



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 10 décembre 2018

### **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 Général. 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 Générale 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 Général de la mutuelle.

## **TITRE II**

### **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 mandat d'examiner et de statuer sur les demandes de secours exceptionnels suivant les critères et conditions fixées par le présent règlement. La commission sociale ne se substitue pas aux services sociaux ni 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 présidée par un administrateur.

#### **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, ou son représentant légal. Elle peut également être saisie par les services sociaux

#### **Article III-6 – Condition d'accès**

Pour pouvoir solliciter un secours exceptionnel auprès de la commission sociale de la mutuelle :

- L'adhérent ou son ayant-droit doit justifier d'une ancienneté minimale de 18 mois à la mutuelle,
- et 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,
- les copies des courriers d'aides auprès de la Sécurité Sociale, et tout autre service d'aide sociale éventuellement sollicités (CCAS, CAF, Caisse de retraite, Régime obligatoire, Conseils départementaux, MDPH...). Dans cas, il faut 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 800€ sans pouvoir excéder les frais engagés. En cas d'atteinte du plafond et sur proposition de la commission et si ce dernier ne permet pas de couvrir une situation particulière et d'une particulière gravité, le Conseil d'Administration pourra examiner l'attribution d'une aide supplémentaire.

#### **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 notifié à l'adhérent. La mutuelle s'engage à respecter l'avis de la commission sociale dans le cadre du mandat qui est le sien.

#### **Article III-11 – Rapport d'activité**

L'ensemble des avis rendus par la commission sociale fait l'objet d'un rapport annuel. Ce rapport est présenté au Conseil d'Administration et à l'Assemblée Générale.

#### **Article III-12 – Versement**

L'avis favorable rendu par la commission sociale sur la base exclusive et limitative des éléments du devis transmis donne lieu à versement du montant attribué dès la remise effective d'une facture acquittée et conforme aux éléments du devis\*\* 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 devient caduque.

## **TITRE III 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 IV INFORMATION DES ADHERENTS GESTION ET TRAITEMENT DES RECLAMATIONS**

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 IV-1 – DEFINITION**

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un adhérent.

### **Article IV-2 – ADRESSER VOTRE RECLAMATION**

Toute 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 Général, à l'adresse suivante :

**MUTUELLE DES SERVICES PUBLICS  
MONSIEUR LE DIRECTEUR GENERAL  
CS 10535  
13236 MARSEILLE CEDEX 2**

Afin d'en faciliter le traitement indiquez :

- nom et prénom,
- adresse mail,
- numéro de téléphone,
- numéro de contrat ou de sécurité sociale,
- le n° de contrat concerné,
- le motif de votre insatisfaction.

Merci de joindre également les éléments nécessaires à la bonne compréhension de la réclamation.

### **Article IV-3 – DELAI DE TRAITEMENT**

Votre réclamation fera l'objet d'un accusé de réception sous 10 jours et fera l'objet d'une réponse sous 60 jours maximum.

## **TITRE V MEDIATION DE LA CONSOMMATION DE LA MUTUALITE FRANCAISE**

### **Préambule**

La médiation de la consommation de la Mutualité Française est régie par les dispositions générales, légales et règlementaires, figurant au titre Ier du livre VI du code de la consommation relatif à la « Médiation » et par les dispositions particulières ci-après détaillées. Le règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française s'applique aux groupements adhérents, à leurs membres participants et ayants droit qui choisissent d'y recourir.

### **ARTICLE V-1 :**

La médiation de la consommation de la Mutualité Française est réalisée, conformément à l'article 58 des statuts de la FNM, par un médiateur élu pour six ans par le Conseil d'administration. Le médiateur est inscrit par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC) sur la liste des médiateurs notifiée à la Commission Européenne dès lors que celui-ci répond aux conditions de compétence et d'indépendance exigées par les textes.

