



**STATUTS
DE LA SOCIÉTÉ MUTUALISTE
INTERPROFESSIONNELLE
SANTÉ**

– ARTICLE 1 –

Une mutuelle, appelée Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS-Santé) est établie à Marseille (13008), 452-456, avenue du Prado. Le siège de la mutuelle est situé à la même adresse. Elle est régie par le code de la Mutualité et soumise notamment aux dispositions du livre II dudit code. Le siège de la mutuelle est situé à la même adresse soit au 452-456 Avenue du Prado à Marseille (13008). Conformément à l'article R.414-8 du Code de la Mutualité, elle est inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 438601932.

– ARTICLE 2 –

La mutuelle est un groupement de personnes de droit privé à but non lucratif qui, notamment aux moyens des cotisations de ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, a pour objet de réaliser les opérations d'assurances suivantes : la couverture des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie.

Conformément à l'article L.211-5 et R.211-26 du Code de la Mutualité, ces opérations d'assurances menées par la mutuelle sur les branches 2. Maladie et 1. Accidents, ne sont pas soumises à l'obtention d'un agrément pour chacune de ces branches en l'état d'une convention de substitution établie entre la Mutuelle des Étudiants de Provence (Mep), située au 452-456, avenue du Prado à Marseille (13008), et la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS-Santé). La convention de substitution est d'une durée indéterminée. La Mutuelle des Étudiants de Provence, mutuelle garante de la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS-Santé), sollicite un agrément pour les branches 1 et 2 auprès de l'autorité administrative. La convention de substitution, ainsi que l'ensemble des modifications éventuelles, sont soumises à l'avis et autorisation préalable de la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité. Les branches d'assurance garanties ne sont pas soumises à réassurance.

La Mutuelle étant soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, elle ne peut mener des actions sociales que dans la mesure où ces activités sont accessoires.

– ARTICLE 3 –

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, des règlements mutualistes, adoptés par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, définissent le contenu des engagements contractuels et la durée de ceux-ci existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Il est expressément reconnu tant par la mutuelle que par l'adhérent que le lieu d'exécution de la prestation de service délivrée et effectuée par la mutuelle, conformément au contrat mutualiste, est en son siège social soit en l'espèce à Marseille.

– ARTICLE 4 –

Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité tels que les définit l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

– ARTICLE 5 –

La mutuelle admet des membres participants et des membres honoraires.

Les membres participants de la mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré. Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation, ou font des dons ou ont donné une contribution sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif. La qualité de membre honoraire s'acquiert sur proposition du Président de la mutuelle par une décision du Conseil d'Administration.

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle en qualité de membre participant les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 des présents statuts et qui font acte d'adhésion, dans des conditions définies par Décret en Conseil d'État, et reçoivent copie des statuts et du règlement mutualiste de la mutuelle. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste. Par dérogation aux alinéas précédents, les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

Un décret en Conseil d'État détermine les mentions que doivent impérativement comporter les règlements et contrats collectifs. L'acte d'adhésion se fera dans le respect des dispositions prévues par le Code de la Mutualité, les présents statuts et le règlement mutualiste. Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts et règlements sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

– ARTICLE 6 –

Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quel que titre que ce soit à un administrateur ou à un dirigeant. Lorsqu'une mutuelle traite avec un mandataire, autre qu'un administrateur ou le Directeur Général, désigné par une personne morale souscriptrice d'un contrat collectif, elle peut lui verser une commission. Cette personne morale est informée du montant et du destinataire de la commission.

– ARTICLE 7 –

CONDITIONS D'ADMISSION À LA MUTUELLE :

- **Peuvent adhérer à la mutuelle en qualité de membre participant :**

- toute personne qui en France relève d'un régime de Sécurité sociale
- toute personne physique, soit dans le cadre d'une opération de prévoyance collective, soit en vertu d'un contrat de travail lorsque celui-ci le stipule, soit en application d'une convention ou d'un accord collectif.

- **Peuvent bénéficier des prestations de la mutuelle en qualité d'ayant droit des membres participants (leurs droits sont ouverts par le membre participant) :** le conjoint (concubin ou partenaire lié par un PACS) du membre participant ; les enfants mineurs à charge des membres participants.

La qualité d'ayant droit n'induit pas la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la mutuelle.

