



MUTUELLE DU MINISTÈRE  
DE LA JUSTICE

2018

NOTICE  
**OPTIMA LABELLISÉE**

**SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ  
INDIVIDUELLE**

## Préambule

Les modalités de fonctionnement mutualiste sont fondées sur des principes et valeurs mutualistes de solidarité comprenant :

- L'ouverture à tous : la Mutuelle couvre chacun, quelle que soit sa situation sociale et professionnelle. Elle permet de bénéficier d'une assurance complémentaire adaptée et de la conserver tout au long de sa vie.
- Le refus de la sélection médicale qui consisterait à n'accepter que les personnes en bonne santé : la Mutuelle 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 Mutuelle ont pour but de préserver l'intérêt général des mutualistes. Tous les adhérents, ensemble, pourvoient à leur protection réciproque.

Le fonctionnement mutualiste implique de la part de chaque adhérent 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, forment un ensemble indivisible.

## I – Dispositions générales

### A- Objet du règlement

L'affiliation à la sur complémentaire de la MMJ est régie par :

- Le code de la mutualité,
- Les statuts et le règlement intérieur,
- Le règlement de l'offre MMJ-Labelisée,
- La présente notice.

En cas de difficulté d'interprétation, le règlement de l'offre socle prévaut sur la présente notice.

Les dispositions du présent règlement déterminent les conditions dans lesquelles la MMJ assure les garanties souscrites par ses membres participants et leurs ayants droit.

Elles s'appliquent à tous les membres participants et à leurs ayants droits préalablement inscrits dans l'offre MMJ-Labelisée.

Le règlement définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant et la MMJ c'est-à-dire les droits et obligations respectifs en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Les membres participants y ayant adhéré sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts, au règlement intérieur ainsi qu'au règlement de l'offre socle MMJ-Labelisée.

Il est élaboré par le conseil d'administration et adopté par l'assemblée générale. Il est régi par le code de la mutualité.

Toutes les dispositions légales ou réglementaires d'ordre public qui interviendraient postérieurement à la rédaction de ce règlement, seront immédiatement applicables. Elles devront y être intégrées le cas échéant lors de la prochaine assemblée générale.

### B – Modification du règlement

Les modifications du règlement sont proposées par le conseil d'administration approuvées par l'assemblée générale et s'imposent aux membres participants et à leurs ayants droit dès qu'elles sont portées à leur connaissance.

### C – Objet des garanties sur complémentaires Optima

Les garanties sur complémentaires proposées par la MMJ, visent le remboursement de frais de santé en complément de celles servies par les régimes d'assurance maladie obligatoire ainsi que par le régime complémentaire. Il s'agit de couvertures supplémentaires destinées à compléter les garanties de la MMJ sur certains postes de soins.

Certaines prestations non prises en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire et les régimes d'assurance maladie complémentaire peuvent également être allouées.

Les garanties décrites dans le présent règlement ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « responsables » issus de l'article 57 de la loi N°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application.

### D – Obligations d'information

#### 1. Informations préalables

La MMJ fournit aux membres participants, avant la signature du contrat, un bulletin d'affiliation, les statuts et le règlement intérieur ainsi que le présent règlement qui décrit précisément leurs droits et obligations.

## 2. Vente à distance et démarchage

### ➤ Affiliation à distance

Le contrat est commercialisé à distance lorsqu'il est conclu sans qu'il y ait la présence physique et simultanée des parties.

En temps utile avant l'affiliation à distance à un règlement, le membre participant reçoit les informations suivantes (article L.221-18 du code de la mutualité) :

- La dénomination de la Mutuelle, l'adresse de son siège social, son numéro d'immatriculation au répertoire SIREN, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la section mutualiste qui propose la couverture ;
- Le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant à l'adhérent de vérifier celle-ci ;
- La durée minimale du bulletin d'affiliation au règlement ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;
- La durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de l'affiliation au règlement 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. L'adhérent doit également être informé du montant de la cotisation que la mutuelle 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 Mutuelle se fonde pour établir les relations précontractuelles avec l'adhérent ainsi que la loi applicable au bulletin d'affiliation au règlement que la Mutuelle s'engage à utiliser, avec l'accord de l'adhérent, pendant la durée du bulletin d'affiliation au règlement ;
- Les modalités d'examen des réclamations que l'adhérent peut formuler au sujet du bulletin d'affiliation au règlement y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

Pour l'application de l'article L.221-18 du code de la mutualité, la Mutuelle communique à l'adhérent les informations suivantes :

- Les modalités d'affiliation au règlement et de paiement de la cotisation. Ces informations, 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.
- En cas de communication par téléphone, le nom de la Mutuelle ainsi que le caractère commercial de l'appel sont indiqués sans équivoque au début de toute conversation avec l'adhérent. La personne en contact avec l'adhérent doit en outre préciser son identité et son lien avec la Mutuelle.

