

Contrats Labellisés

Activité directe individuelle
MMC Développement.com

Présentation du contrat Service Public Santé

Usage Strictement Interne

The image shows a thumbnail of a contract document titled "Contrats 'Service Public Santé'". The document includes the text "Garantie santé remboursée au 01/01/2013 (1)" and the MMC logo. It features a table with columns for "Cotisation", "Cotisation", "Cotisation", and "Cotisation". The table contains various rows of data, likely representing different levels of coverage or membership options.



Contrats Labellisés – Service Public Santé

Activité directe individuelle

MMC Développement.com

Usage Strictement Interne

INTRODUCTION :

La gamme Service Public santé est une gamme spécifique avec différents niveaux de garanties à destination des collectivités territoriales et de leurs établissements publics.

Les contrats labellisés agréés par l'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel), nommés SPS1 ; SPS2 ; SPS3 et SPS4 sont de types contrats individuels et complémentaires du régime obligatoire pour la partie santé.

Ils sont régis par le code de la mutualité et sont solidaires et responsables.

Caractéristiques de la gamme :

Commercialisation uniquement pour les collectivités territoriales et leurs établissements publics.

4 niveaux de garanties :

1. SPS1 remboursements de base
2. SPS2 remboursements de base avec une amélioration des garanties sur l'optique
3. SPS3 remboursements de base avec amélioration des garanties sur le dentaire
4. SPS4 remboursements de base avec amélioration des garanties sur l'hospitalisation, le dentaire et l'optique

Conditions de garanties :

- Garanties santé ;
- Pas de limite d'âge à la souscription ;
- Pas de limite d'âge à la garantie ;
- Mise en place du contrat avec ou sans participation de la collectivité territoriale ;
- Attestation de l'employeur indiquant la date de titularisation de l'agent.

Conditions de tarifs :

- Age de chaque bénéficiaire par différence de millésime ;
- Gratuité à partir du 3ème enfant ;
- Zones géographiques ;
- Régime de base obligatoire ;
- Mode de tarif mensuel ;
- Prélèvement automatique.

Spécificités du contrat labellisé :

- L'agent doit nous transmettre une attestation employeur indiquant sa date d'entrée dans la collectivité ;
- Indiquer si la collectivité participe ou non à la mise en place du contrat santé ;
- Le montant de la participation ne peut être indiquée qu'en € ;
- La collectivité fait le choix du montant de la participation et son mode de versement, versement sur salaire ou virement à la MMC ;
- Une majoration de cotisation de 2% pour toute année non cotisée sur un contrat labellisé postérieurement à l'âge de 30 ans est appliquée ;

La majoration n'est pas appliquée :

- Pour les nouveaux agents, qu'à l'issue des deux premières années suivant l'entrée dans la fonction publique
- Pour les agents en fonctions à la publication du décret et aux retraités, qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la liste des contrats et règlements labellisés (article 4 de l'arrêté).
- Aux agents et retraités qui adhéraient déjà à un règlement ou à un contrat pour lequel un label est délivré dans le délai d'un an suivant la publication de la liste des contrats et règlements labellisés (article 33-11 du décret).

Obligations de l'agent :

- L'agent afin de percevoir la participation devra adhérer à un contrat labellisé ;
- Fournir à l'organisme complémentaire l'attestation de son employeur concernant sa date d'entrée dans la collectivité ;
- Indiquer à l'organisme complémentaire le choix de la collectivité, versement de la participation sur salaire ou versement de la participation à l'organisme complémentaire santé.

Obligations de la collectivité :

- Fournir à l'agent l'attestation de sa date d'entrée ;
- Indiquer le mode de versement choisi pour la participation ;
- La collectivité devra vérifier que le contrat souscrit par l'agent est bien sur la liste des contrats labellisés établie par l'ACP.

Obligations de la MMC :

- Faire signer la demande d'adhésion spécifique au contrat service public santé ;
- Détenir l'attestation concernant la date d'entrée de l'agent à la collectivité territoriale et/ ou service public ;
- Fournir à l'agent l'attestation d'adhésion au contrat labellisé qu'il transmettra à son employeur ;
- Transmettre le règlement Mutualiste spécifique au contrat service public santé ;
- Si radiation du contrat labellisé, la MMC devra fournir à l'agent un certificat de radiation prouvant sa radiation du contrat labellisé, cette attestation lui permettra son affiliation chez un autre concurrent labellisé sans pénalité comme indiqué ci-dessus.

