



*Nationale pour être proche  
de vous partout !*

# MUTUELLE DE LA POLICE NATIONALE

□•□•□•□

*Régie par le CODE de la MUTUALITÉ  
Immatriculée sous le N° 778 869 131 du 22 AOÛT 2002*

□•□•□•□

## STATUTS RÈGLEMENT MUTUALISTE RÈGLEMENT INTÉRIEUR

**APPROUVES PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 17 JUIN 2022**

Lieu de juridiction : STRASBOURG (Bas Rhin)  
Siège Social : 1 rue de Rosheim – 67300 SCHILTIGHEIM  
Tél : 03 88 19 22 40 - E-mail : [contact@mpn-france.fr](mailto:contact@mpn-france.fr) - Web et contact : [www.e-mpn.fr](http://www.e-mpn.fr)

# STATUTS

<b>TITRE I FORMATION OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE.....</b>	<b>3</b>
Chapitre I Formation et objet de la Mutuelle.....	3
Chapitre II Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion.....	4
<i>Section 1 - Adhésion.....</i>	<i>4</i>
<i>Section 2 – Démission, radiation, exclusion.....</i>	<i>6</i>
<b>TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE .....</b>	<b>7</b>
Chapitre I Assemblée générale.....	7
<i>Section 1 – Composition, élection.....</i>	<i>7</i>
<i>Section 2 – Réunions de l'assemblée générale.....</i>	<i>9</i>
Chapitre II Conseil d'administration.....	11
<i>Section 1 – Composition, élections.....</i>	<i>11</i>
<i>Section 2 – Réunions de conseil d'administration.....</i>	<i>13</i>
<i>Section 4 – Statuts des administrateurs.....</i>	<i>14</i>
Chapitre III Président et bureau .....	16
<i>Section 1 – Élection et missions du Président.....</i>	<i>16</i>
<i>Section 2 – Élection, composition du bureau.....</i>	<i>17</i>
Chapitre IV Organisation financière.....	19
<i>Section 1 – Produits et charges.....</i>	<i>19</i>
<i>Section 2 – Modes de placements et de retrait des fonds, règles de sécurité financière.....</i>	<i>19</i>
<i>Section 3 - Commission de contrôle statutaire et commissaires aux comptes.....</i>	<i>20</i>
<i>Section 4 – Fonds d'établissement.....</i>	<i>20</i>
<b>TITRE III INFORMATION DES ADHÉRENTS.....</b>	<b>20</b>
<b>TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES.....</b>	<b>21</b>

# TITRE I

## FORMATION OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

### Chapitre I

#### **FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE**

##### **Article 1er - Dénomination de la mutuelle**

Il est constitué une mutuelle dénommée MUTUELLE DE LA POLICE NATIONALE, établie au 1 rue de Rosheim BP 50024 • 67301 SCHILTIGHEIM Cedex, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 778869131 en date du 22 août 2002. Elle est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

##### **Article 2 - Objet de la mutuelle**

La mutuelle a pour objet principal de fournir à ses membres des prestations d'assurance afférentes aux branches 1 et 2 du code de la mutualité et de mener des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide dans l'intérêt de ses membres ou de leur famille en vue d'assurer la prévention des risques sociaux liés à la personne, la réparation de leurs conséquences et de favoriser leur développement moral, intellectuel et physique sur tout le territoire Français.

Dans ce cadre, elle se propose, à titre principal :

- de fournir à ses membres des prestations d'assurance afférentes aux branches d'activité suivantes :
- branche 1 - Accidents
- branche 2 – Maladie

Par ailleurs, la mutuelle se propose de :

- participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité en application des articles L.211-3 à L.381-8, L.381-9, L.6111-3, L.712-8 du Code de la sécurité sociale et des articles L.723-2, L.731-30 à L.731-34, L.742-3 du Code rural et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'État ou d'autres collectivités publiques ;

- souscrire tout contrat ou convention auprès d'une autre mutuelle ou union régie par le Code de la Mutualité, d'une institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, d'une entreprise régie par le Code des assurances dont l'objet est d'assurer au profit de ses membres la couverture des risques ou la constitution des avantages mentionnés à l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

La mutuelle se propose enfin, à titre accessoire, de :

- gérer des activités sociales dans les conditions prévues par l'article L.111-1 III du Code de la Mutualité ;
- promouvoir l'image de la mutuelle par l'organisation de conférences, débats, congrès et par tout autre moyen autorisé par le Code de la mutualité.
- diffuser des produits d'Assurance dans les conditions fixées par les articles L 116-1 à L 116-4 du Code de la Mutualité.

##### **Article 3 - Règlement intérieur**

Un règlement intérieur établi par le conseil d'administration et approuvé par l'assemblée générale, détermine les conditions d'application des présents statuts.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlements mutualistes.

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 4 - Règlement 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 et honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Toutefois, les conditions dues et les prestations offertes dans le cadre de contrats collectifs souscrit auprès de la mutuelle ou souscrit par elle au profit d'une partie ou de l'ensemble de ses membres participants, de leurs ayants droits, ainsi que du personnel de la mutuelle, sont définies par ces contrats eux-mêmes et par les notices d'information correspondantes.

#### **Article 5 - Respecte 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 et s'engagent à respecter les principes inscrits dans la charte de la Mutualité Française.

#### **Article 6 - Informatique et libertés**

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. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

### **Chapitre II**

#### **CONDITIONS D'ADHÉSION, DEMISSIONS, DE RADIATION ET D'EXCLUSION**

##### *Section 1 - Adhésion*

#### **Article 7 - Catégorie de membres**

La mutuelle se compose des membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle ils ont adhéré et ouvrent droit à leurs ayants droit.

Les membres participants de la mutuelle sont membres de la Mutuelle BEL AIR créée en application de l'article L.111-3 du Code de la Mutualité ; ils n'ont pas faculté de renoncer à cette qualité.

Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation, versent des contributions ou font des dons sans bénéficier de leurs prestations, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

Peuvent adhérer à la mutuelle les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes :

**- en qualité de membre participant :**

1. avoir rempli les conditions d'adhésion imposées par les règlements mutualiste et intérieur en présentant un dossier d'adhésion composé de :

*un bulletin d'adhésion, rempli et renseigné avec la précision des exigences en matière de santé, du complément de traitement ou revenu ainsi que des primes.*

- a. des déclarations d'assurances collectives, renseignées et remplies
- b. une copie de leur CNI ou du livret de famille (attestation sur l'honneur en cas de vie commune ou copie de déclaration du PACS)
- c. un relevé d'identité bancaire, postal ou IBAN
- d. une demande et autorisation de prélèvement sur compte bancaire ou postal (mandat de prélèvement SEPA)
- e. la copie de l'arrêté d'affectation.

**- en qualité de membre honoraire :**

2. avoir rempli les conditions d'adhésion imposées par les règlements mutualiste et intérieur et fournir :

- a. photocopie de la pièce d'identité

## **Ayants droit :**

Est considéré comme ayants droit d'un membre participant :

- Son conjoint ou son concubin ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité.
  
- Les enfants nés ou adoptés du membre participant à charge (tel que défini par l'article 196 du GCI) dans les conditions prévues dans l'article 12 du règlement intérieur.
  
- Les ascendants du membre participant dans les conditions prévues dans l'article 13 du règlement intérieur.

À leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

## **Article 8 - Adhésion individuelle (Produit labellisé)**

Acquièrent la qualité d'adhérents à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin de demande d'adhésion.

**La date anniversaire de toutes les adhésions est fixée à la date de souscription du contrat pour une durée de 12 mois. Toute éventuelle demande de radiation ne peut être satisfaite qu'après une première année d'adhésion.**

Tout fonctionnaire de police et tout assuré social, entrant dans le cadre de l'article 7 des statuts, pourra être admis comme mutualiste sur demande écrite de sa part. Aucune information médicale ne pourra être sollicitée dans le cadre cette demande d'adhésion.

L'adhésion prend effet à la date de signature du contrat d'adhésion par les parties contractantes, et au plus tôt le 1er du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle.

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.

En cas de divorce, de rupture de PACS ou de la vie commune, l'ayant-droit ne bénéficie plus des avantages de la MUTUELLE et ce, un mois après la date officielle de la séparation.

Il peut toutefois devenir adhérent en qualité d'assuré social.

Il peut être mis un terme à cette adhésion dans les conditions de forme et de délais prévus aux articles 4 et 5 du règlement mutualiste et des articles 10, 11 et 12 des statuts.

L'adhésion est frappée de nullité dans les cas prévus par les articles L 221-13, L 221-14, L 221-15, L 221-16 du code de la Mutualité.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

## **Article 8bis - Adhésion individuelle**

Acquièrent la qualité d'adhérents à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin de demande d'adhésion.

**La date anniversaire de toutes les adhésions est fixée à la date de souscription du contrat pour une durée de 12 mois. Toute éventuelle demande de radiation ne peut être satisfaite qu'après une première année d'adhésion.**

L'adhésion prend effet à la date de signature du contrat d'adhésion par les parties contractantes.

L'adhésion à la MUTUELLE entraîne obligatoirement l'inscription pour les nouveaux membres aux assurances groupe décès (aux capitaux minimums des contrats A et C (adhérent et conjoint), rente survie, dépendance, souscrites auprès de la C.N.P. (CAISSE NATIONALE DE PRÉVOYANCE), et à la Mutuelle dédiée « Bel Air »

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.

En cas de divorce, le conjoint non-membre participant ne bénéficie plus des avantages de la MUTUELLE et ce, un mois après la date du jugement de divorce.

Il peut toutefois devenir adhérent en qualité d'assuré social.

Il peut être mis un terme à cette adhésion dans les conditions de forme et de délais prévus aux articles 4 et 5 du règlement mutualiste et des articles 10, 11 et 12 des statuts.

L'adhésion est frappée de nullité dans les cas prévus par les articles L 221-13, L 221-14, L 221-15, L 221-16 du code de la Mutualité.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

### **Article 8ter - Faculté de renonciation**

À compter de la date d'adhésion (date de signature du contrat) à la mutuelle, le nouvel adhérent dispose d'un délai légal de 14 jours pour renoncer à son adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Un exemplaire type de ce courrier de renonciation lui est remis en même temps que son bulletin d'adhésion.

En cas de renonciation, la Mutuelle rembourse au membre participant le montant de la cotisation déjà prélevée, le cas échéant.

Le fait d'avoir déjà bénéficié, pendant ce délai de rétractation, d'une prestation quelconque de la part de la mutuelle fait perdre ce droit.

### **Article 9 - Adhésion dans le cadre de contrats collectifs**

#### 1. Opérations collectives facultatives :

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

#### 2. Opérations collectives obligatoires :

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale et la mutuelle et ce en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

**La date anniversaire de toutes les adhésions est fixée à la date de souscription du contrat pour une durée de 12 mois. Toute éventuelle demande de radiation ne peut être satisfaite qu'après une première année d'adhésion.**

Aucune information médicale ne pourra être sollicitée dans le cadre d'une demande d'adhésion.

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

### **Article 10 -Démission**

La démission d'un membre peut être donnée après 1 an d'adhésion, selon l'article 8 du présent à condition d'adresser une lettre recommandée avec accusé de réception que la Mutuelle devra recevoir au moins un mois avant cette date (date de réception du courrier faisant foi).

Elle peut également être donnée dans un délai de trois mois suivant la réalisation de l'un des événements définis par l'article L.221-17 du Code de la Mutualité et dans les conditions précisées par cet article et dans le règlement mutualiste.

La démission pourra de même intervenir dans le cadre de la Loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé reprise dans l'article L.221-10-1 du code de la mutualité.

Pour les membres participants dans le cadre d'un contrat collectif, la démission résulte par le non-renouvellement du contrat collectif par la personne morale souscriptrice, à moins qu'ils ne choisissent d'y adhérer individuellement

La démission entraîne la résiliation des garanties, y compris les prestations accessoires.

La démission entraîne la suppression des avantages liés aux contrats collectifs.

La démission est irrecevable hors cas prévu par le premier alinéa du présent si celle-ci n'est pas accompagné des cartes mutualistes de tiers payant en cours, remises lors de l'adhésion ou du renouvellement annuel du contrat. Elle est également irrecevable lorsque l'adhérent se trouve en situation d'obligation financière envers la mutuelle.

### **Article 11 – Radiation**

Sont radiés les membres participants qui n'ont pas payé leurs cotisations ou fractions de cotisations à leur date d'échéance et après l'envoi d'une mise en demeure, dans les conditions et délais définis par les L.221-7, L.221-8 et L.223-9 du Code de la Mutualité et précisés dans le règlement mutualiste.

La radiation entraîne la suppression des avantages liés aux contrats collectifs.

Les membres honoraires peuvent être radiés dès lors qu'ils n'ont pas acquitté leur cotisation dans un délai de trois mois suivant l'échéance.

La radiation est, dans tous les cas, prononcée par le conseil d'administration entraîne la résiliation des garanties.

Il peut toutefois être sursis par le conseil 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.

Dans tous les cas les frais de procédure en cas de radiation sont portés à la charge de l'adhérent.

### **Article 12 – Exclusion**

Peuvent être exclus les membres participants qui, de mauvaise foi, ont fait des déclarations inexactes ou ont omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées par la mutuelle, selon les modalités prévues par les articles L.221-14 et L.221-15 du code de la mutualité.

De même, peuvent être exclus les membres honoraires ou non qui portent préjudice (moral ou financier) à la mutuelle ou à ses représentants (délégués, administrateurs, mandataires).

La mutuelle, par son représentant légal, suspend les garanties fournies au membre participant et adresse valablement les mises en demeure. Elle notifie valablement la suspension des garanties au dernier domicile connu du membre participant.

L'exclusion entraîne la suppression des avantages liés aux contrats collectifs

Les membres dont l'exclusion est proposée pour ce motif sont convoqués devant le conseil d'administration pour être entendus sur les faits qui leur sont reprochés. S'ils ne se présentent pas au jour indiqué, une nouvelle convocation leur est adressée par lettre recommandée. S'ils s'abstiennent encore d'y déférer, leur exclusion peut être prononcée d'office par le conseil d'administration et la résiliation des garanties est confirmée.

### **Article 13 – Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion**

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sous réserve des dispositions des articles L.221-17 et L.221-19 du code de la mutualité.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les questions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Les membres participants s'engagent à restituer leur carte mutualiste ou de tiers payant en cours de validité en cas de radiation, démission, exclusion ou suspension de leurs garanties santé. À défaut, les cotisations correspondantes aux garanties figurant sur ces cartes sont mises en recouvrement.

Toute exclusion entraîne une impossibilité d'adhésion à la mutuelle d'une durée de 24 mois à compter de la date de prise d'effet de l'exclusion tant en qualité de souscripteur que d'ayant-droit.

## TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

### **Chapitre I**

### **ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**

#### ***Section 1 – Composition, élection***

#### **Article 14 – Section de vote**

Tous les membres de la mutuelle sont répartis en sections de vote.

L'étendue et la composition des sections sont fixées par le conseil d'administration.

#### **Article 15 – Composition de l'assemblée générale**

L'Assemblée générale est composée des délégués des sections de vote. Ces délégués sont répartis en collèges ci-après définis.

- 1 collège de membres participants FONCTIONNAIRES en situation d'activité.
- 1 collège de membres participants FONCTIONNAIRES en situation de retraite.
- 1 collège de membres participants non -Fonctionnaires.

Dans le cas où la mutuelle réalise des opérations collectives visées à l'article L. 221-2 du code de la mutualité, peuvent être désignés des délégués représentant les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs en tant que membres honoraires et des délégués représentant leurs salariés membres participants.

### **Article 16 – Élection des délégués**

**Les membres de chaque section élisent parmi eux le ou les délégués à l'assemblée générale de la mutuelle. Les délégués sont élus pour 4 ans.**

Pour être éligibles, les candidats doivent pouvoir justifier de deux ans d'ancienneté au 1er janvier de l'année de l'élection.

Les élections des délégués ont lieu à bulletin secret suivant le mode de scrutin suivant: majorité simple au 1er tour.

Les élections se déroulent à la date prévue par le conseil et sous la responsabilité d'un bureau de vote composé d'un président et de deux assesseurs.

Les candidatures sont adressées individuellement au président qui en accuse réception.

L'information des résultats du scrutin se fait par l'envoi du Procès-Verbal aux candidats.

**Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.**

Il est procédé à l'élection des délégués :

- par correspondance ou par voie électronique dans les conditions définies par le conseil d'administration.

La perte de la qualité de membre entraîne celle de délégué.

### **Article 17 – Vacance en cours de mandat d'un délégué de section**

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de section, le Président organise dans la section de vote concernée, l'élection de son remplacement conformément aux articles 16 et 19 des statuts.

### **Article 18 – Absence d'un délégué suppléant**

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause du délégué de section et en l'absence de délégué suppléant, il est procédé, avant la prochaine assemblée générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

### **Article 19 – Nombre de délégués**

Chaque section élit :

1) Membres participants fonctionnaires en situation d'activité :

- 1 délégué pour 75 membres.

Chaque délégué dispose

d'une seule voix à l'Assemblée Générale.

2) Membres participants fonctionnaires en situation de retraite :

- 1 délégué pour 75 membres. Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée Générale.

3) Membres participants non- fonctionnaires :

- 1 délégué pour 75 membres. Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée Générale.



### **Article 20 – Empêchement**

Conformément à l'article L 114-13 du code de la mutualité, le délégué titulaire empêché d'assister à l'assemblée générale peut, s'il en fait la demande établir une procuration selon les modalités prévues aux articles R. 114-1 et R. 114-2 du même code.

### **Article 21 – 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 22 – Convocation annuelle**

#### **OBLIGATOIRE**

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

À défaut, d'une telle convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle, enjoindre sous astreinte les membres du conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

### **Article 23 – Autres convocations**

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

1. la majorité des administrateurs composant le conseil,
2. les commissaires aux comptes,
3. l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant,
4. un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
5. les liquidateurs.

