



Mutuelle des Services Publics



mutuelle à caractère solidaire

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité
Enregistrée au répertoire SIRENE sous le N° 782 825 368

Règlement intérieur

Modifié par décision du Conseil d'Administration du 27 septembre 2016

Article I-1 – Les sections de la mutuelle

La mutuelle est organisée en sections instituées par décision du Conseil d'Administration qui en définit l'étendue, la composition et l'objet. Les sections instituées par décision du Conseil d'Administration de la Mutuelle des Services Publics sont désignées et intitulées comme suit :

- **Section Fonction Publique** : regroupe tous les membres participants et honoraires exerçant ou ayant exercé leur activité professionnelle dans une collectivité territoriale (mairie, conseil général, conseil régional, EPCI, etc.) un établissement hospitalier, de soins, de cure, psychiatrique, sanitaire et social, médico-social, publics, dans la fonction publique de l'Etat,
- **Section interprofessionnelle** : regroupe tous les membres participants et honoraires, actifs et retraités, ne relevant pas de la section Fonction Publique.

Article I-2 – Composition des sections

Une section est composée des membres participants et honoraires de la Mutuelle et de leurs ayants-droit.

Article I-3 – Règles de fonctionnement des sections

Les sections ne versent aucune prestation propre et n'exigent aucun versement de cotisation spécifique.

Article I-4 – Animation des sections

Chaque section peut être animée par un conseil de section institué par décision du Conseil d'Administration. L'institution d'un conseil de section nécessite un minimum de trois personnes. Le conseil de section est composé des membres du Conseil d'Administration issus de la section concernée, des délégués de la section à l'Assemblée Générale. Des membres participants ou honoraires ayant fait acte de candidature auprès du Conseil d'Administration peuvent être désignés au conseil de section sur décision du Conseil d'Administration. Par délibération du Conseil d'Administration, le Président de la mutuelle peut déléguer la présidence de chaque conseil de section à un administrateur issu de la section concernée. L'administrateur ayant reçu la délégation de présidence d'un conseil de section aura l'intitulé de Président de Section. Les conseils de section se réunissent autant de fois que nécessaire sur convocation du Président de la mutuelle ou des Présidents de Section. Un ordre du jour peut être établi. Les conseils de section émettent un avis consultatif sur les orientations du Conseil d'Administration. Cet avis est rapporté en séance du Conseil d'Administration par le Président de la mutuelle ou le Président de Section de la section concernée. Les conseils de section accompagnent les décisions prises par le Conseil d'Administration en assurant le relais sur leurs secteurs géographiques et auprès des membres participants et honoraires. A cet effet, les conseils de section peuvent être à l'initiative d'événements locaux en faveur de la défense des avantages des membres, de la défense de notre système de protection sociale solidaire, et de la défense des statuts de la fonction publique.

Article I-5 – Frais de fonctionnement des sections

Il n'y a pas de budget spécifique. Les frais relatifs au fonctionnement des sections sont inclus dans le budget annuel de la Mutuelle. Les dépenses ne peuvent être engagées que par les personnes ayant pouvoir et délégation de signature, à savoir, le Président, le Trésorier et le Directeur. Les dépenses ne peuvent être engagées que sur des actions relevant des prérogatives des sections.

Article I-6 – Remboursement des frais de mission

Les administrateurs de la mutuelle peuvent être amenés à engager des frais de déplacement (transport en commun, transport individuel), d'abonnement (carte de transport à tarifs spéciaux), de résidence (hôtel) ou de restauration pour participer aux réunions et actions relevant de leurs mandats et délégations.

Les membres des conseils de section tels que définis à l'art.I-4 du présent règlement, peuvent être amenés à engager des frais de déplacement (transport en commun, transport individuel), de résidence (hôtel) ou de restauration pour participer aux réunions organisées. Les délégués tels que définis par les statuts, peuvent être amenés à engager des frais de déplacement (transport en commun, transport individuel), pour assister à l'Assemblée Générale de la mutuelle. Dans ce cadre, ils peuvent prétendre au remboursement des frais engagés. Pour faire valoir leurs droits à remboursement, ils doivent obligatoirement fournir :

- le formulaire de demande de remboursement fourni par la mutuelle, dûment complété et signé (modèle en annexe),
- tous les justificatifs originaux (factures, etc...) faisant l'objet de la demande de remboursement.