### **ARTICLE V-2**

Le Médiateur a pour mission d'examiner les différends opposant un adhérent (consommateur) à sa mutuelle dans les domaines relatifs à l'exécution des contrats de complémentaire santé, de

prévoyance et de retraite. Ne peuvent être examinés par le Médiateur :

- les litiges n'entrant pas dans son champ de compétence et notamment les litiges relatifs aux services de santé fournis par des professionnels de la santé aux patients et faisant l'objet des activités des mutuelles du Livre III ;
- les litiges manifestement infondés ou abusifs (sont notamment considérés comme tels les litiges dont l'intérêt est inférieur ou égal à 30 €).
- les litiges pour lesquels le membre participant a introduit sa demande auprès du médiateur plus d'un an après sa réclamation écrite auprès de sa mutuelle.
- les litiges précédemment examinés (ou en cours d'examen) par un autre médiateur ou par un tribunal.

### **ARTICLE V-3**

Le Médiateur peut être saisi par l'adhérent ou son ayant droit après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à la mutuelle. Ces procédures internes ne peuvent prévoir plus de deux niveaux de réclamation. Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la mutuelle dans le délai de deux mois à une réclamation écrite.

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de la mutuelle.

### **ARTICLE V-4**

Le médiateur peut être saisi :

- par courrier adressé à :

**Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française**

**FNM  
255 rue de Vaugirard  
75719 PARIS cedex 15**

- soit via l'adresse mail : [mediation@mutualite.fr](mailto:mediation@mutualite.fr)
- soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

### **ARTICLE V-5**

La médiation est gratuite pour l'adhérent (consommateur). Si les parties souhaitent se faire représenter par un avocat ou se faire assister par un tiers de leur choix ou sollicitent l'avis d'un expert, les frais éventuellement engagés restent à la charge de la partie qui a souhaité être représentée ou qui a mandaté un expert aux fins de recueillir son avis. Si la demande d'expertise est conjointe, les frais seront partagés entre les parties.

### **ARTICLE V-6 :**

La procédure de médiation est conduite dans le respect de la confidentialité. Les parties s'engagent à fournir tous les éléments d'information qui pourraient leur être demandés dans le cadre de l'instruction de leur dossier. Les mutuelles devront adresser les pièces à l'appui de leur position ainsi qu'un récapitulatif des faits dans un délai maximum de 15 jours à compter de la notification par le médiateur de sa saisine.

### **ARTICLE V-7 :**

Les parties peuvent à tout moment mettre fin à la procédure de médiation.

### **ARTICLE V-8 :**

Le Médiateur informe sans délai les parties de la survenance de toute circonstance susceptible d'affecter son indépendance, son impartialité ou de nature à créer un conflit d'intérêts ainsi que de leur droit de s'opposer à la poursuite de sa mission. Si l'une des parties refuse en conséquence de poursuivre la médiation, il est mis fin à cette médiation.

### **ARTICLE V-9 :**

La saisine du Médiateur suspend la prescription.

### **ARTICLE V-10:**

Le Médiateur propose une solution motivée pour régler le litige dans les trois mois maximum à compter de la notification de sa saisine. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé dont les parties à la médiation devront être informées. Il s'agit d'une proposition rendue en droit et/ou en équité.

**ARTICLE V-11 :**

Dans la lettre de notification de la proposition aux parties il sera précisé que cette décision peut être différente de celle qu'aurait rendue un juge ; qu'elle ne prive pas les parties de leurs droits d'ester en justice si elles le souhaitent ; qu'elles sont libres de l'accepter ou de la refuser ; que l'acceptation de cette décision met un terme définitif au litige soumis au médiateur qui ne pourra plus faire l'objet d'un quelconque recours, tant amiable que judiciaire.

**ARTICLE V-12 :**

La proposition du médiateur sera notifiée aux parties par lettre recommandée avec accusé de réception. Les parties devront informer le médiateur de leur acceptation ou de leur refus dans un délai de 15 jours. La procédure de médiation sera clôturée dès l'acceptation de la solution proposée ou de la formalisation de la persistance du désaccord. En cas d'absence de réponse dans le délai fixé, il sera considéré que la proposition du médiateur est acceptée. Si la mutuelle refuse la proposition d'avis, elle devra en donner les raisons.