À défaut, d'une telle convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle, enjoindre sous astreinte les membres du conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

### **Article 24 – Modalités de convocation de l'assemblée générale**

L'Assemblée Générale doit être convoquée 15 jours au moins avant la date de sa réunion dans les conditions prévues par la législation en vigueur. La convocation est faite par lettre ordinaire ou courriel adressée à chaque délégué.

Lorsqu'une assemblée n'a pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde assemblée peut être convoquée 8 jours au moins à l'avance, dans les mêmes formes que la première. La convocation de la seconde assemblée reproduit la date et l'ordre du jour de la première.

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.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale.

### **Article 25 – Ordre du jour**

L'ordre du jour de l'assemblée générale est arrêté par le Président du conseil d'administration ou par les auteurs de la convocation mentionnée à l'article 23 des présents statuts.

Toutefois, conformément aux articles L.114-8 (III) et D.114-6 du Code de la Mutualité si le quart des délégués le demande, des résolutions ou inscriptions supplémentaires pourront être inscrite à l'ordre du jour. Elles devront être adressées par lettre recommandée AR au Président du Conseil d'Administration au moins cinq jours avant la date de l'Assemblée Générale. Dans ce cas, ils feront l'objet d'un vote lors de l'Assemblée Générale.

### **Article 26 – Compétences de l'assemblée générale**

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

**Conformément à l'article L 114-9 du code de la mutualité, l'assemblée générale est appelée à se prononcer sur :**

1. les modifications des statuts,
2. les activités exercées,
3. l'existence et le montant des droits d'adhésion,
4. le montant du fonds d'établissement,
  
5. les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L.114-1, 5ème alinéa du code de la mutualité,
6. l'adhésion à une union, à une fédération ou une union de groupes mutualistes, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union,
7. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
8. l'émission des 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 transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
10. le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états ou tableaux qui s'y rattachent,
11. les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
12. le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du code de la mutualité,
13. 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 au compte prévu à l'article L.114-39 du même code,
14. Le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-3 ;
15. Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2
16. Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2, dans le cas où les statuts prévoient que le conseil d'administration adopte les règlements de ces opérations

#### **L'assemblée générale décide :**

- 1bis. la nomination des commissaires aux comptes,
  
- 2bis. La dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
  
- 3bis. Les délégations de pouvoir prévues à l'article 29 des présents statuts,
  
- 4bis. Les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la Mutualité.

#### ***Article 27 – Modalités de vote de l'assemblée générale***

1. Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcée pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le transfert du siège, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 29 des présents statuts, 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, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du total des délégués.

À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents représente au moins le quart du total des délégués.

Les décisions sont adoptées :

- à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

2. Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées.

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 délégués présents est au moins égal au quart du total des délégués.

À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents.

Les décisions sont adoptées: à la majorité simple des suffrages exprimés.

3. L'élection des membres du Conseil d'Administration et tout autre désignation de personne a lieu à bulletins secrets.

Les votes portant sur d'autres questions ont lieu à mains levées. Lorsque plus du tiers des délégués présents en séance réclame la procédure du vote à bulletins secrets, le président fait procéder par l'ensemble des délégués au choix de la modalité de vote. Ce choix a lieu à main levée. En cas d'égalité, le choix a lieu à bulletins secrets.

### **Article 28 – Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale**

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres adhérents sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au code de la mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

### **Article 29 – Délégation de pouvoir de l'assemblée générale**

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration.

Cette délégation n'est valable qu'un an.

Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par l'assemblée générale la plus proche.

## **Chapitre II**

### **CONSEIL D'ADMINISTRATION**

#### **Section 1 – Composition, élections**

### **Article 30 – Composition**

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composée au minimum de 11 administrateurs sans pouvoir dépasser 21 administrateurs.

Le conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins 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 personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212.7 du code de la mutualité.

### **Article 31 – Présentation des candidatures**

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être envoyées au Président de la Mutuelle de la Police Nationale et reçues au siège de la mutuelle trente jours au moins avant la date de l'assemblée générale.

Le Président National en accuse réception.

### **Article 32 – Conditions d'éligibilité – limite d'âge**

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

- être âgés de 18 ans révolus,
- être à jour des cotisations
- justifier au jour du scrutin de trois ans d'appartenance à la mutuelle
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- ne pas avoir d'activité bénévole ou lucrative avec tout organisme commercialisant des produits similaires ou pouvant être en concurrence avec ceux de la Mutuelle de la Police Nationale,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Le nombre des membres du conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge fixé 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 âgé de plus de 70 ans, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

### **Article 33 – Modalités de l'élection**

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, (décret n° 2002-1382 du 21 novembre 2002, Livre Premier, Chapitre IV, Section III, Articles R 114-1 et R 114-2 du Code de la Mutualité), les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'ensemble des membres de l'assemblée générale de la manière suivante :

- scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au premier tour – majorité relative au deuxième tour).

### **Article 34 – Durée du mandat**

Les membres du conseil d'administration sont élus pour une durée de 6 ans (six ans au plus). 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 le mandat.

Les administrateurs sont rééligibles.

Ceux qui ont été élus en cours de mandat achèvent le mandat des membres qu'ils remplacent.

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 ne remplissent plus les conditions d'éligibilité mentionnées à l'article 32,
- 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 où sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

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

### **Article 35 – Renouvellement du conseil d'administration**

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les 2 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 la réélection.

### **Article 36 – Vacance**

Le poste d'Administrateur qui est devenu vacant en cours de mandat, pour raison de décès, démission, à la suite d'une décision de l'Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution ou pour toute autre raison, ne remettant pas en cause le nombre minimum d'administrateurs tel que défini à l'article L.114-16 du Code de la Mutualité, peut provisoirement être pourvu par cooptation sous réserve de la ratification de celle-ci par la plus proche Assemblée Générale qui se prononce à bulletin secret.

Les candidats à la cooptation sont proposés au conseil d'administration par le Président.

Les électeurs sont les membres du conseil d'administration.

Les candidats doivent remplir les conditions prévues à l'article 32 des statuts.

L'élection s'effectue selon les modalités prévues à l'article 33 des statuts.

Si cette nomination ne devait pas être ratifiée par l'Assemblée Générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes ainsi accomplis n'en seraient pas moins valables. L'administrateur ainsi élu par le vote de l'Assemblée Générale, achève le mandat de celui qu'il remplace.

## *Section 2 – Réunions de conseil d'administration*

### **Article 37 – Réunions**

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président, et au moins trois 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 cinq jours francs 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.

Les dirigeants salariés participent de droit aux réunions du conseil d'administration.

Les Administrateurs peuvent, par décision du Conseil d'Administration être déclarés d'office démissionnaires de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à deux séances consécutives.

### **Article 38**

Un représentant du personnel de la mutuelle, élu dans les conditions ci-après : désigné par le conseil d'administration sur proposition du Président, peut assister avec voix consultative aux séances du conseil d'administration.

### **Article 39 – Délibérations 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.

Conformément à l'article L114-20, alinéa 2, en cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante. À titre exceptionnel et sauf s'agissant des comptes annuels, les administrateurs qui assistent à la réunion du Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou de télécommunication sont réputés présents. (Article L.114-20 du Code de la Mutualité)

Le conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du président (du ou des dirigeants salariés) et des autres membres du bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante. Les administrateurs, les dirigeants salariés et toutes les personnes présentes aux réunions du Conseil d'Administration sont tenus à une obligation de discrétion s'opposant à la divulgation de renseignements ou informations confidentielles.

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

### **Article 40 – Compétences 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.

#### **LES COMITES :**

À chaque première réunion suivant une assemblée générale ayant procédé au renouvellement par tiers des membres du conseil d'administration, le conseil d'administration constitue le comité d'audit chargé de l'assister dans ses fonctions de contrôle, de coordination et de gestion.

Ce comité est composé d'un minimum de 3 membres dont 2 sont obligatoirement administrateur MPN. Il peut être également composé d'experts reconnus dans les domaines concernés. Au sein du comité, les membres du conseil d'administration sont toujours en nombre majoritaire. L'un de ces membres du conseil d'administration préside le comité : ainsi, lors de sa première tenue, le comité élit son président par vote à bulletin secret. La participation d'un membre du comité est exclusive.

Le président du conseil d'administration ne peut être membre d'aucun comité. Il peut assister à toute réunion d'un comité. Les membres du bureau ne peuvent être membre du comité d'audit.

Le comité rend périodiquement compte de ses travaux au conseil d'administration afin de permettre au conseil un exercice responsable de ses attributions. Dans son domaine de compétence, le comité dispose des moyens du conseil d'administration pour les besoins de l'exercice de sa mission. Chaque comité peut à tout moment demander au président du conseil d'administration de transmettre des recommandations à la direction générale.

Le comité d'audit est chargé du suivi de l'ensemble des travaux préparatoires à l'arrêté des comptes annuels, ainsi qu'à l'approbation par le conseil des informations réglementaires à transmettre à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution. Le comité est également chargé du suivi de l'ensemble des travaux conduits dans le cadre d'une convention de combinaison.

Le comité d'audit est aussi chargé du suivi du dispositif de contrôle interne. Ce Comité élabore le rapport de contrôle interne à destination du conseil d'administration.

Le comité d'audit émet un avis lors du choix des commissaires aux comptes avant le vote par l'Assemblée Générale.

Conformément aux articles L 823-19 et L 823-20 du code du commerce, le président et les membres du comité, administrateurs et experts, sont désignés par le conseil d'administration statuant à la majorité simple de ses membres présents, pour une durée de 2 ans expirant à l'issue de l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du tiers sortant des membres du conseil.

#### ***Article 41 – Délégations d'attributions par le conseil d'administration***

Le conseil peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions.

Le conseil d'administration peut confier au bureau toutes attributions qui ne sont pas spécialement réservées au conseil d'administration par la loi.

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

Sans préjudice de ce qui est dit à l'article 52, le conseil d'administration peut confier au président ou un administrateur nommément désigné le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou types de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition. Le président ou l'administrateur ainsi désigné agit sous le contrôle et l'autorité du conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il accomplit.

#### ***Article 42 – Nomination d'un dirigeant salarié***

Le conseil d'administration peut nommer un dirigeant salarié et déterminer ses attributions. Il en fait la déclaration auprès du répertoire SIRENE.

Il fixe sa rémunération. Le conseil d'administration peut le révoquer à tout moment.

Le dirigeant salarié assiste à chaque réunion du conseil d'administration et, à l'invitation du président, aux réunions du bureau. Ses avis ne sont que consultatifs et il ne bénéficie pas d'un droit de vote.

#### ***Article 43 – Délégation de pouvoir (Dirigeant et Salarié)***

Les dirigeants salariés peuvent se voir déléguer par le président ou un administrateur, dans la limite de leurs attributions respectives, le pouvoir de passer en leur nom certains actes ou de prendre certaines décisions. Ces délégations doivent être autorisées par le conseil d'administration, par décision expresse, déterminées quant à leur objet et reportées dans un registre coté.

Le conseil d'administration peut également consentir, en cas d'empêchement du titulaire, une délégation au profit d'un autre salarié. En aucun cas le président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement réservées par la loi.

### ***Section 4 – Statuts des administrateurs***

#### ***Article 44 – Indemnités versées 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, R 114-4 à R 114-7 et R 114-45 du code de la mutualité.

#### **Article 45 – Remboursement des frais aux administrateurs**

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

Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont également droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées par l'article L.114-26 du code de la mutualité et les textes réglementaires pris pour son application.

#### **Article 46 - Situation et comportements interdits aux administrateurs (et aux dirigeants salariés)**

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 (ou à un dirigeant salarié).

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 dirigeants salariés) de passer des conventions avec la mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles 48,49 et 50 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 47 - Obligations des administrateurs (et des dirigeants salariés)**

Les administrateurs (et dirigeants salariés) veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateur qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard (dans les mutuelles d'entreprise : ils sont également tenus de faire connaître les intérêts qu'ils détiennent ou envisagent de prendre dans l'entreprise au sein de laquelle la mutuelle est constituée, personnellement ou par personne interposée).

Les dirigeants salariés sont tenus de déclarer au conseil d'administration, avant leur nomination, l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'ils entendent conserver, et de faire connaître après leur nomination les autres activités ou fonctions qu'ils entendent exercer.

Les administrateurs (et les dirigeants salariés) 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 48 – Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du conseil d'administration**

Sous réserve des dispositions de l'article 49 des présents statuts, toute convention, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs (ou l'un de ses dirigeants salariés), ou une 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 (ou un dirigeant salarié) est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre 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 général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions, intervenant entre un administrateur (ou un dirigeant salarié) et toute personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité.

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L.114-35 du code de la mutualité.

Le conseil d'administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisations qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

### ***Article 49 - Conventions courantes autorisées soumises à 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 (ou l'un de ses dirigeants salariés), 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 des dites conventions sont communiquées par le président aux membres du conseil d'administration et aux commissaires 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 50 – Conventions interdites***

Il est interdit aux administrateurs (et aux dirigeants salariés) 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 ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur (ou de dirigeant salarié), en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre. Cette interdiction ne s'applique pas aux dirigeants salariés lorsque ceux-ci sont susceptibles d'en bénéficier aux mêmes conditions que les salariés de la mutuelle. Dans tous les cas, le conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs (et des dirigeants salariés).

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des administrateurs (et dirigeants salariés) ainsi qu'à toute personne interposée.

### ***Article 51 – Responsabilité***

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les 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.

## **Chapitre III**

### **PRÉSIDENT ET BUREAU**

#### ***Section 1 – Élection et missions du Président***

### ***Article 52 – Élection et révocation***

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

Le président est élu dans les conditions suivantes :  
- à la majorité simple des administrateurs présents.

Le président est élu à bulletin secret pour une durée de 2 ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. 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, quinze jours francs au moins avant la date de l'élection.

### ***Article 53 – Vacance***

En cas de vacance pour décès, démission, perte de la qualité d'adhérent ou tout autre motif du président, 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 Secrétaire Général, un membre du bureau, ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions du président sont remplies conformément à l'article 8 du Règlement Intérieur par le Vice-Président ou par le Secrétaire Général.



### **Article 54 – Missions**

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux du conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale.

Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des articles L.510-8 et L.510-10 du code de la mutualité.

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 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 représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Le président ne peut exercer simultanément en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur dont au plus deux mandats de président du conseil d'administration d'une fédération, d'une union ou d'une mutuelle. Les mandats détenus dans les mutuelles et unions créent en application des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité ne sont pas pris en compte dans le décompte des mandats du président.

Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

## **Section 2 – Élection, composition du bureau**

### **Article 55 – Élection**

Les membres du bureau, autre que le président du conseil d'administration, sont élus à bulletin secret par scrutin uninominal à un tour, pour deux ans 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.

En cas d'égalité de voix, l'élection est acquise au plus jeune des candidats.

Les candidatures au poste de membre du bureau sont adressées par pli recommandé avec avis de réception à la mutuelle, quinze jours 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 56 - Composition**

Le bureau est composé obligatoirement de la façon suivante :

- le président du conseil d'administration,
- le vice-président national
- le secrétaire général national,
- le secrétaire général adjoint national,
- le trésorier général national,
- le trésorier général adjoint national.
- 

Si le conseil d'administration en décide :

- un ou plusieurs, vice-présidents délégués peuvent être ajoutés.

### **Article 57 – Réunions et délibérations**

Le bureau se réunit sur convocation du président, selon ce qu'exige la bonne administration de la mutuelle.

La convocation est envoyée aux membres du bureau cinq jours francs au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

Le président peut inviter des personnes extérieures au bureau, dont le dirigeant salarié, 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. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

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

### **Article 58 – Représentation du comité d'entreprise**

L'un des représentants du comité d'entreprise au conseil d'administration de la mutuelle, spécialement désigné à cette fin par le comité, assiste avec voix consultative aux réunions du bureau.

En cas d'empêchement de celui-ci, le deuxième représentant du comité d'entreprise au conseil d'administration le remplace

### **Article 59 – Le Vice-Président**

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.

### **Article 60 – Le secrétariat général**

Le Secrétaire Général est responsable de :

- la rédaction des procès-verbaux,
- la coordination de l'organisation matérielle des travaux des instances statutaires,
- l'animation du réseau territorial de la mutuelle,
- la conservation des archives et la tenue du fichier des membres participants,
- la gestion des contrats collectifs.

Il supervise la communication institutionnelle de la mutuelle.

Le Secrétaire Général peut, sous sa responsabilité et sous son contrôle, et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier à un ou plusieurs salariés de la Mutuelle, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

### **Article 61 – Le secrétariat général adjoint**

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

### **Article 62 – Le trésorier général**

Le trésorier supervise les opérations financières de la Mutuelle et le contrôle de la tenue de la comptabilité. Il est chargé de faire procéder au paiement des dépenses engagées par le Président et à l'encaissement des sommes dues à la Mutuelle.

Il fait procéder, selon les directives du Conseil d'Administration, à l'achat, à la vente et d'une façon générale, à toutes opérations sur les titres et valeurs.

Il fait préparer et présente au Conseil d'Administration :

- les comptes annuels et les documents, états, placements ainsi que les tableaux qui s'y rattachent,
- un rapport synthétique sur la situation financière de la Mutuelle ainsi que les projets des rapports devant être fournis et approuvés annuellement par le Conseil d'Administration en application des dispositions du code de la mutualité et dans son domaine de compétence, Sans préjudice de ce qui est dit à l'article 43, le trésorier peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à un ou des salariés qui n'ont pas le pouvoir d'ordonnancement, notamment le chef du service comptable, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

### **Article 63 – Le trésorier général adjoint**

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

### **Article 63 Bis**

Le Conseil d'Administration peut élire ou désigner un ou plusieurs mandataires mutualistes, personnes physiques, qui peuvent se voir confier une ou plusieurs missions pour apporter leur concours à la mutuelle.

Le statut de mandataire est incompatible avec les fonctions d'administrateur.