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

Sauf refus express de leur part, les ayants droit de plus de seize ans, sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

– ARTICLE 8 –

Le membre participant, pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la mutuelle au plus tard deux mois avant la date d'échéance.

– ARTICLE 9 –

I. DANS LE CADRE DES OPÉRATIONS INDIVIDUELLES, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du 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 mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu, le défaut de paiement peut entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractions de la cotisation annuelle, du jour où ont été payées les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

II. LORSQUE, DANS LE CADRE DES OPÉRATIONS COLLECTIVES, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale. Dans la lettre de mise en demeure, la mutuelle informe des conséquences de ce défaut de paiement sur la poursuite de la garantie.

Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

La mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours susmentionné. Le contrat collectif non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement.

III. LORSQUE DANS LE CADRE DES OPÉRATIONS COLLECTIVES FACULTATIVES, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans le délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue au II est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas la mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences et rembourse le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

Pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif :

– Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une aug-

mentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

– Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Sont également exclus, les membres participants dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L.221-17 du code de la mutualité étant précisé que ces résiliations ne sont valables que si lesdites adhésions ont pour objet la garantie de risque en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la nouvelle situation.

– ARTICLE 10 –

Sous réserve des dispositions propres au livre II du Code de la Mutualité, peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté. Le membre dont l'exclusion est prononcée pour ce motif est convoqué par-devant le Conseil d'Administration pour y être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée d'office par le Conseil d'Administration.

– ARTICLE 11 –

Hormis les cas envisagés à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, la démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf dans le cadre d'une démission suite à l'obtention d'une complémentaire CMU.

– ARTICLE 12 –

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 conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

— ARTICLE 13 —

Une commission électorale est nommée par le Conseil d'Administration de la mutuelle lorsqu'a lieu l'élection des membres de l'Assemblée Générale de la mutuelle. Cette commission électorale est nommée avant l'organisation des opérations électorales.

La commission électorale obéit aux règles fixées par les statuts et est composée comme suit :

- 4 membres participants ou honoraires,
- 2 membres du Conseil d'Administration de la mutuelle.

Tous les membres participants et honoraires de la mutuelle sont répartis en une ou plusieurs sections de vote, là où les sections de vote sont déterminées par la commission électorale.

La commission électorale valide les listes de candidats aux fonctions de délégué des sections de vote. Chaque section de vote élit ses délégués.

L'étendue et la composition des sections de vote sont fixées par le Conseil d'Administration. Sont électeurs et éligibles tous les membres participants inscrits à la mutuelle deux mois avant l'affichage du calendrier électoral.

Le droit de vote des membres participants mineurs de plus de 16 ans est exercé par lui-même.

La Commission électorale a compétence sur l'ensemble des opérations électorales et est chargée des attributions suivantes :

- fixation de la date de scrutin
- détermination d'une ou plusieurs sections de vote
- établissement du calendrier électoral sur proposition du Conseil d'Administration
- contrôle et arrêt des listes électorales de chaque section de vote
- détermination du nombre de délégués à l'Assemblée Générale titulaires et suppléants par section de vote dans les conditions prévues par l'article 18 des présents statuts
- contrôle et veille de la régularité et de l'organisation matérielle de toutes les opérations électorales
- la réception des actes de candidatures et des professions de foi
- l'organisation des opérations de dépouillement
- la proclamation des résultats
- l'examen des réclamations éventuelles.

— ARTICLE 14 —

L'Assemblée Générale est composée des délégués des sections de vote.

— ARTICLE 15 —

Les membres participants et honoraires de chaque section de vote élisent les délégués à l'Assemblée Générale de la mutuelle. Les délégués sont élus pour six ans.

L'élection des délégués a lieu à bulletins secrets suivant le mode de scrutin de liste majoritaire à un tour. Il est procédé à l'élection des délégués par correspondance. Chaque section élit de la même façon des délégués suppléants.

— ARTICLE 16 —

En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de section, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant figurant sur la même liste immédiatement après le dernier candidat titulaire.

— ARTICLE 17 —

En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de section et en l'absence de délégués suppléants, 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 18 —

Chaque section de vote élit un délégué pour 500 ou fraction de 500 membres participants ou honoraires.

La formule utilisée est la suivante :

Nombre de Sociétaires / 500 = X délégués arrondis
au chiffre supérieur.

Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée Générale.

— ARTICLE 19 —

Conformément à l'article L.114-13 du Code de la Mutualité, les délégués titulaires empêchés d'assister à l'Assemblée Générale ne peuvent être représentés.

