



## **Livret Mutualiste**

### **Statuts Mutualistes**

Statuts approuvés par l'assemblée générale du 7 juin 2002  
Modifié par l'assemblée générale du 23 juin 2022

### **Règlement Mutualiste**

Règlement approuvé par l'assemblée générale du 7 juin 2002  
Modifié par le conseil d'administration du 17 décembre 2020

### **Règlement Intérieur**

Règlement approuvé par l'assemblée générale du 7 juin 2002  
Modifié par l'assemblée générale du 23 juin 2022

**Document à conserver par le membre participant et l'ayant droit**

**Applicable au 23 juin 2022**

# SOMMAIRE

## STATUTS MUTUALISTES

|  |       |
|--|-------|
| <b>TITRE 1 – FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE</b>                      | P. 3  |
| <b>CHAPITRE 1 - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE</b>                                | P. 3  |
| <b>CHAPITRE 2 - CONDITIONS D'ADHESION, DE DEMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION</b> | P. 3  |
| <b>TITRE 2 - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE</b>                                       | P. 5  |
| <b>CHAPITRE 1 - ASSEMBLEE GENERALE</b>   | P. 5  |
| <b>CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION</b>   | P. 6  |
| <b>CHAPITRE 3 - PRESIDENT ET BUREAU</b>  | P. 8  |
| <b>CHAPITRE 4 - ORGANISATION FINANCIERE</b>  | P. 9  |
| <b>CHAPITRE 5 - COMMISSIONS DIVERSES</b>   | P. 10 |
| <b>TITRE 3 – INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS</b>                                | P. 11 |
| <b>TITRE 4 – DISPOSITION DIVERSES</b>  | P. 11 |

## REGLEMENTS MUTUALISTES

|  |       |
|--|-------|
|  | P. 12 |
| <b>TITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES</b>                                      | P. 12 |
| <b>TITRE 2 – LES COTISATIONS</b>   | P. 13 |
| <b>TITRE 3 – CHANGEMENTS ADMINISTRATIFS</b>                                  | P. 14 |
| <b>TITRE 4 – LES PRESTATIONS</b>   | P. 14 |
| <b>TITRE 5 – DISPOSITIONS DIVERSES</b>                                       | P. 16 |
| <b>TITRE 6 – TIERS PAYANT</b>  | P. 16 |
| <b>TITRE 7 – TABLEAU DES COTISATIONS</b>                                     | P. 17 |
| <b>TITRE 8 - TABLEAU DES MONTANTS OU TAUX DES REMBOURSEMENTS</b>             | P. 18 |
| <b>TITRE 9 - TABLEAU DES PIECES A FOURNIR POUR PERCEVOIR LES PRESTATIONS</b> | P. 21 |
| <b>TITRE 10 – AUTRES AVANTAGES ACCORDES PAR LA MUTUELLE</b>                  | P. 22 |

## REGLEMENTS INTERIEUR

|  |       |
|--|-------|
|  | P. 22 |
| <b>TITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES</b>        | P. 22 |
| <b>TITRE 2 – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE</b> | P. 22 |

La loi applicable pour régir les rapports entre la mutuelle et le membre participant relève du code de la mutualité. La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège est situé 4, place de Budapest, 75436 PARIS Cedex 09.

MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS (MSPP) soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 391 036 183, numéro LEI 969500DLZG3AOVB04P62 - La mutuelle est inscrite à l'ORIAS sous le n°21009558 pour le compte exclusif de Banque Française Mutualiste en tant qu'intermédiaire en opération de banque et en services de paiement (<http://www.orias.fr>) - 104, avenue de Fontainebleau - 94270 KREMLIN BICETRE - Tél. : 01 43 90 44 51

# **Ce livret mutualiste est destiné aux membres participants relevant du Contrat d'adhésion de la MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS, dénommée MSPP**

**Elle en présente les Statuts mutualistes, règlement mutualiste et règlement intérieur.**

## **STATUTS MUTUALISTES**

### **TITRE 1 – FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE**

#### **CHAPITRE 1 - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE**

##### **ARTICLE 1 DENOMINATION DE LA MUTUELLE**

Il est constitué une mutuelle dénommée « Mutuelle des Sapeurs-Pompiers de PARIS » (MSPP), qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le code de la Mutualité. Elle est soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et inscrite au répertoire Sirene sous le numéro 391 036 183.

##### **ARTICLE 2 SIEGE DE LA MUTUELLE**

Le siège de la Mutuelle est situé 104 avenue de Fontainebleau, 94270 Le Kremlin-Bicêtre.

##### **ARTICLE 3 OBJET DE LA MUTUELLE**

La Mutuelle a pour objet de garantir ses membres participants et leurs ayants droit contre les risques et aléas de l'existence :

1 - en réalisant les opérations d'assurance suivantes :

Couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie en prestations complémentaires de la Sécurité Sociale,

2 - en versant des prestations supplémentaires et particulières,

3 - en allouant des secours exceptionnels et des allocations diverses prélevés sur un fonds d'action,

4 - en faisant bénéficier des garanties offertes contre les risques décès invalidité, dans le cadre des contrats spécifiques N°0394 D et N°A063 F souscrit auprès de la C.N.P Assurances et en proposant des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance,

5 - en faisant bénéficier des services et prestations créés par les fédérations et unions auxquelles elle adhère, conformément aux dispositions statutaires.

##### **ARTICLE 4 REGLEMENT MUTUALISTE**

En application de l'article L.114-1 du code de la mutualité, un règlement mutualiste adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

##### **ARTICLE 5 REGLEMENT INTERIEUR**

Un règlement intérieur approuvé par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit les règles de fonctionnement administratives et financières de la Mutuelle.

Tous les membres participants sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlement mutualiste.

Le conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la plus proche assemblée générale.

##### **ARTICLE 6 RESPECT DE L'OBJET DES MUTUELLES**

Les organes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L.111-1 du code de la mutualité.

##### **ARTICLE 7 INFORMATIQUE ET LIBERTE**

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Ces informations pourront être transmises aux partenaires de la Mutuelle aux fins d'information sur les services que ceux-ci sont en mesure de leur proposer. Aucune des informations transmises à ce titre ne pourra faire l'objet de la part de ces partenaires d'une cession ou mise à disposition à d'autres tiers à des fins commerciales. Toutefois, conformément à la loi informatique et liberté, les membres participants peuvent exercer leur droit d'opposition à cette transmission. Ils peuvent également demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figure sur les fichiers de la Mutuelle.

#### **CHAPITRE 2 - CONDITIONS D'ADHESION, DE DEMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION**

##### **Section 1 : Adhésion**

##### **ARTICLE 8 CATEGORIES DE MEMBRES**

La Mutuelle se compose des membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires. Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation. Ils bénéficient et peuvent faire bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle. Les membres honoraires sont des personnes physiques qui paient une cotisation, ou font des dons ou ont rendu des services équivalents sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle.

##### **ARTICLE 9 CATEGORIES DE BENEFICIAIRES**

**1** Peuvent adhérer ou maintenir leur adhésion à la Mutuelle les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes :

**1-1** En qualité de membres participants

- Peuvent adhérer les personnels civils et militaires en activité de service, servant sous statut militaire ou en vertu d'un contrat civil, d'une convention ou d'une mise à disposition pour emploi à la brigade de sapeurs-pompiers de Paris.
- Peut adhérer le personnel civil salarié de la Mutuelle.
- Peut adhérer le personnel civil des collectivités et administrations territoriales dans le cadre de la labellisation.
- Peut conserver son adhésion à la date de sa radiation des contrôles le personnel de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris.
- Peut conserver son adhésion le personnel civil quittant son emploi après avoir été lié par un contrat à durée indéterminée en tant que salarié de la MSPP.
- Peuvent adhérer les conjoints, les concubins notoires ou les signataires d'un pacte civil de solidarité de membres participants décédés.
- Peuvent adhérer les conjoints divorcés, ou séparés, les concubins notoires ou les signataires d'un pacte civil de solidarité séparés de membres participants.
- Peuvent adhérer les enfants ayant la qualité d'ayants droit, descendants en ligne directe de membre participant (ou d'un

membre participant décédé) et bénéficiant ou pas des prestations en nature de la sécurité sociale sur le compte de celui-ci ou du conjoint, ou du concubin notoire ou du signataire d'un pacte de solidarité.

- Peuvent adhérer les anciens sapeurs-pompiers de Paris et/ou les anciens membres participants de la Mutuelle.

#### **1-2 En qualité de membres honoraires :**

Les membres honoraires sont des personnes physiques qui versent à la Mutuelle des cotisations, des contributions, ou font des dons, sans bénéficier en contrepartie de ses prestations. L'adhésion en qualité de membre honoraire est subordonnée à la décision du conseil d'administration. L'acte d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et du règlement intérieur par le membre honoraire.

#### **2 Sur demande des membres participants :**

- des ayants droit peuvent bénéficier des prestations de la Mutuelle en contrepartie du versement d'une cotisation,
- des ayants droit des membres participants mentionnés à l'article 9 des statuts mutualistes sous réserves des conditions prévues par le règlement mutualiste :
- le conjoint ;
- le concubin notoire ;
- le signataire d'un pacte civil de solidarité ;
- les enfants à charge, ascendants, descendants, collatéraux et alliés qui bénéficient des prestations en nature de la sécurité sociale sur le compte du membre participant, de son conjoint, de son concubin ou du signataire d'un PACS;
- les enfants à charge, quel que soit leur âge, atteints de maladie chroniques ou incurables, ou d'infirmité les mettant dans l'impossibilité médicalement justifiée de se livrer à un travail salarié ou rémunéré ;
- les enfants célibataires jusqu'à 21 ans, orphelins de père et de mère et non-salariés (sans aucun versement de cotisation).

**3** Le membre participant ou le conjoint, le concubin notoire et le signataire d'un pacte civil de solidarité d'un membre participant devenu salarié d'une entreprise publique ou privée et qui adhère au régime de protection sociale obligatoire de cette entreprise ou celui qui, vivant à l'étranger, ne peut bénéficier des prestations servies par la Mutuelle, peut sur sa demande, être placé en position de suspension d'affiliation sous réserve de payer une cotisation de maintien. Dans cette position, il peut prétendre uniquement au bénéfice du capital décès-invalidité (contrat CNP N°0394 D) et à la couverture dépendance (contrat CNP N°A063 F) en inclusion du contrat MSPP.

**4** Le membre participant bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, qui de ce fait, a dû adhérer à un organisme complémentaire de santé, peut être placé sur sa demande en position de suspension d'affiliation sans paiement de cotisation. Dans cette position, s'il le souhaite, il peut prétendre au bénéfice du capital décès-invalidité et de la rente dépendance des contrats CNP N°0394D et N°A063F en s'acquittant de la cotisation qui s'y rapporte.

#### **ARTICLE 10 ADHESION INDIVIDUELLE**

Acquièrent la qualité de membre participant de la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 9 des statuts et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion en double exemplaire. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste. Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque membre participant.

## **Section 2 : Démission, radiation, exclusion**

### **ARTICLE 11 DEMISSION**

Tout membre participant peut mettre un terme à son adhésion, au moyen d'une notification par lettre recommandée ou par envoi en recommandé électronique, avec demande d'avis de réception conformément aux délais prévus dans le code de la mutualité ou à défaut selon les dispositions prévues dans le règlement mutualiste.

### **ARTICLE 12 RADIATION**

Sont radiés les membres :

- participants dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L 221-7 et 221-17 du code de la mutualité ;
- ne remplissant plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission. La radiation est prononcée par le conseil d'administration. La radiation du membre participant entraîne la radiation des ayants droit. Les membres participants radiés pour non-paiement de cotisation ne pourront être réadmis au sein de la Mutuelle.

Toutefois sur décision du conseil d'administration, il peut être sursis exceptionnellement à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés d'effectuer le paiement de leur cotisation.

