

Référentiel Engagement de service

COMPLEMENTAIRE SANTE

« GESTION DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE :
OPTIMISER LE SERVICE AUX ADHERENTS »

Le responsable de la certification Engagement de service

Nom : Alain JOUNOT

Fonction : Directeur Département Commercial Innovation
et Développement Marketing et Développement

Date : 17 mai 2011

Visa :



Référence : REF 202-02

Edition : 27/04/2011

Tous les termes dont une définition est donnée dans le glossaire (voir chapitre 8) sont mis en évidence dans le présent document en mode souligné avec un astérisque, lors de leur premier usage dans le texte.

I. Domaine d'application

Le présent référentiel concerne les activités de gestion de contrats de couverture complémentaire santé. Il définit un ensemble d'engagements de service pris par l'organisme envers ses adhérents bénéficiaires des prestations portant sur les actes médicaux courants, dentaires, optiques, sur les prothèses, l'hospitalisation et la pharmacie (adhérents dits du règlement mutualiste 2* dans les statuts de l'organisme).

Ce référentiel est accessible à tout organisme exerçant cette activité.

II. Le contexte général

MGEN FILIA est une mutuelle santé créée en 2002, dans le cadre d'un partenariat entre la MAIF et la MGEN. Elle assure le remboursement de la part complémentaire à la sécurité sociale, et ne gère donc pas le régime obligatoire (contrairement à la MGEN). Elle est implantée sur l'ensemble du territoire national (métropole et DOM).

La gestion de MGEN FILIA est confiée à la MGEN.

Au 31/12/2006, elle regroupait 93 789 adhérents et avait versé 18 422 088 euros de prestations.

Sur les 4 premières années, elle a enregistré une croissance moyenne annuelle du nombre d'adhérents de plus de 25 %.

A/ Missions de l'Unité de gestion MGEN FILIA

Les missions dévolues à l'Unité de gestion (UG) nationale basée à Montpellier sont :

- l'enregistrement des adhésions et la mise à jour du fichier des adhérents,
- le recouvrement des cotisations,

- le paiement des prestations aux adhérents et aux professionnels de santé,
- la relation écrite avec les adhérents et les professionnels de santé,
- la relation téléphonique, en support du Centre d'Appels (CA) de Bordeaux.

B/ La démarche qualité de service de l'Unité de gestion MGEN FILIA

Le lancement d'une démarche qualité (Cap Service) au sein du groupe MGEN a permis de repositionner la notion de qualité du service au centre des activités gestionnaires de l'UG. À ce titre, des engagements de service spécifiques ont été fixés pour MGEN FILIA.

En parallèle, une étude portant sur l'analyse des réclamations reçues à l'Unité de Gestion en novembre 2004, et publiée en janvier 2005, a permis de déterminer des axes d'amélioration de la qualité. Les actions mises en œuvre ont essentiellement porté sur des modifications de fonctionnement de l'Unité de Gestion.

Ces attentes des adhérents ont été largement confirmées par les résultats de l'enquête de satisfaction (baromètre) publiés en juin 2006 et ont généré un plan d'actions.

C/ L'organisation de MGEN FILIA

Elle repose sur un réseau national composé de différentes structures :

- l'Unité de Gestion basée à Montpellier : organisée en trois unités (prestations, adhésions/cotisations, maîtrise/qualité) encadrés par 3 responsables d'équipe sous la responsabilité d'un responsable coordination management et d'un responsable de centre,
- le Centre d'Appels téléphoniques de Bordeaux qui traite les appels entrants des adhérents MGEN FILIA,
- les sections départementales MGEN, qui assurent la diffusion de l'offre de services MGEN FILIA et le service de proximité des adhérents,

- les délégations départementales MAIF qui ont des missions identiques à celles des sections MGEN par rapport à MGEN FILIA,
- le siège national du groupe MGEN qui regroupe les fonctions supports.

III. Le contexte réglementaire

Le présent référentiel s'inscrit dans le cadre de la certification de services prévue par les articles L. 115-27 à L. 115-32 et R. 115-1 à R. 115-3 du Code de la consommation.

MGEN FILIA est une mutuelle ; elle est soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.