Pièces jointes à ce document pour simple information :

- Tableau de garanties service public santé ;
- Règlement Mutualiste Service Public santé ;
- Statuts de la Mutuelle ;
- Demande d'adhésion Service Public Santé ;
- Exemple d'attestation délivrée par la collectivité ;
- Attestation MMC à destination de l'employeur prouvant la mise en place du contrat labellisé ;
- Appels de cotisations ;
- Exemple d'un certificat de radiation ;
- Document internet : questions / réponses sur la labellisation.

Garanties santé (remboursements au 01/01/2013) (1)	SPS1	SPS2	SPS3	SPS4
HOSPITALISATION (MÉDICALE et CHIRURGICALE)	RO+MMC	RO+MMC	RO+MMC	RO+MMC
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%
Soins - Honoraires	150%	150%	150%	150%
Forfait Journalier illimité en chirurgie et médecine	OUI **	OUI **	OUI **	OUI **
Forfait Journalier en Psychiatrie (limité à 30 jours/an)	OUI **	OUI **	OUI **	OUI **
Forfait Journalier en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, moyen séjour (limité à 90 jours/an)	OUI **	OUI **	OUI **	OUI **
Chambre Particulière avec hébergement en chirurgie, médecine et maternité (durée illimitée)	Limitée à 45€/j*	Limitée à 45€/j*	Limitée à 45€/j*	Limitée à 60€/j*
Chambre Particulière sans hébergement (limitée à 10 jours/an)	Limitée à 7€/j*	Limitée à 7€/j*	Limitée à 7€/j*	Limitée à 7€/j*
Frais d'accompagnement (Lit et repas hospitaliers) pour un enfant de moins de 12 ans en chirurgie et médecine (durée illimitée)	Limitée à 15€/j*	Limitée à 15€/j*	Limitée à 15€/j*	Limitée à 20€/j*
SOINS ET HONORAIRES MÉDICAUX	RO+MMC	RO+MMC	RO+MMC	RO+MMC
Consultations, Visites Généralistes	125%	125%	125%	175%
Consultations, Visites Spécialistes	125%	125%	125%	175%
Actes Techniques	125%	125%	125%	175%
Auxiliaires Médicaux	100%	100%	100%	150%
Analyses Laboratoires	100%	100%	100%	150%
Radiologie	100%	100%	100%	150%
Transport	100%	100%	100%	150%
Pharmacie	100%	100%	100%	100%
AUDIOPROTHESE - PETIT APPAREILLAGE (forfait annuel par bénéficiaire)	RO+MMC	RO+MMC	RO+MMC	RO+MMC
Audioprothèse et Petit Appareillage	125%	125%	125%	175%
DENTAIRE	RO+MMC	RO+MMC	RO+MMC	RO+MMC
Soins et Radios	100%	100%	100%	100%
Prothèses mobiles et fixes acceptées par RO	150%	150%	250%	250%
Inlay-Core	150%	150%	180%	180%
Orthodontie acceptée par RO	150%	150%	250%	250%
Plafond annuel par bénéficiaire : prothèses mobiles et fixes acceptées par RO et orthodontie acceptées par RO	-	-	1000€	1000€
OPTIQUE (forfait annuel par bénéficiaire)	RO+MMC	RO+MMC	RO+MMC	RO+MMC
Base de remboursement Régime Obligatoire	100%	100%	100%	100%
Forfait annuel monture, verres, lentilles acceptées ou refusées***	95€	-	95€	-
Bonus si pas de remboursement optique l'année civile précédente****	25€	-	25€	-
Bonus si pas de remboursement optique les 2 années civiles pleines précédentes****	50€	-	50€	-
Forfait annuel monture, verres, lentilles acceptées, refusées et opération de la myopie (sur présentation d'ordonnance)	-	-	-	-
- Enfant - 2 équipements par an sous réserve d'une prise en charge par le Régime Obligatoire (2)	-	180 € Bonus 50€	-	180 € Bonus 50€
- Adulte (18 ans et +) - Verres avec Sphère ou puissance comprise entre -6 et +6 et/ou cylindre <= 4	-	395€ Bonus 75€	-	395€ Bonus 75€
- Adulte (18 ans et +) - Verres avec Sphère ou puissance excédant +6 ou -6 et/ou cylindre > 4 et/ou verres progressifs ou multifocaux	-	550€ Bonus 110€	-	550€ Bonus 110€
CURE THERMALE	RO+MMC	RO+MMC	RO+MMC	RO+MMC
Soins et honoraires de surveillance	100%	100%	100%	100%
Forfait annuel hébergement (hors restauration) et transport	50€	50€	50€	150€
MATERNITÉ	RO+MMC	RO+MMC	RO+MMC	RO+MMC
Forfait Naissance si adhésion de l'enfant le 1 ^{er} jour du mois de naissance	100€	100€	100€	200€
BIEN ÊTRE (forfait annuel bénéficiaire)	RO+MMC	RO+MMC	RO+MMC	RO+MMC
PHARMACIE PRESCRITE NON REMBOURSÉE	50% Frais Réels maxi 35€/an	50% Frais Réels maxi 35€/an	50% Frais Réels maxi 35€/an	50% Frais Réels maxi 55€/an
GARANTIES NOUVELLES (Forfait annuel par bénéficiaire)	MMC	MMC	MMC	MMC
- Actes d'acupuncture, d'ostéopathie, d'homéopathie, d'étiopathie, de chiropractie (sur présentation facture acquittée) - Podologue (sur présentation facture acquittée) - Actes d'ostéodensitométrie (sur présentation d'ordonnance et de facture acquittée) - Vaccins non pris en charge par les régimes de base obligatoires (sur présentation d'ordonnance et de facture acquittée). - Produits d'homéopathie et de phytothérapie, sur présentation de facture acquittée (ayant fait l'objet d'une ordonnance ou selon les modalités consultables sur le site internet www.mutuelle-mmc.com).	50€ / an	50€ / an	50€ / an	70€ / an