– ARTICLE 20 –

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration.

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

– ARTICLE 21 –

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le Conseil
- les commissaires aux comptes de la mutuelle garante
- la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant
- un administrateur provisoire nommé par la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité ou à la demande d'un ou plusieurs membres participants
- 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 aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

– ARTICLE 22 –

L'Assemblée Générale doit être convoquée dans les conditions et délais fixés par décret en Conseil d'État.

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. À défaut de communication des documents prévus, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé, peut enjoindre sous astreinte les membres du Conseil d'Administration de les communiquer ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette communication et, le cas échéant, de reporter la date de l'Assemblée Générale. L'ordre du jour des Assemblées Générales est fixé par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations. Toutefois, les délégués peuvent, dans les conditions définies par décret, requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolution. L'Assemblée Générale ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour. L'Assemblée Générale peut en toutes circonstances, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement. Elle prend, en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la mutuelle.

— ARTICLE 23 —

Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées à l'article 24 des présents statuts, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués participants ou honoraires.

À l'exception des décisions mentionnées à l'article 24 des présents statuts qui sont adoptées à la majorité des deux tiers des membres présents, les décisions sont adoptées à la majorité simple des membres. Si lors de la première convocation, le quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée, qui délibère valablement quel que soit le nombre des délégués présents.

— ARTICLE 24 —

Lorsque l'Assemblée Générale se prononce sur les modifications statutaires, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article L.114-11 du Code de la Mutualité, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée Générale de la mutuelle ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni le quorum fixé au présent article, une seconde Assemblée Générale est convoquée, qui délibère valablement si le nombre de ses délégués présents représente au moins le quart du nombre total des délégués participants et honoraires. Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des délégués présents.

— ARTICLE 25 —

La scission de la mutuelle ou la dissolution sont prononcées par une Assemblée Générale Extraordinaire dans les conditions prévues à l'article 24 des présents statuts. La délibération concernant la scission est précédée de l'examen d'un rapport établi par un commissaire à la scission désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance. Le commissaire à la scission se prononce sur les méthodes d'évaluation et sur la valeur de l'actif et du passif des organismes concernés et expose les conditions financières de la scission. Pour l'exercice de sa mission, le commissaire à la scission peut obtenir auprès de chacun de ces organismes, communication de tous documents utiles et procéder aux vérifications nécessaires. Concernant la dissolution de la mutuelle, l'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu, par décision de l'Assemblée Générale dans les conditions prévues à l'article 24 des présents statuts, à d'autres mutuelles, unions ou fédérations ou au fonds de solidarité et d'action mutualiste mentionnée 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. À défaut de réunion de l'Assemblée Générale Extraordinaire malgré deux convocations successi-

ves, la dissolution de la mutuelle peut être prononcée par la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité. Conformément à l'article L.211-14 du Code de la Mutualité, la dissolution volontaire comporte pour la mutuelle l'engagement de ne plus réaliser, pour l'ensemble des agréments qui lui avaient été accordés, de nouvelles opérations.

La mutuelle en informe immédiatement la CCMIP. Dans le mois de la décision concernant la caducité de l'agrément, la mutuelle soumet à la CCMIP un programme de liquidation précisant notamment les délais prévisibles et les conditions financières de la liquidation ainsi que les moyens en personnel et matériel mis en œuvre pour la gestion des engagements résiduels. Lorsque la gestion des engagements résiduels est déléguée à un tiers, le projet de contrat de délégation et un dossier décrivant la qualité du délégataire et de ses dirigeants, son organisation, sa situation financière et les moyens mis en œuvre, sont communiqués à la commission qui peut, dans les conditions mentionnées à l'article L.510-7 du Code de la Mutualité, réaliser tous contrôles sur pièces et sur place du délégataire, jusqu'à liquidation intégrale des engagements.

– ARTICLE 26 –

L'Assemblée Générale procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation.