Son activité est bénévole, et il ne peut bénéficier d'aucun contrat de travail. Des frais de déplacement, d'hébergement et de garde d'enfant peuvent néanmoins lui être remboursés sur présentation d'une note de frais

Sous réserve que ces frais aient été préalablement et par écrit autorisés par le Président.

## Chapitre IV

### ORGANISATION FINANCIÈRE

#### *Section 1 – Produits et charges*

##### **Article 64 – Produits**

Les produits de la mutuelle comprennent :

1. le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'assemblée générale,
2. les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
3. les dons et les 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 et legs.
6. Il pourra être procédé à des rappels de cotisation ou à des réductions de prestations au cours de l'exercice afin de répondre aux obligations d'équilibre du résultat d'exploitation de chaque exercice et de solvabilité, conformément à l'article R 212-14 du code de la mutualité.

##### **Article 65 – 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.111-5 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'A.C.P.R pour l'exercice de ses missions,
7. plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes du groupement.

##### **Article 66 – Vérifications préalables**

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 67 – 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.

#### *Section 2 – Modes de placements et de retrait des fonds, règles de sécurité financière*

##### **Article 68**

Les placements et retraits des fonds sont réalisés dans les conditions fixées par la législation en vigueur.  
Les provisions techniques et les marges de solvabilité sont constituées conformément à la législation en vigueur.

##### **Article 69**

Les règles de sécurité financière devront s'effectuer conformément aux règlements en vigueur et sous réserve des conditions prévues par la Loi.

##### **Article 70**

La MUTUELLE étant adhérente de la FNIM, elle n'adhère pas au système fédéral de garantie de la Mutualité Française

### *Section 3 - Commission de contrôle statutaire et commissaires aux comptes.*

#### **Article 71 - Commission de contrôle**

Conformément à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, le contrôle de l'État sur la Mutuelle régie par le présent code est exercé dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution instituée par l'article L.951-1 du code de la sécurité sociale.

#### **Article 72 - 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.225-219 du code de commerce.

Le président convoque le commissaire au compte à toute assemblée générale.

Le commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le conseil d'administration et présenté à l'assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versée à chaque administrateur,
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le conseil d'administration,
- 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 lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité,
- fournit à la demande l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de résolution tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir
- opposer le secret professionnel,
- signale sans délai à la commission tout fait et décisions mentionnées à l'article L.510-6 du code de la mutualité dont il a eu connaissance,
- porte à la connaissance du conseil d'administration et de la commission de contrôle 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.

Il joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts, legs 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.

### *Section 4 – Fonds d'établissement*

#### **Article 73 - Montant du fonds d'établissement**

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 400 000 €

Les droits d'adhésion sont affectés au fonds d'établissement.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 26-4 des statuts, sur proposition du conseil d'administration.

## Titre III

# INFORMATION DES ADHÉRENTS

#### **Article 74 - Étendue de l'information**

Chaque adhérent peut consulter à tout moment les statuts, le règlement intérieur et le règlement mutualiste sur le site internet de la MPN. S'il en fait la demande expresse il peut recevoir gratuitement un exemplaire papier de ces mêmes textes. Les modifications de ces textes approuvés par l'assemblée générale sont portées à sa connaissance par ces mêmes moyens. 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 IV

### DISPOSITIONS DIVERSES

#### **Article 75 - 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 26-6 des statuts.

L'assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du conseil d'administration.

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 sur les conditions prévues à l'article 26-2bis des présents statuts et d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds National de solidarité et d'actions mutualistes mentionné 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

#### **Article 76 - Médiation**

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et du règlement mutualiste, l'adhérent peut avoir recours au service du médiateur désigné par le conseil d'administration.

Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser à Monsieur le Président de la Mutuelle de la Police Nationale.

Type de litiges traités: litiges opposant un adhérent à sa mutuelle dans les domaines de la complémentaire santé, de la prévoyance et de l'assurance-vie.

Coordonnées du médiateur FNIM :

Mutuelle de la Mutuelle de la

Police Nationale

service médiation

1, rue de Rosheim

BP 50024

67301 SCHILTIGHEIM CEDEX

Les conditions préalables à cette démarche: avoir épuisé toutes les procédures internes de règlement amiable du litige, contractuelles ou autres, propres à la mutuelle contre laquelle est dirigée la réclamation.

Le recours au médiateur reste cependant exclu dès lors qu'une procédure judiciaire est déjà engagée.

Intervention du Médiateur: avis écrit et motivé que la mutuelle s'engage à respecter.

Délai d'instruction du dossier : 6 mois à compter de la date à laquelle le médiateur a été saisi.

#### **Article 77 – Interprétation**

L'interprétation s'applique selon la hiérarchie des normes.

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

#### **Article 78 – Loi applicable**

Les présents statuts sont établis conformément aux dispositions du code de la mutualité. La loi applicable pour toute contestation liée à l'application ou à l'interprétation des statuts ou des règlements est la loi française.

### **Article 79 – Autorité chargée du contrôle**

La Mutuelle de la Police Nationale est soumise au contrôle administratif de :  
L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise 4, place de BUDAPEST à 75436 PARIS

### **Article 80 – Informatique et liberté**

Les informations recueillis par la Mutuelle auprès de ses adhérents sont destinées à l'établissement des contrats à titre commercial et la bonne exécution des obligations incombant à la mutuelle à raison de son objet.

Les données ainsi obtenues peuvent être communiquées aux organismes de gestion du régime obligatoire de santé, ainsi qu'aux assureurs partenaires auprès desquels l'adhérent bénéficie de garanties.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, le membre participant ainsi que toute autre personne dont les informations sont conservées par la mutuelle, dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les données le concernant. Pour ce faire, le membre concerné peut adresser un courrier au Siège de la mutuelle.

La Mutuelle de la Police Nationale se conforme à compter du 25 mai 2018 aux dispositions du Règlement Général sur la protection des données.

# LEXIQUE

<b>Accident :</b>	Événement soudain, imprévu et extérieur à la victime ayant, pour elle, des conséquences matérielles et/ou physiques.
<b>Assurance maladie obligatoire : (Sécurité sociale)</b>	Régime obligatoire de protection sociale couvrant tout ou partie des risques liés à la maladie, à la maternité et aux accidents de la vie privée professionnelle, les maladies professionnelles et les invalidités.
<b>Ayant droit :</b>	Le (ou les) bénéficiaire(s) des prestations de la mutuelle, en raison d'un lien avec un membre participant (conjoint, enfant, concubin...)
<b>Cotisation :</b>	Somme dont le paiement ouvre droit au bénéfice des garanties de l'assurance complémentaire maladie et éventuellement des services proposés.
<b>Délai de stage :</b>	Période qui suit l'adhésion et pendant laquelle l'adhérent cotise à une complémentaire maladie sans pouvoir bénéficier des prestations pour tout ou partie des risques.
<b>Domicile :</b>	Lieu de résidence ou adresse du membre participant précisé sur le bulletin d'adhésion.
<b>Hospitalisation :</b>	Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet un traitement médical ou chirurgical.
<b>Maladie :</b>	Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
<b>Membre participant :</b>	La (ou les) personnes(s) physique(s) adhérents de la mutuelle et bénéficiant de ces prestations.
<b>Nomenclature des actes Professionnels :</b>	Liste des actes médicaux remboursables par les régimes obligatoires. Les actes sont symbolisés par une lettre : exemple : C = consultation, K = actes opératoires.
<b>Tarif d'autorité :</b>	(pour les actes pratiqués par la minorité de professionnels non conventionnés.) Tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour des actes pratiqués par les professionnels non conventionnés avec la sécurité sociale.
<b>Tarif de convention :</b>	(pour des actes pratiqués par des professionnels conventionnés). Tarif résultant des conventions entre les professionnels de santé et la sécurité sociale. Ce tarif sert de base aux remboursements de la sécurité sociale. Le tarif de convention est également dénommé B.R.S.S (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale)
<b>Ticket modérateur :</b>	Fraction des dépenses laissée à la charge de l'assuré social et calculée sur la base d'un tarif de responsabilité. Le ticket modérateur peut être très inférieur à la dépense réellement laissée à la charge du patient.  Le ticket modérateur varie selon les catégories de prestations. Il peut être réduit ou supprimé dans certains cas, notamment en cas de maternité, accident du travail, actes chirurgicaux importants.
<b>Tiers payant où dispense d'avance de frais :</b>	Paiement direct, total ou partiel des frais médicaux pharmaceutiques par les organismes d'assurance complémentaire au lieu et place de l'assuré.

<b>Transport :</b>	Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le plus proche. Le membre participant garde le libre choix de l'établissement hospitalier.
<b>Secteur 1</b>	Le secteur 1 correspond au tarif servant de base au remboursement de la caisse d'assurance maladie.
<b>Secteur 2 :</b>	Le secteur 2 est également appelé « secteur conventionné à honoraires libres ». Les tarifs pratiqués par les médecins qui exercent en secteur sont libres et fixés par le médecin avec « tact et mesure » en fonction des exigences de la caisse d'assurance maladie. Le patient est remboursé sur la base des tarifs du secteur 1.
<b>Dépassement d'honoraires :</b>	Supplément tarifaire demandé par un professionnel de santé sur les tarifs des actes conventionnés.
<b>OPTAM :</b>	Contrat d'Accès aux Soins, Professionnel de santé du secteur 2, ayant accepté de modérer contractuellement avec l'assurance santé leur dépassement d'honoraires et dont les patients bénéficient de ce fait d'une possibilité de remboursement améliorée par leur complémentaire santé.
<b>OPTAM CO :</b>	Professionnel de santé du secteur 2 n'ayant pas accepté de modérer leur dépassement d'honoraires et dont les complémentaires santé ont obligation de limiter les remboursements.
<b>CGI :</b>	Code Général des Impôts



# RÈGLEMENT MUTUALISTE

APPROUVE PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 17 JUIN 2022



## SOMMAIRE

<b>1<sup>ère</sup> PARTIE DISPOSITIONS COMMUNES.....</b>	<b>26</b>
<b>2<sup>ème</sup> PARTIE OFFRE SANTÉ.....</b>	<b>30</b>
<b>3<sup>ème</sup> PARTIE PRESTATIONS ACCESSOIRES.....</b>	<b>31</b>
<b>4<sup>ème</sup> PARTIE PRÉVOYANCE.....</b>	<b>39</b>
<b>5<sup>ème</sup> PARTIE ACTION SOCIALE.....</b>	<b>40</b>
<b>6<sup>ème</sup> PARTIE OBLIGATIONS LÉGALES.....</b>	<b>50</b>

## **1<sup>ère</sup> PARTIE**

### **DISPOSITIONS COMMUNES**

#### **Lexique :**

**Accident :** Tout évènement soudain, imprévisible et extérieur à la victime constituant la cause de dommages corporels. Ne sont pas considéré comme accident : Le suicide, toute affection vasculaire et ou circulatoire tel que, (accident cérébral, accident cardiaque, accident, vasculaire cérébral) et toute atteinte musculaire, tendineuse ou ligamentaire.

**Accident de la circulation :** Toute atteinte corporelle résultant d'un choc direct, violent, soudain et imprévu, dont l'adhérent ou l'ayant droit est victime au cours d'un trajet sur la voie publique, du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal, ou d'un piéton ou à l'occasion d'un parcours effectué par la voie de terre, de fer, d'air ou d'eau lorsque l'accident affecte le moyen de transport public ou privé et que l'intéressé était en possession d'un titre de transport

**Accident de service :** Toute atteinte corporelle résultant d'un choc direct, violent, soudain et imprévu provoqué par un agent extérieur à l'adhérent ou de son ayant droit, intervenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

**Actif :** Adhérent ou ayant droit qui n'est pas à la retraite.

**Ambulatoire :** Séjour de moins de 24 heures dans un établissement de santé, pour des soins nécessitant un lit et dont le patient arrive et repart le jour même.

**Année civile :** Période du 1er janvier au 31 décembre de l'année.

**Année glissante :** Période de 12 mois précédant la survenance d'un évènement.

**Assurance maladie obligatoire :** Régime de protection sociale qui couvre tout ou partie des risques liés à la maladie, à la maternité, à l'invalidité et aux accidents. Abréviations AMO.

**Régime Local :** régime d'assurance maladie obligatoire en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, et de la Moselle. Abréviations RL

**Automédication :** prise de médicament sans prescription médicale.

**Base de remboursement :** Tarif de référence sur lequel l'assurance maladie obligatoire et la mutuelle se basent pour déterminer le montant de leurs remboursements respectifs.

**Bénéficiaire :** La ou les personnes susceptibles de bénéficier de la prestation en cas de résiliation des risques décès.

**Chambre particulière :** Chambre individuelle dans un établissement de santé, réunissant toutes les conditions réglementaires d'une chambre d'isolement, comportant les éléments suivants : 1 lit, le mobilier, une salle de bain avec WC particulier

**Date d'effet :** Date à laquelle le contrat commence à produire ses effets pour les parties.

**Délai de carence :** Période initiale du congé maladie pendant laquelle aucune rémunération n'est perçue en application de la législation.

**Domicile :** Lieu d'habitation principale de l'adhérent.

**Enfant :** Enfant de l'adhérent ou de son conjoint dès lors qu'il est ayant droit de l'adhérent

**Hospitalisation :** Séjour avec hébergement, prescrit par une autorité médicale, et effectué par le patient dans un établissement de santé.

**La mutuelle :** La MPN.

**Maladie :** Toute altération de santé constatée par une autorité médicale.

**Prescription :** Dans le cadre du contrat, extinction d'un droit ou d'une obligation des parties du fait de l'écoulement d'un laps de temps prévu par la loi ou les règlements.

**Subrogation :** Dans le cadre du contrat, opération juridique par laquelle la mutuelle se substitue à l'adhérent ou ses ayant droits afin d'obtenir le remboursement, par le ou les tiers responsables des sommes qu'elle a engagé.

**Ticket Modérateur :** Part financière qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Son taux est variable et fixé par les pouvoirs publics.

**Reste à charge :** Part financière qui reste à la charge de l'assuré après intervention de l'assurance maladie obligatoire, RO et de la Mutuelle, RC.

### **Article 1er : Objet**

L'assemblée générale a adopté le 10 juin 2021, un règlement mutualiste qui a pour objet de définir les engagements réciproques entre la mutuelle et ses membres participants, tels que définis dans les statuts en ce qui concerne le régime des prestations et des cotisations et résultant d'une adhésion individuelle.

Le règlement peut être modifié dans les conditions prévues par les statuts de la mutuelle.

Les garanties proposées par la mutuelle sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

### **Article 2 : Prise d'effet des garanties.**

La prise d'effet des garanties s'établit à la date de signature du contrat d'adhésion par les parties contractantes.

La date anniversaire de l'adhésion est fixée au 1er janvier de chaque année civile conformément à l'article 8 des Statuts.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions du règlement. Il peut être mis un terme à cette adhésion dans les conditions de forme et délais prévus aux articles 4 et 5 du présent règlement.

Le dossier d'adhésion est constitué des pièces suivantes:

- a. un bulletin d'adhésion, rempli et renseigné avec la précision des exigences en matière de santé, du complément de traitement ou revenu ainsi que des primes.
- b. des déclarations d'assurances collectives, renseignées et remplies
- c. une copie de leur CNI ou du livret de famille (attestation sur une copie de leur CNI ou du livret de famille (attestation sur l'honneur en cas de vie commune ou copie de déclaration du PACS)
- d. un relevé d'identité bancaire, postal ou IBAN
- e. une demande et autorisation de prélèvement sur compte bancaire ou postal (mandat de prélèvement SEPA)
- f. la copie de l'arrêté d'affectation.

En cas de divorce, le conjoint non-membre participant, ne bénéficie plus des avantages de la MUTUELLE et ce, un mois après la date du jugement de divorce.

Il peut toutefois devenir adhérent en qualité d'assuré social.

Les garanties dont bénéficient les adhérents sont précisées dans le bulletin d'adhésion.

Les garanties au profit de nouveaux bénéficiaires, sont acquises immédiatement.

Les nouveaux nés peuvent être garantis immédiatement si une demande est présentée en ce sens un mois au moins avant la naissance (ou dès réception de la demande).

Durant la période comprise entre la date de naissance du nouveau-né et le 31 décembre de l'année en cours, aucune cotisation supplémentaire ne sera appelée auprès de l'ouvrant-droit, du fait de cette naissance.

### **Article 3 : Suspension et remise en vigueur des garanties.**

À défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle d'en demander le paiement en justice, les garanties proposées peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure adressée au membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La garantie suspendue, sous réserve des stipulations de l'article 5 ci-après, reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure, les fractions de cotisations venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

La suspension des garanties peut être prononcée pour l'ayant droit par décision du CONSEIL D'ADMINISTRATION sur demande de l'adhérent

La suspension des garanties santé peut être accordée sur une période de 12 mois maximum.

La suspension des garanties santé des membres participants (adhérent, ou ses ayants droit) prononcée sur la demande de l'adhérent entraîne le paiement d'une cotisation dite «d'attente» d'un montant mensuel de 2 euros. Cette cotisation est ajoutée à celle de la CNP Prévoyance, Rente Survie, Rente Dépendance, Capital Décès (choisie par l'adhérent minimum de 2,23 €) et mutuelle "Bel Air".

- L'adhérent ou l'ayant droit qui aura demandé sa radiation ou la suspension de sa garantie santé pourra de nouveau adhérer à la Mutuelle ou solliciter la réouverture de ses droits aux conditions suivantes :

- Demande formulée par lettre recommandée avec accusé de réception (avec le Bulletin d'Adhésion)
- Accord du Conseil d'Administration

Les prestations servies à l'adhérent, à son ou ses ayants-droit, le seront, dans les conditions suivantes\*:

- stage de 3 mois en Optique, Médecine de ville
- stage de 10 mois en Dentaire
- stage de de 6 mois en Hospitalisation

\* Pendant la période de stage, prise en charge illimitée du ticket modérateur et de l'intégralité du forfait journalier.

