

Article 1 : Dénomination sociale

La Mutuelle des Auteurs et Compositeurs Dramatiques est régie par le Code de la mutualité et est soumise aux dispositions du livre II. Elle est établie au 9 rue Ballu, 75 009 PARIS.

Article 2 : Objet et composition du règlement

Le présent règlement, conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code de la mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements réciproques existant entre, d'une part, la mutuelle, et d'autre part, ses membres participants et ses membres honoraires qui ont souscrit à titre individuel aux garanties d'assurance « frais de soins de santé » proposées.

Article 3 : Modification du règlement

Toute modification du présent règlement est portée à la connaissance des membres participants et honoraires.

Toute modification des garanties prévues au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celle-ci aux membres participants.

Les modifications des montants de cotisations ou des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres participants et honoraires.

Article 4 : Risques couverts

Les garanties individuelles de frais de santé, proposées par le présent règlement, ont pour objet d'assurer au membre participant et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'assurance maladie obligatoire.

Des garanties supplémentaires peuvent être incluses selon la garantie « frais de santé » souscrite et conformément aux dispositions du chapitre 3 du présent règlement. Celles-ci font partie intégrante et suivent le sort du présent règlement.

ADHESION

Article 5 : Adhésion

Les membres participants :

Conformément aux dispositions de l'article 10 des statuts de la Mutuelle, les membres participants adhèrent librement.

L'adhésion à la Mutuelle et au présent règlement est matérialisée par la signature, par chaque membre participant, d'un bulletin d'adhésion. C'est également sur ce bulletin d'adhésion que le membre participant choisit la garantie « frais de soins de santé », le mode de règlement de la cotisation annuelle et qu'il précise les ayants droit qui bénéficieront de ladite garantie.

Un tableau descriptif des garanties lui est remis au moment de son adhésion ; le montant des cotisations correspondant à la garantie choisie lui est également précisé dans les documents remis. En cas de changement dans les garanties, un nouveau tableau descriptif des garanties lui est envoyé.

Les membres honoraires :

L'adhésion à la Mutuelle et au présent règlement est matérialisée par la signature, par chaque membre honoraire, d'un bulletin d'adhésion. C'est également sur ce bulletin d'adhésion que le membre participant choisit le mode de règlement de la cotisation annuelle.

Le montant des cotisations lui est précisé dans les documents remis.

Article 6 : Prise d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion

Les membres participants :

Sauf mention particulière figurant sur le bulletin d'adhésion, cette dernière prend effet le premier jour du mois suivant la réception de ce bulletin et des éventuelles pièces complémentaires par la Mutuelle.

En aucun cas, l'adhésion ne peut être rétroactive.

L'adhésion initiale du membre participant est conclue pour une durée minimale de 12 mois ; elle se renouvelle tacitement au 1er janvier de chaque année civile, sauf résiliation des garanties, accompagnée ou non de la démission du membre participant de la mutuelle (puisqu'il peut être membre honoraire sans bénéficier des prestations de cette dernière).

Les membres honoraires :

La prise d'effet de l'adhésion du membre honoraire sera effective le 1er jour du mois qui suit la date d'adhésion et. L'adhésion est conclue pour une durée minimale de 12 mois, elle se renouvelle tacitement, pour une durée d'un an, au 1er janvier de chaque année civile

Article 7 : Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes mentionnées à cet effet sur le bulletin d'adhésion :

- Le membre participant,
- Ses ayants droit, c'est-à-dire :
 - Son conjoint, concubin ou pacsé,
 - Et/ou ses enfants à charge âgés de moins de 26 ans.

L'âge est toujours apprécié par différence de millésime. En cas de changement de situation de famille, le membre participant qui souhaite affilier à la garantie qu'il a choisie, un nouvel ayant droit, doit adresser sa demande écrite à la Mutuelle.

L'affiliation du nouvel ayant droit à la garantie choisie par le membre participant prend effet le 1er jour du mois de la demande d'affiliation sous réserve du paiement de sa première cotisation et si la demande parvient à la Mutuelle avant le 15 du mois en cours. Après le 15 du mois l'adhésion prendra effet le 1er du mois suivant.