L'Assemblée Générale est appelée à se prononcer sur :

- les modifications des statuts
- les activités exercées
- l'existence ou non des droits d'adhésion, dans les limites fixées par un décret en conseil d'état
- le montant du fonds d'établissement
- les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L.114-1, 5^{ème} alinéa du Code de la Mutualité
- l'adhésion à une union ou à une fédération, 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
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance
- 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
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent

- le rapport général du commissaire aux comptes de la mutuelle
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité
- le rapport annuel établi par le Conseil d'Administration recensant les mesures prises au cours de l'année écoulée tendant à assurer une représentation égale des hommes et des femmes au Conseil d'Administration
- les indemnités éventuelles allouées au Président du Conseil d'Administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions définies à l'article L.114-26 du Code de la Mutualité toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée Générale décide :

- la nomination des commissaires aux comptes sauf dans les cas où la loi l'écarte
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires
- les délégations de pouvoir prévues à l'article 27 des présents statuts
- 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.

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, au Code de la Mutualité et à la convention de substitution liant la Mutuelle des Étudiants de Provence et la Société Mutualiste Interprofessionnelle (MIS-Santé).

– ARTICLE 27 –

Pour la détermination du montant ou des taux de cotisations, l'Assemblée Générale peut déléguer ses pouvoirs en tout ou partie au Conseil d'Administration. Cette délégation doit être confirmée annuellement.

– ARTICLE 28 –

La mutuelle est administrée par un Conseil dont les membres sont élus parmi les membres participants à jour de leurs cotisations et les membres honoraires.

Pour être éligibles au Conseil d'Administration les membres doivent :

- être âgés de 18 ans révolus

- ne pas être âgés de plus de 70 ans
 - n’avoir fait l’objet d’aucune condamnation prévue à l’article L.114-21 du Code de la Mutualité
 - produire un état descriptif de leurs activités, indiquant notamment l’ensemble des éléments décrits à l’article L. 114-30 du Code de la Mutualité
 - ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la mutuelle au cours des trois années précédant l’élection ou la cooptation
 - ne pas être atteint par le cumul de mandats prévu à l’article L. 114-23 du Code de la Mutualité
 - avoir reçu lors de la première année d’exercice une formation à la gestion, formation proposée par la mutuelle.
- Le membre atteint par la limite d’âge est considéré comme démissionnaire d’office.

– ARTICLE 29 –

La mutuelle est administrée par un Conseil d’Administration composé de 11 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 dirigeant 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. Dans le respect de la convention collective de la mutualité, un représentant du personnel de la mutuelle désigné par les représentants du personnel assiste avec voix consultative aux séances du Conseil d’Administration. Dans le cas où la mutuelle emploie au moins cinquante salariés, deux représentants de ceux-ci, désignés par le Comité d’Entreprise, assistent avec voix consultative aux séances du Conseil d’Administration.

Les administrateurs sont élus à bulletin secret par l’Assemblée Générale pour six ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours. Au deuxième tour, dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l’élection est acquise au plus âgé. Les membres sortants sont rééligibles. La durée de la fonction d’administrateur expire à l’issue de l’Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l’année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres du Conseil d’Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu’ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle
- lorsqu’ils sont atteints par la limite d’âge, dans les conditions mentionnées à l’article 28 des présents statuts

– lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article

– trois mois après qu'une décision de justice définitive les 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 30 –

Supprimé.

– ARTICLE 31 –

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause de l'administrateur, il est pourvu provisoirement par le Conseil à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale.

Si la nomination faite par la Conseil d'Administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée Générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables. L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur. Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée Générale est convoquée par le Président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.

– ARTICLE 32 –

Le Président convoque le Conseil d'Administration au moins trois fois par an et en établit l'ordre du jour.

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

– ARTICLE 33 –

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Le Conseil d'Administration vote obligatoirement à bulletin secret pour les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur ou les dirigeants salariés. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

— ARTICLE 34 —

Supprimé.

— ARTICLE 35 —

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. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles. Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

Le Conseil d'Administration nomme les dirigeants salariés et détermine leurs attributions. Il en fait la déclaration auprès du Registre National des Mutuelles. Il fixe leurs rémunérations. Le Conseil d'Administration peut le ou les révoquer à tout moment. Les dirigeants salariés assistent à chaque réunion du Conseil d'Administration.

— ARTICLE 36 —

À la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte sur :

- des prises de participation dans les sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code du Commerce
- de la liste des organismes avec lesquels la mutuelle constitue un groupe au sens de l'article L.217-7 du Code de la Mutualité
- de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L.114-26 ; un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes de la Mutuelle des Étudiants de Provence et également présenté à l'Assemblée Générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur
- de l'ensemble des rémunérations versées aux dirigeants

- de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la mutuelle
- des transferts financiers entre mutuelles et unions.