#### **Article 4 : Résiliation des garanties par les membres participants.**

Chaque membre participant peut demander la résiliation des garanties qui lui sont offertes par la mutuelle dans les conditions prévues par le présent règlement et le bulletin d'adhésion individuel, dans les deux cas suivants :

- à tout moment de l'année, dès lors que la durée d'un an d'ancienneté soit révolue conformément à l'article 8 des Statuts, à la condition d'adresser une lettre recommandée avec accusé de réception, accompagnée des cartes mutualistes de tiers payant en cours que la Mutuelle devra recevoir au moins deux mois avant cette date (*date de réception du courrier faisant foi*).
- lors d'une modification de sa situation (lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont plus remplies ou en cas de changement de profession), lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle, en adressant une lettre recommandée dans les trois mois suivant la date de prélèvement. Dans ce cas, la fin de l'adhésion prend effet un mois après la date de réception de sa notification (article L.221-17 du code de la mutualité). Dans cette hypothèse, la mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

#### **Article 5 : Résiliation des garanties par la mutuelle.**

La mutuelle peut résilier les garanties fournies au membre participant, dans les cas suivants :

- lorsque l'adhérent porte préjudice, sous forme financière ou morale, à l'institution
- en cas de défaut de paiement des cotisations, 40 jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ;
- lors d'une modification de la situation du membre participant (lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont plus remplies, ou en cas de changement de profession), lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle, en adressant une lettre recommandée dans les trois mois suivant la date de révélation de l'événement. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de sa notification (article L 221-17 du code de la mutualité). Dans cette hypothèse, la mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de sa cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.
- en cas de fausse déclaration intentionnelle, d'une part,
- en cas d'omission d'information ou d'inexactitude des informations fournies et de mauvaise foi (article L 221-15 et L 221-17 du code de la mutualité), pour les éléments visés à l'article 12 du présent règlement.

La mutuelle adresse valablement les mises en demeure et notifie valablement les résiliations au dernier domicile connu du membre participant.

#### **Article 6 : Conséquences des résiliations sur les droits aux prestations.**

La garantie cesse à la date de prise d'effet de la résiliation.

La démission ou la radiation du membre participant implique la liquidation de la totalité des dossiers en cours.

Les ayants droits sont soumis aux mêmes droits et obligations du membre participant notamment ceux des articles 10,11 et 12 des statuts.

#### **Article 7 : Tiers payant**

**SOLIDUM – PRIMUM – PRELUDE – ESSENTIEL**

L'adhérent bénéficie du système du Tiers Payant dans les conditions définies par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, conformément aux conditions prévues dans les conventions signées avec les professionnels de santé. Le montant des prestations servies aux professionnels de santé est celui prévu par l'article 10 du présent règlement.

#### **Article 8 : Frais pris en charge.**

La mutuelle s'engage, sauf application du tiers payant dans les conditions prévues à l'article 9 ci-dessous, à rembourser aux membres participants :

- dans la limite des pourcentages ou des montants fixés à l'article 14 ci-après, et selon la portion de leurs frais non remboursés par le régime d'assurance maladie obligatoire et dans la limite des sommes engagées.
- dans la limite des sommes et pourcentages fixés à l'article 14, les frais exclus des remboursements dudit régime.

**Article 9 : Conditions du remboursement des frais médicaux.**

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Les demandes de paiement des prestations accompagnées des justificatifs devront, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de deux ans à compter de l'acte médical.

Pour obtenir le règlement des prestations et à défaut d'application de la télétransmission, le membre participant doit faire parvenir à la mutuelle, les justificatifs suivants :

- les décomptes originaux des prestations du régime obligatoire, - les originaux des factures des établissements hospitaliers, notes d'honoraires des chirurgiens,
- les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles,

**Article 10 : Étendue territoriale des garanties**

Pour les membres participants ou ayants-droit domiciliés en France métropolitaine, les garanties sont mises en œuvre dans les limites du territoire métropolitain.

Pour les membres participants ou ayants-droit domiciliés dans un département d'outre-mer, les garanties sont mises en œuvre dans la limite de ce département.

**Article 11 : Informations à transmettre en cas de modification de la situation de l'adhérent ou de ses ayants droit et modalités de transmission de ces informations – nouveau-nés.**

Les modifications dans la situation du membre participant (en cas de changement de profession, de cessation ou de changement d'affiliation d'un ayant-droit, de changement de domicile, hors la France métropolitaine) ou de ses ayants droit sont portées à la connaissance de la mutuelle, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par déclaration dans les bureaux d'accueil de la mutuelle.

La cotisation des ayants-droit s'acquitte conformément à l'article 12 du présent.

**Article 12 : Fixation des cotisations - Modification des montants ou des taux**

Le montant ou le taux des cotisations sont fixés par l'assemblée générale de la mutuelle, dans les conditions prévues par les statuts (article 15).

La cotisation est annuelle. Son montant est exprimé en « euros ». Elle est due en totalité quelle que soit la date de réalisation des droits.

Ils s'établissent ainsi qu'il suit :

1. en fonction du groupe d'appartenance (I, II ou III) établi conformément à l'article 15 du présent
2. par référence à l'âge,
3. en fonction du niveau d'exigence exprimé par de l'adhérent au moment de son adhésion pour ce qui concerne le montant du complément de traitement et des primes,
4. conformément aux dispositions de l'article L110-2, alinéa 2, les adhérents relevant du statut des fonctionnaires peuvent se voir appliquer, en outre, une modulation des cotisations en fonction de leur date d'adhésion.

**Article 12 Bis :**

La cotisation est gratuite pour tout enfant mineur d'un adhérent qui se retrouvait orphelin ou handicapé moteur ou sensoriel, pour cause médicale. Pour les garanties de l'option à laquelle son ascendant cotisait avant la survenance de l'événement ayant entraîné la perte du parent ou la survenance du handicap.

Cette faculté joue quelle que soit la cause du décès du parent, y compris en cas de cause volontaire.

**Article 13 : Information des adhérents.**

Les modifications des montants de cotisations et des statuts ainsi que des prestations sont portées à la connaissance des adhérents au moyen du site internet de la mutuelle accessible par l'adresse : [www.e-mpn.fr](http://www.e-mpn.fr)

## 2<sup>ème</sup> PARTIE OFFRE SANTÉ

### Article 14 : Tableau des prestations

Les prestations offertes par la mutuelle sont les remboursements de frais fixés dans le bulletin d'adhésion, en complément des prestations accordées par leur régime d'assurance maladie obligatoire, au titre des soins nécessités par une maladie ou un accident, garantis par la mutuelle.

Les prestations garanties se cumulent avec celles des régimes d'assurance maladie obligatoire hors forfaits mais viennent en complément de celles-ci ou de celles de même nature qui pourraient être garanties au membre participant pour les mêmes dommages du fait de l'existence d'un autre régime de prévoyance collective ou d'un contrat d'assurance antérieur au présent contrat, sans qu'il puisse recevoir une somme supérieure à 100 % de ses débours.

Aucune prestation ne pourra être servie hors parcours de soins. La participation forfaitaire reste à la charge de l'adhérent.

Les prestations accordées par la MUTUELLE sont énumérées ci-dessous, leur montant est lié à la garantie et à la catégorie choisie.

Les prestations accordées sont obligatoirement rattachées au groupe auquel appartient l'adhérent et s'applique à ses ayants droit.

Les garanties sont les suivantes :

**SOLIDUM**  
**PRIMUM**  
**PRELUDE**  
**ESSENTIEL**

**Conformément au Décret N° 2014-1378 du 18/11/2014 et la circulaire N° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30/01/2015 ces contrats se veulent « solidaires et responsables ».**

Conformément à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, aucune franchise ne sera prise en charge par la mutuelle quelle que soit la formule choisie.

Les adhérents pourront changer de garantie dans les conditions suivantes :

- Lors d'un changement de situation familiale
- A l'initiative de l'adhérent

- o **de la catégorie E à G :**

- une ancienneté de 3 ans dans la catégorie E est nécessaire pour bénéficier du transfert dans la catégorie G

- o **de la catégorie H à J :**

- une ancienneté de 3 ans dans la catégorie H est nécessaire pour bénéficier du transfert dans la catégorie J

- o **de la catégorie G à E :**

- sans condition particulière. L'adhérent sera informé de son engagement de fidélité à la catégorie G pendant 3 ans avant le dit changement.

- o **de la catégorie J à H :**

- sans condition particulière. L'adhérent sera informé de son engagement de fidélité à la catégorie J pendant 3 ans avant le dit changement.

➤ **de ESSENTIEL à PRÉLUDE :**

- date anniversaire du contrat
- stage de 3 mois en Optique, Médecine de ville
- stage de 10 mois en Dentaire
- stage de 6 mois en Hospitalisation

➤ **de PRÉLUDE à PRIMUM :**

- date anniversaire du contrat
- stage de 3 mois en Optique, Médecine de ville
- stage de 10 mois en Dentaire
- stage de 6 mois en Hospitalisation

➤ **de PRIMUM à SOLIDUM \* :**

- date anniversaire du contrat
- stage de 3 mois en Optique, Médecine de ville
- stage de 10 mois en Dentaire
- stage de 6 mois en Hospitalisation

\* Pendant la période de stage prise en charge illimitée du ticket modérateur et intégrale du forfait hospitalier. Aucun stage n'est imposé lors du passage de l'option SOLIDUM à PRIMUM de PRIMUM à PRÉLUDE, de PRÉLUDE à ESSENTIEL.

Pour les nouveaux adhérents, hors 100% santé, un stage de 3 mois en médecine de ville, 6 mois en hospitalisation, 10 mois en dentaire, optique et audioprothèses.

Ce stage ne s'applique pas aux nouveaux adhérents dont la complémentaire santé précédente appliquait des prestations identiques ou supérieures.

## **GROUPE I, II et III**

La prestation principale est servie dans les mêmes conditions pour les adhérents des quatre catégories (E,G, H,J) des trois groupes.

### **OPTIQUE :**

Frais Réels : Sous réserve du respect par le professionnel du PLV (Prix Limite de Vente) prévu par la réglementation. (100% santé)

Dans le cas d'un équipement monture et verres pour adulte, un forfait tous les 2 ans calendaires par bénéficiaire sera appliqué.

Pour les mineurs de – 16 ans ou en cas de changement de correction de la dioptrie pour les adultes, un forfait par période de 1 an sera appliqué sur présentation de l'ancienne et de la nouvelle prescription médicale.

Dans tous les cas de changement d'équipement dans la période inférieure à 2 ans qui suit le remboursement statutaire, la participation de la mutuelle se limitera au Ticket Modérateur.

Si la correction est adaptée par l'opticien, la production de la prescription médicale initiale annotée par lui et attestant de la nouvelle correction sera produite.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux prestations PRÉLUDE et ESSENTIEL.

Pour le contrat PRIMUM, les prestations lunettes et lentilles ne se sont pas cumulables.

### **DENTAIRE :**

Frais Réels : Sous réserve du respect par le professionnel du PLV (Prix Limite de Vente) prévu par la réglementation. (100 % santé)

Les prestations dentaires seront servies conformément à l'article 14 du règlement mutualiste, dans la limite d'un plafond annuel (ce plafond ne s'applique pas aux prestations relevant du 100% santé).

La période prise en considération pour établir les droits de l'adhérent, sera comptabilisée à partir des derniers soins prescrits en la matière pour une période de 12 mois.

Ce plafond annuel s'établit en fonction de l'ancienneté de l'adhérent dans la garantie choisie. Son montant annuel est établi comme indiqué ci-dessous :

	<b>1 à 3 ans</b>	<b>4 à 6 ans</b>	<b>+ de 6 ans</b>
<b>ESSENTIEL</b>	<b>150 €</b>	<b>200 €</b>	<b>250 €</b>
<b>PRELUDE</b>	<b>350 €</b>	<b>850 €</b>	<b>1 250 €</b>
<b>PRIMUM</b>	<b>900 €</b>	<b>1 300 €</b>	<b>2 300 €</b>
<b>SOLIDUM</b>	<b>1 200 €</b>	<b>2 400 €</b>	<b>3 200 €</b>

Pour les remboursements de prothèse dentaire, la MPN, sans qu'elle ait à en justifier peut, préalablement au remboursement, soumettre l'adhérent à un médecin conseil, afin de vérifier et constater la véracité des soins facturés.

En cas de changement de garantie au cours de l'année, les douze mois seront comptabilisés au jour de la souscription dans sa nouvelle option, après comptabilisation des périodes de soins.

### **AUDITIF :**

Limité à un équipement par oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition

100 % santé à compter du 01 janvier 2021

### **BON A SAVOIR :**

La MPN verse des prestations sous réserve de leur prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et dans le respect des parcours de soins et des exigences du contrat responsable. En application des décrets n° 2014-1374 du 18/11/2014, la prise en charge des éventuels dépassements d'honoraires est minorée pour les actes médicaux effectués par des médecins n'ayant pas signé le Contrat d'Accès aux Soins (OPTAM ou OPTAM-CO).

La MPN sert des prestations non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire. Dans tous les cas, la prise en charge de la MPN est limitée à la dépense engagée et conforme aux dispositions du règlement mutualiste.

L'ensemble des remboursements est exprimé en pourcentage du tarif de base de la sécurité sociale pour le Régime Général.

La Franchise Médicale, la Participation Forfaitaire, les Pénalisations pour non-respect du parcours de soins restent à la charge de l'assuré.

## **3<sup>ème</sup> PARTIE PRESTATIONS ACCESSOIRES**

Le versement des prestations « complément de traitement » et « primes » ne pourra être sollicité dès lors qu'au moment de la souscription, l'adhérent se trouve en arrêt de travail, ou relève d'une situation dont il avait connaissance dans les douze mois précédents.

Lorsque l'état de santé de l'adhérent indemnisé résulte d'un tiers responsable, sauf à en perdre le bénéfice de la prestation, celui-ci est tenu d'aviser la mutuelle des coordonnées du tiers, de son assurance et des procédures en cours. Le versement des prestations vaut accord à la mutuelle pour se substituer en recouvrement des sommes versées.



**GROUPE I (Régime Général)**  
**et**  
**GROUPE III (Régime Local)**

**ALLOCATION**  
**COMPLÉMENT DE REVENUS**

La prestation accessoire "Complément de revenus" est obligatoirement rattachée à la prestation santé. C'est une garantie à caractère obligatoire ou facultatif selon les conditions fixées à l'article 15 du règlement intérieur pour les membres des groupes I (régime général) et groupe III (régime local)

**Garantie et Prise d'effet :**

Le complément de revenu est versé aux membres de la mutuelle du Groupe I et du groupe III (Adhérent ou conjoint ayant souscrit la prestation à caractère facultatif) dans les cas suivants:

- Congé de longue durée (CLD)
- Congé de longue maladie (CLM)
- Congé de maladie ordinaire (CMO)

Le complément de revenu ne peut être versé aux membres placés, par arrêté administratif, en autorisation spéciale d'absence (ASA) en disponibilité médicale ou pour des maladies, blessures et traumatismes faisant l'objet d'un arrêté d'imputation au service (accident de travail).

Le congé maternité n'est pas considéré comme arrêt de travail pour raison médicale.

**Délai de Stage :**

Le délai de stage est une période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas, bien que le membre cotise. Tout nouvel adhérent se verra appliquer une carence de 2 ans débutant dès l'adhésion.

**Durée du versement du complément de traitement :**

La durée de l'indemnisation du complément de traitement ne peut être supérieure à la durée de l'adhésion en années à la mutuelle, arrêtée à la date de l'ouverture du sinistre.

**En aucun cas elle ne peut excéder 8 ans.**

**Policiers Adjoints :**

Les policiers adjoints percevront une indemnité de revenus comme suit :

Ancienneté d'adhésion*	<b>PRIMUM</b>	Durée maximale de l'indemnisation
1 année d'adhésion	120,00 €	3 mois
2 années d'adhésion	120,00 €	3 mois
3 années d'adhésion	200,00 €	3 mois
4 années d'adhésion	200,00 €	3 mois
5 années d'adhésion	280,00 €	3 mois
6 années d'adhésion	280,00 €	3 mois

Ancienneté d'adhésion*	<b>SOLIDUM</b>	Durée maximale de l'indemnisation
1 année d'adhésion	150,00 €	3 mois
2 années d'adhésion	150,00 €	3 mois
3 années d'adhésion	280,00 €	3 mois
4 années d'adhésion	280,00 €	3 mois
5 années d'adhésion	350,00 €	3 mois
6 années d'adhésion	350,00 €	3 mois

- \*- la première année s'entend depuis la date d'adhésion au 31 décembre suivant.  
- les années suivantes s'entendent du 1er janvier au 31 décembre.

**La prestation "complément de traitement" est versée dans la limite de la perte réelle de rémunération et après versement des Indemnités Journalières.**

### **Conditions de Versement :**

Pour le versement de la prestation « complément de revenu », et conformément à l'article 9 du règlement mutualiste, le membre bénéficiaire devra en faire la demande écrite dès qu'apparaîtra la première diminution de revenus sur son bulletin de paie.

Le versement de la prestation de complément de revenus est effectué, dans la limite de la garantie affectée au contrat santé, et à l'issue le cas échéant du délai de carence, après retenues sociales obligatoires et des frais professionnels dont le montant est établi par l'article 83 du code général des impôts.

Le montant de la prestation, en l'espèce, ne pourra être supérieur au montant net de la perte de revenu subie par le membre bénéficiaire.

Si au cours du congé de maladie, le mutualiste qui bénéficie du complément de revenu veut quitter son domicile, il ne pourra le faire qu'avec l'accord de la MUTUELLE.

Les membres bénéficiaires qui entrent dans le cadre de cette prestation doivent se référer au Règlement Intérieur pour les modalités d'applications et de paiement des dites prestations.

### **Pièces à fournir en cas de sinistre :**

Le membre bénéficiaire devra faire parvenir à la MUTUELLE :

- la demande d'indemnisation datée et signée.
- l'original du bulletin de paie, et ce chaque mois pendant toute la durée de la maladie.
- la copie de tout document à caractère administratif (arrêtés, décisions...) émis par la Sécurité Sociale ou l'administration. Suppression–Suspension–Terme de la garantie :

### **Suppression :**

Si une sanction disciplinaire survenait en cours de maladie, le paiement de la prestation serait supprimé.

