

REPUBLIQUE DU BENIN

— ☒ —

MINISTERE DU TRAVAIL ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

— ☒ —

DIRECTION GENERALE DU TRAVAIL

— ☒ —

MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE DU BENIN

REGLEMENT INTERIEUR

Adresse: Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin

Tel :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : CREATION – DENOMINATION – BUT DE LA MUTUELLE

Article 1 : Le présent règlement intérieur complète et clarifie les statuts de la Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin (MSSB). Tous les membres sont tenus de s'y conformer.

Article 2 : La Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin a pour objectif de promouvoir la prévoyance, l'entraide et la solidarité au profit de ses membres affiliés et de leur famille.

Article 3 : La devise de la Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin est : prévoyance, solidarité et entraide.

Article 4 : La Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin repose sur les principes suivants :

- La solidarité
- Le fonctionnement démocratique et participatif
- La non-lucrativité
- L'autonomie et la liberté dans le respect des lois
- La responsabilité
- La dynamique d'un mouvement social.

CHAPITRE II : COMPOSITION DE LA MUTUELLE ET OBLIGATIONS

SECTION 1 : LES MEMBRES DE LA MUTUELLE

Article 5 : La Mutuelle est composée de deux types de membres à savoir :

- les membres d'honneur ;
- les membres participants ou adhérents.

Article 6 : Le statut de membre d'honneur peut être accordé par l'AG, sur proposition du CA, à tout individu ayant rendu des services exceptionnels à la MSS, à la mutualité de façon générale ou sur le plan international. Le statut de membre d'honneur ne donne ni droit aux prestations offertes par la mutuelle ni à la participation à la prise de décision. Toutefois les membres d'honneur peuvent participer aux AG avec voix consultative. Ils ne sont soumis à aucune condition d'âge, de résidence ni de profession.

Article 7 : Deux types d'adhésion sont pratiqués par la Mutuelle de Sécurité Sociale pour les membres participants :

- **Adhésion des associations**

Les associations de travailleurs de l'économie informelle peuvent adhérer à la Mutuelle de Sécurité Sociale. Pour ce faire, ils doivent remplir les formalités suivantes :

- Adresser une demande d'adhésion au Président du Conseil d'Administration ;
- Remplir une fiche d'adhésion pour les associations ;
- Fournir une copie des textes de base de l'association ;
- Fournir la liste actualisée des membres de l'association ;
- Payer un droit d'adhésion dont le montant est fixé à 7 000 FCFA.

L'adhésion d'une association ouvre directement le droit de participation à tous ses membres à la mutuelle. Ceux-ci doivent remplir les conditions suivantes :

- Remplir une fiche d'adhésion
- Payer la première cotisation pour la branche choisie ;
- Fournir trois photos pour l'adhérent et deux photos de chacune des personnes à charge pour la branche maladie.

Cette modalité d'adhésion de groupe est également ouverte aux Petites et Moyennes Entreprises ainsi qu'à toute autre forme d'organisation constituée légalement.

- **Adhésion individuelle**

L'adhésion à la Mutuelle de Sécurité Sociale est également ouverte à des personnes physiques n'appartenant à aucune association membre. Celles-ci doivent remplir les conditions suivantes :

- Adresser une demande d'adhésion au Président du CA ;
- Remplir une fiche d'adhésion ;
- Payer un droit d'adhésion dont le montant est fixé à 3000 FCFA ;
- Payer la première cotisation pour la branche choisie
- Fournir trois photos pour l'adhérent et deux photos pour chacune des personnes à charge pour la branche maladie.

Article 8 : Les dossiers d'adhésion sont réceptionnés par les Cellules Techniques qui procèdent à leur examen et les enregistrent.

Article 9 : Tout nouvel adhérent est immédiatement immatriculé par un code et reçoit une carte d'adhésion.

Article 10 : Tout adhérent ayant plusieurs conjointes a la possibilité d'inscrire chacune d'elles comme adhérente en lui achetant un livret de membre. Toutefois, il ne doit pas payer un droit d'adhésion pour elles. Le bénéfice de cette condition se limite à un maximum de trois épouses.

Article 11 : Les adhésions sont possibles durant toute l'année.