Elle est sous la tutelle du Ministère de la Santé et des Solidarités et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), qui est notamment chargée de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires applicables aux mutuelles, ainsi que des engagements contractuels qui les lient aux adhérents.

IV. Les engagements de service

- 1) Nous transmettons à votre banque votre remboursement sous 8 jours calendaires.
- 2) Nous vous adressons votre carte d'adhérent au plus tard 2 semaines calendaires après la date de réception de votre dossier d'adhésion.
- 3) Nos téléconseillers sont à votre disposition pour répondre à vos demandes ou réclamations et vous renseigner sur votre dossier.
- 4) Nous réalisons, sur simple demande, dans les 5 jours calendaires, une étude personnalisée, afin de déterminer avec précision votre participation financière à la dépense de santé envisagée en optique, dentaire et hospitalisation.

- 5) Nous vous faisons bénéficier des dispositions négociées dans l'ensemble de notre réseau de professionnels de santé ayant passé une convention avec la mutuelle *(dispense d'avance des frais et /ou plafonnement des honoraires et/ou engagement qualité).
- 6) Nous apportons une réponse écrite, sous 8 jours calendaires, à vos courriers (demande d'information ou réclamation).
- 7) Nous vous informons des services proposés par notre organisme et de leurs évolutions, notamment tarifaires, un mois calendaire au minimum avant leur mise en application.
- 8) Nous évaluons régulièrement votre satisfaction pour être au plus près de vos attentes.

5. Engagements

N°	Engagements	Détails de l'engagements	Eléments de preuve
1	<p>Nous transmettons à votre banque votre remboursement sous 8 jours calendaires</p>	<p>La transmission du remboursement à la banque s'effectue sous un délai de 8 jours calendaires à compter de la date de réception des documents adressés par l'adhérent.</p> <p>Dossiers incomplets : dans certains cas de remboursement, lorsqu'il est nécessaire d'obtenir des documents justificatifs ou des informations complémentaires, un courrier est envoyé à l'adhérent, lui indiquant les pièces à joindre.</p> <p>En cas d'écart significatif (> à 15 jours calendaires) signalé par un adhérent ou détecté en interne : action curative</p> <p>Des dispositions sont prévues pour permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - traiter ces dossiers en priorité, (modalités à définir en fonction du montant à rembourser ou de la situation personnelle de l'adhérent, certains dossiers pouvant faire l'objet d'un paiement manuel), - En cas de signalement par l'adhérent, l'informer du délai dans lequel sa demande sera traitée. <p>L'analyse des actions curatives réalisées peut conduire à la mise en place d'actions correctives.</p>	<p>Document décrivant le processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de gestion des dossiers de <u>liquidation</u>* - de traitement des situations inacceptables <p>Tableaux de suivi « situation des activités de liquidation » hebdomadaires et mensuels incluant les situations inacceptables</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Stocks de dossiers liquidation, en jours <input type="checkbox"/> Nombre de factures réglées sous 8 jours <input type="checkbox"/> % de factures réglées sous 8 jours <input type="checkbox"/> % de factures réglées en plus de 15 jours
2	<p>Nous vous adressons votre carte d'adhérent au plus tard 2 semaines calendaires après la date de réception de votre dossier d'adhésion</p>	<p>Les demandes d'adhésion sont traitées sous 8 jours calendaires après réception du dossier d'adhésion complet.</p> <p>La carte d'adhérent permet d'attester du statut d'adhérent, de justifier les droits du mutualiste aux services et prestations associés et de bénéficier d'une dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé conventionnés.</p> <p>La carte d'adhérent mentionne les dates de validité des droits, son renouvellement est</p>	<p>Courriers-types</p> <p>Document décrivant le processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de gestion des dossiers d'adhésion - de traitement des situations inacceptables