Dans le cadre des obligations liées à la commercialisation à distance, il est ouvert à l'adhérent sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus courant :

- A compter de la date de signature du bulletin d'affiliation ;
- Ou à partir du jour où l'adhérent reçoit les conditions d'affiliation et le présent document (si cette date est postérieure).

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 adressée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée 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'affiliation 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.

### ➤ Affiliation suite au démarchage de l'adhérent

Le démarchage est défini à l'article L.121-21 du code de la consommation.

Dans les quatorze jours, jours fériés compris, à compter de la date de signature du bulletin d'affiliation, l'adhérent a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au siège de la MMJ.

Ce délai commence à courir le lendemain du jour où a été signé le bulletin d'affiliation par l'adhérent. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

L'affiliation prendra effet à la fin du délai de renonciation de 14 jours prévu par le code de la consommation

### 3. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

Conformément au code de la mutualité, la MMJ est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 61, rue Taitbout 75009 - PARIS

## II – Affiliation

### A- Conditions pour bénéficier des garanties Optima

Peuvent bénéficier des garanties prévues par le présent règlement, les personnes physiques âgées d'au moins 18 ans, ainsi que leurs ayants droit tels que définis ci-après bénéficiant d'une des garanties Vita Santé, Multi Santé ou Multi Santé+ à la MMJ, ouvrant respectivement droit aux surcomplémentaires Vita Santé Optima, Multi Santé Optima et Multi Santé+ Optima.

**Les personnes redevables d'une dette envers la Mutuelle au titre d'une souscription antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle affiliation.**

Elles doivent compléter et signer un bulletin d'affiliation, et fournir le mandat de prélèvement SEPA ainsi qu'un relevé d'identité bancaire.

### B – Affiliation

#### 1. Modalités d'affiliation

L'engagement réciproque du membre participant et de la MMJ résulte de la signature d'un bulletin d'affiliation.

La signature d'un bulletin d'affiliation emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et du présent règlement. La MMJ est tenue au respect des formalités prescrites par les textes en vigueur.

Le bulletin d'affiliation indique notamment :

- La date d'effet de la garantie souscrite ;
- Les bénéficiaires de la garantie souscrite ;
- Les conditions d'entrée en vigueur de la garantie souscrite ;
- La garantie de base.

Le détail des prestations fournies au titre de la garantie Optima souscrite figure au présent document.

#### 2. Caractère familial de l'affiliation

L'affiliation du membre participant entraîne l'affiliation de tous ses ayants droit, à l'exception des enfants majeurs dont la garantie mère est différente de celle du membre participant. Tous les autres bénéficiaires sont inscrits sur le même contrat et bénéficient de la même garantie que le membre participant.

L'enfant majeur dont la garantie mère est différente peut souscrire seul à l'offre Optima.

#### 3. Date d'effet de l'affiliation

L'affiliation prend effet au plus tôt au premier jour du mois durant lequel la MMJ reçoit le dossier complet si celui-ci est envoyé au plus tard le 15 du mois, le cachet de la poste faisant foi. Si le dossier complet a été envoyé reçu le 15 à la MMJ, l'affiliation prend effet au plus tôt au premier jour du mois suivant.

Si le membre participant souhaite, après son affiliation, faire bénéficier ses ayants droit des garanties prévues par le présent règlement, il doit remplir un avenant au bulletin d'affiliation, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives. Les règles relatives à la date d'effet de l'affiliation de l'ayant droit sont les mêmes que celles applicables à l'affiliation du membre participant.

### C – Engagement du membre participant

Le membre participant doit signaler les modifications qui surviennent dans sa situation ou celles de ses ayants droit, dans le mois qui suit au siège de la MMJ.