SECTION II : LES OBLIGATIONS DES ADHERENTS ET DE LA MUTUELLE

Paragraphe 1 : Branche maladie

Article 12 : Tout adhérent de la branche maladie reçoit un livret de membre devant comporter les informations sur lui et ses personnes à charge, ainsi que les photos. Ce livret est cédé à 500 FCFA.

Article 13 : Tout adhérent a la possibilité de prendre en charge au maximum dix (10) personnes à charge pour la branche maladie.

Peuvent être personnes à charge, les individus suivants :

- Les conjoints (es)
- Les enfants âgés de moins de 21 ans
- Les autres personnes à charge de l'adhérent, âgées de moins de 21 ans.

Article 14 : Les adhérents, travailleurs de l'économie informelle, doivent payer pour eux et leurs personnes à charge une cotisation mensuelle dont le montant est fixé à 600 FCFA par bénéficiaire.

Article 15 : Le Conseil d'Administration peut fixer des cotisations différentes pour certains groupes cibles, après avis de l'Assemblée Générale.

Article 16 : La cotisation pour un mois donné doit être payée au plus tard le 20 du mois précédent.

Article 17 : Tout nouveau bénéficiaire de la Mutuelle de Sécurité Sociale doit subir une période d'observation de trois (03) mois, c'est-à-dire une période pendant laquelle il verse sa cotisation mais ne bénéficie pas encore des prestations.

Article 18 : Pour bénéficier des prestations au cours d'un mois donné, tout bénéficiaire doit être à jour dans le paiement de ses cotisations et avoir terminé la période d'observation.

Article 19 : Toute personne à charge à jour dans le paiement de ses cotisations, qui devient titulaire n'est plus soumise à la période d'observation.
Cette disposition s'applique également aux personnes à charge à jour dans le paiement de leurs cotisations et transférés sur le compte d'un autre adhérent.

Article 20 : En cas d'accouchement, le nouveau né déclaré à la mutuelle dans le mois de la naissance, ne subit pas la période d'observation. Toutefois, à la déclaration du nouveau né, l'adhérent doit verser l'équivalent de quatre mois de cotisation.

Article 21 : Toute femme en état de grossesse avant l'adhésion à la MSS ne peut être acceptée que si la grossesse date de moins de trois mois.

Article 22 : Aucun bénéficiaire ne peut jouir d'une intervention chirurgicale programmable avant un délai de 10 mois à compter de sa date d'adhésion.

Article 23 : La Mutuelle de Sécurité Sociale prend en charge suivant un système de tiers payant, 70% des coûts des soins de santé des bénéficiaires dans des formations sanitaires conventionnées.
Les 30% restants sont entièrement à la charge du bénéficiaire.

Article 24 : Les bénéficiaires de la mutuelle ont droit aux soins dans toutes les formations sanitaires conventionnées sur toute l'étendue du territoire national.

Article 25 : La Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin prend en charge les prestations définies dans le tableau suivant :

Prestations couvertes	Taux de prise en charge	Prestations non couvertes
<ul style="list-style-type: none"> - Consultation médecine générale adulte et enfants - Consultations spécialisées - Consultations pré et post natales - Accouchements simples, compliqués et césariennes (frais complémentaires) - Hospitalisation de jour (mise en observation) - Hospitalisation (frais de séjour) - Actes de chirurgie - Examens de laboratoire - Imagerie médicale (radiologie et échographie) - Soins infirmiers - Consommables médicaux et médicaments délivrés par les officines des structures sanitaires conventionnées. 	<p>Taux de prise en charge unique : 70%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prothèses - Frais de monture de verres médicaux - Traitement de la stérilité - Médicaments et consommables vendus dans les pharmacies privées - Maladies chroniques telles que VIH/SIDA. Les malades souffrant de ces pathologies sont orientés vers les structures nationales de prise en charge.

Article 26 : Seuls les examens prescrits par le personnel soignant dans la formation sanitaire visitée sont pris en charge par la mutuelle.

Article 27 : En cas d'hospitalisation dans une formation sanitaire comprenant plusieurs catégories de chambre, la catégorie applicable aux bénéficiaires de la mutuelle est celle dont le coût est le plus faible.

Toutefois, les bénéficiaires peuvent choisir, s'ils le souhaitent, une catégorie supérieure de chambre, mais dans ce cas les frais supplémentaires sont à leur charge.

