



REGLEMENT MUTUALISTE

-

MUTUELLE UDT

Adopté par le Conseil d'Administration
Du 17 juin 2024

Mutuelle UDT
34 boulevard Général de Gaulle - BP 138 - 76204 DIEPPE CEDEX
RNM 781 017 108

Article 1^{er} :

En application de l'article 5 des statuts, le présent règlement mutualiste définit le contenu, la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Chapitre I : Garanties

Article 2 : Garanties

Les garanties proposées en adhésion individuelle sont :

- La formule « Form'santé jeune » ouverte à toutes les personnes âgées de 16 à moins de 30 ans
- La formule « Form'santé » ouverte à toutes les personnes âgées de 16 à moins de 55 ans
- La formule « Form'santé + » ouverte à toutes les personnes âgées de 16 à moins de 55 ans
- La formule « Form'santé TNS » ouverte à tous les travailleurs non-salariés âgés de 16 à moins de 55 ans
- La formule « Essentielle » ouverte à toutes les personnes âgées de 16 ans à moins de 55 ans
- La formule « senior » ouverte à toutes les personnes âgées de 55 à moins de 75 ans
- La formule « senior 100% santé », ouverte à toutes les personnes âgées de 55 à moins de 75 ans
- La formule « Labelil » ouverte à toutes les personnes qui répondent aux conditions fixées par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et les arrêtés s'y rattachant. Pour cette formule, il n'y a pas de limite d'âge d'adhésion.
- La formule « Labelil Plus » ouverte à toutes les personnes qui répondent aux conditions fixées par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et les arrêtés s'y rattachant. Pour cette formule, il n'y a pas de limite d'âge d'adhésion.
- Les 6 formules responsables (Cuivre - Bronze - Argent - Or - Platine – Titane) de la gamme « Label'Ville » ouvertes à toutes les personnes qui répondent aux conditions fixées par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et les arrêtés s'y rattachant. Pour ces formules, il n'y a pas de limite d'âge d'adhésion.
- Les 4 formules responsables (1★- 2★ - 3★ -4★) de la gamme « Labelil ★ » ouvertes à toutes les personnes qui répondent aux conditions fixées par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et les arrêtés s'y rattachant. Pour ces formules, il n'y a pas de limite d'âge d'adhésion.
- La formule « Catégorie D » ouverte à toutes les personnes âgées de 16 à moins de 55 ans pris en charge par une caisse complémentaire professionnelle obligatoire, et désirant, contre une cotisation spéciale réserver leur accès aux formules 100% 100% plus, Form'santé, Form'santé +, à tout moment même passé la limite d'âge d'adhésion fixée au présent Article.
- Le contrat de sortie CSS ouvert à toutes les personnes ne bénéficiant plus du dispositif CSS.

7 garanties sont proposées en contrat collectif à adhésion facultative, dans le cadre de la gamme désignée sous le nom « Label'Ville », en co-conception avec la mutuelle JUST, et ouvertes dans le cadre de convention avec des collectivités territoriales, par le moyen d'un contrat à adhésion facultative. Ces 7 garanties sont les suivantes :

- Nickel (non-responsable)
- Cuivre (responsable)
- Bronze (responsable)
- Argent (Responsable)
- Or (responsable)
- Platine (responsable)
- Titane (responsable)

Une garantie « Hospit » (non responsable) est proposée en contrat collectif à adhésion facultative, uniquement dans le cadre du partenariat signé avec la ville de Dieppe pour la mise en place de la mutuelle communale de Dieppe.

Pour cette-formule, il n'y a pas de limite d'âge d'adhésion.

4 garanties sont proposées en contrat collectif à adhésion facultative, dans le cadre de la gamme désignée sous le nom « Label ★ », et ouvertes dans le cadre de convention avec des collectivités territoriales, par le moyen d'un contrat à adhésion facultative. Ces 4 garanties responsables sont les suivantes :

- 1★ (responsable)
- 2★ (responsable)
- 3★ (responsable)
- 4★ (responsable)

Deux garanties sont en gestion mais ne sont plus proposées en adhésion individuelle :

- La formule « 100% »
- La formule « 100% Plus »

Trois garanties sont proposées en adhésion collective :

- La formule Air confort ouverte à tous les salariés de la Société Air Confort, sise 2 rue du clos de l'aiglerie à Bacqueville en Caux
- La formule Cerf-Volant ouverte à tous les salariés de l'association Dieppe Capitale du Cerf-Volant sise Les Tourelles boulevard de Verdun à Dieppe
- La formule UdtCo ouverte à tous les salariés de la Mutuelle UDT.