### **ARTICLE 13 EXCLUSION**

Sous réserve des dispositions propres aux mutuelles du livre II du code de la mutualité, peuvent être exclus les membres qui auraient porté volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle tels que :

- les membres dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la Mutuelle ;
- ceux qui auraient causé aux intérêts de la Mutuelle un préjudice volontaire et dûment constaté ;
- ceux qui sont définitivement frappés d'une condamnation grave.

La décision d'exclusion est prise par le conseil d'administration. Le membre dont l'exclusion est proposée pour un de ces motifs est préalablement convoqué devant le conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y référer, son exclusion peut être prononcée d'office par le conseil d'administration.

### **ARTICLE 14 CONSEQUENCES DE LA RADIATION ET DE L'EXCLUSION**

La radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées et ne peuvent faire l'objet d'une réintégration. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la radiation et de l'exclusion. Toutefois sur décision du conseil d'administration, il peut être sursis exceptionnellement à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent des circonstances graves justifiant une possible réintégration.

## TITRE 2 - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

### CHAPITRE 1 - ASSEMBLEE GENERALE

#### Section 1 : Composition, élections

##### **ARTICLE 15** COMPOSITION DE L'ASSEMBLEE GENERALE

L'assemblée générale est composée :

- des membres participants qui ont adhéré individuellement ;
- des membres honoraires.

Chaque membre de la Mutuelle dispose d'une voix à l'assemblée générale.

##### **ARTICLE 16** MEMBRES EMPECHES

Les membres empêchés d'assister à l'assemblée générale peuvent s'y faire représenter par un autre membre non administrateur de la Mutuelle. Le nombre de procurations réunies par un même représentant ne peut excéder 29. Toutefois cette disposition ne s'applique pas dans le cadre de la mise en place d'un vote par correspondance et/ou d'un vote par voie électronique.

##### **ARTICLE 17** DISPOSITIONS PROPRES AUX MINEURS

Les mineurs de plus de 16 ans, ayant la qualité de membre participant, exercent leur droit de vote à l'assemblée générale.

#### Section 2 : Réunions de l'assemblée générale

##### **ARTICLE 18** CONVOCATION ANNUELLE OBLIGATOIRE

Le président du conseil d'administration convoque l'assemblée générale. Il la réunit au moins une fois par an.

##### **ARTICLE 19** AUTRES CONVOCATIONS

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le conseil ;
- l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) ;
- le ou les commissaires aux comptes ;
- un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) ;
- les liquidateurs.

A défaut, le président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

##### **ARTICLE 20** MODALITES DE CONVOCATION DE L'ASSEMBLEE GENERALE

L'assemblée générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion. Les membres composant l'assemblée générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la mutualité. Ces documents sont également consultables sur le site institutionnel de la Mutuelle dans un délai minimum de quinze jours avant la date de sa réunion.

##### **ARTICLE 21** ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour des assemblées générales est arrêté par l'auteur de la convocation après avis du conseil d'administration. Toute demande d'inscriptions de résolution dont l'examen est demandé huit jours au moins avant l'assemblée générale par le quart au moins des membres de la Mutuelle est obligatoirement soumise à l'assemblée générale. L'assemblée générale ne délibère que sur des résolutions inscrites à l'ordre du jour. Est nulle toute décision prise par l'assemblée générale sur des résolutions qui n'ont pas été préalablement inscrites à l'ordre du jour. Tout refus de se soumettre aux injonctions du président ou aux décisions de l'assemblée générale, entraîne l'exclusion de la séance. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale.

#### Section 3 : Attributions de l'assemblée générale

##### **ARTICLE 22** COMPETENCES DE L'ASSEMBLEE GENERALE

L'assemblée générale procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

L'assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

- 1 - Les modifications des statuts.
- 2 - Les activités exercées.
- 3 - Le montant du fonds d'établissement.
- 4 - Les montants ou les taux des cotisations, les prestations offertes, lorsque cette compétence ne relève pas du conseil d'administration.
- 5 - L'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou union.
- 6 - Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance.
- 7 - Le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire.
- 8 - L'émission de titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L 114-44 et L 114-45 du code de la mutualité.
- 9 - Le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent.
- 10 - Le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées mentionnées à l'article L 114-34 du code de la mutualité.
- 11 - Le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les livres II et III du code de la mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même code.
- 12 - Toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.
- 13 - Toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'assemblée générale décide :

- 1 - De la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires.
- 2 - De la nomination du ou des commissaires aux comptes.
- 3 - Des apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L 111-3 et L111-4 du code de la mutualité.

## **ARTICLE 23** MODALITES DE VOTE DE L'ASSEMBLEE GENERALE

### **I – DECISIONS NECESSITANT UN QUORUM ET UNE MAJORITE RENFORCEE POUR ETRE ADOPTES.**

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants des cotisations, le montant du fonds d'établissement, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une mutuelle ou d'une union, les règles générales en matière d'opérations collectives, les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote à distance qui s'effectue par anticipation (par correspondance, par vote électronique, par recours à du matériel de vote mis à disposition par la mutuelle) est au moins égal à la moitié du total des membres.

A défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibèrera valablement si le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote à distance est au moins égal au quart du total des membres. Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés.

### **II – DECISIONS DE L'ASSEMBLEE GENERALE NECESSITANT UN QUORUM ET UNE MAJORITE SIMPLE POUR ETRE ADOPTEE.**

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I° ci-dessus, l'assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote à distance qui s'effectue par anticipation (par correspondance, par vote électronique, par recours à du matériel de vote mis à disposition par la mutuelle) le cas échéant, est au moins égal au quart du total des membres. A défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibèrera valablement quel que soit le nombre de ses membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote à distance. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote à distance.

## **ARTICLE 24** FORCE EXECUTOIRE DES DECISIONS DE L'ASSEMBLEE GENERALE

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres participants sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au code de la mutualité. Les modifications des montants des cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été communiquées aux membres participants et honoraires.

## **CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION**

### **Section 1 : Composition, élections**

#### **ARTICLE 25** COMPOSITION

La Mutuelle est administrée par un conseil composé de 12 à 20 administrateurs, respectant conformément à l'article L.114-6-1 du code de la mutualité la proportion de chaque sexe. Le conseil d'administration est composé de membres participants. Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une même personne morale.

#### **ARTICLE 26** PRESENTATION DES CANDIDATURES

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception reçue deux mois au moins avant la date de l'assemblée générale.

## **ARTICLE 27** CONDITIONS D'ELIGIBILITE – LIMITE D'AGE

Pour être éligibles au conseil d'administration, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans accomplis ;
- ne pas avoir exercé de fonction de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection ;
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L114-21 du code de la mutualité ;
- le nombre des membres du conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du conseil d'administration ;
- le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu ;
- chacun des administrateurs ne peut appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations.

Les membres du conseil d'administration doivent disposer de l'honorabilité, de la compétence et de l'expérience requise, conformément aux dispositions de l'article L.114-21 du Code de la mutualité.

## **ARTICLE 28** MODALITES DE L'ELECTION

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'ensemble des membres de l'assemblée générale selon un vote au scrutin à la majorité relative.

Afin de permettre aux membres de l'assemblée générale d'élire les administrateurs dans les conditions prévues par l'article L.114-16-1 du code de la mutualité, il est établi une liste de candidats divisée en deux parties : l'une comportant les hommes, l'autre comportant les femmes, le nombre minimum de candidats à élire de chaque sexe devant être clairement identifié. L'électeur doit, sous peine de nullité du vote et sauf insuffisance du nombre de candidats d'un sexe, désigner un nombre de candidats de chaque sexe conforme à la part de celui-ci indiquée sur la liste. En cas d'égalité de suffrages, priorité est donnée au candidat dont l'élection permet d'atteindre l'objectif de parité. Si l'objectif est déjà atteint à défaut de candidatures suffisantes, l'élection est acquise au plus jeune.

## **ARTICLE 29** DUREE DU MANDAT

Les membres du conseil d'administration sont élus pour une durée de six ans. Aucune limite n'est imposée au nombre de mandats d'administrateurs qu'il s'agisse de mandats successifs ou non. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'assemblée générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat. Les membres du conseil d'administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 27 ;
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du code de la mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article ;
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les ait condamnés pour l'un des faits visés à l'article L114-21 du code de la mutualité.
- lorsque l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), en application de l'article L.612-23-1 V du Code monétaire et financier, s'est opposée à la poursuite de leur mandat d'administrateur.

Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'assemblée générale.

### **ARTICLE 30** RENOUVELLEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le renouvellement du conseil a lieu par moitié tous les trois ans.

Les membres sortants sont rééligibles.

Lors de la constitution initiale du conseil d'administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

### **ARTICLE 31** COOPTATION

En cas de vacance en cours de mandat liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou à la cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'autorité de contrôle, le conseil d'administration peut procéder à la cooptation d'un administrateur avant la prochaine réunion de l'assemblée générale, dans le respect des exigences de parité. Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche assemblée générale. La non-ratification par celle-ci de la nomination faite par le conseil d'administration entraîne la cessation du mandat de l'administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part. L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'assemblée générale achève le mandat de celui qu'il a remplacé.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président du conseil d'administration afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.

## **Section 2 - Réunions du conseil d'administration**

### **ARTICLE 32** REUNIONS

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président du conseil d'administration et au moins quatre fois par an. Le président du conseil d'administration établit l'ordre du jour du conseil et le joint à la convocation, qui doit être envoyée aux membres du conseil d'administration huit jours au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence. Il peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du conseil d'administration, qui délibère alors sur cette présence. Le dirigeant opérationnel participe de droit aux réunions du conseil d'administration. Un représentant des salariés de la Mutuelle, désigné par les salariés, assiste avec voix consultative aux séances du conseil d'administration. Il est tenu à une obligation de réserve et à la confidentialité des informations données comme telles par les administrateurs ou les dirigeants.

### **ARTICLE 33** DEMISSIONS D'OFFICE

Les membres du conseil d'administration, peuvent, par décision de ce conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leur fonction en cas d'absence, sans motif valable, à trois séances consécutives. Cette décision est ratifiée lors de la prochaine assemblée générale.

### **ARTICLE 34** DELIBERATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du président du conseil d'administration de séance est prépondérante. Le conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du président du conseil d'administration et des autres membres du bureau ainsi que sur les propositions de délibération qui intéressent directement un administrateur.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance.

L'usage des moyens de visioconférence est possible dans les conditions prévues par le code de la mutualité. Il est établi un

procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le président ou les dirigeants.

## **Section 3 - Attributions du conseil d'administration**

### **ARTICLE 35** COMPETENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application.

Le conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle. Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles. Le conseil d'administration fixe les montants des cotisations et des prestations. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Le conseil d'administration adopte le règlement mutualiste. Le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale. Il approuve les rapports prévus dans le cadre de la réglementation sur la solvabilité. Le conseil d'administration conformément à l'article L.211-14 du code de la mutualité nomme et approuve les éléments du contrat de travail et de délégations de pouvoirs, sur proposition du président du conseil d'administration, du dirigeant opérationnel, qui ne peut être un administrateur. Il doit disposer de l'honorabilité, de la compétence et de l'expérience nécessaire à ses fonctions, conformément aux dispositions de l'article L.114-21 du Code de la mutualité. Il est interdit au dirigeant opérationnel de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles 41, 42, 43 des présents statuts.

Il est mis fin aux fonctions du dirigeant opérationnel suivant la même procédure. Le conseil d'administration désigne conformément au code de la mutualité un responsable pour les fonctions clés suivantes :

- gestion des risques,
- vérification de la conformité,
- audit interne,
- actuarielle.

Le conseil d'administration entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 2015-378 du 2 avril 2015. Cette audition peut se dérouler sans la présence du dirigeant opérationnel si les membres du conseil d'administration l'estiment nécessaire. Le conseil d'administration peut renvoyer cette audition devant un comité spécialisé émanant de ce conseil.