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle des Étudiants de Provence (mutuelle garante) établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, puisque la mutuelle fait partie d'un groupe au sens de l'article L.212-7, ainsi qu'un rapport de gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée Générale de la Société Mutualiste Interprofessionnelle (MIS-Santé).

– ARTICLE 37 –

Le Conseil d'Administration peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions. Le Conseil d'Administration peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions. Les modalités de vote se font dans les conditions énumérées à l'article 33 des présents statuts.

– ARTICLE 38 –

Supprimé

– ARTICLE 39 –

Les fonctions d'administrateurs sont gratuites.

La mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées et qui pour l'exercice de leurs fonctions doivent cesser tout ou partie de leur activité professionnelle.

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. 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 la mutuelle 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 sa réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice. 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 des dirigeants salariés), telles que définies par un décret pris en Conseil d'État, sont communiquées par ce dernier au Président de la mutuelle. La liste et l'objet des dites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée Générale.

— ARTICLE 40 —

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 quel que titre que ce soit à un administrateur. Les administrateurs 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'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard. Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

— ARTICLE 41 —

Les 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. Un ancien salarié de la mutuelle ne peut être nommé administrateur de celle-ci pendant une durée de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

– ARTICLE 42 –

Le Président est élu parmi les membres du Conseil d'Administration à bulletin secret dans les conditions énumérées à l'article 37 des présents statuts. Le Président est élu pour un an par le Conseil d'Administration au cours de la première réunion de celui-ci qui suit l'Assemblée Générale annuelle.

Le Conseil d'Administration peut élire, à bulletin secret et dans les conditions énumérées à l'article 34 des présents statuts, parmi les membres du Conseil d'Administration, des administrateurs à qui le Conseil d'Administration confie l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, conformément à l'article 35 des présents statuts.

– ARTICLE 43 –

Conformément à l'article 42 des présents statuts, les administrateurs à qui le Conseil d'Administration délègue certaines missions sont les suivants :

- **1^{ER} ADMINISTRATEUR** : délégué à la Vice-présidence, dont les missions et attributions sont précisées à l'article 44 des présents statuts. En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil d'Administration est convoqué immédiatement à cet effet par le 1^{er} administrateur délégué à la Vice-présidence. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le 1^{er} administrateur délégué à la Vice-présidence.
- **2^{ÈME} ADMINISTRATEUR** : délégué au Secrétariat Général dont les missions et attributions sont précisées à l'article 46 des présents statuts.
- **3^{ÈME} ADMINISTRATEUR** : délégué à la Trésorerie dont les missions et attributions sont précisées à l'article 47 des présents statuts.

– ARTICLE 44 –

Le Président représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il veille à la régularité du fonctionnement de la mutuelle, conformément au Code de la Mutualité et aux statuts. Il préside les réunions du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales. Il engage les dépenses. 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 envisagées 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 la Mutuelle des Étudiants de Provence (mutuelle

garante) de toutes les conventions autorisées. Il engage les recettes et les dépenses. À l'égard des tiers, la mutuelle est engagée même par les actes du Président du Conseil d'Administration ou des dirigeants qui ne relèvent pas de son objet, à moins que la mutuelle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou s'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances. En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil d'Administration est convoqué immédiatement à cet effet par le 1^{er} administrateur délégué à la Vice-présidence. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le 1^{er} administrateur délégué à la Vice-présidence.

— ARTICLE 45 —

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 pendre certaines décisions. Ces délégations doivent être autorisées par le Conseil d'Administration, par décisions expresses et déterminées quant à leur objet. Le Conseil d'Administration peut également consentir, en cas d'empêchement du titulaire, une délégation au profit d'autres salariés.

— ARTICLE 46 —

Le 2^{ème} administrateur délégué au Secrétariat Général est chargé par le Conseil d'Administration et sous son contrôle des convocations aux réunions, de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents.

Le 2^{ème} administrateur délégué au Secrétariat Général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au directeur de la mutuelle l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

— ARTICLE 47 —

Le 3^{ème} administrateur délégué à la Trésorerie est chargé par le Conseil d'Administration d'effectuer les opérations financières de la mutuelle et de tenir la comptabilité. Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président et fait encaisser les 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 les opérations sur les titres et valeurs.

