

# Règlement Mutualiste 2013

## Service Public Santé



NSI - 2013 - 01

### SOMMAIRE

#### TITRE I ADHÉSION

- Article 1 : Objet
- Article 2 : Conditions d'adhésion
- Article 3 : Prise d'effet du contrat
- Article 4 : Prise d'effet des modifications de contrat
- Article 5 : Informations à l'adhérent
- Article 6 : Durée et renouvellement d'adhésion
- Article 7 : Cessation de l'adhésion
- Article 8 : Définition des bénéficiaires de la garantie
- Article 9 : Formalités d'adhésion

#### TITRE II GARANTIE

- Article 10 : Définition de la garantie – Garanties
- Article 11 : Montant de la garantie

#### TITRE III VERSEMENT DES PRESTATIONS

- Article 12 : Conditions et modalités de versement des prestations
- Article 13 : Délai de versement des prestations
- Article 14 : Prescription
- Article 15 : Délai de forclusion
- Article 16 : Subrogation

#### TITRE IV COTISATIONS

- Article 17 : Cotisations
- Article 18 : Paiement de cotisations
- Article 19 : Défaut de paiement des cotisations – Radiation
- Article 20 : Variation des cotisations

#### TITRE V DISPOSITIONS DIVERSES

- Article 21 : Information des adhérents
- Article 22 : Délai de réflexion avant adhésion
- Article 23 : Loi Informatique et libertés Article 24 : Les Réclamations, la Médiation
- Article 25 : Autorité de tutelle

#### TITRE I ADHÉSION

##### Article 1 – *Objet*

Le présent règlement Mutualiste a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles les membres participants et leurs ayants droit de la Mutuelle Médico Chirurgicale, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, enregistrée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le N°778542852, dont le siège social est sis au 6 rue Paul Morel 70000 Vesoul, ayant adhéré au contrat **Service Public Santé**, sont garantis contre tout ou partie des risques de dommages corporels suivants :  
1) Accidents, 2) Maladie  
Le présent règlement Mutualiste est régie par le Code de la mutualité.

##### Article 2 – *Conditions d'adhésion*

L'adhésion au présent règlement Mutualiste est réservée à toute personne affiliée à un régime de base obligatoire.  
Ces contrats peuvent être diffusés sur toute la France.

##### Article 3 – *Prise d'effet du contrat*

Pour la prise d'effet du contrat, la date retenue sera le 1er du mois en cours indiqué à la demande d'adhésion, dûment signée.

##### Article 4 – *Prise d'effet des modifications de contrat*

Pour les modifications entraînant une incidence tarifaire, l'adhésion prend effet le 1er du mois en cours indiqué à la demande d'adhésion, dûment signée.

##### Article 5 – *Informations à l'adhérent*

Suite à une adhésion de contrat, l'adhérent reçoit un certificat d'adhésion où sont désignés :  
- le membre participant et ses ayants droit bénéficiant des prestations de la Mutuelle ;  
- le contrat santé ;  
- la date d'effet ;  
- la cotisation annuelle ;  
- la périodicité ;  
- la cotisation de base et le prorata de prime cor-respondant à la période due à la souscription ;  
- l'échéance principale ;  
- la notion de stages, le cas échéant.  
Suite à l'enregistrement du contrat, l'adhérent reçoit un appel de cotisations, suivant le mode de règlement choisi, accompagné de sa carte d'adhérent, carte ouvrant droit à tiers payant, ainsi que le document d'assistance.  
Suite à une modification de contrat, l'adhérent reçoit une lettre avenant à annexer au contrat initial.

##### Article 6 – *Délai de renouvellement d'adhésion*

L'adhésion est souscrite jusqu'au 31 décembre de l'année en cours, et ensuite tacitement reconduite d'année en année à l'échéance principale le 1er janvier.

##### Article 7 – *Cessation de l'adhésion*

- à la demande de l'adhérent, la démission est donnée par écrit, par lettre recommandée avec avis de réception ou déposée contre décharge au Siège de la Mutuelle ; elle doit être adressée pour le 31 octobre au plus tard pour une radiation au 31 décembre ;  
- lorsque l'adhérent ne remplit plus les conditions auxquelles le présent règlement subordonne l'admission ;  
- en cas de non-paiement de la cotisation selon les dispositions prévues à l'article 22 du présent règlement Mutualiste ;  
- à l'initiative de la Mutuelle, se reporter à l'article 14 des statuts.  
La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf en cas de décès.