Il approuve les politiques écrites de la Mutuelle relatives notamment à la gestion des risques, au contrôle interne, à l'audit interne et à l'externalisation conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 2015-378 du 2 avril 2015 transposant la directive européenne dite « Solvabilité II ». Il veille à ce que ces politiques soient mises en œuvre.

## **ARTICLE 36 DELEGATIONS D'ATTRIBUTIONS PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Le conseil d'administration peut confier l'exécution de certaines de ses missions sous sa responsabilité et son contrôle soit au bureau, soit au président du conseil d'administration, soit au dirigeant opérationnel, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions, dans la limite des délégations confiées par le conseil d'administration.

Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces délégations de missions.

### **Section 4 - Statut des administrateurs**

## **ARTICLE 37 INDEMNITES VERSEES AUX ADMINISTRATEURS ET REMBOURSEMENT DE FRAIS**

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. La Mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L 114-26 à L 114-28 du code de la mutualité.

## **ARTICLE 38 REMBOURSEMENT DES FRAIS AUX ADMINISTRATEURS**

La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le code de la mutualité.

## **ARTICLE 39 SITUATION ET COMPORTEMENTS INTERDITS AUX ADMINISTRATEURS ET AU DIRIGEANT OPERATIONNEL**

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L 114-26 du code de la mutualité. Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur et/ ou au dirigeant opérationnel. Les anciens membres du conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs et au dirigeant opérationnel de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles 41, 42, 43 des présents statuts. Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

## **ARTICLE 40 OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRIGEANT OPERATIONNEL**

Les administrateurs veillent à accomplir leur mission dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et à la confidentialité des informations données comme telles par le président ou les dirigeants. Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard. Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

## **ARTICLE 41 CONVENTIONS REGLEMENTEES SOUMISES A AUTORISATION PREALABLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Sous réserve des dispositions de l'article 42 des présents statuts, toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs ou personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du conseil d'administration.

Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la Mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des

administrateurs de la Mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant administrateur, directeur, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

## **ARTICLE 42 CONVENTIONS COURANTES AUTORISEES SOUMISES A UNE OBLIGATION D'INFORMATION**

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs/le dirigeant opérationnel telles que définies par un décret pris en application de l'article L 114-33 du code de la mutualité sont communiquées par ce dernier au président du conseil d'administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le président du conseil d'administration aux membres du conseil d'administration et au commissaire aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'assemblée générale dans les conditions de l'article L 114-33 du code de la mutualité.

## **ARTICLE 43 CONVENTIONS INTERDITES**

Il est interdit aux administrateurs et au dirigeant opérationnel de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers. La même interdiction s'applique aux conjoints, descendants des administrateurs et du dirigeant opérationnel ainsi qu'à toute personne interposée.

## **ARTICLE 44 RESPONSABILITE**

La responsabilité civile du président, du dirigeant opérationnel et des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon le cas, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion. Les administrateurs sont tenus à une obligation de réserve et à la confidentialité des informations données comme telles par le président ou les dirigeants, ainsi qu'à la confidentialité des informations données comme telles par le président du conseil d'administration ou le dirigeant opérationnel. Ils sont tenus de suivre les formations incluses au programme de formation mis en place par la Mutuelle afin de les doter de la compétence requise par la réglementation et l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Les dirigeants effectifs doivent s'assurer que la Mutuelle a contracté une assurance couvrant les conséquences des actes engageants la responsabilité civile des administrateurs.

### **CHAPITRE 3 - PRESIDENT ET BUREAU**

#### **Section 1 - Election et missions du président du conseil d'administration.**

## **ARTICLE 45 ELECTION ET REVOCATION**

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président du conseil d'administration qui est élu en qualité de personne physique. Il peut à tout moment être révoqué par celui-ci.

Le président du conseil d'administration est élu à bulletin secret au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration. Il est rééligible. La déclaration des candidatures aux fonctions de président du conseil d'administration doit être envoyée au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception, un mois au moins avant la date de l'élection.

## **ARTICLE 46 VACANCE**

En cas de décès, de démission ou perte de la qualité de président du conseil d'administration, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué immédiatement à cet effet



par le vice-président du conseil d'administration ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de président du conseil d'administration sont remplies par le vice-président du conseil d'administration ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

#### **ARTICLE 47 MISSIONS**

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux du conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale. Le président du conseil d'administration est l'un des dirigeants effectifs au sens de l'ordonnance n° 2015-378 du 2 avril 2015 transposant la directive européenne dite « Solvabilité II ». Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du Code monétaire et financier.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées. Le président du conseil d'administration convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées. Il engage les dépenses. Le président du conseil d'administration représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider, après information du conseil d'administration, d'agir en justice ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

### **Section 2 - Election, composition du bureau**

#### **ARTICLE 48 ELECTION**

Les membres du bureau sont élus à bulletin secret par le conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration. Les candidatures au poste de membre du bureau sont adressées par pli recommandé avec avis de réception à la Mutuelle, un mois au plus tard avant la date de l'élection.

Les membres du bureau peuvent être révoqués à tout moment par le conseil d'administration.

En cas de vacance, et pour quelque cause que ce soit, le conseil d'administration, lorsqu'il est complètement constitué, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

#### **ARTICLE 49 COMPOSITION**

Le bureau est composé de la façon suivante :

- le président ;
- un vice-président ;
- un secrétaire ;
- un secrétaire adjoint ;
- un trésorier ;
- un ou deux administrateurs.

#### **ARTICLE 50 REUNIONS ET DELIBERATIONS**

Le bureau se réunit sur convocation du président du conseil d'administration, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle. La convocation est envoyée huit jours au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence. Le président du conseil d'administration peut inviter des personnes extérieures au bureau à assister aux réunions du bureau qui délibère alors sur cette présence.

Le bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est communiqué au conseil d'administration lors de la séance suivante.

#### **ARTICLE 51 LE VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Le conseil d'administration de la Mutuelle élit un vice-président. Le vice-président seconde le président qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

En cas de vacance du président du conseil d'administration, le vice-président du conseil d'administration peut remplacer provisoirement le président du conseil d'administration dans l'attente de l'élection d'un nouveau président du conseil d'administration.

#### **ARTICLE 52 LE SECRETAIRE**

Le secrétaire supervise l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle, veille au respect des dispositions légales et des stipulations statutaires, et tient le secrétariat des actes du conseil. Il est secondé par le secrétaire adjoint.

#### **ARTICLE 53 LE SECRETAIRE ADJOINT**

Le secrétaire adjoint seconde le secrétaire. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

#### **ARTICLE 54 LE TRESORIER**

Le trésorier effectue les opérations financières de la Mutuelle. Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le président du conseil d'administration et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle. Il assure la gestion des placements et ventes de titres en conformité avec l'allocation de portefeuille définie par le conseil d'administration qui est responsable de la gestion financière de la Mutuelle.

Il prépare et soumet à la discussion du conseil d'administration :

- les comptes annuels et les documents, états tableaux qui s'y rattachent ;
- les éléments visés à l'article L.114-17 du code de la mutualité ;
- un rapport synthétique de situations comptable et des placements financiers.

#### **ARTICLE 55 LE OU LES ADMINISTRATEURS**

L'administrateur membre du bureau est chargé d'assurer une veille technique et juridique sur toutes les questions intéressant la mutualité ou pouvant avoir un impact sur le fonctionnement de la Mutuelle. Le bureau peut lui confier des études sur des sujets de sa compétence.

### **CHAPITRE 4 - ORGANISATION FINANCIERE**

#### **Section 1 - Produits et charges**

#### **ARTICLE 56 PRODUITS**

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- 1° Les cotisations des membres participants et des membres honoraires.
- 2° Les rappels de cotisations éventuellement nécessaires.
- 3° Les dons et legs mobiliers et immobiliers.
- 4° Les produits résultant de l'activité de la Mutuelle.
- 5° Plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

## **ARTICLE 57 CHARGES**

Les charges comprennent :

- 1° Les diverses prestations servies aux membres participants ;
- 2° Les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
- 3° Les versements faits aux unions et fédérations ;
- 4° Les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;
- 5° Les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L.111-6 du code de la mutualité ;
- 6° La redevance prévue à l'article L.951-1, 2° du code de la sécurité sociale et affectée aux ressources de l'autorité de contrôle pour l'exercice de ses missions ;
- 7° Plus généralement, toute autre dépense conforme aux finalités mutualistes.

## **ARTICLE 58 VERIFICATIONS PREALABLES**

Le responsable de la mise en paiement des charges de la Mutuelle s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la Mutuelle.

## **ARTICLE 59 APPORTS ET TRANSFERTS FINANCIERS**

En cas de création de mutuelles définies à l'article L 111-3 ou d'unions définies à l'article L 111-4 du code de la mutualité, la mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la Mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

## **ARTICLE 60 FONDS PROPRES**

Les fonds propres de la Mutuelle comprennent :

- le fonds d'établissement, dont le montant est fixé à 228 674 euros et peut être augmenté par prélèvement sur les réserves libres par décision de l'assemblée générale ;
- les apports en autres fonds mutualistes versés par un tiers avec ou sans droit de reprise, sous réserve de leur acceptation par délibération spéciale de l'assemblée générale ;
- l'affectation aux réserves ou au compte de report à nouveau de tous les excédents ou insuffisances de résultats constatés à la clôture de chaque exercice annuel, dans les conditions définies par décision de l'assemblée générale ;
- et d'une manière générale, tout apport en fonds propres mutualiste autorisé par le Code de la mutualité.

## **ARTICLE 61 SYSTEME DE GARANTIE**

La Mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

## **Section 2 - Commission de contrôle statutaire et commissaires aux comptes**

### **ARTICLE 62 COMMISSAIRES AUX COMPTES**

En vertu de l'article L.114-38 du code de la mutualité, l'assemblée générale nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du code de commerce.

Le ou les commissaires aux comptes sont nommés pour six ans. Leurs fonctions prennent fin après la réunion de l'assemblée générale clôturant le sixième exercice. Le président du conseil d'administration convoque le(s) commissaire(s) aux compte(s) à toute assemblée générale. Le commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le conseil d'administration et présente à l'assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toutes natures versées à chaque administrateur ;
- prend connaissance de l'avis donné par le président du conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du code de la mutualité ;
- établit et présente à l'assemblée générale un rapport spécial sur les conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du code de la mutualité ;

- fournit à la demande de l'ACPR tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel ;
- porte à la connaissance du conseil d'administration les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le code de commerce ;
- signale dans son rapport annuel à l'assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission ;
- joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par la Mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du livre III du code de la mutualité.

Ces différents rapports sont annexés au procès-verbal des délibérations de l'assemblée générale.

## **CHAPITRE 5 - COMMISSIONS DIVERSES**

### **ARTICLE 63 COMMISSION D'ACTION SOCIALE**

Une commission d'action sociale est créée au sein du conseil d'administration chargée, sur délégation de ce dernier, de prendre les décisions relatives à l'allocation d'aides relevant du fonds d'action sociale. Elle est composée de cinq membres.

Elle se réunit sur convocation du président élu parmi ses membres au fur et à mesure des demandes d'aide. La commission ne délibère valablement que si la majorité des membres sont présents. Ses décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du président de la commission d'action sociale est prépondérante. Elle rend compte au conseil d'administration des décisions prises.

### **ARTICLE 64 COMMISSION DE GESTION DES RISQUES**

Une commission de gestion des risques est créée au sein du conseil d'administration chargée, sur délégation de ce dernier, de mettre en place un système présentant les risques et leur interdépendance. Le président de cette commission occupera la responsabilité de la fonction-clé « gestion des risques ».