		<p>assuré chaque année automatiquement sans formalité de la part de l'adhérent.</p> <p>Un courrier de bienvenue spécifie les modalités d'usage et les avantages liés à la carte d'adhérent.</p> <p><u>En cas d'écart significatif (> à 4 semaines calendaires) signalé par l'adhérent, ou détecté en interne :</u> action curative</p> <p>Des dispositions sont prévues pour permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - traiter ces dossiers en priorité, - En cas de signalement par l'adhérent, l'informer du délai dans lequel sa demande sera traitée. <p>L'analyse des actions curatives réalisées peut conduire à la mise en place d'actions correctives.</p>	<p>Contrat de service interne avec le centre informatique</p> <p>Tableau de suivi « situation des activités » hebdomadaire incluant les situations inacceptables</p> <p><u>Indicateurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Stock de bulletins d'adhésion, en jours <input type="checkbox"/> Nombre de réclamations sur délai réception carte : <ul style="list-style-type: none"> - dont nombre de réclamations portant sur délai >15 j calendaires - dont nombre de réclamations portant sur délai > 4 semaines calendaires <input type="checkbox"/> % de cartes envoyées avec un délai < 15 jours calendaires <input type="checkbox"/> % de cartes envoyées avec un délai > 4 semaines calendaires
3	<p>Nos téléconseillers sont à votre disposition pour répondre à vos demandes ou réclamations* et vous renseigner sur votre dossier</p>	<p>L'accueil téléphonique est assuré aux jours et aux horaires communiqués à l'adhérent sur tout support (par exemple : site Internet, plaquette, ...)</p> <p>En dehors des heures et jours d'ouverture, un message précise les horaires d'ouverture, oriente vers le site Internet, et donne le numéro de la plateforme pour l'assistance à domicile.</p> <p>Lorsque l'adhérent appelle, une réponse lui est donnée immédiatement ou il est recontacté à un moment convenu avec lui.</p> <p>La relation téléphonique est courtoise et personnalisée lorsque possible, une reformulation permet de s'assurer en fin de communication que la réponse à la demande a été apportée.</p> <p>Lorsque l'adhérent en exprime le besoin ou lorsqu'un justificatif est nécessaire, une</p>	<p>Guide de l'accueil téléphonique</p> <p>Guide de la communication écrite</p> <p>Contrat de service avec le Centre d'appels</p> <p>Document décrivant le processus de traitement des situations inacceptables</p> <p>Planning du personnel</p> <p>Outil de suivi des appels (aboutis, etc.)</p> <p>Outil de gestion de la relation avec les</p>

		<p>réponse écrite ou une confirmation écrite de la réponse apportée est adressée à l'appelant par le service compétent, sous la forme la plus rapide en fonction des informations que nous a communiquées l'adhérent (fax, e-mail, courrier postal...).</p> <p>Pour toute demande ayant une incidence financière, les éléments indiqués sont notés dans l'outil de traçage des appels et un justificatif écrit est systématiquement proposé à l'adhérent.</p> <p><u>En cas d'oubli de rappel de l'adhérent par l'unité de gestion, et signalé par lui</u> : action curative</p> <p>Des dispositions sont prévues pour permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - traiter ces dossiers en priorité. <p>L'analyse des actions curatives réalisées peut conduire à la mise en place d'actions correctives.</p>	<p>adhérents</p> <p><u>Indicateurs</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> % d'appels traités/appels reçus <input type="checkbox"/> Temps d'attente moyen <input type="checkbox"/> Nombre de réclamations sur non rappels <input type="checkbox"/> Nombre de réclamations concernant la qualité de l'accueil téléphonique
4	<p>Nous réalisons, sur simple demande, dans les 5 jours calendaires, une étude personnalisée, afin de déterminer avec précision votre participation financière à la dépense de santé envisagée en optique, dentaire et hospitalisation.</p>	<p>L'organisme réalise à la demande des adhérents des devis gratuits et personnalisés pour chaque type de prestation comprenant au moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le montant pris en charge par le régime obligatoire, - la participation de l'organisme complémentaire, - et le montant restant à la charge de l'adhérent. <p>Cette information est communiquée sous 5 jours calendaires à compter de la réception de la demande de l'adhérent, par le moyen le plus approprié (fax, mail, courrier...) et dans les formes convenues avec le consommateur.</p> <p><u>En cas d'erreur dans le devis signalé par l'adhérent ou le professionnel de santé ou en cas de délai d'envoi du devis >8 jours calendaires</u> : action curative</p> <p>Des dispositions sont prévues pour permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - traiter ces dossiers en priorité, - identifier la source de l'erreur afin d'y remédier, - rembourser l'adhérent (en cas d'erreur dans le devis imputable à la mutuelle et ayant 	<p>Document décrivant le processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'élaboration des devis - de traitement des situations inacceptables <p>Modèles de lettre</p> <p><u>Indicateur</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Suivi du délai d'envoi des devis <input type="checkbox"/> Suivi de l'exactitude des devis