RO : Régime Obligatoire.

*Limité à 30 jours en psychiatrie et 90 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, moyen séjour.

**Forfait journalier : tarif en vigueur défini par le Ministère de la Santé.

***Sur présentation d'ordonnance ou lettre de refus de votre régime obligatoire.

****Bonus optique : minimum de 12 mois civils d'adhésion au contrat et absence de consommation optique durant cette période.

(1) Secteur Conventiéonné uniquement.

(2) L'adhérent peut, sur demande écrite, obtenir le versement des deux forfaits optiques Enfant prévus au tableau des garanties, au bénéfice d'un seul équipement (ce cumul de remboursement ne permettant plus, au cours de l'année civile, le versement d'un nouveau forfait au titre d'un éventuel nouvel équipement).

Les remboursements indiqués ci-dessus sont calculés en pourcentage de la base du remboursement Sécurité Sociale et comprennent ceux effectués par le régime obligatoire. Le remboursement des dépenses par la mutuelle ne peut en aucun cas être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Les garanties s'expriment soit en euros, soit en pourcentage.

Forfaits et plafonds annuels par bénéficiaire par année civile.

Les avenants de changement de niveau ne sont pas possibles en cours d'année.

Gratuité à partir du troisième enfant pour ces options.

ASSISTANCE : 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 sur simple appel téléphonique.

En cas d'hospitalisation : aide à domicile, assistance en cas d'accident, prise en charge complémentaire ou avance des dépenses de santé engagées à l'étranger.

Frais de télévision en chirurgie et en médecine : envoyez les justificatifs à la mutuelle : 1,52 €/jour (maxi 152,45 €/an).

Les garanties des contrats santé ci-dessus respectent l'ensemble des règles des contrats solidaires et responsables. Ils respectent la réglementation liée au parcours de soins. La franchise appliquée sur les actes médicaux lourds sera remboursée par la mutuelle.

ACTES DE PRÉVENTION : Ostéodensitométrie, Vaccinations (Diphthérie, Tétanos et Poliomyélite tous âges).