### **ARTICLE 65 COMITE D'AUDIT**

Le comité d'audit est chargé d'assurer le suivi du processus d'élaboration de l'information financière, le suivi de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques, le suivi du contrôle légal des comptes annuels par le commissaire aux comptes ainsi que le suivi de son indépendance. Il vérifie la clarté des informations fournies et porte une appréciation sur la pertinence des méthodes comptables adoptées pour l'établissement des comptes individuels. Il porte une appréciation sur la qualité du contrôle interne, notamment la cohérence des systèmes de mesure, de surveillance et de maîtrise des risques et propose, en tant que de besoin, des actions complémentaires à ce titre.

Il effectue également les missions suivantes :

- examen du rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR) ;
- examen du rapport régulier au contrôleur (RSR) ;
- avis sur le plan d'audit interne ;
- examen du rapport annuel de la fonction audit interne ;

Un membre du comité d'audit interne occupera la responsabilité de la fonction-clé « audit interne ».

## TITRE 3 – INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

### **ARTICLE 66** ETENDUE DE L'INFORMATION

Chaque membre participant reçoit un exemplaire des statuts de la Mutuelle, du règlement intérieur et du règlement mutualiste. Les modifications de ces documents sont notifiées aux membres participants sur le site institutionnel de la Mutuelle ou dans l'INFOMUT. Il est informé :

- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès,
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

## TITRE 4 – DISPOSITION DIVERSES

### **ARTICLE 67** DISSOLUTION VOLONTAIRE ET LIQUIDATION

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 23 des statuts.

L'assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les administrateurs. La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs et des membres de la commission de contrôle statutaire.

L'assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions prévues à l'article 23 des présents statuts à d'autres mutuelles ou au fonds national de solidarité et d'actions mutualistes mentionnés à l'article L 421-1 du code de la mutualité ou au fonds de garantie mentionné à l'article L 431-1 du code de la mutualité.

A défaut de réunion de l'assemblée générale durant deux années civiles consécutives, pour les mutuelles et unions régies par le livre II du présent code, la dissolution peut être prononcée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), qui nomme un liquidateur. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1.

### **ARTICLE 68** MISE A DISPOSITION

Les modalités de mise à disposition de personnels pourront faire l'objet de conventions entre la préfecture de police, la brigade de sapeurs-pompiers de Paris et la MSPP.

### **ARTICLE 69** INTERPRETATION

Les statuts, le règlement mutualiste, le règlement intérieur et le bulletin d'adhésion sont applicables par ordre de priorité décroissante.

# REGLEMENT MUTUALISTES

## TITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES

### Conditions d'adhésion

Certaines catégories de membres définies à l'article 9.1-1° des statuts peuvent adhérer sous réserves de respecter les conditions suivantes :

- 1) Les conjoints, les concubins notoires ou les signataires d'un PACS de membres participants décédés, désignés à l'article 9.1-1° des statuts, qui avaient la possibilité d'obtenir la qualité d'ayant droit, peuvent dans un délai de 12 mois après la date de décès du membre participant, adhérer à la Mutuelle.
- 2) Les conjoints divorcés ou séparés, les ruptures de PACS mentionnés à l'article 9.1-1°, ayant droit d'un membre participant, ont un délai courant du 1er jour de la signification de la séparation de corps au dernier jour du 12ème mois entier suivant la signification du jugement de divorce pour adhérer à la Mutuelle, ou dans un délai de 12 mois entier à compter de la procédure de non conciliation.
- 3) Les concubins notoires désignés à l'article 9.1-1°, bénéficiaires des prestations de la Mutuelle en qualité d'ayant droit depuis plus de 36 mois consécutifs, ont droit à un délai de 12 mois entier après la date de séparation ou de la dissolution du PACS pour adhérer à la Mutuelle.
- 4) Les enfants désignés à l'article 9.1-1° peuvent au moment où ils perdent de fait la qualité d'ayant droit d'un membre participant demander leur adhésion jusqu'à l'âge de 30 ans. Cette limitation ne s'applique pas aux enfants handicapés (atteints de maladies chroniques ou incurables, ou d'infirmités les mettant dans l'impossibilité médicalement justifiée de se livrer à un travail salarié ou rémunéré).
- 5) Les anciens sapeurs-pompiers de Paris et/ou les anciens membres participants de la Mutuelle.

### Suspension d'affiliation

1) Les membres participants, mentionnés à l'article 9.3° des statuts, peuvent demander leur mise en suspension d'affiliation à la date de radiation des contrôles de la brigade de sapeurs-pompiers de Paris, pour les conjoints, les concubins notoires ou les signataires d'un PACS survivants de membres participants à la date du décès. Dans cette position, les membres participants doivent toujours être en mesure de justifier des conditions de salariat et d'adhésion au contrat mutuelle obligatoire d'une entreprise applicable pour le membre participant et/ou sa conjointe.

Les intéressés peuvent demander leur réintégration à tout moment, dans les conditions suivantes :

- Perte de leur statut de salarié d'une entreprise publique ou privée, et qui de ce fait n'adhèrent plus au régime de protection sociale de cette entreprise.
- Résidant à l'étranger qui ne pouvait bénéficier des prestations de la Mutuelle (Art. 9.3°) de retour sur le territoire français.

2) Les membres participants mentionnés à l'article 9-4 des statuts peuvent demander leur suspension d'affiliation dès la souscription d'un contrat dans un organisme santé du dispositif Couverture Maladie Universelle Complémentaire.

Les intéressés peuvent demander leur réintégration à tout moment. Toutefois, celle-ci doit être sollicitée au plus tard dans un délai de six mois après la date de fin de droit au dispositif de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire sous peine de radiation définitive.

### Membres honoraires

Les membres honoraires sont enregistrés par le secrétariat qui leur adresse une carte de membre.

### Bulletin d'adhésion

Les personnes réunissant les conditions définies par les statuts (art. 9.1°) et par le règlement mutualiste qui désirent adhérer, remplissent un bulletin d'adhésion comportant les mentions obligatoires prévues par le code de la mutualité et éventuellement une fiche «modification de la liste type des bénéficiaires du capital décès-invalidité».

Le secrétariat procède à leur inscription et leur adresse une carte mutualiste. La demande d'extension des garanties aux ayants-droit mentionnés à l'article 9.2 doit être accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

### Prise en compte de la garantie

La garantie des membres participants et de ses ayants droit a pour point de départ le 1er jour du mois au cours duquel la demande est remise. La cotisation est due à partir de cette date.

### Radiation

Sont radiés les membres participants qui n'ont pas payé leur cotisation depuis trois mois à compter de la date d'échéance de la première cotisation impayée. Dans un délai de dix jours avant la date de radiation, il est procédé à l'envoi d'une mise en demeure faite par lettre recommandée avec accusé de réception. La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure avant la fin du délai précité. Il peut toutefois être sursis par le conseil d'administration à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

### Démission

La démission pour le membre participant doit être demandée par écrit par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard, au moins un mois avant la fin de chaque année civile pour être effective au 1er janvier de l'année suivante. Elle peut être dénoncée après être devenu salarié d'une entreprise publique ou privée qui propose un régime de protection sociale obligatoire. Pour un ayant droit, la demande doit être formulée par écrit, afin d'être effective au premier jour du mois suivant. Les cotisations payées d'avance et non exigibles sont remboursées en cas de démission, de radiation sur demande de le membre participant. Le conjoint, le concubin notoire et le signataire d'un pacte civil de solidarité ayant droit d'un membre participant mentionnés à l'article 9 1-1°, salarié d'une entreprise publique ou privée et qui adhère au régime de prévoyance santé de cette entreprise peut sur la demande du membre participant démissionner de la Mutuelle.

### Demande de rattachement

La réintégration en tant qu'ayant-droit demeure possible à tout moment pour le conjoint et les enfants sur présentation d'un bulletin de radiation du régime de protection sociale de son entreprise. Cette réintégration est également possible dès lors qu'une demande est faite auprès de la MSPP pour intervenir en seconde mutuelle applicable sur une année complète à compter de la demande de rattachement. Dans les autres situations, une demande de rattachement n'est pas possible. Toutefois pour une situation digne d'intérêt, celle-ci pourra être soumise à décision du conseil d'administration.

## Bénéficiaires

1) Le conjoint d'un membre participant marié ne peut être couvert par la Mutuelle qu'à dater du jour où un jugement de divorce ou de séparation de corps est passé en force de chose jugée. Le partenaire d'un membre participant lié par un PACS ne peut être couvert par la Mutuelle qu'à dater du jour où celui-ci a pris fin conformément à la réglementation. Le concubin d'un membre participant lié par un concubinage notoire ne peut être couvert par la Mutuelle qu'à dater du jour où le membre participant spécifie par déclaration la fin du précédent concubinage.

2) Les enfants à charge célibataires sont assimilés aux bénéficiaires relevant de l'article 9-2 des statuts s'ils se trouvent dans les situations suivantes :

- Jusqu'à l'âge de 21 ans : placés en contrat d'alternance ; en stage de formation professionnelle.
- Jusqu'à l'âge de 26 ans : à la recherche d'une activité professionnelle et inscrits à l'agence nationale pour l'emploi ;

- Jusqu'à l'âge de 28 ans : poursuivant leurs études et qui ne sont pas affiliés à une mutuelle, définis à l'article L.381-4 du code de la sécurité sociale. La notion de « à charge » d'un enfant définie par les statuts implique que d'une manière générale, le logement, la nourriture, l'habillement et l'éducation soient assurés par le membre participant.

3) Les membres participants ou leurs ayants droit tels que définis respectivement à l'article 9 1-1° et 9 2-1 travaillant à l'étranger soit comme frontalier, détaché ou expatrié doivent se mettre en rapport avec leur organisme de protection sociale du moment et leur employeur afin d'accomplir les démarches nécessaires à leur future couverture sociale. Cette couverture relève soit de conventions établies entre la France et les pays membres de l'Union Européenne (UE) ou hors UE ; à défaut d'un régime privé. Dans ce cadre la Mutuelle ne peut intervenir que sur les bases de remboursement de la sécurité sociale.

## TITRE 2 – LES COTISATIONS

### Droit d'adhésion

Les membres participants ne sont pas soumis à un droit d'adhésion.

### Paiement des cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation affectée à la couverture des prestations assurées. Les membres participants acquittent leurs cotisations :

- soit par prélèvement automatique mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel ;
- soit par chèque semestriellement ou annuellement.

Le coût supplémentaire inhérent au prélèvement automatique peut être imputé au membre participant. Les membres participants bénéficiant du système de prélèvement automatique peuvent informer le secrétariat de la Mutuelle 1 mois avant la date d'exigibilité des cotisations de tout changement de compte.

Les membres participants en suspension d'affiliation règlent annuellement, leur cotisation statutaire à laquelle s'ajoute la prime du contrat de la garantie décès-invalidité.

Les enfants handicapés (article 9.1-1 des statuts) de membres participants décédés ainsi que les membres participants bénéficiaires de la couverture maladie universelle sont exonérés du paiement des cotisations. A ces cotisations peuvent s'ajouter les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions) ou techniques (caisse autonome, caisse nationale de prévoyance), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlement de ces organismes. Pour percevoir les prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

### Versement de la participation par l'employeur public au membre participant

Il est rappelé qu'en application du titre III du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 :

I. Les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent moduler leur participation dans un but d'intérêt social, en prenant en compte le revenu des agents et, le cas échéant, leur situation familiale.

II. La participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics constitue une aide à la personne, sous forme d'un montant unitaire par agent, et vient en déduction de la cotisation due par les agents.

La participation est versée soit directement aux agents, soit aux organismes qui la répercutent intégralement en déduction de la cotisation due par l'agent. Dans le cas où la participation est

versée à l'organisme, celui-ci tient une comptabilité permettant de retracer l'utilisation des participations reçues dans le respect de l'article 1er dudit décret. Il produit annuellement les pièces justificatives nécessaires et fait apparaître sur les appels de cotisations le montant total de la cotisation, ainsi que le montant de l'aide versée. Ces modalités sont vérifiées par les collectivités territoriales et leurs établissements publics et par les prestataires habilités dans le cas de la délivrance d'un label.