##### Article 8 – *Définition des bénéficiaires de la garantie*

Sont considérés comme bénéficiaires l'adhérent ou ses ayants droit, désignés au contrat, qui recevront la prestation due par la Mutuelle en cas de réalisation du risque frais de soins de santé prévu au contrat santé.  
Les personnes assurées sont l'adhérent et, s'ils sont désignés sur le certificat d'adhésion, son ou sa conjoint(e), son ou sa concubin(e), ses enfants à charge au sens de la sécurité sociale. Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un régime de base obligatoire français en tant qu'assuré social ou ayant droit.

##### Article 9 – *Formalités d'adhésion*

L'adhérent doit joindre les documents suivants :  
- la demande d'adhésion dûment signée ;  
- la demande et l'autorisation de prélèvement signées et accompagnées d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne ;  
- la photocopie de l'attestation de droit du régime de base obligatoire de l'adhérent et de ses ayants droit désignés au contrat ;  
- le 1er règlement par chèque pour le prorata de prime indiqué à la demande d'adhésion ;  
- un certificat de radiation de l'organisme précédent, le cas échéant, attestant l'adhésion antérieure à un contrat labellisé ou à une convention de participation.  
- un justificatif attestant de sa date d'entrée dans la fonction publique territoriale.

L'adhérent s'engage à signifier à la Mutuelle tout changement de situation familiale ou de protection sociale (régime de base obligatoire) dans le mois qui suit le changement.

## TITRE II GARANTIE

### Article 10 – Définition de la garantie

Elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants droit sont victimes d'un sinistre.

Nos contrats garantissent le complément après l'intervention d'un régime de base obligatoire français, et des garanties accessoires pour une couverture médicale plus complète. Différentes options sont proposées pour les adhésions et figurent au dos de la proposition valant certificat d'adhésion ou demande d'adhésion.

## GARANTIES

### GARANTIE CHIRURGIE

La garantie chirurgie prend en charge dans les conditions déterminées dans le présent règlement Mutualiste toute intervention chirurgicale rendue nécessaire par suite de maladie, d'accident ou de maternité.

Ces interventions doivent figurer à la nomenclature des actes de chirurgie et des actes de spécialités.

### FRAIS DE SÉJOUR

Dans les établissements publics, privés, et grands centres hospitaliers, remboursement sur la base du tarif de responsabilité des régimes de base obligatoires français. (risques exclus – Article 14)

### GARANTIE HOSPITALISATION

La MMC conditionne la dispense d'avance de frais\* (tiers-payant) à la délivrance préalable d'une prise en charge établie au vu d'un avis d'admission ou d'un bulletin de situation. Dans les établissements publics, privés et grands centres hospitaliers, remboursement sur la base du tarif de responsabilité des régimes de base obligatoires français, en hospitalisation chirurgicale, médicale, psychiatrique, centres de rééducation fonctionnelle, moyen séjour, repos et convalescence et maternité (accouchement) notifié au contrat santé.

### GARANTIE MALADIE

Remboursement des frais médicaux, des frais de pratique médicale courante, des soins infirmiers, des examens de laboratoire et de radiologie, des frais de chirurgie, des frais d'optique, de bandages, d'appareils orthopédiques, de transport et de pharmacie notifié au contrat santé lors de l'adhésion.

### GARANTIE DENTAIRE

La MMC conditionne pour l'ensemble de ses adhérents, les remboursements au titre de la garantie dentaire pour tous les actes avec dépassements d'honoraires à :

- un accord d'entente préalable du service dentaire de la Mutuelle,
- la mise à disposition d'éléments complémentaires tels que les radios pré et post opératoires fiches de traçabilité...

Remboursement des soins dentaires laissés à la charge de l'adhérent après remboursement par les régimes de base obligatoires français (ticket modérateur). En ce qui concerne les prothèses dentaires et l'orthodontie ayant fait l'objet d'un accord par le régime de base obli-

\*Non-applicable sur les dépassements d'honoraires, la chambre particulière sans hébergement et les frais d'accompagnement.

gatoire, prise en charge dans la limite des frais engagés notifié au contrat santé.

Remboursement des prothèses dentaires mobiles et fixes refusées (sauf provisoires), prise en charge dans la limite des frais engagés-notifiés au contrat santé, sur présentation de factures acquittées.

### CHAMBRE PARTICULIÈRE CHIRURGIE

Prise en charge de la chambre particulière dans l'établissement où a lieu l'intervention, pendant la durée normale du séjour prévue à la nomenclature des actes professionnels dans la limite des frais engagés notifié au contrat santé.