### **Suspension :**

La non-application des règles énumérées au précédent paragraphe peut avoir comme conséquence le non-paiement ou la suspension du paiement de la prestation.

De la même manière, si le membre bénéficiaire se livrait à une activité, même occasionnelle, rémunérée ou non, la suspension de la prestation serait immédiate.

En aucun cas, l'hospitalisation dite à domicile ne sera prise en considération pour l'attribution de la prestation dite de complément de revenu.

En application de l'article L221-7 du code de la mutualité, le non-paiement de la cotisation entraîne la suspension puis la résiliation de la garantie. Conformément à l'article 3 du présent règlement, la garantie suspendue, reprend ses effets pour l'avenir, à midi le lendemain du jour où a été payée à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure, les fractions de cotisations venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que les éventuels frais de poursuites et de recouvrement.

En cas de non-paiement de cotisation, aucune prestation ayant débuté pendant la période de suspension ne pourra être versée, et ce même en cas de régularisation ultérieure.

La suspension de la garantie peut être prononcée pour l'ayant droit par décision du CONSEIL D'ADMINISTRATION sur demande de l'adhérent

### **Terme :**

La garantie cesse de produire ses effets de plein droit :

- à la date de radiation, démission ou exclusion du membre bénéficiaire.
- à la date de reprise d'activité (même partielle) du membre bénéficiaire.
- à la date de liquidation de la pension d'invalidité du membre bénéficiaire.
- au terme de l'indemnisation par l'employeur au titre des statuts de la fonction publique ou par l'assurance Maladie Obligatoire.
- à la date de liquidation de la pension de retraite du membre bénéficiaire.
- à la date du décès du membre bénéficiaire.
- au-delà des six mois qui suivent l'âge d'ouverture des droits à la retraite.

### **Modification de la Base de garantie**

Le membre bénéficiaire à jour de sa cotisation, peut solliciter, par courrier recommandé avec accusé de réception :

- la modification du montant de sa garantie. La nouvelle garantie prend alors effet le 1er janvier suivant.

Aucune modification de la base de garantie ne peut être effectuée pendant une période ouvrant droit au paiement de la prestation ou lorsque le membre bénéficiaire se trouve en position :

- d'arrêt de travail,
- de disponibilité d'office,
- de suspension,
- de mi-temps thérapeutique,
- d'aménagement de poste.

#### **Résiliation de la garantie :**

Le membre bénéficiaire à jour de sa cotisation, peut solliciter, par courrier avec accusé de réception la résiliation de la garantie si elle revêt un caractère facultatif au terme de l'article 15 du règlement intérieur).

La garantie prend alors fin le 31 décembre.

#### **Contrôles :**

La MUTUELLE se réserve le droit de faire contrôler à tout moment les malades auxquels elle sert des prestations des praticiens qu'elle désigne à cet effet. Elle peut également faire procéder à toutes enquêtes utiles par un Administrateur ou par un Délégué.

Les praticiens, les Administrateurs et les Délégués doivent signaler à la MUTUELLE, le cas échéant, les abus, les lacunes ou irrégularités qu'ils ont constaté. Le mutualiste qui refusera de se soumettre au contrôle administratif ou médical de la MUTUELLE se verra refuser le droit aux prestations.

## **GROUPE II**

### **Régime Spécial des fonctionnaires d'état ou territoriaux**

#### **ALLOCATION COMPLÉMENT DE TRAITEMENT**

#### **Essentiel-Prélude-Primum-Solidum**

La prestation accessoire "Complément de revenus" est obligatoirement rattachée aux prestations santé PRIMUM et SOLIDUM. C'est une garantie à caractère obligatoire (Adhérent) ou facultatif (Ayant droit) selon les conditions définies à l'article 15 du règlement intérieur pour les membres du groupe II (régime spécial)

La prestation accessoire « Complément de revenus » est proposée en option pour les adhérents appartenant aux garanties santé PRÉLUDE et ESSENTIEL, au tarif de 79 € / mois, quel que soit le montant de la garantie brute souscrite et de la catégorie d'âge concernée.

Tout nouvel adhérent, se verra appliquer une carence de 2 ans à compter de la date d'adhésion.

#### **Garantie :**

Le calcul de la « base de la garantie mensuelle » du complément de traitement se définit comme suit :

Base de la Garantie mensuelle Brute =

TBM (IM x VP<sub>100</sub>)

+ Primes soumises à pension (ISSP - PR - PF - ISAPM)

TBM : Traitement Brut Mensuel

IM : Indice Majoré au jour de la mise en congé du membre bénéficiaire. (mentionné au bulletin de traitement du mois considéré)

VP<sub>100</sub> : Valeur mensuelle du point indice 100, majoré.

Nota : Pour les membres ne percevant pas un traitement indiciaire, la base de garantie est définie par référence au salaire de base mensuel.

Primes soumises à pension :

- ISSP : Indemnité Sujétion Spéciale Police

- PR : Prime de Rendement (Ouvriers d'état).

- PF : Prime Feu (Sapeurs- Pompiers).

- ISAPM : Indemnité Spéciale Agent Police Municipale.

#### **Montant de la garantie :**

Le montant de la garantie est égal à la « base de la garantie mensuelle brute » calculée selon la méthode supra, diminuées des cotisations sociales obligatoires et des frais professionnels dont le montant est établi par l'article 83 du code général des impôts. (montant net hors prélèvement réglementaire prévu à l'article 10 du Règlement Mutualiste).

Le montant de la prestation « complément de traitement », ne pourra être supérieur au montant net de la perte de traitement subie par le membre bénéficiaire.

Ce montant ne subira aucune augmentation pendant toute la durée du congé qu'elle soit d'un an, de trois ans ou de cinq ans (voire dans des cas particuliers de huit ans).

Le versement du complément de traitement s'effectuera dans la limite de la prestation maximale mensuelle à laquelle le membre bénéficiaire aura souscrit.

### Prise d'effet :

Le complément de traitement est versé dans la limite de la prestation mensuelle maximale choisie, aux membres de la mutuelle du Groupe II, pour un an et peut être renouvelé au maximum 8 fois et dans les cas suivants :

- Congé de longue durée (CLD)
- Congé de longue maladie (CLM)
- Congé de maladie ordinaire (CMO)

Le complément de traitement ne peut être versé aux membres placés, par arrêté administratif, en autorisation spéciale d'absence (ASA) ou disponibilité médicale.

Le congé maternité n'est pas considéré comme arrêt de travail pour raison médicale.

Pour les salariés relevant du droit privé, une carence de 90 jours sera appliquée et la prestation se limitera à 9 mois maximum.

### Durée du versement du complément de traitement :

La durée de l'indemnisation du complément de traitement ne peut être supérieure à la durée de l'adhésion en années à la mutuelle, arrêtée à la date de l'ouverture du sinistre.

**En aucun cas elle ne peut excéder 8 ans.**

### Base de la garantie maximale :

**Le montant du complément de traitement versé sera en fonction du montant de la garantie brute choisie par l'adhérent et la cotisation sera calculée à l'âge, selon les tableaux ci-dessous :**

COTISATIONS COMPLÉMENT DE TRAITEMENT PRIMUM EN AGE ET EN EUROS					
Montants bruts en €	Moins de 35 ans	De 35 à 40 ans	De 41 à 45 ans	De 46 à 50 ans	De 51 ans à Retraite
2400	9	10	12	13	15
3600	11	12	13	14	16
4600	12	13	15	16	18
5600	13	15	17	19	20

COTISATIONS COMPLÉMENT DE TRAITEMENT SOLIDUM EN AGE ET EN EUROS					
Montants bruts en €	Moins de 35 ans	De 35 à 40 ans	De 41 à 45 ans	De 46 à 50 ans	De 51 ans à Retraite
2400	8	9	11	12	13
3600	10	11	12	13	14
4600	11	12	14	15	17
5600	12	14	16	18	19

### Conditions de Versement :

Pour le versement de la prestation complément de revenus, le membre bénéficiaire devra en faire la demande écrite conformément à l'article 9 du règlement mutualiste dès qu'apparaîtra la première diminution de traitement sur son bulletin de salaire.

Si au cours du congé de maladie, le mutualiste qui bénéficie du complément de traitement veut quitter son domicile, il ne pourra le faire qu'avec l'accord de la MUTUELLE.

Les membres bénéficiaires qui entrent dans le cadre de cette prestation doivent se référer au Règlement Intérieur pour les modalités d'applications et de paiement des dites prestations.

### Pièces à fournir en cas de sinistre :

Le membre bénéficiaire devra faire parvenir à la MUTUELLE :

- la demande d'indemnisation datée et signée.
- l'original du bulletin de salaire et ce chaque mois pendant toute la durée de la maladie.
- la copie de tout document à caractère administratif (arrêtés, décisions.) et avis émis par la Sécurité Sociale ou de l'administration.

## GARANTIE DES PRIMES

### Essentiel-Prélude-Primum-Solidum

La prestation accessoire "Complément de revenus" est obligatoirement rattachée aux prestations santé PRIMUM et SOLIDUM. C'est une garantie à caractère obligatoire (Adhérent) ou facultatif (Ayant droit) selon les conditions définies aux articles 15 et 16 du règlement intérieur pour les membres du groupes II (régime spécial).

La prestation accessoire « Complément de revenus » est proposée en option pour les adhérents appartenant aux garanties santé PRÉLUDE et ESSENTIEL, au tarif de 79 € / mois, quel que soit le montant de la garantie brute souscrite et de la catégorie d'âge concernée.

**Tout nouvel adhérent se verra appliquer une carence de 2 ans débutant au jour de l'adhésion.**

#### Garantie :

Il est entendu par « primes », les primes nationales de fonctions brutes définies à l'article 16 du Règlement Intérieur.

#### Sont exclues :

- les primes liées, à la manière de servir et/ou aux résultats obtenus.
- les primes liées au remplacement des agents.
- les primes et indemnités représentatives de frais.
- les primes liées à l'organisation du temps de travail.
- les primes soumises à pension garantie par la prestation « complément de traitement ».
- la prime résultant du jour de carence.

#### Primes de Spécialisation :

Les adhérents du groupe II dont les activités engendrent le versement d'une prime de spécialisation (fidélisation, danger, IJAT...) peuvent, à titre facultatif, garantir son versement par la Mutuelle en s'acquittant d'une cotisation équivalente à 2,20 % de son montant.

Concernant la prime d'Indemnité d'Absence Journalière Temporaire (IJAT), le montant maximal garanti est fixé à 1200,00€ par an.

#### Prise d'effet :

La garantie des primes et des primes de spécialisation est versée aux membres de la mutuelle du Groupe II, dans la limite de la prestation mensuelle maximale choisie et dans les cas suivants :

- Congé de longue durée (CLD)
- Congé de longue maladie (CLM)
- Congé de maladie ordinaire (CMO)

La garantie des primes ne peut être versée aux membres placés, par arrêté administratif, en autorisation spéciale d'absence (ASA) ou en disponibilité médicale.

Le congé maternité n'est pas considéré comme arrêt de travail pour raison médical

#### Bases de garanties maximales :

Le montant de la cotisation est fonction du montant brut de la prestation maximale garantie :

COTISATIONS PRIMES PRIMUM PAR AGE ET EN EUROS						
Montants bruts en €	Moins de 30 ans	De 30 à 35 ans	De 36 à 40 ans	De 41 à 45 ans	De 46 à 50 ans	De 51 ans A retraite
260	6	6,5	7	8	10	11
490	7,5	8,5	9	10	11	12
980	8,5	9,5	10	11	12	13
1429	12	13	14	16	18	19
2196	15	16	17	18	19	20

COTISATIONS PRIMES <b>SOLIDUM</b> PAR AGE ET EN EUROS						
Montants bruts en €	Moins de 30 ans	De 30 à 35 ans	De 36 à 40 ans	De 41 à 45 ans	De 46 à 50 ans	De 51 ans A retraite
260	5,5	6	6,5	7,5	9,5	10,5
490	7	8	8,5	9,5	10,5	11,5
980	8	9	9,5	10,5	11,5	12,5
1429	11,5	12,5	13,5	15,5	17,5	18,5
2196	14,5	15,5	16,5	17,5	18,5	19,5

#### **Conditions de Versement :**

Pour le paiement de la prestation garantie des primes, le membre bénéficiaire devra en faire la demande écrite et conformément à l'article 9 du règlement mutualiste dès qu'apparaîtra la première diminution de prime sur son bulletin de traitement.

#### **Montant de la garantie :**

Le montant de la garantie est égal au montant de la « prime nationale de fonction brute », dans la limite de la prestation maximale mensuelle choisie, **diminuée des cotisations sociales obligatoires** et des frais professionnels dont le montant est établi par l'article 83 du code général des impôts. (Montant net hors prélèvement réglementaire prévu à l'article 10 du Règlement Mutualiste).

Le paiement de la garantie des primes s'effectuera en prenant comme référence le montant des primes qui étaient payées au moment de la mise en congé du membre bénéficiaire.

**Ces montants ne subiront aucune augmentation pendant toute la durée du congé qu'elle soit d'un an, de trois ans ou de cinq ans (voire dans les cas particuliers de huit ans).**

Le montant de la prestation « garantie des primes » ne peut être supérieur au montant net de la perte subie par le membre bénéficiaire.

Ce montant ne subira aucune augmentation pendant toute la durée du congé qu'elle qu'en soit sa durée.

Le montant de la prestation « garantie des primes » ne peut être supérieur au montant net de la perte subie par le membre bénéficiaire.

Si au cours du congé de maladie, le membre bénéficiaire de la garantie des primes veut quitter son domicile, il ne pourra le faire qu'avec l'accord de la MUTUELLE.

Les membres bénéficiaires qui entrent dans le cadre de cette prestation doivent se référer au Règlement Intérieur pour les modalités d'applications et de paiement des prestations.

#### **Pièces à fournir en cas de sinistre :**

Le membre bénéficiaire devra faire parvenir à la MUTUELLE :

- la demande d'indemnisation datée et signée.
- l'original du bulletin de paie, et ce chaque mois pendant toute la durée de la maladie.
- la copie de tout document à caractère administratif (arrêtés, décisions) et avis émis par la Sécurité Sociale ou l'administration.

#### **Risques Exclus De La Garantie :**

Sont exclus de la garantie et ne donnent lieu à aucune indemnisation les causes, tenant :

- de l'exclusion du membre participant de l'exercice de ses fonctions,
- de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante,
- de faits de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel qu'en soit le lieu où ces événements ont lieu, et quels qu'en soient les protagonistes à partir du moment où l'assuré y prend une part active,
- de faits volontairement causés ou provoqués par l'assuré,
- d'une tentative de suicide, mutilation, blessures, refus de se soigner au sens du code de la sécurité sociale,
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation nucléaire. De démonstrations, raids, acrobaties, paris, tentative de record,
- de vols sur des aéronefs non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne dispose pas des autorisations requises ou valides,
- de vols sur ailes volantes, Ulm, parapentes, parachutes ascensionnels, sauts à l'élastique, sports extrêmes,
- de la pratique d'activités sportives ou de loisirs au mépris du respect de la réglementation, des consignes et des recommandations - de sécurité et de prudence élémentaire ou encore au moyen d'un matériel non conforme,
- de l'usage de stupéfiants ou substances interdites,
- de cataclysmes naturels (raz de marée, tremblements de terre, éruption volcanique),

- d'accident dont est victime l'assuré alors qu'il se trouve en état d'imprégnation alcoolique, avérée par une autorité compétente.

### **Suppression -Suspension– Terme des garanties :**

#### **Suppression :**

Si une action disciplinaire survenait au cours de la maladie, le paiement des prestations serait supprimé.

#### **Suspension :**

La non-application des règles énumérées aux conditions de versement peut avoir comme conséquence le non-paiement ou la suspension du paiement des prestations.

De la même manière, si le membre bénéficiaire se livrait à une activité, même occasionnelle, rémunérée ou non, la suspension des prestations serait immédiate.

En aucun cas, l'hospitalisation dite à domicile ne sera prise en considération pour l'attribution des prestations de complément de traitement ou de garantie des primes.

En application de l'article L221-7 du code de la mutualité, le non-paiement de la cotisation entraîne la suspension puis la résiliation de la garantie. Conformément à l'article 3 du règlement mutualiste, la garantie suspendue, reprend pour l'avenir, ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure, les fractions de cotisations venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

En cas de non-paiement de cotisation, aucune prestation pour des congés de maladie ayant débuté pendant la période de suspension ne pourra être versée, et ce même en cas de régularisation ultérieure.

#### **Terme :**

La garantie cesse de produire ses effets de plein droit:

- à la date de radiation, démission ou exclusion du membre bénéficiaire.
- à la date de reprise d'activité (même partielle) du membre bénéficiaire.
- à la date de liquidation de la pension d'invalidité du membre bénéficiaire.
- au terme de l'indemnisation par l'employeur au titre des statuts de la fonction publique
- à la date de liquidation de la pension de retraite du membre bénéficiaire.
- maladie, Blessures et traumatismes faisant l'objet d'un arrêté d'imputation au service.
- à la date du décès du membre bénéficiaire.

Lorsque l'état de santé de l'adhérent indemnisé résulte d'un tiers responsable, sauf à en perdre le bénéfice de la prestation, celui-ci est tenu d'aviser la mutuelle des coordonnées du tiers, de son assurance et des procédures en cours. Le versement des prestations vaut accord à la mutuelle pour se substituer en recouvrement des sommes versés.

### **Modification de la Base de la Garantie Mensuelle :**

Le membre bénéficiaire à jour de ses cotisations, peut solliciter, par courrier avec accusé de réception la modification du montant de la base de sa garantie. La nouvelle garantie prend alors effet le 1er janvier suivant.