III. Le montant de la participation ne peut excéder le montant de la cotisation qui serait dû en l'absence d'aide. Dans le cas où elle est versée à un organisme, la participation ne peut excéder le montant unitaire de l'aide multiplié par le nombre d'agents bénéficiaires. La collectivité ou l'établissement public réalise le versement au vu de la liste de ses agents qui lui est adressée par l'organisme au moins une fois par an, sans préjudice des dispositions de l'article 34 dudit décret. La participation de la collectivité territoriale ou de l'établissement public est versée soit au titre de la garantie frais de santé, soit au titre des garanties prévoyance, soit au titre des deux dans les conditions prévues à l'article 2 dudit décret.

### Calcul des cotisations

La cotisation statutaire du membre participant est fixée forfaitairement par tranche d'âges. Un complément de cotisation est appliqué pour les ayants droit.

En application de l'article 28-2° du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, la cotisation est majorée d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction lors de la publication du décret n°2011-1474, lorsque l'adhésion de l'agent intervient plus de deux ans après la date fixée par la réglementation en vigueur.

Ce coefficient est calculé selon les modalités fixées par arrêté conjoint du ministre en charge des collectivités territoriales, du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la fonction publique. Il tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation. Les périodes antérieures à la date de publication du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011 ne font pas l'objet de majoration. Si le présent règlement venait à perdre son label, les périodes écoulées postérieurement seraient prises en compte comme une durée de cotisations jusqu'à l'expiration du délai mentionné au 4ème alinéa de l'article 13 du décret n° 2011-1474 ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article 21 du même texte. En application de l'article 33 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, les membres participants optant, dans le

délai d'un an à compter de la date de publication de la liste de contrats et règlements labellisés, pour un règlement ayant fait l'objet d'un label sont présumés, s'agissant de la majoration de cotisation prévue à l'article 28 du décret et rappelée ci-dessus, avoir toujours bénéficié des garanties proposées par un contrat ou un règlement ayant fait l'objet d'une convention de participation ou d'un label.

Pour les conjoints, concubins notoires ou signataires d'un PACS, le complément est fixé en pourcentage de la cotisation statutaire mensuelle du membre participant. Un complément par enfant est fixé forfaitairement pour chacun des deux premiers enfants à charge au regard des prestations familiales, les suivants à compter du 3ème étant pris en charge gratuitement. La première année d'adhésion suite à naissance, le membre participant est exonéré du complément de cotisation pour enfant jusqu'au dernier jour du mois anniversaire de l'enfant.

Le conjoint survivant d'un membre participant décédé est dispensé du paiement du complément de cotisation pour enfant à compter du premier jour du mois suivant le décès. (L'article 9 2.1 et 9 2.2 des statuts définit la situation d'enfant orphelin).

En cas de changement de situation matrimoniale, l'adhésion est maintenue en s'acquittant de la cotisation statutaire mensuelle

correspondant à la tranche d'âges du membre participant conformément au tableau des cotisations du présent règlement. Une participation mensuelle de la MSPP est accordée en faveur de ses salariés civils conformément à la convention nationale de la mutualité du 31 janvier 2000 étendue par arrêté du 17 août 2011 JORF du 28 août 2011.

Le changement de tranche d'âges intervient le premier jour du mois suivant la date anniversaire du membre participant. Sur décision du conseil d'administration, les cotisations peuvent être revalorisées annuellement. Le montant mensuel des cotisations statutaires et techniques n'est pas arrondi.

Toutes les modifications de cotisations sont soumises à l'organisme labellisateur dans les conditions énoncées à l'article 13 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

#### **Arrêt du paiement des cotisations**

L'arrêt du paiement des cotisations entraîne la suppression du service des prestations. Sont considérés comme ayant interrompu le paiement de leurs cotisations les membres participants qui ne les ont pas réglées dans un délai de 2 mois à compter de la date d'exigibilité. En cas de radiation d'un membre participant en cours de mois, la cotisation reste due pour le mois entier.

### **TITRE 3 – CHANGEMENTS ADMINISTRATIFS**

Tout changement administratif (mariage, naissance, décès, séparation, divorce, appartenance à une autre mutuelle, changement d'adresse, de compte bancaire, etc.) doit être signalé dans les meilleurs délais au secrétariat de la Mutuelle, notamment au moyen des imprimés «bulletin des ayants droit» et «demande de radiation d'ayants droit», disponibles au secrétariat de la Mutuelle ou sur le site institutionnel. Aucune interruption ne doit intervenir dans le paiement des cotisations.

Dans le cas où le membre participant n'aurait pas fait procéder à l'admission de son conjoint ou concubin et à celle de ses enfants au moment de sa propre admission ou changement de situation familiale, toute demande d'admission ultérieure ne prendra effet que le premier jour du mois qui suit la demande. Il appartient au membre participant de déclarer précisément sa situation administrative et les changements à la Mutuelle. Dans le cas contraire, les cotisations perçues par la Mutuelle ne pourront être remboursées qu'après étude du dossier et sur une antériorité n'excédant pas deux années.

### **TITRE 4 – LES PRESTATIONS**

#### **Versement des prestations**

Pour percevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leur cotisation. Les paiements sont effectués par virement sur le compte bancaire du membre participant ou de son conjoint ayant droit en cas de séparation. Si en raison d'une modification survenue dans sa situation et non signalée au secrétariat, ou en raison d'une erreur de traitement par les services de la Mutuelle, un membre ou un professionnel de santé obtient des prestations sans remplir les conditions exigées, la Mutuelle est fondée à exiger le remboursement des sommes indûment perçues, elle peut en imputer le montant sur les prestations qui seraient dues ultérieurement.

Lorsqu'un membre participant possède une autre mutuelle, il lui appartient de choisir celle qui des deux intervient en première instance. Si la MSPP est choisie en second lieu, le membre participant devra fournir le décompte de sécurité sociale ainsi que le décompte de prestations de la Mutuelle intervenue en première intention, afin que le reste à charge soit éventuellement versé. Le délai de prescription des prestations statutaires correspond au délai de prescription fixé par la sécurité sociale (CF article L.332-1 du code de la Sécurité Sociale).

Sont exclus des remboursements :

- les prestations maternité ;
- les soins et traitements non remboursés par la sécurité sociale, à l'exclusion des prestations citées dans le paragraphe

« Prestations accordées par la Mutuelle 3ème alinéa » du présent règlement ;

- les cures thermales, les placements préventifs (préventorium, aérium, etc.) dont les demandes de prise en charge ont été rejetées par les commissions compétentes de la sécurité sociale ;
- les placements dans les instituts médico-pédagogiques (sauf si le malade y est réellement soumis à un traitement médical)
- les frais de séjour dans les établissements hospitaliers non agréés par la sécurité sociale ;
- les soins, traitements et produits ayant un but esthétique ;
- la participation forfaitaire instituée au II de l'art. L 322-2 du code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation des assurés en cas de non-respect des conditions mentionnées à l'art. L 871-1 du code de la sécurité sociale.
- la franchise annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale.

Les maladies et blessures imputables au service, celles indemnisées ou pouvant donner lieu à une indemnisation en vertu de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, ou en vertu de l'article L 115 du code des pensions militaires d'invalidité et victimes de guerre, ne donnent pas droit aux prestations complémentaires.

## **Prestations accordées par la Mutuelle**

Les remboursements s'effectuent en tenant compte du respect des dispositions prévues dans le cadre du contrat responsable, conformément à la loi du 13 août 2004 et l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale.

Les garanties couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100 % santé.

Les prestations accordées par la Mutuelle, détaillées sur les tableaux des montants ou taux de remboursements sont les suivantes :

### **1 - Prestations complémentaires :**

La Mutuelle rembourse tout ou partie des montants qu'il reste à payer après la prise en charges de l'assurance maladie dans la limite du tarif de Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (B.R.S.S.) à l'exception de la participation forfaitaire au II de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale et de la majoration de participation des assurés mentionnées à l'article « Versement des prestations ».

### **2 - Prestations supplémentaires**

Des prestations supplémentaires sont attribuées à l'occasion de certaines dépenses excédant le tarif de base de remboursement de la sécurité sociale. La liste des dépenses est présentée dans le « tableau des montants ou taux des remboursements » présentée ensuite.

### **3 - Prestations particulières**

Lorsque la sécurité sociale n'intervient pas, des prestations particulières sont réglées dans les cas suivants.

A - Chambres particulières, chambres particulières pour actes ambulatoires (actes de chirurgie et d'anesthésie) et frais d'accompagnant.

Le remboursement de ces prestations est réservé uniquement dans le cadre d'une hospitalisation. Le montant de cette prestation est fixé forfaitairement sans limitation de durée.

Sont exclus notamment les séjours dans les établissements ou services ci-après :

- les cures thermales, les placements préventifs (préventorium, aérium, etc.) dont les demandes de prise en charge ont été rejetées par les commissions compétentes de la sécurité sociale ;
- les placements dans les instituts médico-pédagogiques (sauf si le malade y est réellement soumis à un traitement médical) ;
- les frais de séjour dans les établissements hospitaliers non agréés par la sécurité sociale ;
- les placements dans les maisons d'accueil spécialisées et les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

B – Frais relatifs au forfait journalier hospitalier :

La Mutuelle rembourse les frais supportés par les personnes admises dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux (à l'exception des maisons d'accueil spécialisées et les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes), dans la limite d'un montant journalier forfaitaire.

C – Allocation aux militaires en position de non-activité pour raison de santé :

Une allocation mensuelle est versée à tout membre participant, militaire en activité de service qui est placé d'office par décision médico-statutaire en position de non activité pour congé de longue durée pour maladie ou pour congé de longue maladie. Cette position de non activité doit avoir entraîné une réduction réglementaire de la solde de base.

Le versement de cette allocation, aux membres participants

concernés, intervient à compter du premier mois où la solde de base subit cette réduction réglementaire ; il est poursuivi tant que cette réduction est maintenue et tant que dure la position de non-activité sans pouvoir excéder 36 mois consécutifs. Le membre participant doit solliciter la Mutuelle pour le paiement de cette allocation. La demande doit être accompagnée des pièces justifiant la réduction de la solde de base. Si le membre participant est rétabli intégralement dans ses droits à solde complète, il est tenu de rembourser les sommes versées par la Mutuelle au titre de cette allocation, depuis la date de mise en congé.

D - Prestations forfaitaires

Des prestations forfaitaires sont versées par année civile dans les cas suivants où la sécurité sociale n'intervient pas :

- consultation de psychologue ;
- ostéopathie ou chiropracteur ;
- implantologie dentaire ;
- verres de contact, lentilles (sur ordonnance) ;
- chirurgie réfractive de l'œil ;
- frais de substituts nicotiques ;
- amniocentèse ;
- fécondation in vitro ;
- médicaments prescrits non remboursés par la sécurité sociale ;

Les plafonds forfaitaires non utilisés en totalité ne donnent pas lieu à un report sur les années suivantes.

### **4 - Prestations du fonds d'action sociale**

Le montant des prestations du fonds d'action sociale est pris sur une somme spéciale fixée et votée chaque année par le conseil d'administration. Elle n'a aucun caractère systématique. Les membres participants ne sauraient se prévaloir d'un quelconque droit au versement d'une aide au titre de l'action sociale. Le conseil d'administration peut déléguer les décisions relatives à l'allocation de prestations d'action sociale à la commission d'action sociale, créée en son sein.

A – Secours exceptionnel :

En cas de situation digne d'intérêt, la commission d'action sociale peut attribuer des secours exceptionnels :

- aux membres participants et à leurs ayants droit à la suite d'un décès, d'une maladie ou d'un accident ;
- aux orphelins de membres participants.

La commission d'action sociale détermine discrétionnairement d'une part l'opportunité de verser cette aide, d'autre part son montant et les modalités

de versement en fonction de la situation particulière de chaque bénéficiaire potentiel.