Une garantie avec trois niveaux de prise en charge est proposée sous la forme d'un contrat collectif à adhésion facultative (CCAF) aux seuls habitants des communes de Dieppe et de Neuville dans la cadre d'un accord avec les CCAS de ces deux communes. Ce contrat, dénommé « Mutuelle communale de Dieppe », est une garantie de complémentaire santé qui est co-assurée par la Mutuelle UDT et la Mutuelle familiale. Elle est ouverte à tous, sans limite d'âge, sur la seule base de la domiciliation de l'adhérent. Les membres participants de cette garantie sont adhérents de la Mutuelle UDT. Vues les conditions d'adhésions qui leur sont faites, les membres participants de ce contrat ne peuvent pas changer de garantie au sein de la Mutuelle UDT, sauf à respecter les conditions d'adhésion proposées à tous.

Chapitre II : Obligations des adhérents envers la Mutuelle

Article 3 : Cotisations

Les membres honoraires paient une cotisation annuelle dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration.

Sauf cas particuliers définis à l'article 3 bis et 3 ter du présent règlement, les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle fractionnable qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle. Pour rappel, tout mois entamé est dû.

La cotisation est fixée annuellement par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, l'Assemblée Générale pouvant déléguer cette compétence au Conseil d'Administration, sous réserve que la délégation soit confirmée annuellement.

La cotisation est individuelle ou familiale. Elle peut faire l'objet d'un prélèvement automatique mensuel ou trimestriel sur compte bancaire ou postal.

Les tarifs peuvent être modifiés au 1er janvier de chaque année pour toutes les formules. Chaque adhérent se voit alors reconnaître le bénéfice des dispositions de l'article 2 de la loi n°2005-67 du 28 janvier 2005.

Article 3 bis : Majoration de cotisations

- Cet article ne concerne que les membres agents territoriaux ayant souscrit la formule Label ou Label Plus, ou l'une des 6 formules responsables (Cuivre - Bronze - Argent - Or - Platine – Titane) de la gamme « Label'Ville » ou l'une des 4 formules responsables (1★ - 2★ - 3★ - 4★) de la gamme « Label ★ ».

Pour toute personne âgée de plus de 30 ans, en fonction du contrat choisi, une majoration de 2% par année non cotisée à un contrat ou règlement labellisé est appliquée si :

- L'adhésion à un contrat labellisé est postérieure de deux ans à l'entrée dans la fonction publique pour les nouveaux agents,
- L'adhésion à un contrat labellisé intervient à compter de la 2ème année suivant la publication de la première liste des contrats et règlements labellisés pour les retraités et les agents déjà en fonctions à la publication du décret.

Aucune majoration de cotisation ne sera faite à tout agent ou retraité qui adhérerait déjà à un règlement ou à un contrat pour lequel un label est délivré dans le délai de un an suivant la publication de la liste des contrats et règlements labellisés.

Pour les formules Label et Label Plus :

La majoration de 2% est calculée sur la cotisation de la formule d'appartenance selon le schéma suivant : Exemple : tarif = tc

1 adulte = 1*tc*2%*nombre d'années non cotisées

2 adultes = 2*tc*2%*nombre d'années non cotisées

2 adultes + enfant(s) = $3 * tc * 2\% * \text{nombre d'années non cotisées}$

1 adulte + enfant(s) = $2 * tc * 2\% * \text{nombre d'années non cotisées}$

Article 4 : Défaut de paiement - Fraude

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. A défaut de paiement ou fraction de cotisation due, la Mutuelle engage une procédure de recouvrement prévoyant différents niveaux de relance et la suspension des prestations. En cas de non-recouvrement constaté au terme de la procédure celle-ci aboutira à la radiation d'office de la Mutuelle conformément à l'Article L221-7 du Code de la Mutualité.

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

En cas de fraude ou tentative de fraude avérée, l'adhérent se trouve dans la situation prévue par l'article 12 des statuts de la Mutuelle UDT. Dans ce cas, les dirigeants effectifs, sous couvert du CA, sont habilités à mener à l'encontre de ces adhérents la procédure de radiation prévue à l'article 11 des statuts.

Article 5 : Adhésion - Démission

L'adhésion est conclue jusqu'au 31 décembre de chaque année. Elle est renouvelée tacitement chaque 1^{er} janvier pour une année sauf démission, radiation ou exclusion suivant les modalités prévues par le présent règlement mutualiste et conformément aux dispositions législatives et réglementaires.