Il est rappelé qu'une seule personne peut être affiliée au titre de conjoint, concubin ou pacsé par membre participant.

Pour les enfants ayant droit, l'adhésion à titre individuel en qualité de jeune actif est possible :

- Après la 26ème année même si l'enfant ayant droit est étudiant
- A la fin des études.

VIE DU CONTRAT

Article 8 : Élection de domicile

Le membre participant doit faire élection de domicile sur le territoire national ou dans un état membre de la communauté économique européenne.

Tous les actes relatifs à l'exécution de l'adhésion souscrite seront notifiés au domicile du membre participant figurant sur le bulletin d'adhésion. En cas de changement de domicile, le membre participant et ses ayants droit devront informer la Mutuelle dans les plus brefs délais de leur nouvelle adresse.

Article 9 : Changement de caisse de régime obligatoire d'affiliation

Le souscripteur doit informer la Mutuelle dans le mois civil concerné de toute modification d'affiliation à une caisse de régime obligatoire le concernant ou concernant l'un des ayants droit en joignant à son courrier une photocopie de la nouvelle attestation d'assurance maladie émise par la nouvelle caisse de régime obligatoire.

Le non-respect de ces dispositions expose le membre participant ayant sollicité la mise en œuvre du tiers payant au remboursement intégral du différentiel de prestation payé par la Mutuelle entre le ticket modérateur applicable en complément de l'intervention de la caisse de régime obligatoire connue par la Mutuelle et le ticket modérateur effectivement réclamé par le professionnel de santé au vu de la carte vitale présentée par le membre participant. La Mutuelle procédera alors de plein droit au changement de catégorie avec régularisation de cotisation à compter du 1er jour du mois civil qui suit la réception de la facture en provenance du professionnel de santé ayant pratiqué le tiers payant, ou le 1er jour du mois civil qui suit la prise de connaissance par la Mutuelle de la nouvelle situation.

RESILIATION

Article 10 : Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- lorsque le membre participant ne remplit plus les critères d'adhésion au régime de garanties souscrites, et a souscrit un nouveau régime de garanties,
- le jour du décès du membre participant ; dans ce cas, la Mutuelle propose aux éventuels ayants droit d'adhérer à titre individuel à la mutuelle et d'en devenir membre participant. Ces personnes disposent d'un délai de 3 mois à compter du décès pour adhérer à la Mutuelle. L'adhésion répondant à ces critères prend effet à titre exceptionnel au jour du décès du membre participant (la Mutuelle exigera tous les documents justificatifs nécessaires),
- le jour de son exclusion conformément à l'article 14 des statuts,
- en cas de résiliation des garanties à l'initiative de la mutuelle, pour non-paiement des cotisations, conformément à l'article 13 des statuts ;
- en cas de résiliation des garanties à l'initiative du membre participant. Le membre participant qui souhaite résilier les garanties d'assurance complémentaire santé souscrites, doit adresser à cet effet au siège de la Mutuelle une demande par lettre recommandée avec accusé de réception; avant le 31 octobre pour prendre effet le 1er janvier suivant ou dans les 20 jours qui suivent la réception de l'avis d'échéance de la cotisation annuelle si celui-ci lui parvient après le 15 octobre, selon les modalités prévues par les articles L.221-10 et L.221-10-1 du code de la mutualité

Le membre participant peut dénoncer l'adhésion [...] après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle [...] en a reçu notification par le membre participant [...]. Comme définit l'article L 221-10-2 du Code de la mutualité, créé par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019, article 3.

Lorsque l'adhérent a le droit de dénoncer l'adhésion au règlement ou de résilier le contrat, la notification de la dénonciation ou de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'adhérent :

- * Soit par lettre ou tout autre support durable
- * Soit par déclaration faite au siège social
- * Soit par acte extrajudiciaire
- * Soit, lorsque la mutuelle propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication
- * Soit par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement.

La mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

- en cas d'obligation pour le participant d'adhérer à un contrat d'assurance « frais de soins de santé » collectif d'entreprise. Dans ce cas, la Mutuelle pourra demander au membre participant tous justificatifs requis (attestation de l'employeur et/ou de l'organisme assureur ou tout autre justificatif demandé par la mutuelle). Dans ce cas, la date d'effet de la résiliation des garanties est celle du dernier jour du mois suivant la réception de l'attestation par la Mutuelle, et les cotisations sont dues jusqu'à cette date.

Cessation des garanties pour les ayants droit :

L'affiliation des ayants droit aux garanties souscrites par le membre participant prend fin :

Pour tous les ayants droit :

- Automatiquement au jour où l'adhésion du membre participant prend fin,
- En cas de demande de leur part par lettre recommandée avec accusé de réception, l'affiliation prend fin après un préavis de 2 mois qui suit la réception de cette lettre par la Mutuelle,
- En cas de demande du participant par lettre recommandée avec accusé de réception, l'affiliation prend fin après un préavis de 2 mois qui suit la réception de cette lettre de la Mutuelle.

Pour les conjoints :

- Automatiquement en cas de divorce ; dans ce cas, l'affiliation prend fin le premier jour du mois qui suit la notification de ce jugement à la Mutuelle,
- Automatiquement en cas de rupture du pacs ou du concubinage ; dans ce cas, l'affiliation prend fin le premier jour du mois qui suit la notification de ce jugement à la Mutuelle.

L'absence de notification dans les délais les plus brefs du divorce ou de la rupture du pacs ou du concubinage est constitutive d'une fausse déclaration, et ce notamment dans le cadre des garanties à cotisation familiale ; un rappel de cotisation sur la base du tarif individuel correspondant pourra être exigé.

Pour les enfants à charge :

L'enfant à charge est couvert du fait du membre participant jusqu'à l'une des dates suivantes :

- Le jour où l'enfant cesse d'être ayant droit au sens de la Sécurité Sociale ;
- Au plus tard le dernier jour du mois où il atteint ses 26 ans, il pourra toutefois adhérer en qualité de jeune actif en contrat individuel.
- Le dernier jour du mois au cours duquel l'enfant demandeur d'emploi trouve un emploi ou ne remplit plus les conditions statutaires et au plus tard le dernier jour du mois où il atteint ses 26 ans,
- Le dernier jour de l'année scolaire au cours de laquelle il ne remplit plus les critères statutaires qui lui permettaient d'être considéré comme enfant à charge et, en tout état de cause, le dernier jour du mois où il atteint ses 26 ans.

Autres personnes à charge :

- Le jour où elles n'ont plus la qualité de personne à charge au sens des statuts.

L'absence de notification dans les délais les plus brefs d'un événement entraînant la perte de la qualité d'enfant à charge est constitutive d'une fausse déclaration, et ce notamment dans le cadre des garanties à cotisation familiale ; un rappel de cotisation sur la base du tarif individuel correspondant pourra être exigé.

Article 11 : Conséquences de la cessation des garanties

Les demandes de remboursement de soins adressées à la Mutuelle après la fin de l'adhésion ou de l'affiliation au règlement seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes du régime obligatoire du demandeur soit antérieure à la date de la fin de couverture.

COTISATIONS

Article 12 : Montant et Révision des cotisations

Les cotisations peuvent être révisées au moins une fois par an sur décision de l'Assemblée Générale ou du Conseil d'Administration sur délégation de celle-ci.

Le montant des cotisations est mentionné sur le tableau descriptif des cotisations en annexe 1 du présent règlement mutualiste.

Article 13 : Paiement des 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.

Les membres honoraires s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle.

Procédure de paiement des cotisations :

Le membre participant est débiteur de l'intégralité de la cotisation annuelle y compris si son adhésion est résiliée de son fait en cours d'année. Le membre participant est débiteur de l'ensemble des cotisations dues à la Mutuelle de son propre chef ainsi que de celui de ses éventuels ayants droit.

