

Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé

Statuts - MIS Santé

adoptés par l'Assemblée Générale en date du 3 mars 2018

→ Article 1

Une mutuelle, appelée Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS Santé) est établie à Marseille au 10, rue Léon Paulet - CS 30041 - 13417 Marseille cedex 8. Elle est régie par le Code de la mutualité et soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-1 du Code de la mutualité, elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro 438 601 932.

→ 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 à Marseille (13417 cedex 8) - 10, rue Léon Paulet - CS 40042 - et MIS Santé. La convention de substitution est d'une durée indéterminée. La MEP, mutuelle garante de MIS Santé, dispose d'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 l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la mutualité. Les branches d'assurance garanties peuvent ou non être 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, les règlements mutualistes adoptés par le Conseil d'Administration définissent le contenu des engagements contractuels (droits et obligations) existants entre chaque membre participant et honoraire, et la mutuelle.

→ 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 ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré. Les ayants droit sont des personnes rattachées à un membre participant de la mutuelle et pour lesquels le membre participant s'est acquitté d'une cotisation. 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 les conditions définies législativement ou règlementairement, et reçoivent leur bulletin d'adhésion, une copie des statuts, du règlement mutualiste de la mutuelle et des notices d'information concernant les produits d'assurance en inclusion automatique dont le risque n'est pas porté par la mutuelle. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste et les notices d'information. Par dérogation aux alinéas précédents, les droits et obligations résultants 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 au Dirigeant effectif opérationnel. Lorsqu'une mutuelle traite avec un mandataire, autre qu'un Administrateur ou le Dirigeant effectif opérationnel, 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 physique résidant dans un État membre de l'Union Européenne ;
- 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

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.

En application de la loi Chatel n° 2005-67 du 28 janvier 2005, reprise dans les dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par le membre participant du droit de dénonciation de l'adhésion sera rappelée à chaque avis d'échéance annuel.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant est informé qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis, pour dénoncer la reconduction.

Le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Concernant les cas de résiliation exceptionnels en cours d'année, en exécution de l'article L.221-17 du Code de la mutualité lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des cas suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation patrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité,

Il peut être mis fin à l'adhésion pour chacune des garanties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qu'il ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en adressant au siège social de la mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception accompagnée de toutes les pièces justifiant sa demande de résiliation.

La garantie prend alors fin le dernier jour du mois en cours. La mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période non couverte par la garantie, période calculée à compter de la date de fin de garantie.

La fin de l'adhésion ou la résiliation anticipée du contrat mutualiste ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

Passé ce délai, aucune demande de résiliation anticipée ne sera prise en compte.

→ 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 a été payée 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 augmentation 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 géographiques. La commission électorale valide les listes de candidats aux fonctions de Délégué de la ou des sections de vote. Chaque section de vote élit ses Délégués. L'étendue de la ou des sections de vote sont déterminées par le Conseil d'Administration.

Le droit de vote des membres participants mineurs de plus de 16 ans est exercé par lui-même. Le droit de vote des membres participants mineurs de moins de 16 ans est exercé par le titulaire de l'autorité parentale.

La Commission Électorale a compétence sur l'ensemble des opérations électorales et bénéficie 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 électives ;
- 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.

La Commission élit parmi ses membres un Président. Les membres de la Commission Électorale sont désignés pour la durée des opérations électorales. Les décisions de la Commission Électorale sont prises à la majorité simple. En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante. En cas de décès, démission ou perte de statut nécessaire à l'exercice de leurs fonctions, il est pourvu à la désignation de leur remplaçant pour la durée des opérations électorales. Le remplaçant est nommé par le Conseil d'Administration. La Commission Électorale est soumise à un quorum de trois personnes pour pouvoir délibérer valablement.

→ 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 750 ou fraction de 750 membres participants ou honoraires.

La formule utilisée est la suivante :

Nombre de Sociétaires/750 = 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 peuvent être représentés. Le Délégué titulaire empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut se faire représenter dans ses fonctions par un Délégué présent disposant du droit de vote en lui confiant un mandat. Un même Délégué ne peut porter un nombre de mandats supérieurs à trois.

→ 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 ou représentés 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 ou représentés.

→ Article 24

Lorsque l'Assemblée Générale se prononce sur les modifications statutaires, les activités exercées, 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 ou représentés 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 ou représentés 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 ou représentés.

→ 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 successives, 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.212-14 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 l'ACPR. Dans le mois de la décision concernant la caducité de l'agrément, la mutuelle soumet à l'ACPR 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 ACPR qui peut, dans les conditions mentionnées à l'article L.510-1 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 peut procéder directement à l'élection du Président de la mutuelle.