B – Participation aux frais de rente survie :

La Mutuelle peut participer aux frais afférents à des contrats de rente survie souscrits par des membres participants, en faveur d'enfants handicapés. La commission d'action sociale détermine discrétionnairement d'une part l'opportunité de verser cette aide, d'autre part son montant et les modalités de versement en fonction de la situation particulière de chaque bénéficiaire potentiel. Le montant de la participation ne peut excéder par enfant un pourcentage de la base mensuelle de calcul des prestations familiales.

## Capital décès et PTIA

### 1) Application du contrat

Des garanties « Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) » assurées par un partenaire sont incluses au présent règlement, et régies selon les conditions et modalités figurant au sein de la notice d'information établie à cet effet par le partenaire CNP Assurances.

Les membres participants mentionnés à l'article 9.1-1 des statuts sont assurés obligatoirement par le contrat souscrit auprès de la CNP Assurances (Contrat N° 0394D). Les conjoints, les concubins notoires et les signataires d'un PACS bénéficiant des prestations maladie par la Mutuelle ou ne bénéficiant pas des prestations à leur demande, mais dont les membres participants ont voulu leur rattachement, adhèrent au contrat. Les membres participants, les conjoints, les concubins notoires et les signataires d'un PACS atteignant l'âge de 65 ans en cours d'année restent assurés jusqu'au 31 décembre, pour le même montant que les bénéficiaires de moins de 65 ans. La garantie PTIA cesse au 60ème anniversaire de l'assuré.

### 2) Bénéficiaires du capital

L'assuré dispose de l'entière liberté de désigner à tout moment un ou des bénéficiaires. A défaut de désignation, l'ordre chronologique d'attribution des bénéficiaires du capital décès-invalidité est établi comme suit :

- 1- le conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé ou à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé,
- 2- le partenaire lié par un PACS,
- 3- le concubin,
- 4- les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par

parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant,

- 5- les ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux,
- 6- les autres héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux.

Le choix fait par le mutualiste ne peut en aucun cas être divulgué aux tiers.

## Dépendance

Des garanties « Dépendance totale et partielle » sont également incluses au présent règlement, assurées par le partenaire CNP Assurances selon leurs conditions et modalités figurant au sein de la notice d'information établie à cet effet. Ces garanties ont pour objet de verser à terme échu une rente viagère mensuelle au membre participant et/ou à son ayant droit.

Les membres participants mentionnés à l'article 9.1-1 des statuts sont assurés obligatoirement par le contrat souscrit par la MSPP auprès de la CNP Assurances (Contrat N° A063 F) au bénéfice de leurs adhérents. Les conjoints, les concubins notoires et les signataires d'un PACS bénéficiant des prestations maladie par la Mutuelle ou ne bénéficiant pas des prestations à leur demande, mais dont les membres participants ont voulu leur rattachement, adhèrent au contrat. L'adhésion en tant que membre participant et/ou ayant droit en tant que conjoint, concubins notoires et signataires d'un pacte civil de solidarité sera possible uniquement sous conditions d'âge, être âgé de moins de 65 ans au 1er janvier 2019. Tout sinistre dont la date de survenance reconnue par le partenaire est antérieure à la date de prise d'effet des garanties ne donne lieu à aucune prestation au titre de ce contrat.

## TITRE 5 – DISPOSITIONS DIVERSES

### Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à un de ses ayants droit victimes d'un accident dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses qu'il a supportées. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

### Droit de contrôle de la Mutuelle

La mutuelle, dans le cadre du contrôle du paiement des prestations ou lors d'une demande de devis peut exiger de produire toutes nouvelles pièces justificatives (autres que celles mentionnées au titre 9 : tableau des pièces à fournir pour le paiement des prestations) ou tous autres renseignements permettant de vérifier le bien-fondé des dépenses engagées ou d'un devis.

La mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical par la désignation d'un professionnel de santé en rapport avec l'objet de la prestation en litige tout bénéficiaire d'un remboursement de prestations au titre du présent règlement. Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives et éventuellement d'une expertise médicale diligentée par la mutuelle.

En cas de refus de se soumettre au contrôle, le paiement des prestations concernées ou l'établissement du devis est suspendu jusqu'à la réalisation de ce contrôle.

En cas de fausse déclaration intentionnelle dûment constaté par la mutuelle celle-ci entraîne la suspension immédiate du droit aux prestations concernées et l'engagement de poursuites liées au recouvrement des sommes indûment perçues sans préjudice des sanctions prévues à l'article 13 des statuts de la mutuelle.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte de la part du membre participant, dont la mauvaise foi n'est pas établie, les dispositions de l'article L.221-15 du code de la mutualité peuvent s'appliquer pour le membre participant et ses ayants-droit.

### Médiateurs

En cas de désaccord lié à l'application ou à l'interprétation des statuts, règlements mutualiste et intérieur, le membre participant peut s'adresser au secrétariat de la Mutuelle. Si le membre participant est en désaccord avec la réponse ou la solution apportée, il a la possibilité d'adresser un recours à l'adresse suivante : MSPP (Mutuelle des Sapeurs-Pompiers de Paris) – Réclamations/Recours 104 Avenue de Fontainebleau 94270 KREMLIN BICETRE. Tout recours doit avoir fait l'objet au préalable d'au moins un contact avec le secrétariat de la Mutuelle (premier niveau de réclamation). Si le litige persiste malgré les échanges, il peut saisir le Médiateur de la Mutualité Française FNM 255, rue de Vaugirard – 75719 Paris Cedex 15.

## TITRE 6 – TIERS PAYANT

Dans le cas de la procédure du tiers payant, les paiements sont effectués directement auprès du professionnel de santé ou du prestataire de service. Le bénéfice des accords ou conventions de tiers payant est acquis aux bénéficiaires de la Mutuelle sur présentation de leur carte mutualiste en cours de validité.

Toutefois, la Mutuelle se réserve le droit d'en refuser le bénéfice dans le cadre des procédures de contrôle liées à la gestion du risque. Le refus du bénéfice de la procédure de tiers payant ne peut être généralisé à l'égard d'un membre participant.



## TITRE 7 – TABLEAU DES COTISATIONS

| Tranches d'âges | Membre participant | Conjoint Concubin PACSÉ |
|-----------------|--------------------|-------------------------|
| Moins de 20 ans | 33,69 €            | 16,85 €                 |
| De 20 à 24 ans  | 40,44 €            | 20,22 €                 |
| De 25 à 29 ans  | 47,44 €            | 23,72 €                 |
| De 30 à 34 ans  | 53,62 €            | 26,81 €                 |
| De 35 à 39 ans  | 58,43 €            | 29,22 €                 |
| De 40 à 44 ans  | 63,24 €            | 31,62 €                 |
| De 45 à 49 ans  | 70,82 €            | 35,41 €                 |
| De 50 à 54 ans  | 77,84 €            | 38,92 €                 |
| De 55 à 59 ans  | 88,96 €            | 44,48 €                 |
| De 60 à 64 ans  | 95,64 €            | 47,82 €                 |
| De 65 et plus   | 102,30 €           | 51,15 €                 |

Le complément de cotisation conjoint-concubin-PACSé est égal à 50 % de la cotisation statutaire du membre participant.  
Le complément de cotisation par enfant est de 15 € pour chacun des deux premiers enfants à charge au regard des prestations familiales (gratuité à compter du 3ème enfant).

La première année d'adhésion suite à naissance, le membre participant est exonéré du complément de cotisation pour enfant jusqu'au dernier jour du mois anniversaire de l'enfant.

Le conjoint survivant d'un membre participant décédé est dispensé du paiement du complément de cotisation pour enfant à compter du premier jour du mois suivant le décès. (l'article 9 2.1 des statuts définit la situation d'enfant orphelin).

Le membre participant ayant un (des) enfant(s) à charge tel que défini à l'article 9.2 – 7ème alinéa des statuts est exonéré du complément de cotisation forfaitaire.

La participation de la MSPP en faveur de ses employés civils membres participants est fixée à 50% de la cotisation statutaire correspondant à la tranche d'âge.

Les anciens Sapeurs-Pompiers de Paris et/ou les anciens membres participants de la Mutuelle ont une cotisation égale correspondant à 2,8 fois le montant de la cotisation statutaire prévue pour la tranche d'âge 30 à 34 ans.

Ce complément de 2,8 s'applique également sur le complément de la cotisation due par enfant (gratuité à compter du 3ème enfant). Toutefois dans le cadre de l'article 4 du règlement intérieur le complément de cotisation de 2,8 fois ne s'applique pas aux membres participants réadmis, ayant été radiés ou démissionnaire pour les motifs cités.

En cas de nouvelle union, l'adhésion est maintenue en s'acquittant de la cotisation statutaire mensuelle correspondant à la tranche d'âges du membre participant conformément au tableau des cotisations du présent règlement. La cotisation annuelle des membres participants en suspension d'affiliation est égale à la cotisation statutaire mensuelle de la tranche d'âges correspondante qui figure sur le tableau des cotisations.

### GARANTIES EN INCLUSION

| CAPITAL DECES et PTIA | Membre participant | Conjoint Concubin PACSÉ |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|
| Moins de 65 ans       | 2,70 €             | 2,70 €                  |
| + de 65 ans           | 0,68 €             | 0,68 €                  |
| DEPENDANCE            | Membre participant | Conjoint-Concubin-PACSÉ |
| TOTALE ET PARTIELLE   | 1,70 €             | 1,70 €                  |

**TITRE 8 - TABLEAU DES MONTANTS OU TAUX DES REMBOURSEMENTS**

| Désignation   | Sécurité sociale   | Prestations (1)     |                            |                   |
|---|--|---------------------|----------------------------|-------------------|
|   |  | Complémentaires (3) | Supplémentaires (3) (2)    | Particulières     |
| <b>Soins courants</b>   |  |                     |                            |                   |
| <b>Honoraires médicaux</b><br>Téléconsultation et consultation et/ou acte réalisé par un médecin adhérent à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et/ou à l'OPTAM (CO); Chirurgie Obstétrique | 70 %   | 30%                 | 90%                        |                   |
| Téléconsultation et consultation et/ou acte réalisé par un médecin non adhérent à l'OPTAM et/ou l'OPTAM CO  | 70%  | 30%                 | 70%                        |                   |
| <b>Honoraires paramédicaux</b><br>Auxiliaires médicaux - Psychologues   | 60%  | 40%                 |                            |                   |
| <b>Médicaments</b><br>Pharmacie : Tous articles remboursés Régime Obligatoire (R.O.)  | 65%  | 35%                 |                            |                   |
|   | 30%  | 70%                 |                            |                   |
|   | 15%  | 85%                 |                            |                   |
| Forfait médicaments sur prescription médicale non remboursés par la sécurité sociale  | NR   |                     |                            | 75 €/an/contrat   |
| <b>Analyses et examens de laboratoire</b>   | 60%  | 40%                 |                            |                   |
| <b>Matériel médical</b>   |  |                     |                            |                   |
| Produits et accessoires   | 65%  | 35%                 |                            |                   |
| Location d'appareillage   | 60%  | 40%                 |                            |                   |
| Grand appareillage  | 65%  | 35%                 | 100%                       |                   |
| Petit appareillage/orthopédie   | 60%  | 40%                 | 180%                       |                   |
| Prothèses capillaires   | 100%   |                     | 300%                       |                   |
| <b>Autres soins pris en charge par le régime obligatoire</b>  |  |                     |                            |                   |
| Sages-Femmes  | 70%  | 30%                 |                            |                   |
| Soins externes  | 60%  | 40%                 |                            |                   |
|   | 65%  | 35%                 |                            |                   |
|   | 70%  | 30%                 |                            |                   |
| Radiologie  | 70%  | 30%                 |                            |                   |
| Frais de transport  | 65%  | 35%                 |                            |                   |
| <b>Cures thermales</b>  |  |                     |                            |                   |
| Forfait de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaire  | 70%  | 30%                 |                            |                   |
| Forfait thermal   | 65%  | 35%                 |                            |                   |
| Frais d'hébergement   | 65%  | 35%                 | 150€ / an                  |                   |
| Frais de transport  | 65%  | 35%                 |                            |                   |
| <b>Dentaire</b>   |  |                     |                            |                   |
| <b>Soins</b><br>Consultations, soins conservateurs  | 70%  | 30%                 |                            |                   |
| Inlay onlay   | 350 € (y compris la part remboursée par la sécurité sociale) |                     |                            |                   |
| <b>Prothèses dentaires (Panier de soins 100% santé)</b><br>Prothèses et réparations<br>Inlay-core<br>Prothèse transitoires  | Aucun reste à charge   |                     |                            |                   |
| <b>Prothèses dentaires (Tarifs maîtrisés et libres)</b><br>Prothèses fixes métalliques  | 290 € (y compris la part remboursée par la sécurité sociale) |                     |                            |                   |
| Prothèses fixes céramiques et céramo-métalliques avec une BRSS à 107,5 ou à 120 €   | 500 € (y compris la part remboursée par la sécurité sociale) |                     |                            |                   |
| Autre prothèses et réparations remboursées par la sécurité sociale  | 70%  | 30%                 | 300% dans la limite du PLV |                   |
| Prothèse dentaires transitoire  | 60 € (y compris la part remboursée par la sécurité sociale)  |                     |                            |                   |
| Inlay core  | 175 € (y compris la part remboursée par la sécurité sociale) |                     |                            |                   |
| <b>Autres prestations dentaires</b><br>Implantologie dentaire   | NR   |                     |                            | 600 € par implant |
| Orthodontie acceptée sécurité sociale   | 70%  | 30%                 | 220%                       |                   |