Le paiement de la cotisation annuelle peut s'effectuer de manière fractionnée à la demande du membre participant. Ce fractionnement peut être semestriel, trimestriel ou mensuel.

Quelle que soit la modalité choisie (fractionnement ou non), les cotisations sont payées d'avance.

Les cotisations sont réglées par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal mentionné lors de son adhésion par le membre participant ou par chèque bancaire à l'ordre de la Mutuelle des Auteurs et Compositeurs Dramatiques. La date d'échéance de ces cotisations est entre le 1er et le 10 du mois, du trimestre civil ou du semestre civil. Si la Mutuelle accepte que les cotisations soient payées par chèque, celles-ci sont alors payées d'avance avec une date d'échéance fixée au 5 du mois.

En cas de non-paiement des cotisations :

Conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, le 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 est suspendue 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 sa garantie dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévus à l'alinéa précédent.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir, ses effets à midi, le lendemain du jour où ont été 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.

PRESTATIONS

Article 14 : Prestations

L'adhésion à la Mutuelle ouvre droit aux prestations couvrant les risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1) ou à la maladie (branche 2), lesquelles sont définies en annexe 2 du présent règlement.

Elle ouvre également droit :

- Aux prestations assurées à titre accessoire, c'est-à-dire à la prévention des risques et dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées dépendantes ou handicapées. Ces prestations assurées à titre accessoire sont également définies en annexe 2 du présent règlement mutualiste,
- Aux prestations servies directement par la mutuelle dans le cadre de son fonds de secours qui sont définies en annexe 2 du présent règlement mutualiste.

Les prestations accordées par la Mutuelle interviennent dans la limite des tarifs de convention appliqués par le régime général de la sécurité sociale et en vigueur sur le territoire national et ce quel que soit le régime obligatoire d'affiliation du membre participant et de ses ayants droit, à l'exception des actes mentionnés en annexe 2 du présent règlement mutualiste pour lesquels la mutuelle prend en charge une partie des dépassements d'honoraires.

Ne donnent pas lieu à remboursement de la Mutuelle :

- Les actes ou produits non remboursables par les régimes obligatoires à l'exception des actes ou produits faisant l'objet d'une indemnité forfaitaire et définis en annexe 2 du présent règlement,
- La participation forfaitaire des membres participants sur les consultations et actes médicaux définie à l'article L 322-2-II du Code de la Sécurité Sociale (sauf hospitalisation),
- Les franchises des membres participants sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports définis à l'article L 322-2-III du code de la Sécurité Sociale (sauf hospitalisation),
- Les majorations de participation appliquées par l'Assurance Maladie Obligatoire en application des articles L 161-36-2 (dossier médical) et L 162-5-3 (parcours de soins) du Code de la Sécurité Sociale (sauf consultation en urgence ou en dehors du lieu de résidence habituel),
- Les suppléments d'honoraires facturés par les praticiens consultés hors parcours de soins, dans les limites fixées par décret.
- La chirurgie esthétique.

En tout état de cause le remboursement des dépenses maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge du membre participant. Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est à dire entre la date d'effet de l'adhésion et la date de cessation des garanties, ouvrent droit à prestations.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

S'agissant du remboursement des frais de soins de santé, la date des soins figurant sur le décompte du régime obligatoire d'affiliation est seule prise en compte.

L'omission ou l'utilisation intentionnelle de documents ou renseignements inexacts, notamment l'exagération frauduleuse du montant des frais médicaux, entraîne la perte du droit à prestation pour les actes correspondants, indépendamment des poursuites judiciaires que la Mutuelle pourrait engager.

Article 15 : Délai de transmission des documents

Les documents évoqués à l'article précédent doivent être adressés à la Mutuelle dans les deux ans à compter de la date des soins.

A défaut, l'intéressé se verra opposer la prescription prévue à l'article 22 du présent règlement.

Article 16: Paiement des prestations

Les prestations sont versées par virement sur le compte du membre participant. Toutefois, conformément aux dispositions de l'article L.114-2 du Code de la mutualité les ayants droit, conjoint et mineurs de plus de 16 ans, peuvent demander, à ce que les prestations destinées à rembourser les dépenses qu'ils ont générées soient versées sur leur propre compte bancaire sans l'intervention du membre participant.