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

## D – Bénéficiaires de la garantie

### 1. Membre participant et ses ayants droit

Le membre participant est la personne physique qui bénéficie de prestations et en fait bénéficier ses ayants droit pour lesquels il a demandé l'affiliation à la MMJ et acquitte les cotisations correspondantes :

- Le conjoint ou la personne assimilée, exerçant une activité professionnelle, ou retraité au titre de celle-ci, ou se trouvant à sa charge effective, totale et permanente ;
- La personne vivant avec le membre participant et se trouvant à sa charge effective, totale et permanente et ayant la qualité d'ayant droit de son chef ;
- Les enfants et petits enfants à charge dans les limites d'âge et les conditions prévues à l'article 121-6 des statuts.

### 2. Adjonction des membres bénéficiaires

Seul le membre participant peut demander à tout moment l'adjonction d'ayants droit.

## III – Ouverture, modification, cessation et exclusion des garanties Optima

### A- Entrée en vigueur des garanties

La garantie s'applique à partir de la date d'effet fixée au bulletin d'affiliation sous condition d'encaissement du premier règlement.

### B – Modification de la garantie à l'initiative du membre participant

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

Toute modification de garantie à la demande du membre participant de l'offre MMJ-Labelisée pour une autre des trois garanties Vita Santé, Multi Santé ou Multi Santé + entraîne la résiliation de la garantie Optima attachée à la garantie mère.

### C – Modification des prestations à l'initiative de la Mutuelle

Le montant des prestations peut être modifié à tout moment par l'assemblée générale de la MMJ ou par le conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet par cette dernière.

Les modifications du niveau des prestations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants par tout canal que ce soit.

### D – Suspension et résiliation des garanties

A défaut de paiement des cotisations appelées dans le mois suivant leur échéance ou de règlement d'un arriéré de cotisations, les droits à prestations ouverts au titre de l'ensemble des garanties souscrites peuvent être suspendus.

Cette suspension intervient au terme d'un délai de trente jours suivant la date de réception d'une lettre de mise en demeure expédiée en recommandé avec avis de réception. Par cette lettre, le membre participant est informé qu'à l'expiration d'un délai minimum de 10 jours après la date d'effet de la suspension, l'absence de paiement des cotisations dues est susceptible d'entraîner la résiliation de l'ensemble des garanties et la radiation définitive de la MMJ.

La Mutuelle peut néanmoins octroyer au membre participant un délai de régularisation d'une durée maximum de quatre mois. Les droits suspendus ne peuvent être rouverts qu'après régularisation définitive de sa situation.

La réouverture des droits est opérée à titre rétroactif pour la période de suspension dès lors que le membre participant a versé à la Mutuelle le montant intégral des sommes dues. Il y est procédé sans frais ni pénalité en cas de paiement volontaire intervenant dans un délai de quatre mois suivant la date de réception de la lettre de mise en demeure ou dans celui accordé au membre participant pour la régularisation de sa situation. Dans les autres cas, la mutuelle applique une pénalité forfaitaire de 50 euros qui ne peut, toutefois, excéder 15 % du montant des sommes initialement dues.

Le règlement des cotisations dues peut, le cas échéant, être effectué par compensation avec toute créance dont le membre participant est susceptible d'être titulaire sur la mutuelle.

## E – Radiation des garanties

A l'issue d'un délai de 12 mois à compter de la date d'affiliation, la résiliation de la garantie Optima du membre participant doit être formulée par écrit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Elle prend effet au premier janvier de l'année suivante.

Il pourra être dérogé à cette règle en cas de changement de situation professionnelle ou familiale du membre participant dûment attestée : mariage, décès, divorce, naissance, chômage.

En cas de résiliation de la garantie Optima, il sera interdit d'y souscrire avant deux années, sauf en cas de changement de la garantie complémentaire santé.

La démission de l'offre mère entraîne automatiquement la radiation d'Optima dans les mêmes conditions.

## IV – Cotisations




### A- Principes généraux

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle.

La cotisation du membre participant est déterminée en fonction de son âge au 31 décembre précédant l'année civile en cours. Il en est de même pour ses ayants droits.

La Taxe de Solidarité Additionnelle au taux de 20,27% est incluse dans les tableaux de cotisations.

Les cotisations des enfants -quels que soient les âges des enfants- sont calculées dans la limite de trois enfants.

