réels dans la limite des Prix limites de vente (P.L.V.) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire. Sont également remboursées selon les mêmes conditions, la Prestation d'appairage et la Prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions définies par la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale) en cas d'acquisition de verres de Classe A quelle que soit la Classe dont relève la monture (Classe A ou Classe B).

Pour les équipements « Hors 100% Santé » (dits de Classe B)

La prestation est remboursée à hauteur de la garantie fixée au Tableau des garanties dans les limites prévues par le tableau ci-dessus (incluant la part prise en charge par le Régime Obligatoire).

Quel que soit le dispositif choisi, le remboursement de la monture est toujours limité à 100 euros (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).

Lorsque vous optez pour un équipement mixte (monture dans le Dispositif dit « 100% Santé » et verres dans le Dispositif dit « Hors 100% Santé » ou inversement), le remboursement s'effectue comme suit :

- Pour la partie de l'équipement relevant du Dispositif dit « 100% Santé » : prise en charge intégrale dans la limite des Prix limites de vente,
- Pour la partie de l'équipement relevant du Dispositif dit « Hors 100% Santé » : prise en charge dans la limite du plafond « Hors 100% Santé », déduction faite du coût de la partie de l'équipement « 100% Santé » et dans la limite de 100 € (euros) pour la monture.

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage. Dans tous les cas, les montants des Garanties doivent être comprises entre les minima et maxima conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables aux contrats « responsables » indiqués ci-dessous :

Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de :

- deux (2) ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus. Cette période est réduite à un (1) an en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et attestée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique ou d'adaptation de la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance par un professionnel de santé conformément à la réglementation,
- un (1) an pour les bénéficiaires de moins de 16 ans. Aucun délai de renouvellement n'est applicable pour les verres en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale,
- six (6) mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique.

Ces limites courent à compter de la date d'acquisition figurant sur la facture remise par le professionnel de santé d'un équipement ou d'un des éléments de l'équipement. Elles tiennent compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le Régime Obligatoire au cours des périodes susmentionnées. En cas de renouvellement séparé des composantes de



l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément, sous réserve de la prise en charge par le Régime Obligatoire.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, et sous réserve de la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant l'existence d'une situation médicale particulière mentionnée dans cette liste.

Parcours de soins coordonné

C'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée. Organisé autour du médecin traitant, il concerne désormais tous les assurés de l'Assurance Maladie Obligatoire et leurs ayants droit de moins de 16 ans. Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui : a déclaré un médecin traitant auprès de l'Assurance Maladie Obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ; consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », après lui avoir été adressée par son médecin traitant. Bien que n'ayant préalablement pas consulté son médecin traitant, une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins, qu'elle se trouve dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique. De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Participation forfaitaire

Contribution prélevée par le Régime Obligatoire sur ses remboursements (Article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale). Elle correspond à la somme de 2 euros 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 à l'exclusion des actes réalisés au cours d'une Hospitalisation et des actes de biologie et d'Imagerie médicale au profit des assurés sociaux, hormis les consultations des mineurs, des titulaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'Aide Médicale de l'Etat, à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse pour les femmes enceintes et jusqu'au 12ème jour suivant la date de l'accouchement (hors actes médicaux réalisés dans le cadre des examens obligatoires). Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à quatre (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.

La Participation forfaitaire de 2€ n'est pas remboursée par le Contrat.

Le plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

C'est le plafond de référence pour calculer les cotisations sociales. La valeur du plafond est fixée chaque année par arrêté ministériel, à partir du plafond applicable au cours de l'année antérieure. Son montant varie notamment en fonction de l'évolution générale des salaires.

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 l'Assurance Maladie Obligatoire

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.

Télémédecine

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

Différence entre la Base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par le Régime Obligatoire (avant application sur celui-ci de la Participation forfaitaire de 2€ ou de la Franchise, qui ne sont pas remboursées par le Contrat).

Le montant du Ticket modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés au Bénéficiaire dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).

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 n'assure pas le tiers payant pour ses garanties de santé sur-complémentaires.

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 mmj.fr



assistance

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



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