La cotisation est annuelle et forfaitaire, et fractionnable, et tout mois commencé est dû en totalité.

Aucune démission n'est recevable à moins de 12 mois d'adhésion.

Toutefois des cas particuliers sont admis :

En cas d'obligation d'adhérer à une Mutuelle d'entreprise, la démission est recevable à toute période de l'année moyennant la présentation d'un justificatif de cette obligation, la radiation de la Mutuelle prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

- De même, en cas de départ à l'étranger dans le cadre d'une mutation géographique subie, d'un détachement ou d'un contrat de travail conclu avec un employeur dont le siège ou l'établissement est à l'étranger

- L'adhérent qui devient éligible à la complémentaire santé solidaire (C2S) doit transmettre à la Mutuelle son attestation pour que sa démission soit enregistrée. La radiation prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de présentation de ladite attestation.

- En cas de décès, la radiation sera prononcée sans préavis. La Mutuelle procédera au remboursement de la cotisation pour les mois entiers restant à courir au bénéficiaire stipulé sur le certificat d'hérédité. Le bénéficiaire aura 6 mois pour se manifester pour donner suite à la déclaration de décès pour obtenir le remboursement de la cotisation.

- Le membre participant peut mettre fin à son adhésion à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalité. La résiliation prend effet un mois après la réception par la Mutuelle UDT de la notification, comme prévu par le décret sur la résiliation infra annuelle n°2020-1438 du 24/11/2020

Article 6 : Justificatifs à fournir par courrier avec accusé de réception (AR)

Pour toute déclaration de démission, qui doit être transmise à l'UDT par lettre recommandée avec accusé de réception (sauf résiliation infra annuelle n°2020-1438 du 24/11/2020), l'adhérent doit joindre les pièces justificatives suivantes :

- La lettre de déclaration de démission
- La carte Mutuelle UDT valide

En outre, pour les cas particuliers visés à certains alinéas de l'article 5, l'adhérent devra impérativement fournir les pièces justificatives supplémentaires suivantes :

- Justificatif de la Mutuelle obligatoire par l'employeur pour le salarié ou un contrat de travail avec un employeur dont l'établissement ou le siège est à l'étranger, ou une attestation justifiant le détachement ou la mutation subie par l'adhérent
- Attestation de droits à la complémentaire santé solidaire (C2S)
- La photocopie du certificat de couverture Mutuelle obligatoire familiale, ou Mutuelle obligatoire du conjoint
- Certificat de décès

Chapitre III : Obligations de la Mutuelle envers ses adhérents

Article 7 : Obligations de la Mutuelle

La Mutuelle assure les prestations mutualistes complémentaires de l'assurance-maladie des régimes obligatoires de la sécurité sociale française. Le versement des prestations mutualistes s'effectue par virement ou à défaut par chèque, sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent.

Article 8 : Etendue des prestations

Les prestations mutualistes servies aux membres participants et à leurs ayants-droits.

Les prestations de la Mutuelle peuvent être cumulées avec celles de la Sécurité Sociale, ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance. Toutefois, le total des remboursements ne peut en aucun cas être supérieur au prix réel de la prestation payée.

Article 9 : Risques couverts

Les risques couverts sont définis annuellement par le conseil d'administration et approuvé par l'Assemblée Générale. Les contrats sont solidaires car la Mutuelle ne pratique aucune sélection médicale.

Les remboursements de prestations ne peuvent intervenir qu'en faveur de soins prescrits et de facturations effectuées au cours de la période de présence effective à la Mutuelle.

Article 10 : Taux de prestations

Les taux de prestations des différentes garanties sont définis annuellement par le conseil d'administration et approuvé dans le tableau des prestations par l'Assemblée Générale.

Article 11 : Prestations accordées par la Mutuelle

Les prestations sont disponibles dans les supports UDT ou sur le site www.mutuelle-udt.fr

Article 12 : Prévention

Dans le cadre de ses activités, la mutuelle propose à ses adhérents des actions de prévention. Celles-ci ont pour but de sensibiliser les membres participants à la prévention des risques de santé. Les membres participants sont informés des actions entreprises, des services mis à leur disposition à cet effet, des partenariats conclus avec certains organismes, des prestations spécifiques auxquelles ils ont droit.

Pour ce type de prestations non prises en charge par les régimes obligatoires, le membre participant doit fournir à la mutuelle une facture acquittée.

Les prestations ne peuvent être versées si la mutuelle a eu connaissance que les soins prodigués ont pour origine l'un des cas d'exclusion visés à l'article 20 du présent règlement mutualiste.