Cotisations mensuelles				
ADULTE	≤ 24 ans	4,50 €	5,00 €	14,00 €
	25-29 ans	4,50 €	5,00 €	14,00 €
	30-34 ans	5,50 €	6,00 €	16,00 €
	35-39 ans	6,00 €	7,00 €	19,00 €
	40-44 ans	7,50 €	8,00 €	23,00 €
	45-49 ans	9,00 €	10,00 €	27,00 €
	50-54 ans	10,50 €	11,50 €	32,50 €
	55-59 ans	12,00 €	13,50 €	37,50 €
	60-64 ans	13,50 €	14,50 €	41,00 €
	65-69 ans	15,00 €	16,50 €	47,00 €
	70 ans et +	16,00 €	17,50 €	50,00 €
ENFANT	≤ 17 ans	2,50 €	2,50 €	4,50 €
	18-28 ans	3,00 €	3,00 €	5,00 €

### B- Paiement des cotisations

La cotisation est appelée par « un avis de paiement de cotisations » adressé à chaque membre participant annuellement. La non réception de l'avis de paiement par le membre participant ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Dans cette hypothèse, il lui appartient de contacter la MMJ.

La cotisation est due au 1<sup>er</sup> janvier pour tout membre inscrit au 31 décembre de l'année précédente ou, pour les nouveaux membres participants, à partir de la date d'effet du contrat.

La cotisation du membre participant et de ses éventuels ayants droit est recouvrée mensuellement par voie de prélèvement bancaire. Le membre participant remplit à cet effet une autorisation de prélèvement SEPA.

## V – Prestations

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

Les taux de participation de la MMJ sont, sauf exception, toujours calculés sur la Base de Remboursement (BR) de l'assurance maladie et dans la limite des dépenses engagées.

La participation de l'Assurance Maladie correspond à un pourcentage de la Base de remboursement (BR) ou au montant en euros de celui-ci. La Base de remboursement est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé par la Sécurité sociale en France. Les tarifs desdits remboursements sont fixés par convention entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). La participation de la MMJ est exprimée soit en pourcentage de la Base de Remboursement-BR (correspondant en tout ou partie au Ticket Modérateur-TM ou à un multiple de la BR) soit en euros.

Lorsqu'un membre participant ou un ayant droit bénéficie d'une dispense du ticket modérateur de l'assurance maladie quelle qu'en soit la cause, seule la part de la prestation excédant le ticket modérateur est due.

Les forfaits annuels s'entendent par année civile et par bénéficiaire. Ils se renouvèlent chaque 1<sup>er</sup> janvier. Les forfaits au semestre s'entendent par période glissante (de date à date)

S'agissant des frais non couverts par l'assurance maladie, la liste figurant dans ces tableaux est limitative. La Mutuelle n'intervient pas pour :

- Les produits et spécialités visés à l'article R.163-5 alinéas 1 et 2 du code de la Sécurité sociale ;
- Les frais relatifs aux achats d'instruments de chirurgie ou d'appareils divers ;
- Les frais relatifs aux soins, consultations, traitements et produits ayant un but partiellement ou totalement esthétique non pris en charge par la Sécurité sociale ;

La participation forfaitaire et les franchises médicales appliquées par la sécurité sociale ne sont pas prises en charge par la garantie Optima.

Ce qui signifie qu'elles ne sont pas prises en charge en cas de non respect du parcours de soins coordonné et selon le tarif de l'Assurance Maladie applicable aux spécialistes ou généralistes après déduction de la participation forfaitaire de 1 euro.

## Actes médicaux courants

### NATURE DES FRAIS

#### 1. Consultations / Visites médecins généralistes

*Dans le parcours de soins coordonnés*

- Signataires de l'OPTAM-CO\*

- Non signataires de l'OPTAM-CO\*

#### 2. Consultations / Visites médecins spécialistes

*Dans le parcours de soins coordonnés*

- Signataires de l'OPTAM-CO\*

- Non signataires de l'OPTAM-CO\*

#### 3. Psychologues -psychomotriciens

*Par séance dans la limite de 5 séances par an*

Prestations		
OPTIMA Vita Santé	OPTIMA Multi Santé	OPTIMA Multi Santé +
50 % BR 50 % BR	60 % BR 60 % BR	60 % BR 60 % BR
30 % BR 50 % BR	60 % BR 60 % BR	90 % BR 90 % BR
25 €	Néant	35 €