Aucune modification de la base d'une garantie ne peut être effectuée pendant une période ouvrant droit au paiement de la prestation ou lorsque le membre bénéficiaire se trouve en position :

- d'arrêt de travail,
- de disponibilité d'office,
- de suspension,
- de mi-temps thérapeutique,
- d'aménagement de poste.

### **Résiliation de la garantie :**

Le membre bénéficiaire à jour de ses cotisations, peut solliciter, par courrier avec accusé de réception la résiliation.

Elle est recevable immédiatement à condition que le membre bénéficiaire compte au moins une année de présence à la mutuelle.

### **Contrôles :**

La MUTUELLE se réserve le droit de faire contrôler à tout moment les malades auxquels elle sert des prestations des praticiens qu'elle désigne à cet effet.

Elle peut également faire procéder à toutes enquêtes utiles par un Administrateur ou par un Délégué.

Les praticiens, les Administrateurs et les Délégués doivent signaler à la MUTUELLE, le cas échéant, les abus, les lacunes ou irrégularités qu'ils ont constatés. Le mutualiste qui refusera de se soumettre au contrôle administratif ou médical de la MUTUELLE se verra refuser le droit aux prestations.

**GROUPE I, II et III**  
**Prestations Accessoires.**

La MPN propose à titre accessoire et facultatif des prestations d'Assurance : Habitation, Automobile et Protection juridique conformément aux conditions générales des contrats de la Mutuelle Alsace Lorraine Jura dont le siège social se situe à MULHOUSE 4 place de l'Europe.

La gestion de ces prestations est totalement assurée par l'organisme assureur "MALJ". Les prestations relèvent de leur responsabilité.

**4<sup>ème</sup> PARTIE PRÉVOYANCE**

**CONTRATS COLLECTIFS**

La radiation de la mutuelle entraîne la suppression des souscriptions au contrat ci-dessous.

**Capital Décès :**

La MUTUELLE de la POLICE NATIONALE garantit un secours au décès dans les conditions suivantes :

La MUTUELLE souscrit auprès de la « CAISSE NATIONALE DE PRÉVOYANCE » un contrat collectif référencé sous le N° 0388X, qui garantit à ses membres participants ainsi qu'à leur conjoint (ou concubin) un capital minimum obligatoire pour tous de 3 820 euros (cotisation mensuelle de 2,23 €) par contrat passé avec la CAISSE NATIONALE DE PRÉVOYANCE (CNP). Ce capital peut être revalorisé par l'adhérent tous les ans jusqu'à l'âge de 40 ans, jusqu'au maximum de 31260€ pour une cotisation mensuelle de 18,24€.

Concernant le groupe II, après l'âge de 70 ans, la souscription au capital obligatoire est de 760 € (cotisation mensuelle de 3,05 €). Ce même souscripteur a la faculté de choisir un capital supplémentaire de 1 430 €. Dans ce cas, le capital payé sera celui choisi par l'adhérent et la cotisation prélevée en même temps que celle de la mutuelle santé.

Tous les adhérents et leur(s) ayant(s)-droit appartenant aux garanties santé PRIMUM et SOLIDUM souscrivent obligatoirement à ce contrat et la cotisation est collectée indépendamment de la cotisation santé.

Ce contrat cesse, de plein droit, au 1er janvier suivant la survenance du goème anniversaire de l'adhérent ou de l'ayant-droit. Le montant des capitaux ainsi que le montant de la cotisation sont réactualisés au 1er janvier de chaque année civile. Les prestations et les cotisations s'établissent depuis le 1er septembre 2007 selon les tableaux ci-après.

**Rente de survie :**

La MUTUELLE souscrit auprès de la « CAISSE NATIONALE DE PREVOYANCE » un contrat collectif, référencé sous le N° 8852Z, qui garantit, après le décès du membre participant adhérent à la MUTUELLE DE LA POLICE NATIONALE, une "rente de survie" en faveur des enfants légitimes, handicapés, ayants droit de l'adhérent décédé et à charge de ce dernier.

Rente annuelle
3.048,98 €

Ce montant est réactualisé au 1er janvier de chaque année civile. Il est servi à l'ayant droit jusqu'à son décès.

Tous les adhérents et leur(s) ayant(s)-droit appartenant aux garanties santé PRIMUM et SOLIDUM souscrivent obligatoirement à ce contrat et la cotisation est collectée indépendamment de la cotisation santé.

**Rente Dépendance :**

La MUTUELLE souscrit auprès de la « CAISSE NATIONALE DE PREVOYANCE » un contrat collectif dépendance, référencé sous le N° 8762Z, qui garantit le membre participant adhérent à la MUTUELLE DE LA POLICE NATIONALE, et son conjoint, d'une rente mensuelle.

Rente mensuelle
1 000,00 €

Ce montant est réactualisé au 1er janvier de chaque année civile.

Tous les adhérents et leur(s) ayant(s)-droit appartenant aux garanties santé PRIMUM et SOLIDUM souscrivent obligatoirement à ce contrat et la cotisation est collectée indépendamment de la cotisation santé.

Les contrats Prévoyance CNP (Capital Décès / Rente survie et Rente Dépendance) sont proposés en option aux adhérents et à leur(s) ayant(s)-droit appartenant aux garanties santé PRÉLUDE et ESSENTIEL.



## **5ème PARTIE ACTION SOCIALE**

### **Fonds Social :**

La MUTUELLE met à la disposition de ses membres des aides à l'installation dont les conditions sont fixées par le CONSEIL D'ADMINISTRATION

Elles sont principalement accordées aux nouveaux adhérents dans les douze mois qui suivent leur sortie de l'École de Police.

À titre tout à fait exceptionnel, ces aides peuvent être accordées aux autres membres adhérents de la MUTUELLE et plus particulièrement au personnel à l'occasion d'événements exceptionnels : mariage, décès, etc ...

La démission ou la radiation du membre participant implique la liquidation de la totalité des dossiers en cours.

Des prestations supplémentaires, peuvent être accordées aux adhérents ou à leurs ayants droit à la suite de soins de différentes natures ne faisant pas l'objet d'un remboursement intégral après participation de la Sécurité Sociale et de la Mutuelle.

Ces prestations supplémentaires sont attribuées dans les conditions fixées dans le Règlement Intérieur article 18 L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au CONSEIL D'ADMINISTRATION pour la fixation des montants ou des taux de prestations et de cotisations, sous réserve que la délégation soit confirmée annuellement.

### **Caution :**

La caution est donnée pour les prêts immobiliers par C.N.P. CAUTION.

Le Président de la Mutuelle de la Police Nationale à la responsabilité de l'étude et de la transmission à C.N.P. CAUTION de toutes demandes d'engagement de caution au bénéfice des adhérents.

Le dossier de demande de caution doit comporter les pièces suivantes :

- a. imprimé de demande de cautionnement
- b. offre de prêt accompagné du plan de financement en original Copie du permis de construire ou original de la promesse de vente
- c. copie du livret de famille ou pièces d'identités
- d. plan et devis des travaux (si réparations ou aménagements)
- e. 3 dernières fiches de paie du demandeur et conjoint
- f. pièces justifiant de la propriété du terrain
- g. attestation du notaire
- h. tableau d'amortissement (rachat de prêt)
- i. promesse d'hypothèque paraphée et signée
- j. notice C.N.P.
- k. dernier avis d'imposition
- l. attestation de non-inscription au fichier F.I.C.P.
- m. demande et autorisation de prélèvement
- n. trois derniers relevés mensuels de compte bancaire.

Le demandeur s'engage à fournir, sur simple demande de la Mutuelle, tous documents nécessaires à l'instruction de son dossier.

Si la caution est accordée par CNP caution, l'adhérent demandeur s'engage à acquitter une cotisation mensuelle, ajoutée aux autres cotisations MPN, santé, prévoyance et sociale. Cette cotisation est due à la MPN sur la durée équivalente à celle de l'amortissement du prêt accordé pour valoir à la souscription du contrat collectif CNP caution et aux frais de gestion. Le montant de la cotisation mensuelle est décidé par le Conseil Administration et s'applique pour toute la durée du cautionnement.

**CAUTION :**

À la date du 1er janvier 2014, le montant de la cotisation s'établit comme suit :

PERIODE AMORTISSEMENT	COTISATION MENSUELLE PAR TRANCHE DE 1000 EUROS EMPRUNTES « ADHERENT M.P.N. »	COTISATION MENSUELLE PAR TRANCHE DE 1000 EUROS EMPRUNTES « NON ADHERENT »
1 AN	1,000 €	0,846 €
2 ANS	0,500 €	0,804 €
3 ANS	0,330 €	0,780 €
4 ANS	0,250 €	0,756 €
5 ANS	0,205 €	0,732 €
6 ANS	0,171 €	0,708 €
7 ANS	0,147 €	0,689 €
8 ANS	0,129 €	0,640 €
9 ANS	0,114 €	0,624 €
10 ANS	0,103 €	0,540 €
11 ANS	0,094 €	0,640 €
12 ANS	0,086 €	0,476 €
13 ANS	0,079 €	0,452 €
14 ANS	0,074 €	0,432 €
15 ANS	0,069 €	0,412 €
16 ANS	0,064 €	0,400 €
17 ANS	0,061 €	0,392 €
18 ANS	0,057 €	0,380 €
19 ANS	0,054 €	0,369 €
20 ANS	0,052 €	0,364 €
21 ANS	0,049 €	0,356 €
22 ANS	0,047 €	0,348 €
23 ANS	0,045 €	0,344 €
24 ANS	0,043 €	0,340 €
25 ANS	0,041 €	0,336 €
26 ANS	0,040 €	0,332 €
27 ANS	0,038 €	0,328 €
28 ANS	0,037 €	0,324 €
29 ANS	0,036 €	0,320 €
30 ANS	0,035 €	0,316 €

**Caution :**

En cas de démission ou d'exclusion de la Mutuelle de la Police Nationale telle que prévue à l'article 4 du Règlement Intérieur, le montant de la cotisation mensuelle s'établira comme indiqué dans le tableau ci-dessus dans la colonne cotisation non adhérent. Elle est payable jusqu'au dernier mois mentionné au tableau d'amortissement initial. Aucun remboursement anticipé de la cotisation ne pourra être accepté.

Pour se garantir d'une défaillance du bénéficiaire, qui se verrait dans l'impossibilité de faire face à ses échéances mensuelles couvrant le remboursement du prêt, la Mutuelle de la Police Nationale délègue son engagement à C.N.P. CAUTION qui est habilitée à exercer tout recours nécessaire pour recouvrer les impayés conformément aux protocole et convention signés avec C.N.P. CAUTION.

## ASSURANCE

### PRETS IMMOBILIERS :

Les taux des primes d'assurance immobiliers s'élèvent à compter de février 2015 selon les tableaux figurant ci-dessous. Ils sont inclus dans la documentation du contrat de prêt immobilier N° 1703B

#### *Assuré en activité professionnelle / prêts immobiliers amortissables*

<b>Age de l'assuré à la date de signature de la demande l'adhésion</b>	<b>Taux annuel en % du capital initial garanti</b>
< 35 ans	<b>0.15 %</b>
de 35 ans à < 45 ans	<b>0.26 %</b>
de 45 ans à < 55 ans	<b>0.60 %</b>
de 55 ans à < 65 ans	<b>0.86 %</b>

#### *Assuré sans activité professionnelle rémunérée / prêts immobiliers amortissables Et*

*Assuré AVEC ou SANS activité professionnelle rémunérée / prêts relais d'une durée inférieure ou égale à 24 mois*

<b>Age de l'assuré à la date de signature de la demande l'adhésion</b>	<b>Taux annuel en % du capital initial garanti</b>
< 35 ans	<b>0.08 %</b>
de 35 ans à < 45 ans	<b>0.13 %</b>
de 45 ans à < 55 ans	<b>0.31 %</b>
de 55 ans à < 65 ans	<b>0.75 %</b>



### SERVICE A LA PERSONNE :

#### MUTISSIMO H

L'Assistance à Domicile de votre Mutuelle qui renforce l'ensemble de vos garanties-santé.

Lorsque qu'une hospitalisation due à un accident, ou une maladie (soudaine, imprévisible et aiguë), ou un décès surviennent, l'organisation de la vie familiale peut être bouleversée.

Afin de vous aider à la réorganiser, votre mutuelle vous propose le service d'assistance à domicile Mutissimo H.

Par ce service qui renforce l'ensemble de vos garanties-santé, votre mutuelle réaffirme sa vocation à faire preuve de solidarité et de professionnalisme pour protéger ses adhérents en toutes circonstances.

#### DÉFINITIONS

##### ♦ ASSUREUR

INTER-MUTUELLES ASSISTANCE SA (IMA SA), société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 22 860 000€, entreprise régie par la Code des Assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris, 79033 Niort, soumise au contrôle de la Commission de Contrôle des Assurances, des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance, située 54 rue de Châteaudun, 75436 Paris.

## ◆ **BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE**

Toute personne domiciliée en France métropolitaine, adhérente de sa mutuelle, ainsi que les personnes vivant sous son toit (son conjoint de droit ou de fait, ainsi que leurs enfants et ascendants fiscalement à leur charge et vivant sous leur toit)

## ◆ **DOMICILE**

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent.

## **1 - DOMAINE D'APPLICATION DES GARANTIES FAITS GÉNÉRATEURS**

○ Les garanties décrites à l'article 4 s'appliquent en cas d'accident corporel ou de maladie soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique) survenant à l'un des bénéficiaires désignés dans les articles ci-après et nécessitant une hospitalisation ou une immobilisation au domicile.

Ces garanties s'appliquent également en cas de décès.

○ Les garanties décrites à l'article 5 peuvent s'appliquer hors urgence médicale.

### **1.1 TERRITORIALITÉ**

La France métropolitaine.

### **1.2 DURÉE DES GARANTIES**

La période de validité de tout contrat souscrit par l'adhérent auprès de sa mutuelle.

### **1.3 RÉSILIATION**

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par l'adhérent de ses contrats souscrits auprès de sa mutuelle pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA SA.

## **2 - CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES**

### **2 INTERVENTION**

IMA SA intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant : 05.49.34.80.03.

Cette convention comporte un ensemble de garanties qui trouvent à s'appliquer au cours des multiples difficultés que peuvent rencontrer les bénéficiaires dans leur vie quotidienne. Elle n'a pas pour autant vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale.

**L'application de ces garanties est appréciée par IMA SA, pour ce qui concerne leur durée et le montant de leur prise en charge, en fonction de la nature et de la gravité de l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionnés à l'adhérent et à son entourage.**

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA SA ou en accord préalable avec elle.

Ces garanties ne doivent aucunement se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

**IMA-SA ne participera pas après coup aux dépenses que l'adhérent aurait engagées de sa propre initiative.** Toutefois, afin de ne pas pénaliser l'adhérent qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA- SA pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

### **2.1 PIÈCES JUSTIFICATIVES**

IMA SA se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès ...). De la même façon, IMA-SA pourra demander à l'adhérent ou à son conjoint l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades ou domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

### **2.2 ACCÈS AUX DONNÉES PERSONNELLES**

Conformément aux dispositions de la Loi Informatique et Libertés du 6/01/1978, l'adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification pour les données personnelles recueillies et faisant l'objet d'un traitement automatisé par IMA SA. L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA SA, 118 avenue de Paris, 79000 NIORT.

### **2.3 SUBROGATION**

IMA SA est subrogée, à concurrence du coût de l'assistance accordée dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA SA, c'est-à-dire qu'IMA SA effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

## **2.4 PRESCRIPTION**

Toutes les actions dérivant de la convention d'assistance ne sont plus recevables au-delà d'une période de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Le délai de prescription s'interrompt notamment par l'envoi d'une lettre recommandée de l'adhérent à IMA SA ou par la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre.

## **3- LIMITATIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES**

### **3.1 DÉCLARATION MENSONGÈRE**

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non-remboursement d'une avance de frais, IMA SA réclamera s'il y a lieu à l'adhérent le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

### **3.2 INFRACTION**

IMA SA ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

### **3.3 FORCE MAJEURE**

IMA SA ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, manquements ou contretemps à l'exécution de ses interdictions officielles, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

## **4 – GARANTIES**

### **4.1 PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET D'UN PATIENT BÉNÉFICIAIRE**

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours d'un patient bénéficiaire,

- IMA SA organise et prend en charge en France métropolitaine le déplacement aller-retour d'un proche désigné par l'adhérent, en train de 1ère classe ou avion de ligne, classe économique, à compter du premier jour.
- IMA SA organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 92 €.

### **4.2 AIDE-MÉNAGÈRE**

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA SA met une aide-ménagère à leur disposition :

- s'il y a lieu, dès le premier jour afin de venir en aide aux proches demeurant au domicile;
- ou à son retour au domicile.

IMA SA prend en charge le coût de cette garantie, à raison de 2 heures par jour d'immobilisation, dans la limite de 15 heures, réparties sur une période maximale de 15 jours selon la situation.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.

### **4.3 PRISE EN CHARGE**

#### **DES ENFANTS (< 16ans)**

Lorsque l'hospitalisation immédiate et imprévue de l'adhérent ou de son conjoint ne leur permet pas de s'occuper de leurs enfants, IMA SA organise et prend en charge dès le premier jour de l'événement l'une des garanties suivantes :

- **Le déplacement d'un proche**

Déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche désigné par l'adhérent ou son conjoint pour garder leurs enfants au domicile (billet de train 1ère classe ou d'avion, classe économique).

- **Le transfert des enfants**

Le voyage aller et retour en France métropolitaine des enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, en train 1ère classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA SA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires conventionnés.

- **La conduite à l'école et le retour au domicile des enfants**

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA SA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées, réparties sur une période de 15 jours.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions.

#### **o La garde des enfants**

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA SA organise et prend en charge :

- la garde des enfants au domicile par un intervenant autorisé, dans la limite de 15 heures, réparties sur 15 jours à compter de la date de l'événement;
- s'il y a lieu, le transfert et la garde des enfants chez une assistante maternelle, dans la limite de 15 heures, réparties sur 15 jours à compter de la date de l'événement.