En cas d'utilisation du système dit de « tiers-payant », le remboursement est effectué directement auprès du professionnel de santé.

Article 17 : Nullité des garanties -Fausse déclaration

Toute fausse déclaration, de la part du membre participant ou de l'un de ses

éventuels ayants droit quant à la réalité ou/et à l'étendue du sinistre, entraîne la nullité de la garantie. Les cotisations payées à ce titre restent acquises à la Mutuelle.

Article 18 : Principe indemnitaire

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du règlement ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 19 : Délai de versement des prestations

Pour chaque membre participant ou ayant droit à jour de ses cotisations à la date de survenance du risque et sous réserve du respect des dispositions des articles 13 et 19 du présent règlement mutualiste, le montant des prestations est versé dans un délai moyen de dix jours et dans un délai maximum de trente jours. Ce délai s'applique à compter du jour où la mutuelle reçoit les pièces justificatives et/ou la télétransmission des caisses de régime obligatoire ou des professionnels de santé.

Article 20 Délai de prescription

Toute action dérivant des opérations d'assurance complémentaire santé définies par le présent règlement en particulier des cotisations et prestations qu'il prévoit, est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

Article 21 : territorialité

Les soins couverts par la Mutuelle doivent être effectués en France. Les cotisations et les prestations sont versées en Euros. Les prestations sont payables uniquement sur des comptes bancaires ou postaux ouverts en France.

Pour les actes effectués à l'étranger, ne seront indemnisés par la Mutuelle que les sinistres ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime français d'assurance maladie obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit.

Les remboursements seront effectués sur la base des tarifs français (notamment ceux résultant de la nomenclature des actes médicaux) pour le type d'actes ou de soins dont a bénéficié le membre participant ou l'un de ses ayants droit.

En aucun cas, le membre participant ou ses ayants droit ne pourront demander une indemnisation ou des remboursements sur la base des tarifs appliqués dans le pays où ils ont bénéficié des soins.

Pour bénéficier des prestations de la Mutuelle, le membre participant devra lui faire parvenir la facture acquittée et le décompte du régime français de Sécurité Sociale afférents à ces soins.

Pour les actes effectués à l'étranger et non pris en charge par le régime français d'assurance maladie obligatoire du Membre adhérent, la Mutuelle ne prendra en compte que les actes qu'elle aurait indemnisés malgré l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale, si ces soins avaient eu lieu en France. Ce remboursement se fait uniquement sur la base des tarifs français.

ENGAGEMENTS ENTRE LES MEMBRES HONORAIRES ET LA MUTUELLE

Article 22 :

Les membres honoraires de la mutuelle sont les personnes physiques et morales définies à l'article 7 des statuts de la mutuelle.

Article 23 :

Les membres honoraires s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle, fixée par l'assemblée générale ou, sur délégation, par le conseil d'administration de la mutuelle.

La cotisation est payable en par prélèvement bancaire ou par chèque bancaire ou postal, selon les modalités précisées dans le bulletin d'adhésion.

Article 24 :

L'adhésion étant annuelle et expirant le 31 décembre, les membres honoraires peuvent démissionner en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception au président de la mutuelle, au plus tard deux mois avant la date anniversaire de leur adhésion. A défaut, leur adhésion est reconduite tacitement.

Article 25 :

En cas de défaut de paiement de la cotisation annuelle, les membres honoraires sont radiés dans les trois mois suivant l'échéance annuelle, conformément aux stipulations des statuts de la mutuelle. La décision de radiation est prise par le Conseil d'administration directement ou sur délégation de celui-ci.