### CHAMBRE PARTICULIÈRE MALADIE, MATERNITÉ ET CENTRE DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

Prise en charge des frais engagés pour le supplément chambre particulière, dans la limite de 45 jours par an, notifié au contrat santé

### FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT

(enfant de moins de 12 ans)

Prise en charge des frais d'accompagnement (lit et repas hospitalier) sur présentation de facture de l'hospitalisation de l'enfant, inscrit au contrat, dans la limite notifiée au contrat santé.

### FORFAIT JOURNALIER

Prise en charge en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale, dans la limite notifiée au contrat santé.

### FORFAIT NAISSANCE/ADOPTION

Paiement du forfait naissance/adoption notifié au contrat santé, par enfant, sous réserve de son inscription effective, et du paiement de la cotisation (naissance : inscription dans un délai d'un mois et adhésion au 1er jour du mois de naissance).

### FORFAIT APPAREILLAGE AUDITIF

Paiement du forfait notifié au contrat santé, dans la limite des frais engagés, après remboursement du régime de base obligatoire français et sur présentation de facture.

### FORFAIT PETIT APPAREILLAGE

Paiement du forfait notifié au contrat santé, dans la limite des frais engagés, après remboursement du régime de base obligatoire français et sur présentation de facture.

### FORFAIT OPTIQUE

La MMC conditionne pour l'ensemble de ses adhérents, les remboursements au titre de la garantie optique, à un accord d'entente préalable du service optique de la Mutuelle (formulaire de devis disponible sur notre site [www.mutuelle-mmc.com](http://www.mutuelle-mmc.com)).

Concernant les enfants, dans le cas où le contrat santé souscrit prévoit la prise en charge jusqu'à deux paires de lunettes par année de garantie, une nouvelle ordonnance établie par un ophtalmologue sera demandée pour l'éventuelle prise en charge du second équipement. Paiement du forfait notifié au contrat santé, dans la limite des frais engagés, après remboursement du régime de base obligatoire français et sur présentation de facture. Remboursement des lentilles refusées, prise en charge dans la limite des frais engagés notifiés au contrat santé, sur présentation d'ordonnance ou de lettre de refus du régime de base obligatoire français, et sur facture. Remboursement de l'opération de la myopie,

prise en charge dans la limite des frais engagés notifiée au contrat santé, et sur facture acquittée.

### CURE THERMALE

Remboursement des cures notifié au contrat santé, dans la limite des frais engagés, après remboursement du régime de base obligatoire français et sur présentation de factures et/ou autres justificatifs (frais d'hébergement, hors restauration, et/ou de transport).

### DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Remboursement du dépassement, après prise en charge du régime de base obligatoire français prévu :

- au Contrat Santé dans la limite des frais engagés ;
- aux conditions du décret N° 2012-386 du Code de la Sécurité Sociale R871-2 du 21 mars 2012.

### HOSPITALISATION ET INTERVENTION CHIRURGICALE À L'ÉTRANGER

En cas d'hospitalisation et/ou d'intervention chirurgicale à l'étranger, prise en charge par les régimes de base obligatoires français de l'assuré, la Mutuelle rembourse les dépenses dans la limite du tarif de responsabilité déterminé par le centre de régime de base obligatoire auquel le bénéficiaire est affilié.

### FORFAIT TÉLÉVISION

Paiement d'un forfait notifié au certificat d'adhésion, sur les frais de location d'un téléviseur lors d'un séjour hospitalier en médecine ou chirurgie, sur présentation de factures acquittées et d'un bulletin de situation.

### GARANTIES NOUVELLES

Les actes et produits définis au contrat santé, à la rubrique "garanties nouvelles" sont remboursés aux conditions consultables sur le site internet de la Mutuelle.

### Article 11 – Montant de la garantie

Les montants des garanties sont déterminés et détaillés au tableau de garanties.

## TITRE III VERSEMENT DES PRESTATIONS

### Article 12 – Conditions et modalités de versement des prestations

Sous réserve de justification, sans toutefois dépasser les frais engagés, la Mutuelle prend en charge les prestations et forfaits de la manière suivante : la Mutuelle calcule ses remboursements en prenant pour base le tarif de responsabilité des régimes de base obligatoires français et après remboursement de ces derniers. Pour chaque prestation, il est prévu un taux.

Le calcul du remboursement de la Mutuelle s'obtient en multipliant le tarif de responsabilité par le taux.

Si le taux est égal ou inférieur à 100 %, le montant total des remboursements du régime de base obligatoire français et de la Mutuelle ne pourra dépasser le tarif de responsabilité.