\*OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie, Obstétrique

## Pharmacie

### NATURE DES FRAIS

#### 4. Pharmacie remboursée

*Médicaments remboursés par l'Assurance maladie à 30 %*

*Médicaments remboursés par l'Assurance maladie à 15 %*

#### 5. Automédication, forfait annuel

*Médicaments achetés en pharmacie sans ordonnance*

*Pharmacie prescrite non remboursée par l'Assurance maladie*

Prestations		
OPTIMA Vita Santé	OPTIMA Multi Santé	OPTIMA Multi Santé +
35 % BR 85 % BR	Néant 85 % BR	Néant 85 % BR
Néant	Néant	30 €

## Prévention

### NATURE DES FRAIS

#### 6. Ostéopathes agréés CNAMTS

*Par séance et dans la limite de 3 par an*

#### 7. Cures thermales prises en charge par l'Assurance maladie

*Forfait annuel complémentaire à celui de l'AM*

#### 8. Parodontologie

#### 9. Contraceptifs non pris en charge par l'AM

*Forfait annuel*

Prestations		
OPTIMA Vita Santé	OPTIMA Multi Santé	OPTIMA Multi Santé +
20 €	Néant	30 €
100 €	Néant	200 €
50 €	100 €	200 €
Néant	Néant	Néant

## Hospitalisation

### NATURE DES FRAIS

#### 10. Honoraires

*Actes De Chirurgie (ADC), Actes D'Obstétrique (ADO), Actes D'Anesthésie (ADA)*

*Forfait annuel*

#### 11. Chambres particulières

*Chambre particulière\*, forfait annuel*

*Chambre particulière – Ambulatoire*

*Frais d'accompagnant*

*(Enfants < 16 ans, adultes > 70 ans ou personnes en situation de handicap\*\*)*

Prestations		
OPTIMA Vita Santé	OPTIMA Multi Santé	OPTIMA Multi Santé +
200 €	300 €	500 €
Jusqu'à : 31,50 € / jour 10 € / jour 10 € / jour	De 5 à 36,50 € 15 € / jour 15 € / jour	De 10 à 41,50 €: 20 € / jour 20 € / jour

\*Prise en charge par nuit, limitée à 90 nuits par an et complétant le remboursement de la garantie mère pour atteindre un remboursement par nuit de : Vita Santé et Optima Vita : 50 € / Multi Santé et Optima Multi : 55 € / Multi Santé+ et Optima Multi+ : 60 €

\*\*Invalidité de 80 %, remboursement sur présentation de la carte d'invalidité et des factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement au sein de l'établissement

## Optique

### NATURE DES FRAIS

#### Optique plus de 18 ans

##### 12. Monture

##### 13. Verres uni focaux blancs ou teintés

*Par verre*

##### 14. Verres multifocaux ou progressif blancs ou teintés

*Par verre*

##### 15. Suppléments

*Traitement antireflet, par verre, au-delà de 6 dioptries*

*Traitement amincissement, par verre, au-delà de 6 dioptries*

##### 16. Bonus fidélité\*

#### Optique moins de 18 ans

##### 17. Monture

##### 18. Verres uni focaux blancs ou teintés

*Par verre*

##### 19. Verres multifocaux ou progressif blancs ou teintés

*Par verre*

##### 20. Suppléments

*Traitement antireflet, par verre, au-delà de 6 dioptries*

*Traitement amincissement, par verre, au-delà de 6 dioptries*

Prestations		
OPTIMA Vita Santé	OPTIMA Multi Santé	OPTIMA Multi Santé +
30 €	30 €	100 €
10 €	15 €	50 €
10 €	20 €	50 €
15 €	20 €	30 €
15 €	20 €	30 €
60 €	65 €	70 €
20 €	20 €	30 €
10 €	15	40 €
10 €	20 €	50 €
15 €	20 €	30 €
15 €	20 €	30 €

\*Bonus optique au bénéfice des personnes protégées âgées de plus de 18 ans pour tout remboursement de verres avec ou sans monture si aucune prestation optique (sauf lentilles) n'a été versée dans les 24 mois précédant la date du dernier achat (de date à date) et dans les limites de 24 mois d'affiliation également à la garantie Optima