Les frais engagés sont remboursables dans le cadre et limites établies dans le référentiel joint en annexe.

La demande de remboursement et tous les justificatifs des frais engagés en année civile N doivent être transmis à la Direction de la mutuelle dans les délais prévus par la loi.

A réception, la demande de remboursement est soumise à vérification et validation du Trésorier, ou par délégation, au Directeur de la mutuelle. Le délai légal expiré, les frais de l'année N seront non remboursables.

TITRE II

REGLEMENT DU SERVICE DE MEDIATION

Article II-1

Le service de médiation de la mutuelle est composé, conformément à l'article 16 des statuts, d'un médiateur élu pour deux ans par l'Assemblée Générale. Le médiateur ne peut pas être un administrateur de la mutuelle. En cas de vacance du médiateur en cours de mandat, le Conseil d'Administration peut procéder à la nomination d'un médiateur remplaçant jusqu'à l'Assemblée Générale suivante. Le médiateur remplaçant ne peut pas être un administrateur de la mutuelle.

Article II-2

Le service de médiation de la mutuelle a pour mission d'examiner les différends opposant un adhérent à la mutuelle dans les domaines de la complémentaire santé.

Article II-3

Le service de médiation de la mutuelle peut être saisi par l'adhérent, ou l'un de ses ayants-droit, ou par la mutuelle après épuisement des procédures internes de règlements des litiges qui lui sont propres.

Article II-4

Le service de médiation de la mutuelle ne peut pas être saisi après qu'une action contentieuse ait été engagée.

Article II-5

La saisine du service de médiation interrompt la prescription.

Article II-6

Le service de médiation de la mutuelle rend un avis motivé dans les six mois maximum suivant la date à laquelle il a été saisi. L'avis rendu par le service de médiation est un avis en droit et/ou en équité que la mutuelle s'engage à respecter conformément à ce que précisé à l'article 16 des statuts de la mutuelle.

TITRE III

COMMISSION SOCIALE

Article III-1 - Institution

La Mutuelle dispose d'une commission sociale instituée par décision du Conseil d'Administration.

Article III-2 - Attribution

La commission sociale de la mutuelle a pour mission d'examiner et de statuer sur les demandes de secours exceptionnels. La commission sociale de la mutuelle ne se substitue pas aux services sociaux et aux dispositifs d'aides sociales de l'autorité publique et s'assure que lesdits services et dispositifs ont été sollicités.

Article III-3 - Composition

Les membres de la commission sociale de la mutuelle sont désignés par délibération du Conseil d'Administration. Elle est composée de quatre administrateurs

Article III-4 – Prestations concernées

Les demandes de secours exceptionnels pour lesquelles la commission sociale de la mutuelle peut être saisie sont listées en annexe 1. Cette liste peut-être amendée par le Conseil d'Administration sur proposition de la commission sociale. Toute modification de la liste est soumise au vote de l'Assemblée Générale suivant son application.

Article III-5 – Saisine de la Commission

La saisine de la commission sociale de la mutuelle doit être réalisée par l'adhérent ou un ayant-droit désigné au contrat. En cas d'absence d'ayant-droit, elle pourra être réalisée par un membre de la famille, le représentant légal ou une assistante sociale.

Article III-6 – Condition d'accès

Pour pouvoir solliciter un secours exceptionnel auprès de la commission sociale de la mutuelle, l'adhérent doit :

- être adhérent au moins depuis 18 mois,
- ne pas avoir bénéficié d'un secours exceptionnel dans les 24 mois précédant la demande.

Article III-7 – Dossier de demande

Le dossier de demande de secours exceptionnel doit comporter les pièces suivantes :

- le formulaire de demande dûment complété et signé par le demandeur,
- la copie de la carte de mutuelle,
- la copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition*,
- la facture acquittée ou le devis de la dépense faisant l'objet de la demande,
- Copies des courriers d'aides auprès de la Sécurité Sociale, et tout autre service d'aide sociale (CCAS, CAF, Caisse de retraite, Régime obligatoire, Conseils généraux, MDPH...) et fournir la copie des courriers de réponse à cette demande (refus ou acceptation, et si acceptation, le montant de l'aide accordée).