Si le taux est supérieur à 100 %, le montant total des remboursements du régime de base obligatoire français et de la Mutuelle ne pourra dépasser le montant des frais engagés.

En cas de changement de taux de rembourse-

ment des régimes de base obligatoires, décidé par les pouvoirs publics, le Conseil d'Administration de la Mutuelle se réserve la possibilité, en fonction de la situation financière de la Mutuelle, d'une part, et de l'incidence de ces nouvelles mesures sur cette dernière, d'autre part, de prendre ou non en charge les nouvelles dépenses, sous réserve de ratification de cette décision par la prochaine Assemblée Générale.

Les prestations accordées par la Mutuelle découlent du contrat santé.

Des prestations exceptionnelles, prises sur le budget d'Aide Sociale, peuvent être accordées aux membres participants et à leur famille, en complément des prestations prévues au présent règlement, sur étude de dossier et sur décision de la Commission.

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut en aucun cas être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent. Au cas où des prestations auraient été versées à tort, les sommes en question peuvent être récupérées sur les prestations dues.

Le remboursement des prestations s'effectue en prenant en considération la date de la consultation ou la date de prescription.

En cas de renouvellement d'ordonnance, nous retenons la date de facturation, sur présentation de la copie de l'ordonnance initiale.

#### Tiers payant :

Une carte de tiers payant est délivrée par la MMC à l'adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certaines professions de santé partenaires, aux conditions définies par la Mutuelle.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise sous peine de poursuite que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse la carte de tiers payant, MMC pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

#### Article 13 – Délai de versement des prestations

Le versement des prestations s'effectue à réception des décomptes de remboursements originaux des régimes de base obligatoires français, des notes d'honoraires et des factures acquittées.

Pour les télétransmissions des régimes de base obligatoires français ou des professionnels de santé, la gestion est automatisée, accompagnée le cas échéant d'une demande de justificatifs.

#### Article 14 – Prescription

Toute action dérivant au présent règlement Mutualiste est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

#### Article 15 – Délai de forclusion

Le remboursement des prestations est limité à deux ans à compter de la date des soins. Aucune prestation n'est due en cas de non-

remboursement par les régimes de base obligatoires français sauf pour les garanties accessoires notifiées au contrat santé.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion ou de suspension.

#### Article 16 – Subrogation

Se reporter à l'article 64 des statuts.

### TITRE IV COTISATIONS

#### Article 17 – Cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle.

La cotisation est fixée forfaitairement. Elle est fonction de la composition de la famille, du régime de base obligatoire, de leur lieu de domiciliation et de l'âge du bénéficiaire défini au 1er janvier de chaque année par différence de millésime (année civile moins année de naissance).

Le nombre d'enfants cotisants est limité à trois. À cette cotisation s'ajoutent la Cotisation Sociale Mutualiste destinée à des organismes supérieurs ou techniques, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

Elle peut faire l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

La cotisation est payable d'avance et peut être revalorisée en cours d'année si la situation financière de la Mutuelle l'exige.

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

La cotisation étant annuelle, la radiation en cours d'année pour non-paiement entraîne l'arrêt du paiement des prestations.

Les garanties du contrat santé respectent l'ensemble des règles des contrats solidaires et responsables. Il respecte la réglementation liée au parcours de soin et les conditions prévues au décret N° 2011-1474 du 8 novembre 2011, ainsi que ses quatre arrêtés d'application publiés au J.O. du 10 novembre 2011.

Une majoration de 2%, pour toute année non cotisée à un contrat labellisé ou à une convention de participation, postérieurement à l'âge de 30 ans est appliquée.

La majoration n'est pas appliquée :

- pour les nouveaux agents, qu'à l'issue des deux premières années suivant leur entrée dans la fonction publique ;

- pour les agents en fonctions à la publication du décret et aux retraités, qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la liste des contrats et règlements labellisés (article 4 de l'arrêté) ;

- aux agents et retraités qui adhéraient déjà à un règlement ou à un contrat pour lequel un label est délivré dans le délai d'un an suivant la publication de la liste des contrats et règlements labellisés (article 33-11 du décret).

#### Article 18 – Paiement de cotisations

Dans le cas d'une adhésion au titre d'un contrat individuel, l'adhérent peut échelonner le paiement de sa cotisation mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou régler annuellement.

##### Mensuellement :

Cette possibilité est réservée exclusivement aux membres qui ont accepté de payer leur cotisation par prélèvement automatique. Les prélèvements sont effectués à la date indiquée sur votre échéancier.