		entraîné un surcoût pour l'adhérent). L'analyse des actions curatives réalisées peut conduire à la mise en place d'actions correctives.	
5	Nous vous faisons bénéficier des dispositions négociées dans l'ensemble de notre réseau de professionnels de santé ayant passé une convention avec la mutuelle (dispense d'avance de frais et/ou plafonnement des honoraires et/ou engagement qualité)	L'étendue du réseau est cohérente avec le périmètre d'action de l'organisme. Pour l'accès à certains soins spécifiques (dentaire, optique, hospitalisation...), une relation directe est établie avec le professionnel de santé. <u>En cas de refus d'application des dispositions conventionnelles signalé par l'adhérent</u> : action curative Des dispositions sont prévues pour permettre de : - informer la section du département du refus du professionnel de santé afin qu'elle reprecise avec lui les engagements inhérents à la signature de la convention, - rembourser l'éventuel surcoût à l'adhérent dès lors que celui-ci n'a pas formulé de demande particulière sortant du cadre de la convention.	Modèles de convention avec les professionnels de santé Document décrivant le processus de traitement des situations inacceptables Liste (non publique) des professionnels conventionnés Contrat de service interne avec la Direction en charge notamment du conventionnement <u>Indicateur</u> : <input type="checkbox"/> Tableau de suivi du nombre de professionnels de santé conventionnés / ensemble des professionnels de santé, par catégorie
6	Nous apportons une réponse écrite, sous 8 jours calendaires, à vos courriers (demande d'information ou réclamation)	Pour toute demande d'informations ou réclamation, l'adhérent reçoit une réponse écrite, sous 8 jours calendaires à réception du courrier. Le courrier réponse est personnalisé et comprend les informations suivantes : - la date, - le nom de la personne en charge du suivi de la demande, - le rappel de l'objet du courrier, - la réponse, - une formule de politesse. Pour les courriers nécessitant un délai ou une recherche, l'adhérent est informé de la	Lettres-types Document décrivant le processus : - communiquer par écrit (guide de la communication écrite) - traitement des situations inacceptables Outil de suivi des réclamations <u>Indicateurs</u> : Stocks de courriers en jours