Il prépare et soumet à l'approbation du Conseil d'Administration :

- les comptes annuels et les documents, états, tableaux qui s'y rattachent
- les prises de participation dans les sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code de Commerce
- l'ensemble des sommes versées aux administrateurs en application de l'article 39 des présents statuts
- l'ensemble des rémunérations versées aux dirigeants
- les transferts financiers entre la mutuelle et des organismes mutualistes
- un rapport synthétique sur la situation financière de la mutuelle.

Le 3^{ème} administrateur délégué à la Trésorerie 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 lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

– ARTICLE 48 –

Les recettes de la mutuelle comprennent :

1. Les droits d'admission et les cotisations des membres participants
2. Les cotisations des membres honoraires
3. Les produits résultant de l'activité de la mutuelle
4. Les dons et legs mobiliers et immobiliers
5. Plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi.

Pour l'acceptation des dons et legs mobiliers et immobiliers, celle-ci est soumise à l'autorisation de l'autorité administrative. La décision d'acceptation pourra exiger l'aliénation de tout ou partie des éléments compris dans la libéralité.

– ARTICLE 49 –

Les dépenses 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. La participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination
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, 2e alinéa du Code de la Sécurité Sociale et affectée aux ressources de la CCMIP pour l'exercice de ses missions
7. Plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi.

— ARTICLE 50 —

Les dépenses de la mutuelle sont engagées par le Président et sont payées par le 3e administrateur ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues aux articles 45 et 47 de présents statuts.

Les responsables de la mise en paiement s'assurent préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la mutuelle.

— ARTICLE 51 —

Le Conseil d'Administration décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle, compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'Assemblée Générale. En application de l'article L.211-15 du Code de la Mutualité, la Mutuelle des Étudiants de Provence (Mep) se substitue intégralement à la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS-Santé). À ce titre, la Mep en tant que preneur substitué du risque est tenue de constituer et de représenter dans les conditions fixées par l'article L212-1 et ses textes d'application, l'intégralité des dettes, réserves et provisions afférentes aux engagements de la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS-Santé) pour les branches concernées (1 et 2). En conséquence, la Mep s'engage à constituer les provisions techniques, à les représenter par des actifs adéquats et à constituer la marge de solvabilité, pour l'application de toutes les réglementations requises en la matière pour les engagements de la cédante à l'égard de ses membres participants et de leurs bénéficiaires. Les écritures comptables afférentes aux engagements pris par la cédante apparaissent dans la comptabilité de la Mutuelle des Étudiants de Provence qui assure, pour le compte et à la place de la cédante, auprès de la Commission de Contrôle des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance (CCMIP), les différentes communications prescrites par le livre V du Code de la Mutualité.

— ARTICLE 52 —

Supprimé.

— ARTICLE 53 —

Supprimé.

– ARTICLE 54 –

En application de l'article L.211-15 du Code de la Mutualité, la Mutuelle des Étudiants de Provence (Mep) se substitue intégralement à la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS-Santé). À ce titre, la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS-Santé) n'adhère pas à un Système Fédéral de Garantie.

– ARTICLE 55 –

Supprimé.

– ARTICLE 56 –

Le commissaire aux comptes porte à la connaissance du Conseil d'Administration, les contrôles et vérifications auxquels il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales.

Il 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.

– ARTICLE 57 À 61 –

Concernent les garanties qui sont transférées dans le règlement mutualiste.

– ARTICLE 62 –

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière où qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

– ARTICLE 63 –

Chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance.

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.

Dans le cadre des opérations collectives, la mutuelle établit une notice qui définit les garanties prévues par les opérations collectives et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les statuts de la mutuelle à chaque membre participant.

Pour les opérations collectives facultatives tout membre participant peut dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications. En application de l'article L211-5 du Code de la Mutualité, la Mep (452-456 avenue du Prado à Marseille 13008), se substitue intégralement à la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS-Santé) pour la constitution des garanties d'assurances Maladie et Accident offertes aux membres participants de MIS-Santé et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1 et 2 tels que sont définis dans le présent règlement et dans les contrats collectifs. Cette clause doit apparaître en caractère très apparent dans les bulletins d'adhésion et dans les contrats collectifs. Les bulletins d'adhésion et les contrats collectifs doivent également préciser que si l'agrément accordé à la Mutuelle des Étudiants de Provence qui se substitue à la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS-Santé) lui est retiré, les bulletins d'adhésion ou les contrats collectifs seront résiliés le 10^{ème} jour à midi à compter de la date de publication de la décision de retrait d'agrément de la Mep, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur.