Cette garantie peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des enfants à l'école.

Elle s'applique immédiatement en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.

#### **4.4 ÉCOLE A DOMICILE**

Si, à la suite d'un accident ou en raison d'une maladie imprévue, l'enfant de l'adhérent est immobilisé au domicile pour une durée de plus de 2 semaines, IMA SA organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours. Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours particuliers donnés au domicile de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires.

#### **4.5 SÉJOUR PROLONGÉ EN MATERNITÉ**

En cas de séjour de plus de 8 jours en maternité, l'adhérent ou son conjoint bénéficie des garanties d'aide-ménagère et de prise en charge des enfants.

#### **4.6 PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS**

En cas d'hospitalisation immédiate de l'adhérent ou de son conjoint, et lorsque ses ascendants vivant au domicile ne peuvent se prendre en charge, IMA SA organise et assume les coûts:

- du déplacement aller et retour en France métropolitaine d'un proche, désigné par l'adhérent ou son conjoint, susceptible de s'en occuper au domicile (billet de train 1ère classe ou avion de ligne classe économique);
- de leur déplacement aller et retour en France métropolitaine au domicile d'un proche désigné par l'adhérent, en train 1ère classe ou avion de ligne, classe économique;
- de leur garde à domicile, dans la limite de 15 heures, réparties sur 15 jours à compter de la date de l'événement.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint.

#### **4.7 TRANSFERT ET GARDE D'ANIMAUX DOMESTIQUES FAMILIERS**

IMA SA organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux vivant au domicile de l'adhérent, dans la limite de 15 jours à compter du 1er jour de l'événement, s'il est hospitalisé plus de 2 jours.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'un des bénéficiaires.

#### **4.8 TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS**

En cas de nécessité, IMA SA se charge de transmettre des messages urgents à la famille du bénéficiaire.

#### **4.9 TÉLÉASSISTANCE**

En cas de nécessité, prise en charge des frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de télé-alarme ainsi que des frais d'accès au service pour une durée maximale de trois mois.

### **5- GARANTIES COMPLÉMENTAIRES**

#### **5.1 EN CAS DE RADIOTHÉRAPIE OU DE CHIMIOTHÉRAPIE**

En cas de nécessité de traitement médical entraînant des séances de radiothérapie ou de chimiothérapie en établissement hospitalier ou à domicile, IMA SA met une aide-ménagère à la disposition de l'adhérent ou de son conjoint. Cette garantie est accordée pendant la durée du traitement, dans la limite de 15 heures, selon la situation.

Les garanties relatives à la prise en charge des enfants de moins de 16 ans et à la prise en charge des ascendants sont également applicables.

## 5.2 EN CAS DE DÉCÈS

### - Obsèques

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, IMA SA peut assister la famille dans l'organisation des obsèques et faire l'avance des frais y afférent. La somme avancée sera remboursable dans un délai de 30 jours.

Information

À la suite du décès d'un bénéficiaire, IMA SA peut apporter toutes les informations utiles aux proches vivant au domicile (dispositions à prendre, démarches relatives aux dons d'organes, à la crémation, à la succession ...).

## 5.3 GARANTIES MÉDICALES

### - Conseils médicaux

Hors urgence médicale et en l'absence du médecin traitant, des conseils médicaux, liés à un accident corporel ou à une maladie à domicile, peuvent être prodigués par les médecins d'IMA SA.

Ces conseils ne pourront cependant pas être considérés comme des consultations médicales.

### - Recherche d'un médecin

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, IMA SA peut aider le bénéficiaire à rechercher un médecin.

### - Recherche d'une infirmière

De la même façon IMA SA peut, sur prescription médicale, aider le bénéficiaire à rechercher une infirmière.

### - Recherche d'intervenants paramédicaux

En dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, IMA SA peut assister le bénéficiaire en difficulté dans sa recherche d'intervenants paramédicaux.

### - Transport en ambulance

Hors urgence médicale, IMA SA organise, sur prescription médicale, le transport du bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicament adapté. Si son état de santé le nécessite, IMA SA organise son retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à la charge de l'adhérent.

### - Livraison de médicaments

Lorsque ni le patient bénéficiaire ni l'un de ses proches ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA SA se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile du patient et de les lui livrer. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

## 5.4 PROLONGEMENT DES GARANTIES

Lorsque les prestations mises en œuvre et prises en charge par AMI SA prennent fin, IMA SA propose aux adhérents qui le souhaitent le prolongement, sous son contrôle, de ces prestations, par la mise en relation avec les intervenants agréés par IMA SA. Le montant de ces prestations reste dès lors à la charge de l'adhérent.

## 5.5 INFORMATIONS ADMINISTRATIVES, SOCIALES, JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE

Afin d'aider les adhérents souhaitant obtenir des informations à caractère général, IMA SA s'efforce d'orienter les appelants vers les services appropriés, ou de rechercher et communiquer par téléphone les informations suivantes, du lundi au samedi de 8 h à 19 h, hors jours fériés:

- **famille** : régimes matrimoniaux, grossesse, naissance, adoption, filiation, nationalité, incapables mineurs, majeurs, ascendants à charge, divorce, pension alimentaire hors divorce, prestations familiales, PACS
- **enseignement** : établissements scolaires, séjours linguistiques, aides financières pour scolaires, étudiants, télé-enseignement, orientation pédagogique, université
- **santé** : don du sang ou d'organes, dossiers médicaux, médecine scolaire, responsabilité médicale, paramédicale, sécurité sociale
- **droit du travail**: travail temporaire, travail à domicile, les contrats de travail, travail à temps partiel, fonction publique, licenciement, chômage, accident du travail
- **formation** : congé individuel de formation, contrat de qualification, contrat d'orientation, stages

- **retraite** : retraite de base et/ou complémentaire, modalités de départ, réversion, préretraite, travail pendant la retraite, prestations familiales, aides sociales
- **succession** : donations, héritiers réservataires, testament, succession sans testament, droit du conjoint survivant
- **fiscalité, administration** : impôts, administration, traitements et salaires, revenus fonciers, plus-values, charges déductibles, déclarations, impôts locaux, paiements, contrôles, réclamations
- **justice** : auxiliaires de justice, comment obtenir une aide juridique, juridictions pénales, juridictions civiles, juridictions administratives
- **habitation, logement** : baux d'habitation, contrats, accession à la propriété, acte de construire, achat ou vente d'un bien immobilier, copropriété, autres demandes liées à la propriété, permis de construire, formalités, certificat de conformité, contrats de construction, rénovation (artisans), garantie de bon fonctionnement/biennale/décennale, litige de chantiers, relations de voisinage
- **location** : contrat de location, location meublées, locations saisonnières, location d'immeuble, loyer, travaux, réparations, bail, fin du bail et ses conséquences, contestations et litiges
- **banque, crédit** : cartes bancaires, chèques, autres moyens de paiement, incident d'utilisation (perte, vol), opposition, découverts, crédit: fonctionnement, différentes sortes de crédit, litiges, placements
- **consommation**: litiges avec un commerçant, une entreprise, un artisan, litiges avec un prestataire de services: agence de voyages, hôtel, restaurant, pressing, teinturerie, déménageurs, vendeurs d'ordinateurs et de téléphones mobiles
- **automobile** : vente, achat à un professionnel ou un particulier, vices cachés, location, contrôle technique, carte grise, garagistes: responsabilité, entretien et factures, permis de conduire: suspension, documents administratifs
- **vie pratique** : enseignement, formation, formalités, cartes, permis, relations avec l'administration
- **vacances à l'étranger** : vaccinations, formalités, visas

**Toute communication écrite  
relative à l'assistance à  
domicile doit être adressée à :**

**Mutissimo H**  
BP 8842  
79028 NIORT Cedex 09



**COTISATIONS**

**Article 15** : Paiement des cotisations.

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle, affectée à la couverture des prestations en fonction de la catégorie à laquelle ils appartiennent. Cette cotisation est payable par avance, mensuellement en fonction de la catégorie d'appartenance.

L'âge du membre participant s'apprécie au 1er janvier de l'année civile de l'adhésion.

Cette majoration perdure durant tout le temps de l'adhésion à la mutuelle.

Les nouveaux adhérents scolarisés en École de Police pourront, au 1er janvier de l'année d'entrée en école, bénéficier du tarif École.

Ce tarif est reconductible lors du passage de cadet à policier adjoint, de cadet ou policier adjoint à élève gardien de la paix.

Tout adhérent ne donnant pas suite aux demandes formulées par la Mutuelle pour mettre à jour son indice ou le montant de ses revenus se verra appliquer un ajustement forfaitaire de 20 € mensuels jusqu'à régularisation de sa situation. Cette situation ne pourra excéder 2 mois. À l'issue de ces deux mois, une procédure de radiation pourra être introduite par le Président devant le Conseil d'Administration.



Tout rejet de prélèvement de cotisation sur le compte de l'adhérent consécutifs à un manque de provisions, se verra imputer pour frais de rejet d'un forfait de 14 € 63.

Conformément à l'article L 221-1 du code de la mutualité, deux contrats peuvent être proposés :

- 1) Contrat Individuel
- 2) Contrat Collectif

Conformément à l'article L 112-1 du code de la mutualité, les membres se répartissent comme suit pour les deux formes de souscriptions ci-dessus :

Les groupes de membres participants se déterminent par le régime d'appartenance à la SS de l'adhérent.

#### GROUPE I

Membres participants du Régime Général de sécurité sociale.

#### GROUPE II

Membres participants du Régime Spécial de sécurité sociale, (fonctionnaires).

#### GROUPE III

Membres participants du Régime Local de sécurité sociale, (départements d'Alsace et Moselle)

Les groupes I, II, III des deux contrats sont déclinés en catégories (type de couverture : familiale ou personnelle) comme suit, selon le souhait de chaque membre participant en ce qui concerne l'adhésion individuelle ou du représentant légal en ce qui concerne le contrat collectif.

Tous les membres participants des groupes (I, II et III) ci-dessus ont la capacité de demander une adhésion à couverture familiale (catégories E et G) ou évolutive basée sur le nombre de personnes protégées (catégories H et J).

## CONTRAT INDIVIDUEL

### GROUPE I, II, III

#### TYPE DE COUVERTURE

##### Catégorie E (couverture de la famille)

Appartiennent à la Catégorie E du contrat individuel les membres participants des Groupes I, II, III, qui souhaitent une couverture familiale (cotisation forfaitaire). Le membre participant garantit de plein droit les risques maladie et accident de tous ses ayants droit (Conjoint et enfants jusqu'à 18 ans inclus, du même foyer fiscal).

Tous les ayants-droit rattachés à cette adhésion bénéficient des mêmes droits, obligations et prestations que le membre participant exceptées les prestations « complément de revenu » (prestation accessoire obligatoire pour le membre participant du groupe II uniquement) et prévoyance.

Cotisations prévues dans les tableaux (F) de la catégorie et du groupe concerné.

##### Catégorie G (couverture de la personne)

Appartiennent à la Catégorie G du contrat individuel les membres participants des Groupes I, II, III, qui souhaitent une couverture tarifée en fonction du nombre de personnes protégées. Le membre participant ayant la possibilité de fixer le nombre d'ayants droit qu'il souhaite.

Tous les ayants-droit rattachés à cette adhésion bénéficient des mêmes droits, obligations et prestations que le membre participant exceptées les prestations « complément de revenu » (prestation accessoire obligatoire pour le membre participant du groupe II uniquement) et prévoyance.

Cotisations prévues dans les tableaux (P) de la catégorie et du groupe concerné.

## CONTRAT COLLECTIF

### GROUPE I, II, III

#### TYPE DE COUVERTURE

##### Catégorie H (couverture de la famille)

Appartiennent à la Catégorie H du contrat collectif les membres participants des Groupes I, II, III, qui adhèrent au titre d'un contrat collectif et qui souhaitent une couverture familiale (cotisation forfaitaire). Le membre participant garantit de plein droit les risques maladie et accident de tous ses ayants droit (Conjoint et enfants jusqu'à 18 ans inclus, du même foyer fiscal).

Tous les ayants-droit rattachés à cette adhésion bénéficient des mêmes droits, obligations et prestations que le membre participant exceptées les prestations « complément de revenu » (prestation accessoire obligatoire pour le membre participant du groupe II uniquement) et prévoyance.

Cotisations prévues dans les tableaux ⑥ de la catégorie et du groupe concerné.

#### **Catégorie J (couverture de la personne)**

Appartiennent à la Catégorie J du contrat collectif les membres participants des Groupes I, II, III, qui adhèrent au titre d'un contrat collectif et qui souhaitent une couverture tarifée en fonction du nombre de personnes protégées. Le membre participant ayant la possibilité de fixer le nombre d'ayants droit qu'il souhaite.

Tous les ayants-droit rattachés à cette adhésion bénéficient des mêmes prestations droits, obligations et que le membre participant exceptées les prestations « complément de revenu » (prestation accessoire obligatoire pour le membre participant du groupe II uniquement) et prévoyance.

Cotisations prévues dans les tableaux ⑥ de la catégorie et du groupe concerné.

Tous les membres participants, en ce qui concerne le contrat individuel ou le représentant légal, en ce qui concerne le contrat collectif de chaque catégorie, ont la possibilité de choisir une des garanties suivantes :

**ESSENTIEL**  
**PRELUDE**  
**PRIMUM**  
**SOLIDUM**

Le changement de garantie s'effectue aux dates et conditions suivantes :

- A l'occasion d'un changement de groupe à la date anniversaire fixée au 1er janvier de chaque année civile.
- Sur demande lors d'un changement de situation familiale.
- Sur demande formulée 30 jours avant la date anniversaire fixée au 1er janvier de chaque année civile pour convenance personnelle.

Ce changement de garantie se fera sans stage ni obligation de la garantie **SOLIDUM** vers la garantie **PRIMUM**, de la garantie **PRIMUM** vers la garantie **PRELUDE**, de la garantie **PRELUDE** vers la garantie **ESSENTIEL**.

Ce changement de garantie se fera conformément aux conditions dans l'article 14 du présent avec un délai de stage de 3, 6 ou 10 mois pour un transfert de la garantie **PRELUDE** vers la garantie **ESSENTIEL**, de la garantie **PRELUDE** vers la garantie **PRIMUM**, de la garantie **PRIMUM**, vers la garantie **SOLIDUM**.

Conformément à l'article 14, l'adhérent bénéficiera des prestations de la garantie inférieure à laquelle il appartient pendant les 3, 6 ou 10 premiers mois d'adhésion à la garantie supérieure.

Dans tous les cas la prestation accessoire sera soumise aux mêmes obligations.

Le montant de la cotisation s'établira en fonction de la catégorie et de la garantie choisie. L'âge retenu pour le calcul de la cotisation est celui constaté au 1er janvier de chaque année et s'applique à la cotisation payée du 1er janvier au 31 décembre de l'année en cours. Elle s'établira au 1er janvier 2015 comme suit :

Tous les adhérents membres participants et leurs ayants droit bénéficient des prestations de la catégorie et de la garantie choisie pendant un an avec une reconduction tacite selon la législation en vigueur.

Le changement de catégorie s'effectuera à la date anniversaire, fixée au 1er janvier de chaque année civile avec un préavis de 30 jours dans les conditions suivantes :

De la catégorie E (familiale) en direction G (unitaire) sans stage mais sous condition d'ancienneté de trois ans dans la catégorie initiale (E). Cette condition ne sera pas appliquée en cas d'événements exceptionnels touchant les ayants droit. Dans ce cas, une dérogation pourra être donnée par le Conseil d'Administration.

De la catégorie G (unitaire) à la catégorie E (familiale), sans délai de stage ni obligation d'ancienneté d'adhésion. Le retour à la catégorie G se fera selon les obligations énoncées ci-dessus.

#### **TAXE DE SOLIDARITE ADDITIONNELLE :**

Le prélèvement obligatoire, dû au titre de la taxe de solidarité additionnelle, s'ajoute aux cotisations de toutes les catégories. Il est fixé au taux légal en vigueur au jour de l'adhésion. Il est revalorisé en fonction des décisions des autorités compétentes.

#### **COTISATION BEL AIR :**

Tous les adhérents de la Mutuelle de la Police Nationale étant membres de droit de la Mutuelle Bel Air s'acquittent de la cotisation qui est fixée à :

- 6,80 € / mois à compter du 1er janvier 2015.  
Elle s'ajoute à celle de la Mutuelle de la Police Nationale

#### **PRÉVOYANCE :**

Tous les adhérents de la Mutuelle de la Police Nationale sont obligatoirement inscrits au contrat collectif CNP (Décès – Rente survie - Rente dépendance), la cotisation est fixée annuellement.  
Elle s'établit au 1er janvier 2014 à

- Capital Décès minimum obligatoire : 2,23 € / mois, capitaux supplémentaires selon le tableau énuméré à la 7ème partie (ANNEXE II, articles 8 et 12)
  - Rente dépendance :  
De 3,34 € à 8,34 € selon l'âge / personne couverte / mois
  - Rente survie :  
0,87 € / mois / adhérent
- Ces cotisations s'ajoutent aux cotisations principales et accessoire.

#### **MANDATAIRE :**

Une cotisation forfaitaire de 1€98 cents pour les mandataires ayants-droit désignés par l'adhérent s'ajoute à la cotisation du membre participant. La cotisation afférente à ce service est incluse dans celle versée par le membre participant.  
Le règlement de la cotisation peut s'effectuer par chèque bancaire ou par prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou similaire.

#### **AIDE A LA MUTUALISATION :**

Aux fins d'aider à la mutualisation des jeunes âgés de moins de 30 ans, hors scolarité, les avantages prévus dans le cadre de la couverture santé et prévoyance uniquement du 13ème au 36ème mois de la cotisation « École » pourra être proposé aux nouveaux adhérents dans les conditions d'âge défini plus haut (- 30 ans).  
La prestation accessoire sera servie dans les conditions prévus à l'article 14 des groupes I, II et III et sa cotisation s'ajoute à celle ci-dessous (santé).