L'Assemblée Générale est appelée à se prononcer sur :

- les modifications statutaires ;
- les activités exercées ;
- l'adhésion à une union ou 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 cessions de réassurance ;
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés ou 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 des portefeuilles 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 de gestion du groupe et les comptes combinés ou consolidés de l'exercice dans l'hypothèse où ce rapport et ces comptes devraient être établis en application des textes législatifs et réglementaires en vigueur ;
- le rapport général du Commissaire aux Comptes de la mutuelle ;
- le rapport spécial du Commissaire aux Comptes sur les conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la mutualité ;
- 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 ;
- la dotation du fond d'entraide mutualiste ;
- le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régi par les livres II et III auquel est joint le rapport du Commissaire aux Comptes prévu à l'article L.114-39 du Code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au grand III de l'article L.221-2 du Code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au grand II de l'article L.221-2 du Code de la mutualité ;
- 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 apports fait aux mutuelles ou et aux unions créées en vertu de l'article 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 leurs conformités à l'objet de la mutuelle, au Code de la mutualité et à la convention de substitution liant la MEP et MIS Santé.

→ Article 27

Un rapport sur l'observance des règles générales devant présider aux opérations individuelles et collectives d'assurance est établi par le Conseil d'Administration. Ce rapport est soumis à l'Assemblée Générale qui se prononce sur le suivi de ces règles par le Conseil d'Administration lors de l'établissement des règlements mutualistes, règles telles qu'établies par l'Assemblée Générale.

→ Article 28

La mutuelle est administrée par un Conseil dont les membres sont élus par l'Assemblée Générale 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 12 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'Administrateur, de dirigeant ou d'associé dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article R.345-1-1 du Code des assurances. Dans le respect de la convention collective de la mutualité, et des textes législatifs et réglementaires en vigueur, un représentant 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, assistent avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration. En l'absence de délégué du personnel et de comité d'entreprise, il appartient à l'ensemble du personnel d'élire leur représentant parmi les salariés pour une durée de 3 ans. Dans l'hypothèse où la mutuelle serait dotée de délégués du personnel ou d'un comité d'entreprise, il appartiendrait soit aux délégués du personnel, soit au comité d'entreprise, de désigner leur(s) représentant(s) parmi les salariés pour une durée de 3 ans.

Dans l'hypothèse où un représentant du personnel cesserait d'être salarié de la mutuelle, une nouvelle élection interviendrait dans un délai d'un mois suivant le départ du salarié. Les représentants du personnel sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

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.

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

La mutuelle peut présenter des garanties de tous types dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance.

La mutuelle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance. Lorsqu'un intermédiaire d'assurance a été désigné par une personne morale souscriptrice, la mutuelle informe cette dernière du montant et du destinataire de la rémunération versée. La mutuelle peut déléguer de manière totale ou partielle la gestion d'un contrat collectif.

→ 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 le 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 le Dirigeant effectif opérationnel.

→ 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 le Dirigeant effectif opérationnel. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

→ Article 34

Dans le cadre de son action sociale et de solidarité, MIS Santé peut accorder des allocations exceptionnelles à ses membres participants ainsi qu'à leurs ayants droit lorsque leur situation le justifie.

Les bénéficiaires sont les membres participants de MIS Santé et leur ayants droit.

Ces qualités appréciées à leur date retenue pour l'examen du droit aux prestations.

Les domaines d'intervention du fonds mutualiste sont :

- aider les membres participants subissant des difficultés exceptionnelles en prenant en charge une partie de leurs cotisations du régime complémentaire d'assurance maladie ;
- permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que le membre participant de MIS Santé se trouve dans une situation exceptionnelle et d'une particulière gravité.

Toute personne souhaitant bénéficier d'une allocation au titre du fonds d'entraide soumet au Conseil d'Administration de MIS Santé une demande motivée et étayée par des pièces justificatives.

C'est au Conseil d'Administration en premier et en dernier ressort qu'il appartient d'étudier les demandes qui lui sont soumises soit pour les accepter, soit pour les rejeter et ce totalement ou partiellement.

La constitution du fonds d'entraide mutualiste est assurée par une dotation votée annuellement par l'Assemblée Générale.

→ Article 35

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application.

Le Conseil d'Administration de la mutuelle établit les règlements mutualistes afférant aux opérations d'assurance présentées par la mutuelle. Le Conseil d'Administration rend compte de cette mission à l'Assemblée Générale dans le cadre d'un rapport qui atteste que lesdits règlements mutualistes ont été établis conformément aux règles générales fixées en Assemblée Générale, règles auxquelles doivent obéir lesdits règlements mutualistes.

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 le Dirigeant effectif opérationnel et détermine ses attributions. Il en fait la déclaration auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité. Il fixe sa rémunération. Le Conseil d'Administration peut le révoquer à tout moment. Le Dirigeant effectif opérationnel assiste à chaque réunion du Conseil d'Administration.

→ Article 36

À la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels établis conformément à la loi et aux textes législatifs et réglementaires régissant la matière 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 commerce ;
- de la liste des organismes avec lesquels la mutuelle constitue un groupe au sens de l'article R.345-1-1 du Code des assurances ;
- 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 MEP 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 au Dirigeant effectif opérationnel ;
- de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des Administrateurs de la mutuelle ;
- des transferts financiers entre mutuelles et unions.