– ARTICLE 64 –

Dans le respect de l'article L.212-11 du Code de la Mutualité, la mutuelle peut être autorisée à transférer tout ou partie de son portefeuille à une ou plusieurs mutuelles régies par le Code de la Mutualité, à une ou plusieurs Institutions de Prévoyance régies par le Code de la Sécurité Sociale ou à l'article L.727-2 du Code Rural, et à une ou plusieurs entreprises d'assurance régies par le Code des Assurances.

Le nouvel assureur devra respecter les garanties concernant les activités transférées, telle que la mutuelle les avait établies. L'Assemblée Générale de la mutuelle se prononce sur la demande de transfert dans les conditions énumérées à l'article 24 des présents statuts. La demande de transfert doit être approuvée par l'autorité administrative par arrêté et doit être publiée au Journal Officiel dans le but de la porter à la connaissance des créanciers. L'approbation rend le transfert opposable aux membres participants ainsi qu'aux créanciers à partir de la date de publication au Journal Officiel de l'arrêté mentionné. Les membres participants ont la faculté de résilier leur adhésion dans le délai d'un mois, suivant la date de cette publication. En application de l'article L.113-2 du Code de la Mutualité, la fusion de plusieurs mutuelles ou

unions résulte de délibérations concordantes de leurs Assemblées Générales. Ces délibérations sont précédées de l'examen d'un rapport établi par un commissaire à la fusion désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance.

— ARTICLE 65 —

En vertu de l'article 114-4-9 du Code de la Mutualité, rendant obligatoire de préciser dans les statuts les conditions de dissolution volontaire de la mutuelle ainsi que de sa liquidation et en dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale.

• *Dispositions communes*

Les garanties proposées par MIS Santé le sont dans le respect des dispositions de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie et de son décret d'application du 29 septembre 2005 précisant « le contenu des dispositifs d'Assurance Maladie complémentaires bénéficiant d'une aide » sous la forme d'une exonération de la taxe sur les conventions d'assurance frappant tous les contrats d'assurance santé.

• *Pour bénéficier de cette exonération, les contrats des mutuelles doivent satisfaire aux obligations suivantes :*

- la non prise en charge par les garanties de la majoration du Ticket Modérateur
- la non prise en charge d'une franchise de 7 euros sur les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques des spécialistes à hauteur au moins du dépassement autorisé,
- la prise en charge d'au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant,
- la prise en charge d'au moins 30 % du tarif opposable des médicaments à vignette blanche prescrits par le médecin traitant,
- la prise en charge d'au moins 35 % du tarif opposable des frais d'analyses ou de laboratoires,
- la prise en charge d'au moins deux prestations de prévention choisies parmi la liste établie après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Unocam.

Cependant, lorsque certaines de nos garanties prévoient la prise en compte ou en charge ou excluent certaines des prestations et actes susvisés, la précision en est apportée par la documentation spécifique attachée à ces garanties qui subissent la taxe.

• *Dispositions propres à la garantie franchise cautionnée*

- Bien que le membre participant et ses ayants droits puissent voir prendre en compte leurs dépenses de santé même en dehors du cadre du contrat aidé dit « responsable », la garantie Franchise Cautionnée est exonérée de la taxe sur les conventions d'assurance.
- En effet, l'adhérent finançant lui-même ses premières dépenses de santé, à hauteur du montant de la caution, il peut décider de suivre ou non le parcours de soins coordonnés dans cette limite sans aucune conséquence fiscale.
- Cependant, dès que ses dépenses de santé sont supérieures au montant de la franchise laissée à sa charge, la mutuelle rembourse les prestations du membre participant et de ses ayants droit dans le cadre des dispositions communes. Ainsi, les restrictions susvisées s'appliqueront de plein droit une fois la caution épuisée. C'est à cette condition que ce type de contrat est exonéré de taxe.

Il est précisé que les versements, successivement opérés à présentation des justificatifs des dépenses de santé, s'imputent chronologiquement, dans cet ordre sur la caution, qu'ils soient afférents ou non à un acte pratiqué en ou hors parcours de soins et dans le respect ou non du dispositif du contrat aidé, dit « responsable ».■