| Désignation   | Sécurité sociale | Prestations (1)                             |                         |               |
|---|------------------|---|-------------------------|---------------|
|   |                  | Complémentaires (3)                         | Supplémentaires (3) (2) | Particulières |
| <b>Optique</b>  |                  |   |                         |               |
| <b>Équipement optique de classe A (100 % santé)</b><br>Forfait monture*<br>Forfait par verre*<br>Prestations d'appairage<br>Suppléments pour verres avec filtre |                  | Aucun reste à charge                        |                         |               |
| <b>Équipement optique de classe B</b><br>Équipement Cat. A*<br>2 verres simples   |                  | Forfait 300 € dont 100 € maximum de monture |                         |               |
| Équipement optique Cat. B*<br>Verre simple + verre complexe   |                  | Forfait 350 € dont 100 € maximum de monture |                         |               |
| Équipement optique Cat. C*<br>2 verres complexes  |                  | Forfait 400 € dont 100 € maximum de monture |                         |               |
| Équipement optique Cat. D*<br>Verre simple + verre très complexe  |                  | Forfait 450 € dont 100 € maximum de monture |                         |               |
| Équipement optique Cat. E*<br>Verre complexe + verre très complexe  |                  | Forfait 500 € dont 100 € maximum de monture |                         |               |
| Équipement optique Cat. F*<br>2 verres très complexes   |                  | Forfait 600 € dont 100 € maximum de monture |                         |               |
| <b>Suppléments optiques (classe B)</b><br>Adaptation, appairage pris en charge par le régime obligatoire  | 60%              | 40%   |                         |               |
| <b>Autres prestations optiques</b><br>Lentilles de contact  | 60%              | 40%   | 100%                    |               |
| Verres de contact, lentilles jetables (non remboursées sécu. Soc., sur ordonnance)  | NR               |   |                         | 100 € / an    |
| Chirurgie réfractive  | NR               |   |                         | 500 € / oeil  |

\*Optique : Possibilité de choisir la monture en classe A ou B et de prendre les verres dans l'autre classe.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus : prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 24 mois glissants. Cette période est ramenée à 1 an pour un équipement, en cas d'évolution de la correction optique selon critères définis par la direction de la sécurité sociale.

Pour les enfants de moins de 16 ans : prise en charge limitée à un équipement tous les 12 mois glissants. Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres en cas de l'évolution de la correction optique objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans : prise en charge possible au terme d'une période minimale de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie de l'enfant et entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Lors d'un achat d'un équipement espacé dans le temps, la date à partir de laquelle le délai en vue d'un renouvellement est compté est la date de délivrance du dernier élément (monture ou verre).

| Désignation  | Sécurité sociale | Prestations (1)  |                         |               |
|--|------------------|--|-------------------------|---------------|
|  |                  | Complémentaires (3)  | Supplémentaires (3) (2) | Particulières |
| <b>Aides auditives</b>   |                  |  |                         |               |
| <b>Aides auditives Classe 1</b><br>Enfant et adulte (équipement 100% santé), une fois tous les 4 ans par oreille** |                  | Aucun reste à charge   |                         |               |
| <b>Aides auditives Classe 2</b>  |                  |  |                         |               |
| Appareil auditif (-20ans)**  |                  | 1 400 € (y compris la part remboursée par la sécurité sociale) |                         |               |
| Appareil auditif (20 ans et +)**   |                  | 1 100 € (y compris la part remboursée par la sécurité sociale) |                         |               |
| Accessoires et piles sur appareil auditif  | 60%              | 40%  | 50€                     |               |

\*\* Aides auditives :

Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans. Cette dernière disposition s'applique à partir du 1er janvier 2021 et tient compte des 4 dernières années antérieures.

L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaire.

| Désignation   | Sécurité sociale | Prestations (1)     |   |                    |
|---|------------------|---------------------|---|--------------------|
|   |                  | Complémentaires (3) | Supplémentaires (3) (2)                           | Particulières      |
| <b>Hospitalisation</b>                                  |                  |                     |   |                    |
| <b>Honoraires</b>                                       |                  |                     |   |                    |
| Médecin adhérent à l'OPTAM et/ou à l'OPTAM CO           | 70%              | 30%                 | 90%   |                    |
| Médecin non adhérent à l'OPTAM et/ou à l'OPTAM CO       | 70 %             | 30%                 | 70%   |                    |
| <b>Forfait journalier</b>                               |                  |                     |   |                    |
| Hospitalier   | NR               |                     |   | Forfait en vigueur |
| Psychiatrie   | NR               |                     |   |                    |
| <b>Forfait patient urgence</b>                          |                  |                     |   |                    |
|   | NR               |                     |   | Forfait en vigueur |
| <b>Autres prestations hospitalisations</b>              |                  |                     |   |                    |
| Honoraires médicaux                                     | 80%              | 20%                 |   |                    |
| Frais de séjour   | 80%              | 20%                 |   |                    |
| Chambre particulière                                    | NR               |                     |   | 50 € / jour        |
| Chambre particulière pour acte ambulatoire              | NR               |                     |   | 15 € / jour        |
| Chambre particulière PSY                                | NR               |                     |   | 30 € / jour        |
| Frais d'accompagnant enfant mineur et handicapé -20 ans | NR               |                     |   | 35 € / jour        |
| Participation forfaitaire pour certains actes lourds    | NR               |                     |   | 24 €               |
| <b>Divers</b>   |                  |                     |   |                    |
| Consultation de psychologue                             |                  |                     | 40 € maximum par séance<br>3 séances maximum / an |                    |
| Ostéopathe – chiropracteur - étiope                     |                  |                     | 40 € maximum par séance<br>3 séances maximum / an |                    |
| Substituts nicotiques                                   |                  |                     | 50 € / an   |                    |
| Aide familiale et ménagère                              |                  |                     | 5 € / heure                                       |                    |
| Allocation non activité (en activité à la BSPP)         |                  |                     | 8 € / jour  |                    |
| Amniocentèse  |                  |                     | 150 €   |                    |
| Fécondation in vitro                                    |                  |                     | 150 € / an  |                    |

NR : Non Remboursé par la sécurité sociale.

PLV : Prix limite de vente au public dans le cadre de la réforme 100% santé.

(1) Les pourcentages de calcul sont appliqués par rapport à la base de remboursement de la sécurité sociale.

(2) La contribution forfaitaire et les majorations appliquées en cas de non-respect du parcours de soins ne sont pas prises en compte.

(3) Prestations accordées en cas de participation de la sécurité sociale.

#### **FONDS D'ACTION SOCIALE : Prestations versées dans la limite de la somme spéciale votée chaque année en conseil d'administration**

Des secours peuvent être attribués en cas de difficultés financières résultant de dépenses de santé non remboursées ou insuffisamment remboursées en assurance maladie. L'attribution de ces aides tient compte de la situation médico-sociale du demandeur, de la composition familiale et du montant des ressources du foyer. Chaque cas est étudié dans le respect de l'anonymat par une commission d'action sociale. Un secours exceptionnel peut être attribué en cas de décès, de maladie ou d'accidents. Une rente survie peut également être versée par cette commission.

#### **CAUTION IMMOBILIERE : Prise en charge par la MSP**

La caution solidaire est une garantie de remboursement donnée à l'organisme prêteur pour couvrir les défaillances éventuelles de l'emprunteur. Il s'agit d'un engagement de caution solidaire délivré par MFPrécaution au profit d'établissements prêteurs pour garantir la défaillance de l'emprunteur en cours de remboursement de son prêt immobilier contracté auprès d'établissements bancaires partenaires.

Ce service est gratuit pour le membre participant. L'attribution de cette caution est délivrée par MFPrécaution en s'appuyant sur des critères juridiques, administratifs et financiers. Ces différents critères sont définis dans la notice d'information de la convention d'assurances collectives de cautionnement de prêts immobiliers rédigée par MFPrécaution.

| <b>CAPITAL DECES et PTIA<br/>ASSURE PAR LA CNP ASSURANCES (contrat 0394D)</b>                       | <b>Désignation</b>   |
|---|--|
| Membre participant<br>- 65 ans<br>+ 65 ans<br>Conjoint, concubin, pacsé (1)<br>- 65 ans<br>+ 65 ans | Capital décès<br><br>12 000 €<br>3 000 €<br><br>12 000 €<br>3 000€ |
| Membre participant<br>- 60 ans<br>Conjoint, concubin, pacsé<br>- 60 ans                             | Capital PTIA (2)<br>12 000 €<br><br>12 000 €                       |

| <b>COUVERTURE AUTONOMIE<br/>ASSURE PAR LA CNP ASSURANCES (contrat A063 F)</b> | <b>Désignation</b>   |
|---|--|
| GARANTIE<br>DEPENDANCE<br>TOTALE ET<br>PARTIELLE                              | Rente annuelle de garantie de :<br><br>- en cas de dépendance totale<br>2 400 € (soit 200 € par mois)<br><br>- en cas de dépendance partielle<br>1 200 € (soit 100 € par mois) |

### TITRE 9 - TABLEAU DES PIECES A FOURNIR POUR PERCEVOIR LES PRESTATIONS

La liste des pièces à fournir présentées dans le tableau ci-dessous est indicative et non exhaustive.