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 26 : Disposition de la loi informatique et liberté

En application de la Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et ses éventuelles mises à jour notamment dans sa version consolidée du 14 juin 2018, du règlement général sur la protection des données ; le cas échéant, les textes adoptés au sein de l'Union européenne et les lois

locales susceptibles de s'appliquer aux données à caractère personnel traitées dans le cadre du Contrat ; les textes et décisions émanant d'autorités de contrôle, notamment de la Commission nationale de l'Informatique et des libertés (ci-après la « Cnil ») ; le cas échéant, les textes, recommandations édictées du Groupe de l'Article 29 ou de toute organisation ou autorité dans le secteur de la protection des données à caractère personnel ; chaque agent bénéficiaire de :

- Un droit d'accès : Il peut obtenir des informations relatives au traitement de ses données personnelles ainsi qu'une copie de ces données personnelles,
- Un droit de rectification : Il peut à tout moment nous demander de rectifier les données personnelles en notre possession,
- Un droit à l'effacement : Il peut exiger l'effacement de ses données personnelles dans la limite de ce qui est permis par la réglementation,
- Un droit à la limitation des traitements : Il peut demander que certains traitements ne soient pas effectués dans la mesure où cette limitation n'empêche pas l'exécution du contrat en cours,
- Un droit d'opposition : Il peut s'opposer au traitement de ses données personnelles, dans la mesure où cette opposition n'empêche pas l'exécution du contrat en cours,
- Un droit à la portabilité de ses données : quand ce droit est applicable, il peut obtenir la restitution de ses données personnelles ou leur transmission à un tiers,
- Un droit de notifier des directives en matière de conservation, d'effacement ou de communication de ses données personnelles postérieurement à son décès,
- Un droit de retirer son consentement : Si l'agent a donné un consentement au traitement de ses données personnelles, ce consentement peut être retiré à tout moment.

Pour exercer ces droits, l'adhérent doit nous adresser un courrier à MACD – 12 rue ballu, 75 009 PARIS

En cas de difficultés, il peut émettre une réclamation auprès de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés), autorité compétente.

Article 27 : Autorité de contrôle

Les garanties proposées par la Mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudential et de résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

Article 28 : Procédure de règlement des litiges

Chaque membre participant peut adresser une réclamation directement à la mutuelle à l'adresse suivante :

MACD – service réclamation – 12 rue ballu, 75 009 PARIS
Un accusé de réception est adressé sous 3 jours ouvrés.

Des pièces complémentaires peuvent être réclamées afin de permettre à la mutuelle d'instruire le dossier. La mutuelle rend un avis motivé dans les trois mois suivant la réception d'un dossier complet. En cas de contestation de cet avis motivé, le membre participant à la faculté de saisir le médiateur désigné par les statuts en vigueur de la mutuelle et rappelé par l'article 29 du présent règlement mutualiste.

Article 29 Médiation

En cas de litige dans l'application des statuts et des règlements, pour les opérations individuelles, ou des statuts ou des contrats, pour les opérations collectives obligatoires ou facultatives, le membre participant peut adresser une réclamation écrite au directeur de la mutuelle. Après avoir épuisé toutes les procédures internes de règlement amiable du litige, et si les tribunaux n'ont pas été saisis, le membre participant peut saisir le médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF). Cette médiation est définie dans la Charte de la Médiation de cette Fédération. Les requêtes des membres ou de leurs ayants droit sont adressées par lettre simple à l'adresse postale suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS cedex 15 ou en ligne via le lien suivant : <https://saisine.mediateur-mutualite.fr/saisirmediateur/>. Dès la réception de votre demande de médiation, un accusé de réception vous sera adressé. Puis, dans les trois semaines suivantes, un message vous sera envoyé confirmant ou infirmant la recevabilité de votre saisine.

ANNULATION DE L'ADHESION

A envoyer par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle au plus tard le 14ème jour après la date d'effet de votre adhésion. Cette demande doit être accompagnée de votre carte de tiers payant pour être prise en compte.

Modèle de demande d'annulation de l'adhésion :

Je, soussigné(e), (**Nom, prénom**) déclare annuler la demande d'adhésion ci-après :

N° d'adhésion (ou joindre une copie du bulletin d'adhésion) : _____

Date de la demande d'adhésion : _____

Adresse : _____

Fait à : _____ Le : _____

Signature du Membre adhérent :

