



Règlement intérieur

Validé par l'Assemblée Générale du 24 juin 2022

TITRE I COMMISSION SOCIALE

Article I-1 - Institution

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

Article I-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 I-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 I-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 I-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 I-6 – Condition d'accès

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

- L'adhérent ou l'ayant-droit doit justifier d'une ancienneté minimale de 24 mois à la mutuelle,
- et ne pas avoir bénéficié d'un secours exceptionnel dans les 24 mois précédant la demande.

Article I-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 (conubinage ...), 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 I-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 I-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 I-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 I-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 I -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 I -12 – Versement

Le secours exceptionnel constitue une disposition extracontractuelle et relève de l'action sociale de la mutuelle. L'adhésion du membre participant ou de l'ayant-droit doit être en cours de validité pour percevoir le versement. L'avis favorable rendu par la commission sociale sur la base d'un devis est exclusif et limité aux éléments du devis transmis.

Le versement du montant de l'aide attribuée intervient dans un délai maximum de trente jours par virement sur compte bancaire après réception de la facture acquittée.

Article I -13 – Caducité de l'avis favorable

L'avis favorable rendu devient caduc dans les cas suivants :

- si la facture est fournie dans un délai supérieur à 6 mois après notification de l'accord.
- si la facture fournie ne correspond pas au devis sur lequel la commission a statué.
- si un acte de radiation du membre participant ou de l'ayant-droit est enregistré.

TITRE II - ELEMENTS PRECISANT LES DISPOSITIONS DES STATUTS ET DU REGLEMENT MUTUALISTE

Article II-1 – 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 II -2 – 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 III 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 III -1 – DEFINITION

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

Article III -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 III -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 IV 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 réglementaires, 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 IV-1 :

La médiation de la consommation de la Mutualité Française est réalisée, conformément à l'article 58 des statuts de la FNMF, 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 IV - 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 IV -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 IV-4

Le médiateur peut être saisi :

- par courrier adressé à :
**Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15**
- soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

ARTICLE IV-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 IV-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 IV-7 :

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

ARTICLE IV-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 IV-9 :

La saisine du Médiateur suspend la prescription.

ARTICLE IV-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 IV-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 IV-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.

TITRE V**Remboursement des frais de mission****Article V-1**

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 délégués et mandataires mutualistes tels que définis par les statuts, peuvent être amenés à engager des frais de déplacement (transport en commun, transport individuel), dans le cadre de leurs mandats et délégations.

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 (en annexe 3),
- 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 annexes 4 et 5.

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.

ANNEXE 1

Type de dépenses PEC
Aménagement du logement ou d'un véhicule lié à une situation de handicap
Entretien appareillages divers
Acquisition d'appareillages
Dépenses de santé hors nomenclature mais indispensables

Si elle le juge nécessaire, la commission sociale peut accorder une aide sur condition exclusive de ressources dans la limite du plafond précisé article III-9

ANNEXE 2

Montant annuel des ressources	1 personne	2 personnes	Majoration par enfant	Taux maxi de PEC
≤	10 000€	12 500€	800€	70%
jusqu'à	13 500€	16 875€	800€	60%
jusqu'à	18 225€	22 781€	800€	50%
jusqu'à	24 604€	30 755€	800€	40%
jusqu'à	33 215€	41 519€	800€	30%
jusqu'à	44 840€	56 050€	800€	20%
Au-delà du plafond				10%

ANNEXE 3 – FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS

NOTE DE FRAIS											
NOM - PRENOM											
MOIS											
ANNEE											
2022											
SERVICE											
FONCTION											
DATE	DEPLACEMENT	MOTIF	KM PARCOURUS	TRANSPORT	HEBERGEMENT	RESTAURATION	AUTOROUTE	PARKING	DIVERS	Total / ligne	
										- €	
										- €	
										- €	
										- €	
										- €	
										- €	
										- €	
										- €	
										- €	
										- €	
										- €	
										- €	
										- €	
										- €	
										- €	
										- €	
		DISTANCE PARCOURUE	0							SS-TOTAL 2	- €
		VALEUR DE L'IK	0,55 €								
		SS-TOTAL 1	- €								
									AVANCES SUR FRAIS A DEDUIRE	(saisir date)	
										(saisir date)	
										(saisir date)	
									SS-TOTAL 3	- €	
									TOTAL GENERAL	- €	
LE BENEFICIAIRE											
certifié sincère le											
SIGNATURE											
VISA DE CONTRÔLE											
PART LE											
SIGNATURE											
Date de validation											
Date de retour au service											
Veuillez remettre le RIB du compte à créditer au service comptable											
Aucun remboursement de frais ne sera effectué en espèces											

ANNEXE 4 – REFERENTIEL DES FRAIS REMBOURSABLES

	A partir du 01/07/2022
Valeur de l'IK	0,60 €

ANNEXE 5 – REFERENTIEL KILOMETRIQUE POUR REMBOURSEMENT DES DEPLACEMENTS

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

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.