Les cotisations destinées aux organismes supérieurs (unions, fédérations) ou autres organismes du secteur de l'économie sociale, sont comprises dans la cotisation définie à l'article 15 ci-dessus.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au CONSEIL D'ADMINISTRATION pour la fixation des montants ou des taux de prestations et de cotisations, sous réserve que cette délégation soit confirmée annuellement en Assemblée Générale. Une étape transitoire dont les conditions fixées par le Conseil d'Administration et définies par le règlement intérieur sera mise en place, afin d'établir les modes de calcul des cotisations des membres ayant adhéré avant le 1er juillet 2010.

Le règlement de la cotisation peut s'effectuer par chèque bancaire ou par prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou similaire.  
- prestation et cotisation début de carrière :

Les nouveaux policiers bénéficieront d'une cotisation forfaitaire dont le montant ainsi que les conditions  
Les membres honoraires paient une cotisation fixée par le Règlement Intérieur.

Le transfert du mode de calcul des cotisations, pratiqué avant le 1er janvier 2011, vers celui prévu à l'article 15 du règlement mutualiste s'effectuera selon la méthodologie arrêtée par le Conseil d'Administration.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au CONSEIL D'ADMINISTRATION pour la fixation des montants ou des taux de prestations et de cotisations, sous réserve que la délégation soit confirmée annuellement.

## **6ème PARTIE OBLIGATIONS LÉGALES**

**Article 16 :** Suspension en cas de service militaire

L'adhérent appelé à servir la nation sous quelque forme que ce soit, aura la possibilité de suspendre son contrat d'adhésion pendant cette période.

### **Article 17 : Subrogation**

La mutuelle est subrogée dans les conditions prévues par l'article L224-9 du code de la mutualité et jusqu'à concurrence des prestations qu'elle a versées, dans les droits et actions des membres participants des bénéficiaires ou de leurs ayants droits contre les tiers responsables.

La mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

### *Article 18 : Prescription*

Les actions dérivant du présent règlement sont prescrites dans les conditions prévues par l'article L.221-11 du Code de la Mutualité.

### *Article 19 : Loi applicable*

La loi applicable au présent règlement est la loi Française.  
Le lieu de juridiction est fixé à STRASBOURG (Bas Rhin)

### *Article 20 : Médiation*

En cas de difficultés liées à l'application ou l'interprétation du présent règlement, le membre participant peut avoir recours au service du médiateur dans les conditions prévues à l'article 76 des statuts.

Le lieu de juridiction est fixé à STRASBOURG (Bas-Rhin).

### *Article 21 : Modification Du Règlement Mutualiste*

Conformément à l'article 4 des statuts, le présent Règlement Mutualiste ne peut être modifié qu'en ASSEMBLÉE GÉNÉRALE sur proposition et du CONSEIL D'ADMINISTRATION de la MUTUELLE.

Chaque adhérent sera avisé par tous moyens, des modifications statutaires et du présent règlement qui seront disponible sur le site en ligne de la MPN. Les adhérents n'ayant pas accès à internet pourront sur simple demande écrite demander un exemplaire papier.

Il est informé :

- des services et établissements d'action sociale gérés par la MUTUELLE et de ceux auxquels il peut avoir accès en vertu des conventions passées en application du Livre III du Code de la Mutualité.
- des organismes auxquels la MUTUELLE adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

# RÈGLEMENT INTÉRIEUR

## SOMMAIRE

<b>PRÉAMBULE.....</b>	<b>53</b>
LES SANCTIONS.....	54
DÉMISSION-EXCLUSION.....	54
ADMINISTRATION ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.....	54
CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	55
BUREAU.....	55
SECTIONS LOCALES ADMINISTRATIVES.....	55
DISPOSITIONS DIVERSES.....	55
COTISATIONS.....	56
PRESTATIONS.....	56
CONTRÔLE MÉDICAL CONTRÔLE DENTAIRE.....	57
HONORARIAT.....	57
FONDS SOCIAL PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES.....	57
MODIFICATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR.....	58

# PRÉAMBULE

Le but de la MUTUELLE DE LA POLICE NATIONALE est de venir en aide pécuniairement et moralement à tous les Mutualistes.

Quel que soit leur grade ou leur fonction administrative, les adhérents sont égaux entre eux tant pour les avantages que pour les devoirs.

Le présent Règlement Intérieur est établi en conformité avec les dispositions de l'article 3 des Statuts régissant la MUTUELLE DE LA POLICE NATIONALE.

Cet article stipule:

"Un Règlement Intérieur établi par le CONSEIL D'ADMINISTRATION et approuvé par L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE, détermine les conditions d'application des présents Statuts".

"Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux Statuts".

"Le CONSEIL D'ADMINISTRATION peut apporter au Règlement Intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement; celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine ASSEMBLÉE GÉNÉRALE".

La MUTUELLE DE LA POLICE NATIONALE est immatriculée sous le n° 778 869 131 et a son siège à SCHILTIGHEIM (Bas-Rhin).

Sa compétence est étendue sur l'ensemble du territoire NATIONAL et EUROPÉEN.

## LES SANCTIONS

### **Article 1**

Conformément à l'article 11 des Statuts, le mutualiste qui n'aura pas payé sa cotisation depuis 40 jours pourra être radié par le CONSEIL D'ADMINISTRATION.

Cette mesure ne pourra prendre effet qu'après une procédure qui comporte deux lettres de rappel :

- une première, en envoi ordinaire,
- une seconde, recommandée avec accusé de réception.

Cependant, l'interruption du paiement des prestations peut être appliquée après un mois de non-paiement de la cotisation.

### **Article 2**

En cas de fraude, dûment constatée à l'occasion d'une demande de remboursement, le CONSEIL D'ADMINISTRATION peut prononcer la privation du droit aux prestations sans préjudice des mesures prévues à l'article 12 des Statuts.

### **Article 3**

Le mutualiste définitivement frappé d'une condamnation grave ou ayant causé un préjudice dûment constaté par le Conseil d'Administration pourra être exclu de la MUTUELLE.

Cette exclusion se fera conformément à l'article 12 des Statuts.

## DÉMISSION-EXCLUSION

### **Article 4**

La démission d'un membre est donnée par écrit adressée au Président de la Mutuelle de la Police Nationale, en recommandé avec accusé de réception au SIÈGE de la MUTUELLE de la Police Nationale, 1 rue de Rosheim – 67300 SCHILTIGHEIM.

La démission formulée par un adhérent peut prendre effet à tout moment, à compter du 1er décembre 2020, ceci sans motivation, après au moins douze mois d'adhésion à la mutuelle.

*(date de réception du courrier faisant foi).*

La démission est irrecevable hors cas prévu par le premier alinéa du présent, si celle-ci n'est pas accompagné des cartes mutualistes de tiers payant en cours, remise lors de l'adhésion ou du renouvellement annuel du contrat. Elle est également irrecevable lorsque l'adhérent se trouve en situation d'obligation financière envers la mutuelle.

Si l'adhérent bénéficie d'un cautionnement la cotisation "Caution" sera réajustée.

Les adhérents ne remplissant plus les conditions contenues dans l'article 7 des statuts ou qui portent atteinte aux intérêts de la Mutuelle conformément aux articles 7 des Statuts, 5 du Règlement Mutualiste et 3 du Règlement Intérieur seront exclus de la MUTUELLE après décision du Conseil d'Administration.

La notification de cette exclusion leur sera faite par lettre recommandée avec accusé de réception.

## ADMINISTRATION ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

### **Article 5**

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE se réunit une fois par an sur convocation du PRÉSIDENT. Les Délégués sont convoqués quinze jours au moins avant la date de la réunion par lettre individuelle ou par courriel pour ceux dotés d'une tablette tactile.

Les Délégués sont élus pour 4 ans.

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

### **Article 6**

Lors de chaque renouvellement du CONSEIL qui s'effectue par tiers des administrateurs tous les deux ans, le BUREAU fait appel aux candidatures.

Les candidats sont inscrits dans l'ordre alphabétique après tirage au sort de la première lettre.

Les candidats sortants sont présentés les premiers et à la suite, dans le même ordre les candidats nouveaux.

Les candidatures devront parvenir au Siège dans les conditions fixées par l'article 31 des statuts.

Les Administrateurs sont élus au cours de l'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE coïncidant avec le renouvellement du tiers sortant.

Conformément à l'article R 114-13 du code de la mutualité, le délégué titulaire empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut, s'il en fait la demande, établir une procuration selon les modalités prévues aux articles R 114-1 et R 114-2 du même code. Le nombre de pouvoirs est limité à 5.

Aucun membre ne peut être candidat à un poste d'Administrateur après l'âge de 70 ans.

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune. Cette règle est applicable à toutes les élections.

La convocation du CONSEIL D'ADMINISTRATION se fait par Courriel aux Administrateurs au moins cinq jours francs avant la date prévue. Concomitamment, l'Ordre du jour et les documents annexes relatif à cet ordre du jour sont mis en ligne sur leur espace respectif du site de la MPN.

Les procès-verbaux des réunions du CONSEIL D'ADMINISTRATION ou du BUREAU seront signés par le Secrétaire Général et par le Président.

Les administrateurs peuvent, par décision du Conseil d'Administration, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à deux séances consécutives.

ARTICLE 6 bis

Un administrateur de la MUTUELLE qui perd sa qualité d'administrateur, par démission ou non réélection, redevient membre de base de la MUTUELLE. Il demeure membre de droit de l'Assemblée Générale de l'exercice écoulé et exerce ses mêmes droits.

Il ne pourra redevenir DÉLÉGUÉ que par élection des membres de sa section de vote.

## BUREAU

### **Article 7**

Pour préserver le bon fonctionnement de l'Administration de la MUTUELLE, il est convenu que les titulaires des postes-clés ne feront pas partie du même tiers sortant (Président, Secrétaire Général, Trésorier Général).

### **Article 8**

Conformément aux Statuts, l'intérim de la Présidence est assuré, dans l'ordre par le vice-président, ou le Secrétaire général.

### **Article 9**

Sur décision du CONSEIL D'ADMINISTRATION, il est donné pouvoir au PRÉSIDENT d'effectuer les embauches du personnel, prononcer les licenciements et décider des augmentations des salaires.

## SECTIONS LOCALES ADMINISTRATIVES

### **Article 10**

La Mutuelle de la Police Nationale laisse aux soins de la Sécurité Sociale la gestion du rôle obligatoire.

## DISPOSITIONS DIVERSES

### **Article 11**

- l'adhésion à la MUTUELLE entraîne obligatoirement l'inscription pour les nouveaux membres aux assurances groupe décès (aux capitaux minimums des contrats A et C (adhérent et conjoint), rente survie, dépendance, souscrites auprès de la CNP (CAISSE NATIONALE DE PRÉVOYANCE), et à la Mutuelle dédiée « Bel Air »



- la radiation entraîne la suppression des avantages liés aux contrats collectifs.
  - les conjoints ou les concubins peuvent bénéficier de la couverture mutualiste en s'acquittant d'une cotisation.
- Les conjoints exerçant une activité professionnelle peuvent bénéficier de la qualité d'ayant droit de leur conjoint fonctionnaire et bénéficier de la prestation complément de revenus prévu à l'article 15 du règlement mutualiste.

Sauf avis contraire des intéressés, les veufs de Mutualistes continuent à faire partie de la MUTUELLE. Ils sont soumis aux mêmes droits et aux mêmes devoirs envers la MUTUELLE que les autres adhérents.

## COTISATIONS

La cotisation familiale peut être proposée:

- au couple ayant un enfant à charge de la famille au minimum des personnes

couvertes. La cotisation est fonction de la composition de la famille.

Dans le cas de cotisation calculé sur l'âge de l'adhérent est inférieur à l'âge d'un des ayants-droit, l'âge retenu pour le calcul de la cotisation est celui de la plus âgée des personnes couvertes.

### **Article 12**

#### **SOLIDUM / PRIMUM / PRELUDE / ESSENTIEL**

L'adhérent peut couvrir plusieurs enfants de mariages différents ou, étant les enfants de sa concubine dans les conditions prévues à l'article 15 du Règlement Mutualiste.

Les enfants handicapés et reconnus comme tels par le corps médical référencé par la Mutuelle sont exonérés de cotisation et seront maintenus en MUTUELLE sans limite d'âge dans les conditions prévues par le Conseil d'Administration.

### **Article 13**

#### **SOLIDUM / PRIMUM / PRELUDE / ESSENTIEL**

Les ascendants de l'adhérent titulaire peuvent bénéficier des prestations servies par la MUTUELLE moyennant le paiement d'une cotisation hormis les prestations d'aide au décès et le complément de traitement, en qualité d'ayant droit.

La prise en compte se fait par la rédaction d'un bulletin individuel de renseignements et la fourniture d'une fiche individuelle d'état civil.

Sont considérés comme ascendants, le père et la mère du membre participant ou de son épouse qui désirent se prévenir contre les risques sociaux et leurs conséquences.

Pour que cette adhésion soit faisable, l'adhérent ne devra pas être âgé de plus de 40 ans au moment de l'inscription et l'ascendant ne devra pas être âgé de plus de 60 ans, toute dérogation à cette règle fera l'objet d'une décision du Conseil d'Administration après requête déposée auprès du Président de la Mutuelle.

### **Article 14**

#### **SOLIDUM / PRIMUM / PRELUDE / ESSENTIEL**

Pour la totalité des membres de la MUTUELLE, la cotisation est payable d'avance mensuellement. Le règlement se fait par prélèvement bancaire ou postal.

## PRESTATIONS

### **Article 15**

- la garantie choisie par l'adhérent s'applique à tous ses ayants droit.

Pour les ayants droit fonctionnaires du groupe II et quelle que soit la garantie choisie, la prestation accessoire (complément de revenu garantie des primes) pourra s'ajouter à la garantie principale.

- la prestation accessoire pourra être proposée sous les formes prévues au règlement mutualiste, aux adhérents du groupe I, II et III ainsi qu'à leurs ayants droits en fonction du choix des exigences de remboursement sollicité lors de l'établissement du bulletin d'adhésion.

## **Article 16**

### **COMPLÉMENT DE REVENU – PÉRIODE**

#### **SOLIDUM / PRIMUM / PRELUDE / ESSENTIEL**

Tout nouvel adhérent, ne bénéficiant pas antérieurement de cette garantie, se verra appliquer une carence de 1 an à compter de la date d'adhésion.

La durée de l'indemnisation du complément de traitement ne peut être supérieure à la durée de l'adhésion en années à la mutuelle, arrêtée à la date de l'ouverture du sinistre.

#### **En aucun cas elle ne peut excéder 8 ans.**

Le complément de revenu et le maintien de primes sont proposés en option pour les adhérents appartenant aux garanties santé PRÉLUDE et ESSENTIEL.

Conformément à l'article 15 du Règlement Mutualiste, les adhérents bénéficient du complément de traitement y compris les primes à hauteur du montant souscrit et de leurs choix exprimés sur le bulletin d'adhésion.

#### **SOLIDUM / PRIMUM / PRELUDE / ESSENTIEL**

La MUTUELLE peut, dans le cas de maladie, faire des avances sur les frais consécutifs à la maladie. Le bénéficiaire devra présenter les justificatifs nécessaires et s'engager à en effectuer le remboursement.

### **CONTRÔLE MÉDICAL CONTRÔLE DENTAIRE**

## **Article 17**

La MUTUELLE se réserve le droit de faire contrôler à tout moment les malades auxquels elle sert des prestations des praticiens qu'elle désigne à cet effet.

Elle peut également faire procéder à toutes enquêtes utiles par un Administrateur ou par un Délégué.

Les praticiens, les Administrateurs et les Délégués doivent signaler à la MUTUELLE, le cas échéant, les abus, les lacunes ou irrégularités qu'ils ont constaté. Le mutualiste qui refusera de se soumettre au contrôle administratif ou médical de la MUTUELLE se verra refuser le droit aux prestations.

Considérant qu'il n'appartient pas à l'ensemble des adhérents de supporter les frais consécutifs aux manquements de certains, tout rejet de prélèvement de cotisations fera l'objet d'un prélèvement forfaitaire pour traitement de 14€63.

### **HONORARIAT**

## **Article 18**

Le montant de la cotisation des membres honoraires est fixé par le Conseil d'Administration à 2 euros par mois. Cette cotisation ne donne droit à aucune prestation mutualiste.

Les membres honoraires peuvent être invités par le Président de la Mutuelle de la Police Nationale à assister en qualité d'auditeur à l'Assemblée Générale.

### **FONDS SOCIAL PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES**

## **Article 19**

#### **GARANTIE SOLIDUM, PRIMUM, PRELUDE, ESSENTIEL**

Conformément à l'article 14 du Règlement Mutualiste, des prestations supplémentaires peuvent être attribuées aux membres de la Mutuelle qui en feront la demande par lettre accompagnée des justificatifs de la dépense.

Les prestations supplémentaires ne concernent que les dépenses ayant trait à la santé.

Celles-ci sont attribuées à la discrétion de la Commission des Prestations supplémentaires qui est constituée des permanents du siège.

La liste des bénéficiaires de prestations supplémentaires est présentée au Conseil d'Administration qui suit.

Le budget affecté au fonds social pour prestations supplémentaires est présenté au Conseil d'Administration, lors de la première séance de l'année et décidé en Assemblée Générale.

L'information sur le montant des revenus du demandeur et des personnes vivant au foyer de celui-ci est portée à la connaissance de la Mutuelle à l'aide d'un formulaire spécialement prévu à cet effet. La photocopie du dernier bulletin de paie ou du dernier bulletin de pension, de toutes les personnes vivant au foyer, devra obligatoirement être joint à la déclaration.

Le refus de transmettre les informations demandées par la Mutuelle entraînera le rejet de la demande.

## **MODIFICATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR**

### ***Article 20***

Conformément à l'article 3 des Statuts, le présent Règlement Intérieur ne peut être modifié qu'en ASSEMBLÉE GÉNÉRALE sur proposition du CONSEIL D'ADMINISTRATION de la MUTUELLE.