		<p>réception de son courrier et de la suite qui sera donnée à sa demande, notamment en termes de délais, par téléphone, lettre, fax ou mail.</p> <p>Le terme « courrier » est générique et regroupe les lettres, fax, et courriels, qu'il s'agisse d'une réclamation ou d'une demande d'informations.</p> <p><u>En cas d'écart significatif (délai supérieur à 15 jours calendaires) signalé par l'adhérent ou détecté en interne</u> : action curative</p> <p>Des dispositions sont prévues pour permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - traiter ces dossiers en priorité, - identifier la source de non conformité afin d'y remédier. <p>L'analyse des actions curatives réalisées peut conduire à la mise en place d'actions correctives</p>	<p>Nombre de courriers sondés</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre de courriers jugés qualitativement conformes</p> <p><input type="checkbox"/> % de courriers jugés qualitativement conformes</p> <p><input type="checkbox"/> % de courriers dont délais réponse < ou = 8 jours calendaires</p> <p><input type="checkbox"/> % courriers dont délais réponse > 15j calendaires</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre de réclamations sur réponses hors délais</p> <p>-dont nombre de réclamations sur réponses hors délais > 8 jours</p> <p>-dont nombre de réclamations sur réponses hors délais >15 jours</p>
7	<p>Nous vous informons des services proposés par notre organisme et de leurs évolutions, notamment tarifaires, un mois calendaire au minimum avant leur mise en application</p>	<p>L'offre de service est présentée de façon claire, lisible et compréhensible.</p> <p>Elle porte sur le niveau des prestations, le montant des cotisations, notre partenariat avec des professionnels de santé et des informations sur l'organisme lui-même.</p> <p>Elle figure sur la plaquette remise au moment de l'adhésion et sur des supports spécifiques à l'organisme.</p> <p>Elle est accessible sur site Internet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'adresse du site et les coordonnées des services permettant d'accéder à ces informations figurent sur les documents de l'organisme. <p><u>En cas d'informations erronées sur les supports de communication utilisés (signalées par l'adhérent et détectées en interne)</u> : action curative</p> <p>Des dispositions sont prévues pour permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - remercier l'adhérent pour ce signalement, 	<p>Lettres types</p> <p>Brochures, site Internet, documentation, courriers</p> <p>Document décrivant le processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'information et de formation en interne (pour application effective) - de traitement des situations inacceptables <p><u>Indicateurs</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> Suivi des dates d'envoi des évolutions statutaires par rapport à leur date de mise en application</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - identifier la source de non conformité afin d'y remédier. - rembourser l'adhérent en cas d'erreur par rapport à un <u>document contractuel</u> * <p>Spécifiquement, sur le site Internet, la correction doit être apportée dans un délai maximum de 8 jours calendaires.</p> <p>L'analyse des actions curatives réalisées peut conduire à la mise en place d'actions correctives.</p>	<input type="checkbox"/> Enquête de satisfaction
8	Nous évaluons régulièrement votre satisfaction pour être au plus près de vos attentes	<p>Une enquête de satisfaction est réalisée tous les ans.</p> <p>Les résultats sont analysés et suivis, ils donnent lieu à un plan d'amélioration.</p> <p>Un suivi de l'efficacité des actions d'amélioration est réalisé.</p> <p>Une synthèse reprenant les points forts et les sources d'amélioration est mise à disposition des adhérents sur simple demande.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Résultats de l'enquête satisfaction - Contrats de service internes avec les différentes Directions en charge du sujet.

V Les dispositions d'organisation

5.1 – Responsabilités

MGEN FILIA a défini les responsabilités de toute personne dont l'activité a une incidence sur le respect des engagements de service dans un organigramme, ainsi que dans les définitions de fonctions correspondantes. La mission du responsable de la mise en œuvre de la certification de service est également définie. L'organigramme de l'Unité de gestion MGEN FILIA est communiqué à l'ensemble des collaborateurs.

5.2 – Organisation documentaire

L'organisation documentaire comporte d'une part les documents de référence servant à mettre en œuvre les différents éléments du référentiel et d'autre part les enregistrements apportant la preuve de cette mise en œuvre.

Les principaux documents et enregistrements sont définis dans le chapitre 4, en regard de chaque engagement de service concerné.

Ces documents et enregistrements peuvent être :

- propres à MGEN FILIA :
 - plaquettes,
 - guides,
 - fiches,
 - supports de formation,...
 - des procédures,
 - des modes opératoires, consignes,
 - des enregistrements relatifs à la qualité.
- d'origine externe tels que :
 - textes légaux et réglementaires.

Une procédure « gérer les documents et enregistrements qualité » définit les responsabilités, les moyens et les modalités de gestion et d'actualisation des documents, y compris ceux d'origine extérieure, nécessaires à la réalisation des activités et à l'obtention des résultats planifiés.

Les salariés ont accès aux documents cités (support papier, base documentaire).

Les documents fournis par les adhérents, dans le cadre de la gestion de leur contrat complémentaire santé, sont conservés dans des conditions définies au sein de chacune des activités.

La liste des enregistrements qualité est accessible à l'ensemble des salariés.

5.3 – Formation du personnel

La procédure « Former le personnel » a pour objectif d'assurer la compétence du personnel dont l'activité a un impact sur la qualité du service. Elle décrit l'identification des besoins en formation ainsi que le déroulement et le suivi des formations.

Détection des besoins en formation : afin de rendre opérationnel tout nouvel embauché, intérimaire ou salarié nommé à un nouveau poste, un plan de formation est établi. Chaque responsable évalue régulièrement la capacité de ses collaborateurs à réaliser les activités qui lui sont confiées et identifie les éventuels besoins en formation.

Sensibilisation à la qualité et aux exigences clients : la présentation de la démarche qualité est intégrée dans le support de formation utilisé lors de la présentation de l'Unité de Gestion aux nouveaux embauchés.