| <b>PRESTATIONS</b>      |  | <b>PIECES (1)</b>   |
|-------------------------|--|---|
| <b>TYPES</b>            | <b>DESIGNATIONS</b>  |   |
| Complémentaires         | Ensemble des soins partiellement remboursés par la sécurité sociale                        | - original du décompte de la sécurité sociale sauf si ce document est télétransmis directement par la C.P.A.M. ou la C.N.M.S.S. ou tous autres organismes intervenants au titre de la sécurité sociale.   |
|                         | Ticket modérateur  | - reçu délivré par l'établissement de soins   |
|                         | Hospitalisation  | - facture acquittée   |
| Supplémentaires         |  | <b>Adresser au secrétariat de la Mutuelle</b><br>- original du décompte de la sécurité sociale sauf si ce document est télétransmis directement par la C.P.A.M. ou la C.N.M.S.S. ou tous autres organismes intervenants au titre de la sécurité sociale.<br>- dans tous les cas facture du praticien ou du fournisseur. |
|                         | Aide familiale et ménagère   | - facture acquittée<br>- attestation de prise en charge par un organisme social   |
|                         | Dentaire   | - facture acquittée et détaillée avec les dents traitées (inlay-onlay, prothèses),<br>- décompte de la sécurité sociale,  |
|                         | Equipeement optique renouvelé en dehors de la limitation fixée par décret                  | - décompte de la sécurité sociale,<br>- facture détaillée et acquittée,<br>- ordonnance justifiant de la nouvelle correction.   |
|                         | Frais d'hébergement pour cure  | - décompte de la sécurité sociale et facture acquittée.   |
| Particulières           | Forfait journalier*  | - facture détaillée et acquittée  |
|                         | Frais de chambre particulière et ambulatoire* et frais d'accompagnant                      |   |
|                         | Ostéopathe, chiropracteur  |   |
|                         | Chirurgie réfractive de l'œil  |   |
|                         | Implantologie dentaire   |   |
|                         | Amniocentèse   |   |
|                         | Fécondation in vitro   |   |
|                         | Substituts nicotiniques  |   |
|                         | Psychologue  |   |
|                         | Verres de contact, lentilles jetables, médicaments non remboursés par la sécurité sociale. | - ordonnance, facture acquittée   |
| Allocation non activité | - justificatif de la situation   |   |

| PRESTATIONS                 |                          | PIECES (1)  |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| TYPES                       | DESIGNATIONS             |   |
| Fonds d'action sociale      | Secours exceptionnel     | - nature des pièces déterminées par le conseil d'administration selon les cas   |
|                             | Allocation Rente survie  | - photocopie du contrat (ouverture du dossier)  |
| Contrat 0394D CNP Assurance | Capital décès-invalidité | - extrait d'acte de décès<br>- certificat médical précisant si la mort est d'origine naturelle ou accidentelle<br>- certificat d'hérédité |

\* Si aucune prise en charge établie.

(1) Dans tous les cas, fournir une vignette d'identification se trouvant sur chaque décompte de remboursement ou inscrire le numéro de Mutuelle

## TITRE 10 – AUTRES AVANTAGES ACCORDES PAR LA MUTUELLE

### Assurance des prêts au logement

La Mutuelle peut assurer ce service par l'intermédiaire de la MFPrévoyance, moyennant le versement, par chaque emprunteur, d'une cotisation annuelle révisable calculée par rapport au montant du capital emprunté.

Elle peut également assurer la souscription d'un contrat perte d'emploi pour les personnels travaillant dans le privé.

### Caution des prêts au logement

La caution solidaire est une garantie de remboursement donnée à l'organisme prêteur pour couvrir les défaillances éventuelles de l'emprunteur. Il s'agit d'un engagement de caution solidaire délivré par MFPrécaution au profit d'établissements prêteurs pour garantir la défaillance de l'emprunteur en cours de remboursement de son prêt immobilier contracté auprès d'établissements bancaires partenaires.

Ce service est gratuit pour le membre participant. L'attribution de cette caution est délivrée par MFPrécaution en s'appuyant sur des critères juridiques, administratifs et financiers. Ces différents critères sont définis dans la notice d'information de la convention d'assurances collectives de cautionnement de prêts immobiliers rédigée par MFPrécaution.

# REGLEMENT INTERIEUR

## TITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES

### CHAPITRE 1 - CONDITIONS D'ADHESION, DE DEMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

#### Section 1 : Conditions d'admission

##### ARTICLE 1

Les membres honoraires sont admis par le conseil d'administration à la majorité des voix. Cette décision n'est pas soumise à la ratification de l'assemblée générale.

#### Section 2 : Démission, radiation, exclusion

##### ARTICLE 2

Les radiations sont prononcées par le conseil d'administration sur proposition du bureau dans les conditions prévues par les statuts.

##### ARTICLE 3

L'exclusion d'un membre, dans les cas prévus par les statuts, est proposée par le bureau au conseil d'administration.

##### ARTICLE 4

Les membres participants mentionnés à l'article 9-1° des statuts, radiés ou ayant demandé leur démission à l'occasion d'un détachement pour effectuer une mission de sapeur-pompier au titre de l'assistance militaire technique, de la coopération ou d'un changement de corps peuvent être réadmis sans le complément de cotisation.

Il en est de même pour les personnels ayant demandé une radiation suite à un mariage, un concubinage ou la souscription d'un PACS avec un membre participant de la Mutuelle des Sapeurs-Pompiers de Paris ou pour un ayant droit, conjoint, concubin ou signataire d'un pacs ayant démissionné pour adhérer au régime de prévoyance santé proposé par son employeur.

## TITRE 2 – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

### CHAPITRE 1 - ASSEMBLEE GENERALE

##### ARTICLE 5

L'assemblée générale se réunit chaque année au cours du premier semestre.

##### ARTICLE 6 - ORGANISATION DES ELECTIONS

Les élections sont organisées selon deux modes, un vote à distance (électronique ou par voie postale) qui est privilégié. Lorsque le vote à distance ne peut s'effectuer, la possibilité de voter en présentiel demeure.

Il est toujours possible de se faire représenter le jour de l'assemblée générale pour les membres participants qui ne peuvent ni voter à distance ni se rendre sur place.

Pour le vote à distance, le matériel de vote est transmis par mail ou par courrier pour les membres participants n'ayant pas renseigné leur adresse mail. Avec le matériel de vote réceptionné, deux situations sont possibles :

1) Email reçu, un code d'accès est fourni, le vote est effectué via la plateforme de gestion.

2) Par voie postale, le vote est possible également via la plateforme. Sinon le bulletin de vote est retourné au moyen de l'enveloppe T fournie avec le matériel de vote.

La campagne de vote est ouverte pour 6 semaines minimum, des relances régulières sont faites.

La veille de l'assemblée générale, le directeur ou son représentant se rend chez le prestataire pour assister au dépouillement des votes papiers. Les résultats du vote effectué via la plateforme électronique sont communiqués au global sans accès aux bulletins exprimés. Le vote est scellé à l'issue.

Le jour de l'assemblée générale, les résultats sont communiqués en séance auxquels sont rajoutés les votes des personnes présentes et celles représentées et qui n'ont pas voté à distance. A l'issue de l'assemblée générale, les résultats sont communiqués par tout moyen aux membres participants.

Pour le vote en présentiel, l'organisation des élections est assurée par le secrétariat de la mutuelle, sur convocation du président. Pour les membres participants en activité à la brigade de sapeurs-pompiers de Paris, le secrétariat de la mutuelle transmet à chaque compagnie :

- une circulaire mentionnant les modalités d'organisation de l'assemblée générale,
- un document «mandat de représentation pour les personnels empêchés». Ce document permet de représenter 29 membres participants plus le représentant soit un total de 30 voix pour un vote en présentiel.

Pour les membres participants anciens et retraités, chacun est donc destinataire d'une convocation pour l'assemblée générale adressée par voie postale avec au dos un pouvoir à remplir, à retourner en cas d'empêchement pour être présent et afin de se faire représenter le jour de l'assemblée par un autre membre participant de leur choix non administrateur. Le vote a ainsi lieu sur place.

Le dépouillement du vote et le comptage des voix sont assurés par le personnel de la mutuelle pendant l'assemblée générale.

### CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

##### ARTICLE 7

Le conseil d'administration est composé de 12 à 20 administrateurs.

##### Article 8

Les candidatures doivent être adressées au président de la mutuelle deux mois avant le renouvellement du conseil.

La date de l'assemblée générale sera portée à la connaissance des membres participants en début d'année sur le site internet et via le semestriel INFOMUT.

##### Article 9

Lors de l'élection, en cas d'égalité du nombre des suffrages sur plusieurs candidats, le siège est attribué au profit de celui ayant la plus forte ancienneté à la mutuelle. En cas d'ancienneté égale, l'élection est acquise au plus âgé.

##### Article 10

Tout changement dans la composition du conseil d'administration est immédiatement signalé à l'autorité de tutelle.

## CHAPITRE 3 - BUREAU

### **Article 11**

Les membres du bureau sont élus compte tenu des règles fixées pour l'élection des membres du conseil d'administration.

### **Article 12**

La composition du bureau est immédiatement portée à la connaissance de l'autorité de tutelle.

### **Article 13**

Le conseil d'administration délègue au bureau et sous sa responsabilité les pouvoirs suivants :

- 1) L'organisation de réunions d'information faisant connaître les buts de la mutuelle et les résultats obtenus ; publication d'articles dans des revues ;
- 2) Contrôles divers : il peut également faire procéder à toutes enquêtes justifiées par des abus, lacunes ou irrégularités constatés. Dans ces cas, ses décisions sont notifiées, par écrit, aux intéressés ;
- 3) Le bureau est chargé d'une façon générale d'assurer l'exécution des statuts en ce qui concerne plus particulièrement les divers encaissements, le service des prestations et le respect de la discipline à l'intérieur de la mutuelle ;
- 4) L'attribution, en cas d'urgence, de secours exceptionnels.
- 5) Le versement d'indemnités aux administrateurs ayants des attributions permanentes.

### **Article 14**

Lors de l'élection, en cas d'égalité du nombre des suffrages sur plusieurs candidats, le siège est attribué au profit de celui ayant la plus forte ancienneté à la mutuelle. En cas d'ancienneté égale, l'élection est acquise au plus âgé.

## CHAPITRE 4 - MEDIATEUR

### **Article 15**

Le médiateur est nommé par le conseil d'administration parmi les membres volontaires de la mutuelle.

La médiation fédérale mutualiste peut être saisie par le membre participant après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à la mutuelle à l'adresse suivantes :

Madame ou Monsieur le médiateur fédéral  
255 rue de Vaugirard  
75719 Paris cedex 15

## CHAPITRE 5 - ORGANISATION FINANCIERE

### **Section 1 : Dépenses, fonds de réserve, unions, fédérations**

#### **Article 16**

La mutuelle peut participer financièrement aux réalisations des unions et fédérations auxquelles elle peut s'affilier et ce dans la limite des fonds disponibles et après décision du conseil d'administration.

### **Section 2 : Commission de contrôle et commissaire aux comptes**

#### **Article 17**

La commission de contrôle est composée de 5 membres.

#### **Article 18**

Les candidatures à la commission de contrôle prévue par l'article 62 des statuts, doivent être adressées au président du conseil d'administration un mois avant le renouvellement de la commission.

#### **Article 19**

Le ou les commissaires aux comptes et un suppléant sont nommés pour 6 ans. Leurs fonctions prennent fin après la réunion de l'assemblée générale clôturant le sixième exercice. Si un commissaire aux comptes est nommé par l'assemblée générale en remplacement, il ne demeure en fonction que jusqu'à l'expiration du mandat de son prédécesseur.

#### **Article 20**

Le ou les commissaires aux comptes sont convoqués par lettre recommandée 15 jours au moins avant la réunion du conseil d'administration qui arrête les comptes de l'exercice écoulé, ainsi qu'à toutes les assemblées générales.



## **Siège social**

**104, avenue de Fontainebleau  
94270 Le Kremlin-Bicêtre**

[www.mspp.fr](http://www.mspp.fr)

[contact@mspp75.fr](mailto:contact@mspp75.fr) : Pour toutes vos demandes de remboursement

[secretariat@mspp75.fr](mailto:secretariat@mspp75.fr) : Pour toute autre demande

La loi applicable pour régir les rapports entre la mutuelle et le membre participant relève du code de la mutualité. La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège est situé 4, place de Budapest, 75436 PARIS Cedex 09.

MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS (MSPP) soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 391 036 183, numéro LEI 969500DLZG3AOVB04P62 - La mutuelle est inscrite à l'ORIAS sous le n°21009558 pour le compte exclusif de Banque Française Mutualiste en tant qu'intermédiaire en opération de banque et en services de paiement (<http://www.orias.fr>) - 104, avenue de Fontainebleau - 94270 KREMLIN BICETRE - Tél. : 01 43 90 44 51