Article 28 : Après ses soins dans une formation sanitaire conventionnée par la mutuelle, le bénéficiaire doit obligatoirement recevoir une attestation de soins récapitulant l'ensemble des actes reçus ainsi que des montants correspondants.

Article 29 : Le montant des cotisations ainsi que la gamme des prestations couvertes peuvent être modifiées en fonction de l'évolution des indicateurs de performance de la mutuelle.

Article 30 : Des montants de cotisations différentes pour les mêmes prestations peuvent être appliqués à des groupes en fonction de leur spécificité et dans le souci de renforcer la solidarité entre les adhérents.

Paragraphe 2 : Branche vieillesse

Article 31 : Les cotisations de la branche des pensions sont à taux fixes et correspondent à des niveaux de prestations définis. Elles sont payées tous les mois avant le 10 du mois suivant l'échéance.

Article 32 : Tout adhérent à la branche vieillesse a droit un livret individuel pour le suivi de ses cotisations. Le livret est cédé par la mutuelle à 500 FCFA.

Article 33 : La durée minimum de cotisation pouvant ouvrir le droit aux prestations de vieillesse est de 15 ans.

Toutefois les adhérents qui sont âgés de 45 ans au moins et 50 ans au plus à la date de la création de la Mutuelle peuvent être admis à bénéficier des prestations normales après une durée minimale de 10 ans de cotisation selon leur âge.

Au-delà de la durée minimum de cotisation qui est de 15 ans chaque année supplémentaire donne droit à 10 % de la prestation de base.

Article 34 : Exceptionnellement, les personnes âgées de plus de 50 ans à la date du démarrage officiel des activités de la Mutuelle peuvent dans un délai de trois mois demander leur affiliation et bénéficier d'une pension minimale après dix ans de cotisations.

Article 35 : Les adhérents selon leur possibilité financière, peuvent opter pour l'un des taux ci-après auxquels correspondent les pensions minima mensuelles suivantes :

<u>Taux mensuel de cotisation</u>	<u>Prestation mensuelle</u>
2.000	4.000
3.000	6.000
5.000	10.000
7.000	14.000
10.000	20.000
15.000	30.000
20.000	40.000
25.000	50.000
30.000	60.000
35.000	70.000
40.000	80.000
45.000	90.000
50.000	100.000

Article 36 : Les adhérents sont autorisés à changer d'option compte tenu des évolutions de leur capacité contributive.

Dans ces conditions, les prestations auxquelles ils peuvent prétendre seront calculées au prorata des périodes d'assurance passées dans chaque option.

TITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 91 : Un adhérent peut être suspendu en cas de faute ou de comportement non conforme aux textes de la mutuelle.

La suspension est prononcée par le Comité de Section Locale qui en rend compte à l'Assemblée.

La durée de la suspension est laissée à l'appréciation du Comité de Section Locale.

Article 92 : Pour la branche maladie, les adhérents ayant accumulé plus de cinq mois de retard dans le paiement des cotisations sont automatiquement radiés.

Tout personne radiée peut adhérer à nouveau à la mutuelle si elle remplit les conditions y afférentes. Elle doit en outre subir la période d'observation de trois mois avant de bénéficier des prestations.

Article 93 : Le Conseil d'Administration se réserve le droit de suspendre tout bénéficiaire souffrant d'une maladie chronique et entraînant des dépenses régulières et coûteuses mettant en péril la viabilité financière de la mutuelle.

Article 94 : Seul l'Assemblée Générale peut apporter des modifications au présent règlement intérieur.

Néanmoins, le Conseil d'Administration peut y apporter des modifications qui s'appliquent immédiatement, sous réserve de leur ratification par l'AG suivante.

Article 95 : Les modifications apportées aux statuts et règlement intérieurs doivent être chaque fois soumises à l'appréciation des Assemblées des sections Locales.

Article 96 : Quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations pour obtenir ou tenter d'obtenir pour lui-même ou pour un tiers des prestations qui ne sont pas dues, est passible des peines prévues par le Code pénal réprimant le délit d'escroquerie.

Il sera en outre tenu de rembourser à la mutuelle les sommes indûment payées par cette dernière.

Article 97 : Le présent règlement intérieur prend effet à compter de la date de son adoption par le Conseil d'Administration, en attendant son adoption par l'Assemblée Générale.

Fait à Cotonou, le 20 novembre 2009.

Le Président du Conseil d'Administration