L'intégralité des résultats correspondants aux indicateurs qualité est regroupée dans un tableau consultable par l'ensemble des collaborateurs.

La notion de qualité de service est régulièrement évoquée dans les échanges avec les collaborateurs, notamment lors des réunions hebdomadaires.

VI. Les modalités de suivi et de pilotage du respect des engagements

6.1 – Contrôle des écarts (contrôle interne)*

Le respect des engagements de service est vérifié régulièrement par les personnels concernés ; la fréquence des contrôles est définie par engagement dans un tableau récapitulatif.

La détection d'écarts lors des suivis fait l'objet d'un enregistrement. L'écart est analysé et traité, l'analyse intègre la mesure de l'efficacité de l'action mise en place

6.2 – Audits internes*

MGEN FILIA réalise 1 audit interne par an pour chacune des activités entrant dans le périmètre de la certification.

Ces audits, définis dans la procédure « audits qualité internes », permettent la vérification du respect :

- des engagements,
- des dispositions d'organisation,
- des modalités de suivi et de pilotage, décrites dans le présent référentiel.

L'organisation des audits internes est placée sous la responsabilité du responsable d'unité « maîtrise/qualité » qui planifie le programme d'audit pour l'ensemble des auditeurs internes et en vérifie la réalisation.

Les audits sont réalisés par des personnes indépendantes de l'activité auditée, habilitées et qualifiées pour celle-ci.

Pour être qualifiés, les auditeurs internes doivent avoir suivi une formation (interne ou externe) à l'audit qualité.

Le responsable d'unité « maîtrise/qualité » examine les comptes rendus, s'assure de la mise au point de plans d'amélioration lorsque des écarts sont constatés, met en œuvre et suit les actions correctives et évalue leur efficacité.

Une synthèse des audits est réalisée par le service qualité. Cette synthèse est présentée au responsable de l'Unité de Gestion MGEN Filia lors de la revue de Direction.

6.3 – Sous-traitance (interne ou externe)

Le respect de certains engagements implique la mise en place et le respect de contrats internes passés avec différents sous-traitants internes et différentes directions du Siège National.

Un bilan sera fait chaque année sur le respect des termes des contrats et sur d'éventuelles modifications pouvant y être apportées.

6.4 – Traitement et suivi des réclamations clients : cf. engagement N°6 et N°3

L'engagement N°6, et une partie de l'engagement N°3 pour l'accueil téléphonique, traitent du sujet des réclamations et de leur gestion.

6.5 – Enquêtes de satisfaction

Des enquêtes de satisfaction sont réalisées au moins une fois par an. (cf. engagement 8).

Les mesures de la satisfaction portent au minimum sur l'ensemble des engagements du présent référentiel ; elles s'adressent à un échantillon représentatif de la population des adhérents.

Une analyse des points forts et des points faibles est réalisée et comparée avec l'analyse des insatisfactions. Cette analyse permet de décider la mise en œuvre d'un plan d'amélioration et d'en effectuer le suivi.

6.6 – Indicateurs de performance

Afin de veiller au respect des engagements de service, des indicateurs ont été définis et sont suivis régulièrement. Il s'agit d'indicateurs quantitatifs. Ils sont identifiés dans chaque engagement (voir plus haut).

MGEN Filia crée et met à jour un tableau qui présente les objectifs chiffrés associés à chaque indicateur :

- un objectif garantissant la réalisation de l'activité et le respect de l'engagement de service,
- une limite en deçà de laquelle l'engagement de service est considéré comme non respecté, provoquant ainsi l'action curative.

Lorsque la valeur d'un indicateur se situe entre l'objectif et la limite fixée (mettant ainsi en évidence un risque potentiel), il peut être alors opportun d'engager une action préventive ou d'amélioration.

Lorsque la valeur d'un indicateur de performance dépasse la limite fixée, il est nécessaire d'engager une action corrective. Ceci est valable pour les engagements 1, 2 et 6 pour lesquels une action corrective est directement associée au non-respect d'un indicateur de performance.

L'auditeur AFNOR Certification est garant de la pertinence des objectifs et que les résultats atteints sont en phase avec ceux-ci.