*NB : dans le cas de déclarations de revenus séparées (concubinage ...), la commission sociale doit prendre en compte l'ensemble des ressources du foyer. Chaque personne désignée sur le contrat mutualiste devra par conséquent fournir une copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition.

Article III-8 – Grille de ressource et taux de prise en charge

Pour prendre une décision, la commission sociale de la mutuelle s'appuie sur l'ensemble des informations fournies par le demandeur, vérifie la concordance de l'objet avec la liste désignée à l'article III-4 et précisée par l'annexe 1, et applique le barème de ressources précisé en annexe 2. Ce barème est établi et validé par le Conseil d'Administration.

Article III-9 – Limite et plafond

Le montant du secours exceptionnel attribuable est plafonné à 400€ sans pouvoir excéder les frais engagés.

Article III-10 – Délivrance de l'avis

La commission sociale de la mutuelle rend un avis motivé dans les trois mois maximum suivant la date à laquelle le dossier complet lui a été remis. L'avis rendu par la commission sociale est un avis que la mutuelle s'engage à respecter.

Article III-11 – Versement

L'avis rendu par la commission sociale sur la base exclusive et limitative des éléments du devis transmis fait l'objet d'une notification d'avis favorable. Le versement du montant du secours exceptionnel est conditionné par la remise effective d'une facture acquittée et conforme aux éléments du devis**. Le versement est alors opéré dans un délai maximum de trente jours par virement sur compte bancaire.

**NB : Si le devis et la facture acquittée ne font pas référence aux mêmes éléments, l'avis rendu par la commission sociale de la mutuelle est rendu caduque.

L'avis rendu par la commission sociale sur la base d'une facture acquittée donne lieu à un versement du montant du secours exceptionnel par virement sur compte bancaire dans un délai de trente jours maximum.

TITRE IV

ELEMENTS PRECISANT LES DISPOSITIONS DES STATUTS ET DU REGLEMENT MUTUALISTE

Article IV-1 – Cotisations

Les ayants-droit ci-dessous peuvent demeurer ayants droit au tarif enfant sur le contrat de leurs parents jusqu'à 26 ans sous réserve que le membre participant fournisse à la mutuelle avant le 31 décembre les documents précisés ci-dessous. Si l'enfant est :

- COLLEGIEN ou LYCEEN : certificat de scolarité + attestation sécurité sociale récente et mise à jour du parent qui couvre l'enfant (vous pouvez l'éditer à une borne sécurité sociale),
- ETUDIANT : carte d'étudiant + attestation sécurité sociale récente et mise à jour de l'étudiant (vous pouvez la réclamer à sa Caisse de Sécurité Sociale des Etudiants),
- en CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION : copie du contrat + certificat de scolarité + attestation sécurité sociale récente et mise à jour,
- en CONTRAT D'APPRENTISSAGE : copie du contrat d'apprentissage + attestation sécurité sociale récente de l'apprenti,
- SANS EMPLOI : attestation du Pôle Emploi + attestation sécurité sociale récente et mise à jour.

Article IV-2 – Partenariats

En complément des dispositions de l'article 10 du règlement mutualiste, il est précisé que la mutuelle peut établir des partenariats dans le cadre du développement d'activités accessoires portant sur la culture, la prévention santé, l'activité physique. Ces partenariats font l'objet d'une convention.

Article IV-3 – Cotisations - Cas de majoration

En application des dispositions du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, en particulier, Titre IV, art. 27 et art. 28, il ne sera pas appliqué de majoration de cotisation par la mutuelle au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction lors de la publication du décret susvisé, il ne sera appliqué de majoration par la mutuelle qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labellisés. A l'issue du délai énoncé ci-avant, l'adhérent devra fournir en complément des pièces prévues par le règlement mutualiste, selon sa situation au moment de la demande d'adhésion, et aux fins de déterminer le taux de majoration prévu au 2° de l'art.28, :

- a. Le justificatif d'adhésion (certificat de résiliation) à une garantie de référence (labellisée ou relevant d'une convention de participation) remis par le précédent organisme complémentaire d'assurance maladie (OCAM) et mentionnant le taux de majoration le concernant, ou, le cas échéant, l'attestation de non majoration,
- b. Tout document permettant de justifier sa date d'entrée en fonction publique.