→ 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

La mutuelle peut accueillir en son sein des Mandataires mutualistes qui sont des personnes physiques, exerçant des fonctions distinctes de celles des Administrateurs mentionnés à l'article L.114-16 du Code de la mutualité. Ces

Mandataires mutualistes apportent à la mutuelle, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du mandat pour lequel ils ont été désignés par le Président.

La mutuelle propose à ses Mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, un programme de formation à leur fonction et aux responsabilités mutualistes.

Cette formation peut être interne ou externe.

Les fonctions de Mandataire mutualiste sont gratuites. Leurs frais de déplacement, de garde d'enfants et de séjour peuvent être remboursés sur justificatifs et dans les mêmes limites que celles fixées pour les Administrateurs.

—▶ 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. 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. Toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses Administrateurs ou de son Dirigeant effectif opérationnel, 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 du Dirigeant effectif opérationnel 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, Dirigeant effectif opérationnel, 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 le Dirigeant effectif opérationnel et toute personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article R.345-1-1 du Code des assurances. 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 le Dirigeant effectif opérationnel, 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 desdites 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 l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration jusqu'à la prochaine Assemblée Générale. Le Conseil d'Administration peut élire, à bulletin secret et dans les conditions énumérées à l'article 37 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 :

- 1er 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 1er Administrateur délégué à la Vice-présidence. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le 1er Administrateur délégué à la Vice-présidence.
- 2ème Administrateur : délégué au Secrétariat Général dont les missions et attributions sont précisées à l'article 46 des présents statuts.
- 3ème Administrateur : délégué à la Trésorerie dont les missions et attributions sont précisées à l'article 47 des présents statuts.
- 4ème Administrateur : délégué aux relations extérieures qui est chargé de la promotion de la mutuelle et de ses produits auprès des prescripteurs et des grands comptes.

→ 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 de l'article L.510.1 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 MEP (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 du Dirigeant effectif opérationnel 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 1er Administrateur délégué à la Vice-présidence. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le 1er Administrateur délégué à la Vice-présidence.

→ Article 45

Le Dirigeant effectif opérationnel peut 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 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 2ème Administrateur délégué au Secrétariat Général est chargé par le Conseil d'Administration et sous son contrôle de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents. Le 2ème Administrateur délégué au Secrétariat Général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Dirigeant effectif opérationnel de la mutuelle l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

→ Article 47

Le 3ème 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 du commerce ;
- l'ensemble des sommes versées aux Administrateurs en application de l'article 39 des présents statuts ;
- l'ensemble des rémunérations versées au Dirigeant effectif opérationnel ;

- les transferts financiers entre la mutuelle et des organismes mutualistes ;
- un rapport synthétique sur la situation financière de la mutuelle.

Le 3ème 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 :

- les droits d'admission et les cotisations des membres participants ;
- les cotisations des membres honoraires ;
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle ;
- les dons et legs mobiliers et immobiliers ;
- 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 :

- les diverses prestations servies aux membres participants ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle ;
- les versements faits aux unions et fédérations ;
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination ;
- les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L.111-5 du Code de la mutualité ;
- la redevance prévue à l'article L.951-1 du Code de la Sécurité sociale et affectée aux ressources de l'ACPR pour l'exercice de ses missions ;
- 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 3ème 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 MEP se substitue intégralement à 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 L.212-1 et ses textes d'application, l'intégralité des dettes, réserves et provisions afférentes aux engagements de 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 MEP qui assure, pour le compte et à la place de la cédante, auprès de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (ACPR) – 4, place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 9 – les différentes communications prescrites par le livre V du Code de la mutualité.

→ Article 52

La mutuelle est subrogée, en ce qui concerne les frais de santé et à concurrence des sommes qu'elle a versées, dans les droits et actions de l'adhérent contre tout tiers responsable du sinistre qui est à l'origine de l'engagement des frais de santé et cela dans les conditions de l'article L.224-9 du Code de la mutualité.

Outre cette subrogation légale, pour certaines garanties présentées par la mutuelle, une subrogation conventionnelle pourra être convenue et mise en place dans le cadre des règlements mutualistes afférents à ces garanties.

→ Article 53

Article réservé.

→ Article 54

En application de l'article L.211-15 du Code de la mutualité, la MEP se substitue intégralement à MIS Santé. À ce titre, MIS Santé n'adhère pas à un Système Fédéral de Garantie.

→ Article 55

Article réservé.

→ 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 notifiées, par email ou via son espace personnel ou par tous moyens aux adhérents bénéficiant d'un contrat mutualiste et sont portées à la connaissance des adhérents bénéficiant d'un contrat collectif.

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 L.211-5 du Code de la mutualité, la MEP – 10, rue Léon Paulet - CS 40042 - 13417 Marseille cedex 8 – se substitue intégralement à 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 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 MEP qui se substitue à MIS Santé lui est retiré, les bulletins d'adhésion ou les contrats collectifs seront résiliés le 10ème 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 L.114-4-10 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.

→ Article 66

Toutes les actions dérivant des opérations régies par le Livre II du Code de la mutualité sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court pas :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.