- exemple :

Soit les prélèvements de l'année N débiteront à la date indiquée sur votre échéancier de l'année N-1. En cas de rejet, le prélèvement impayé sera représenté en même temps que le prélèvement du mois suivant.

Soit les prélèvements de l'année N débiteront à la date indiquée sur votre échéancier de l'année N. En cas de rejet, le prélèvement impayé sera représenté en même temps que le prélèvement du mois suivant (nouvelles gammes de produits santé à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2010)

##### Trimestriellement :

- exemple : le prélèvement pour l'année N débitera à la date indiquée sur votre échéancier de l'année N-1, le deuxième prélèvement le 3eme mois de l'année N indiquée sur votre échéancier, le troisième prélèvement le 6eme mois de l'année N indiquée sur votre échéancier, le quatrième prélèvement le 9eme mois de l'année N indiquée sur votre échéancier. En cas de rejet, le prélèvement impayé sera représenté le mois suivant.

##### Semestriellement :

- exemple : le prélèvement pour l'année N débitera à la date indiquée sur votre échéancier de l'année N-1, le deuxième prélèvement le 6eme mois de l'année N indiquée sur votre échéancier. En cas de rejet, le prélèvement impayé sera représenté le mois suivant.

##### Annuellement :

- exemple : le prélèvement pour l'année N débitera à la date indiquée sur votre échéancier de l'année N-1.

En cas de rejet, le prélèvement impayé sera représenté le mois suivant.

##### Trimestriellement :

Par chèques, par mandats ou par virements sur compte.

- exemple : le premier versement pour l'année N devra intervenir au plus tard à la date indiquée sur votre appel de cotisation de l'année N-1, le deuxième prélèvement à la date indiquée sur votre appel de cotisation du 3eme mois de l'année N, le troisième prélèvement à la date indiquée sur votre appel de cotisation du 6eme mois de l'année N, le quatrième prélèvement à la date indiquée sur votre appel de cotisation du 9eme mois de l'année N.

##### Semestriellement :

par chèques, par mandats ou par virements sur compte.

- exemple : le premier versement pour l'année N devra intervenir au plus tard à la date indiquée sur votre appel de cotisation de l'année N-1, le deuxième prélèvement à la date indiquée sur votre appel de cotisation du 6eme mois de l'année N.

##### Annuellement :

par chèque, par mandat ou par virement sur compte.

- exemple : le premier versement pour l'année N devra intervenir au plus tard à la date indiquée sur votre appel de cotisation de l'année N-1.

**Article 19 – Défaut de paiement des cotisations – Radiation**

Un rappel de cotisation auquel s'ajoutent des frais est envoyé à tout adhérent dont la cotisation n'a pas été enregistrée aux dates prévues, pour non-paiement, le dossier sera remis au service contentieux.

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 prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets le lendemain du jour où sont payés à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

**Article 20 – Variation des cotisations :**

Lors de chaque échéance principale, votre cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés :

- Évoluera en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

- Pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions respectives à chacun des contrats.

- Pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursement et/ou des remboursements pris en charge par votre régime de base obligatoire français suite à des mesures de désengagement ou des modifications des tarifs de convention ou de responsabilité et/ou en cas d'évolution des impôts et taxes, ou contributions, établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

TITRE V  
DISPOSITIONS DIVERSES

**Article 21 – Information des adhérents**

Toutes modifications de cotisations et de prestations sont notifiées aux adhérents par le biais d'une lettre simple.

Chaque adhérent reçoit un exemple des statuts. Les modifications statutaires sont portées

à sa connaissance.

Il est informé des services gérés par la Mutuelle.

Lors de l'adhésion, l'adhérent s'engage à respecter les statuts ainsi que les modifications apportées à ceux-ci par décision de l'Assemblée Générale.

**Article 22 – Délai de réflexion avant adhésion**

Les modalités de la remise des documents ainsi que le délai entre la remise et la signature du certificat d'adhésion doivent respecter les conditions et délais définis par la législation.

**Article 23 – Loi Informatique et libertés**

Se reporter à l'article 7 des statuts.

**Article 24 – Les Réclamations, la Médiation**

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application du contrat, vous pouvez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord par courrier simple adressé à MMC. Si le différend persistait après la réponse apportée, vous aurez la faculté de demander l'avis du médiateur indépendant. Les coordonnées du médiateur seront communiquées sur simple demande au siège de la Mutuelle.

**COMMISSION DE MÉDIATION**

6, rue Paul Morel  
BP 80283

70006 Vesoul CEDEX

**Article 25 – Autorité de tutelle**

La MMC est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential (ACP), 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 9.