## Dentaire

### NATURE DES FRAIS

##### 21. Orthodontie

*Orthodontie prise en charge par l'AM  
(par semestre) TO 90\**

*Orthodontie non prise en charge par l'AM*

##### 22. Inlay - onlay

##### 23. Prothèse sur incisive-canine-prémolaire

*Prise en charge par l'AM*

##### 24. Prothèse sur molaire

*Prise en charge par l'AM*

##### 25. Prothèse non prise en charge par l'AM

Prestations		
OPTIMA Vita Santé	OPTIMA Multi Santé	OPTIMA Multi Santé +
100 €	125 €	150 €
100 €	Néant	Néant
50 % BR	50 % BR	Néant
50 €	100 €	150 €
Néant	Néant	Néant
200 €	400 €	500 €

\*Le remboursement s'entend pour la codification de référence indiquée (TO90) ; en cas de codification d'un TO 45, le forfait est proratisé

## A- Modalités de remboursement des prestations

### 1. Conditions de versement des prestations

Pour percevoir les prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations et des éventuels frais de recouvrement.

Sous réserve d'éventuels délais de carence, les prestations sont servies dès la prise d'effet de l'affiliation, à condition que la date de soins et la date de survenance des événements soient postérieures à la prise d'effet de l'affiliation.

### Pièces à fournir

Pour le versement des prestations, les décomptes du régime obligatoire d'assurance maladie, les décomptes établis par la MMJ pour l'offre MMJ- Labellisée, ainsi que les factures acquittées doivent être transmises à la structure habilitée par la MMJ à cette fin.

### 2. Modalités de règlement des prestations

Les prestations sont réglées par virement sur compte bancaire directement :

- Au membre participant,
- Ou à ses ayants droit de plus de 16 ans, sauf refus exprès de leur part, ou non communication d'un relevé d'identité bancaire qui leur est propre.

### 3. Modalités de restitution des prestations indûment versées

Les sommes indûment versées font l'objet d'une régularisation. Le membre participant est informé par courrier de la somme qu'il doit rembourser. En l'absence de règlement de l'indu, la Mutuelle se réserve le droit de retenir les prestations.

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 et les dispositions de l'article 2 du décret N°90-769 du 30 août 1990 seront appliquées.

Le membre participant 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.

### 4. Forclusion

Les demandes de remboursement accompagnées des justificatifs nécessaires doivent parvenir à la MMJ au plus tard 24 mois à compter de l'évènement qui y donne naissance.

## B- Prescription

En application des articles L221-11 et 12 du code de la mutualité, toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

## C- Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce, dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

L'affiliation à la Mutuelle emporte mandat à celle-ci de remplir les fonctions de correspondant local auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Elle 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 Mutuelle dans les conditions prévues par l'article L. 322-1 du code de la Sécurité sociale.

## D- Accident

Il est précisé que dans tous les cas d'accidents, les membres bénéficiaires devront faire à la MMJ une déclaration mentionnant l'existence d'un ou plusieurs contrats d'assurance les garantissant dans ce domaine et précisant les conditions dans lesquelles l'accident a eu lieu, les noms et coordonnées des tiers impliqués et des témoins ainsi que la prise en charge dudit accident par l'organisme susvisé.

### Accidents du travail

Sont exclues des garanties, les conséquences provenant d'un accident du travail, qu'il soit régi par les législations spéciales en cette matière ou qu'il soit survenu au cours ou à l'occasion de l'exercice d'une profession, d'un métier, d'un commerce, dans la mesure où le membre bénéficiaire dispose de la couverture prévue à cet effet par les textes législatifs et réglementaires.

L'intervention de la MMJ est ici limitée à la couverture des actes hors nomenclatures et des dépassements d'honoraires inscrits dans la garantie souscrite par le membre bénéficiaire.

### Accidents de droit commun

En cas d'accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, la MMJ n'intervient qu'à défaut de police d'assurance individuelle souscrite par le membre dans la mesure où cette dernière ne couvre pas les frais et dans la limite des garanties souscrites par le membre bénéficiaire.

En cas de responsabilité contestée par le tiers, le membre bénéficiaire doit apporter la preuve à la Mutuelle 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 victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable.

 01 44 76 68 68

 53 rue de Rivoli  
75038 Paris cedex 01

 [www.mmj.fr](http://www.mmj.fr)



Un espace adhérent  
[www.mmj.fr](http://www.mmj.fr)



MUTUELLE DU MINISTÈRE  
DE LA JUSTICE