Faute de pouvoir produire les documents mentionnés, la durée totale de cotisation dans un organisme proposant une garantie de référence sera présumée égale à 0.

Pour toute année non cotisée à une garantie de référence postérieure à l'âge de trente ans depuis la date la plus récente entre la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, un taux de majoration sera applicable à raison de 2 % par année. Le coefficient de majoration ainsi calculé sera, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis à l'organisme auprès duquel l'agent souhaite souscrire ou adhérer à une garantie de référence.

TITRE V
INFORMATION DES ADHERENTS
GESTION ET TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

La mutuelle met tout en œuvre pour assurer la réalisation optimale des services et prestations liés à la souscription des contrats dont elle assure la diffusion et la gestion. Elle n'est toutefois pas à l'abri d'un incident de fonctionnement et dans un souci permanent d'amélioration, le présent document vise à permettre à chacun des adhérents de connaître les modalités afin d'adresser une réclamation.

Article V-1 – DEFINITION D'UNE RECLAMATION

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un adhérent concernant la mutuelle. Une demande service, de prestation, une demande d'information, de clarification ou d'avis ne constitue pas une réclamation.

Article V-2 – MODALITE DE SAISINE

Une réclamation doit faire l'objet d'un écrit (courrier électronique ou traditionnel) précisant la nature de la réclamation. Sous format électronique, la réclamation doit être adressée à : contact.msp@mutuelle-msp.fr

Sous format de courrier traditionnel (papier), elle doit être adressée à l'attention du Directeur, à l'adresse du siège sociale :

MUTUELLE DES SERVICES PUBLICS
MONSIEUR LE DIRECTEUR
MAISON DE LA MUTUALITE
1 RUE FRANCOIS MOISSON
13002 MARSEILLE

Article V-3 – DELAI DE TRAITEMENT

La réclamation fera l'objet d'un accusé de réception sous 10 jours maximum.

La réclamation fera l'objet d'un traitement sous 60 jours maximum.

Article V-4 – VOIE DE RECOURS SUPPLEMENTAIRES

Toute réclamation peut être adressée au Médiateur élu par l'Assemblée Générale de la mutuelle à :

MUTUELLE DES SERVICES PUBLICS
MONSIEUR LE MEDIATEUR
MAISON DE LA MUTUALITE
1 RUE FRANCOIS MOISSON
13002 MARSEILLE

A réception au siège, la demande sera transmise automatiquement et immédiatement au médiateur. Ce dernier prendra directement contact auprès de l'adhérent.

ANNEXE 4 – REFERENTIEL DES FRAIS REMBOURSABLES AUX ADMINISTRATEURS

REPAS		
maximum pris en charge / repas / salariés / Cadres		20,00 €
majoration maxi liée à AG, CONGRES, réunions d'affaires		17,00 €
Hébergement / Hôtellerie		
Montant remboursable	Région Parisienne	135€/nuît
	Provinces	100€/nuît

		2015
Valeur de l'IK		0,50 €

REFERENCIEL KILOMETRIQUE

	Marseille																
Aubagne	21	Aubagne															
Aix en Provence	34	36	Aix en Provence														
Arles	92	106	78	Arles													
Istres	58	91	59	43	Istres												
Miramas	64	82	50	39	9	Miramas											
Avignon	97	117	84	36	67	65	Avignon										
Martigues	40	56	50	52	15	24	105	Martigues									
Port de bouc	45	63	56	46	16	27	82	57	Port de bouc								
Salon	53	71	39	42	19	11	48	36	38	Salon							
Saint Martin de Crau	74	93	61	18	24	20	40	36	23	Saint Martin de C							
Tarascon	109	127	95	17	47	42	24	68	63	45	26	Tarascon					
Saint Remy	90	108	76	26	40	34	21	103	71	41	20	16	Saint Remy				
La Ciotat	33	17	50	124	86	96	115	70	76	85	106	141	121,5				

Pour toute autre destination, la distance remboursable est établie du lieu de départ au lieu de destination, suivant le trajet le plus court. Cette distance est calculée avec Via Michelin.