Récapitulatif des indicateurs de performance, par engagement :

N°	Engagement	Indicateurs
1	Nous transmettons à votre banque votre remboursement sous 8 jours calendaires	<ul style="list-style-type: none"> - Stocks de dossiers liquidation, en jours - Nombre de factures réglées en moins de 8 jours - % de factures réglées en moins de 8 jours - % de factures réglées en plus de 15 jours
2	Nous vous adressons votre carte d'adhérent au plus tard 2 semaines calendaires après la date de réception de votre dossier d'adhésion	<ul style="list-style-type: none"> - Stock de bulletins d'adhésion, en jours - Nombre de réclamations sur délai réception carte : - dont nombre de réclamations portant sur délai >15 j calendaires - dont nombre de réclamations portant sur délai > 4 semaines calendaires - % de cartes envoyées avec un délai < 15 jours calendaires - % de cartes envoyées avec un délai > 4 semaines calendaires
3	Nos téléconseillers sont à votre disposition pour répondre à vos demandes ou <u>réclamations*</u> et vous renseigner sur votre dossier	<ul style="list-style-type: none"> - % d'appels traités/appels reçus - Temps d'attente moyen - Nombre de réclamations sur non rappels - Nombre de réclamations concernant la qualité de l'accueil téléphonique
4	Nous réalisons, sur simple demande, dans les 5 jours calendaires, une étude personnalisée, afin de déterminer avec précision votre participation financière à la dépense de santé envisagée en optique, dentaire et hospitalisation.	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi du délai d'envoi des devis - Suivi de l'exactitude des devis
5	Nous vous faisons bénéficier des dispositions négociées dans l'ensemble de notre <u>réseau de professionnels de santé ayant passé une convention avec la mutuelle*</u> (dispense d'avance de frais et/ou plafonnement des honoraires et/ou engagement qualité)	<ul style="list-style-type: none"> - Tableau de suivi du nombre de professionnels de santé conventionnés / ensemble des professionnels de santé, par catégorie
6	Nous apportons une réponse écrite, sous 8 jours calendaires, à vos courriers (demande d'information ou <u>réclamation*</u>)	<ul style="list-style-type: none"> - Stocks de courriers en jours - Nombre de courriers sondés - Nombre de courriers jugés qualitativement conformes - % de courriers jugés qualitativement conformes - % de courriers dont délais réponse < 8 jours calendaires - % courriers dont délais réponse > 15j calendaires - Nombre de réclamations sur réponses hors délais :

		- dont nombre de réclamations sur réponses hors délais >8 jours - dont nombre de réclamations sur réponses hors délais >15j
7	Nous vous informons des services proposés par notre organisme et de leurs évolutions, notamment tarifaires, un mois calendaire au minimum avant leur mise en application	- Suivi des dates d'envoi des évolutions statutaires par rapport à leur date de mise en application - Enquête de satisfaction
8	Nous évaluons régulièrement votre satisfaction pour être au plus près de vos attentes	- Résultats du baromètre de satisfaction par téléphone

6.7 – Bilans annuels

Une revue de direction a lieu au moins une fois par an.

Elle permet de procéder à un examen complet de l'ensemble du dispositif d'amélioration de la qualité du service.

Elle aboutit à la rédaction d'un plan global d'amélioration.

L'équipe de direction veille à la mise en application du plan global d'amélioration.

VII. Les modalités de communication

La communication sur la certification de service, au sens de l'article L115-28 du code de la consommation, doit respecter les dispositions légales y afférentes, notamment celles prévues dans l'article R-115-2.

Le Conseil National de la Consommation a rendu public fin 2007 son avis sur les modalités de communication relatives à la certification de service (BOCCRF du 17/12/2007).

Lorsque l'entreprise fait référence à la certification de service, elle doit distinguer deux types de supports :

1) Supports de communication sur la certification de service

Il s'agit :

- du certificat AFNOR Certification affiché dans les locaux du bénéficiaire,
- de tout support dont l'objet est la certification de service.

Ces supports mentionnent obligatoirement:

- Le logo ENGAGEMENT DE SERVICE contenant :
 - l'adresse du site internet d'AFNOR Certification : www.afnor.org,
 - le code du référentiel : REF-202 et l'activité associée : « complémentaire santé »
 - le nom AFNOR Certification
- la liste des engagements de service certifiés

2) Supports de communication institutionnelle ou d'information générale sur l'entreprise

Sur tout autre document de communication à caractère institutionnel ou d'information générale sur l'entreprise (site Internet, revue trimestrielle, plaquette de communication ...) doivent apparaître au minimum les éléments suivants :

- Le logo ENGAGEMENT DE SERVICE contenant :
 - l'adresse du site internet d'AFNOR Certification : www.afnor.org,
 - le code du référentiel : REF-202 et l'activité associée : « complémentaire santé »
 - le nom AFNOR Certification
- lorsque le support le permet, il est préconisé de faire figurer un extrait de la liste des principaux engagements de service ou les modalités d'obtention des supports de communication sur la certification de service.

Toute communication sur le site Internet doit renvoyer par un lien à une page dont l'objet est la certification de service et répondant aux critères exposés précédemment.

Cette communication s'effectue dans le respect du règlement d'utilisation de la marque ENGAGEMENT DE SERVICE.

VIII Glossaire

Adhèrent du règlement 2 de la mutuelle MGEN FILIA (Champ de recrutement des adhérents individuels)

La mutuelle MGEN FILIA garantit deux catégories d'adhérents. Les adhérents dits du règlement 1 (voir point 1 ci-dessous) et les adhérents dits du règlement 2 (voir point 2 ci-dessous). Seuls les adhérents dits du règlement 2 bénéficient de prestations complémentaires santé et sont donc concernés par les engagements contenus dans le présent référentiel (ceux du règlement 1 ne bénéficient que d'un service d'aide à domicile).

Extrait des statuts de MGEN FILIA

1. Les membres participants de la MGEN sont membres participants de MGEN Filia par l'effet de la décision de leurs délégués réunis en Assemblée générale le 5 juillet 2001, de fonder MGEN Filia. Ils n'ont pas la faculté de renoncer à cette qualité.

Les membres participants, tels que définis au **1.** du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement 1. Les dispositions des présents Statuts des articles 7 à 17 (*tableau des prestations complémentaires santé et des cotisations*) ne leur sont pas applicables.

2. Peuvent également adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- se situant hors du champ de recrutement de la MGEN et n'ouvrant pas droit à la qualité de bénéficiaire d'un membre participant MGEN, dans le respect du 1. ,
- avoir été membre participant ou bénéficiaire radié d'office de la MGEN depuis moins d'un an, ou être sociétaire ou assuré de Maif, Filia Maif ou Parnasse Maif, ou avoir été dans le dispositif CMU de la MGEN (bénéficiaire ou dans l'année de sortie de couverture de la CMU) depuis moins d'un an,
- être bénéficiaire d'un régime obligatoire de Sécurité Sociale français.

En outre, peuvent également adhérer à la mutuelle, à la condition d'être assuré social ou ayant droit sécurité sociale :

- les conjoints,
- partenaires liés par un Pacs,
- concubins vivant au domicile,

des personnes mentionnées au paragraphe précédent.

Les membres participants, tels que définis au **2.** du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement 2.

Les dispositions des présents statuts des articles 8 à 18 (tableau des prestations complémentaires santé et des cotisations) leur sont applicables.

Audit interne :

L'audit interne permet de vérifier que les actions permettant d'atteindre les engagements du référentiel (notamment le dispositif de contrôle interne) sont déployées et efficaces.

Contrôle interne :

Le contrôle interne a pour finalité la maîtrise des activités (et des risques associés), l'efficacité des opérations et l'utilisation efficiente des ressources de l'entreprise

Liquidation

Décompte des droits à remboursement, en montant, calculé à partir de la dépense engagée, de la garantie détenue par l'adhérent et des statuts de la mutuelle.

Réclamation

Expression d'une insatisfaction.

Réseau conventionné

Le réseau conventionné avec la mutuelle permet à l'adhérent de bénéficier d'une dispense d'avance de frais et/ou d'un plafonnement des honoraires et/ou d'un engagement qualité auprès de professionnels de santé conventionnés et pour certaines prestations, de niveaux de remboursement plus élevés que lorsque les professionnels de santé ne sont pas conventionnés.

Document contractuel

Un document commercial n'est jamais contractuel