En fonction des conditions des garanties et dans la limite de la dépense, la Mutuelle peut rembourser la licence sportive à hauteur de 40 € par an et par bénéficiaire sur présentation d'une adhésion à un club ou une association sportive en cours de validité accompagnée de l'attestation du club ou association.

Article 13 : Délai de prescription

Les prestations ne pourront être versées que si la demande en est faite dans les deux années suivant la date des soins figurant sur la feuille de soins ou la facture.

Article 14 : Ouvertures des droits

Adhésion en formule Sénior et Sénior 100% santé :

Toute personne non couverte par une Mutuelle à la veille de son adhésion devra effectuer :

- Un stage de 3 mois pendant lesquels il n'y aura aucun remboursement de prestations.
- Un stage de 6 mois pendant lesquels le forfait optique et les prothèses dentaires sont exclus des remboursements.

Adhésion en formule Form'santé jeune, Form'santé, Form'santé +, Form'santé TNS, Essentielle :

Pour toute personne non couverte par une Mutuelle à la veille de son adhésion aura une suspension. Pendant les 3 premiers mois de l'adhésion, le droit aux remboursements des prestations forfaitaires et hospitalières est suspendu. Au terme d'une période de 1 an, les éventuelles prestations suspendues seront remboursées sous réserve de l'encaissement des cotisations et de la présence effective de l'adhérent.

Adhésion aux formules de la gamme « Label'Ville » et « Label ★ » :

Aucun stage ne sera demandé aux nouveaux adhérents, quelle que soit leur situation antérieure.

Article 15 : Date d'exécution des soins

En fonction de la formule souscrite, les remboursements de ces actes, hormis les forfaits ou autres prestations précisées, sont subordonnés à un remboursement de la sécurité sociale.

- 1) Actes des praticiens prescripteurs (médecins, dentistes, sages-femmes) : c'est la date d'exécution des soins (actes) ; en cas d'actes en série, c'est la date de chaque acte qui est prise en considération
- 2) Actes des auxiliaires médicaux (infirmières, kiné, orthoptiste, orthophoniste...) : c'est la date d'exécution des actes
- 3) Médicaments-accessoires-pansements-optique-autres fournitures : c'est la date d'exécution (date d'achat)
- 4) Prothèses dentaires : c'est la date d'exécution des actes

5) Prothèse dentaire refusée Sécurité Sociale : c'est la date d'exécution des actes. L'adhérent doit fournir la facture nominative acquittée et l'attestation du chirurgien-dentiste indiquant précisément la nature des soins, prothèses, appareils.

6) Orthodontie : c'est la date d'exécution des soins. Les soins sont pris en charge en totalité si l'adhérent a des droits qui couvrent toute leur durée. Dans le cas contraire, les soins peuvent être pris en charge partiellement sur production de facture détaillant les prestations par période de soin.

7) Orthodontie refusée Sécurité Sociale : c'est la date d'exécution des soins. L'adhérent doit fournir la facture nominative acquittée et l'attestation du praticien indiquant la nature de la pathologie nécessitant son intervention.

8) Appareillage : c'est la date d'achat (sous réserve du remboursement sécurité sociale)

9) Analyses médicales : c'est la date d'exécution

10) Transport : c'est la date d'exécution (date de déplacement)

11) Hospitalisation : c'est la date d'exécution des soins. Le séjour est pris en charge en totalité si l'adhérent a des droits qui couvrent toute sa durée. Dans le cas contraire, le séjour peut être pris en charge partiellement sur production de facture détaillant les prestations jour par jour.

12) Cures thermales : c'est la date d'exécution des soins. Le séjour est pris en charge en totalité si l'adhérent a des droits qui couvrent toute sa durée. Dans le cas contraire, le séjour peut être pris en charge partiellement sur production de facture détaillant les prestations jour par jour.

13) Décomptes établis par un autre organisme de sécurité sociale français : c'est la date de soins qui figure sur le relevé qui est prise en considération. En cas de tiers payant, l'adhérent doit fournir les volets de facturations établis par les professionnels de santé en plus du décompte de sécurité sociale.

14) Les forfaits : c'est la date d'exécution, soit la date d'achat du produit qui donne droit au forfait.

15) Prime de Maternité – Adoption : la mutuelle peut accorder, si les conditions particulières du contrat le prévoient, une prime lors de la naissance d'un enfant, dans la mesure où celui-ci est inscrit en tant qu'ayant-droit dans les deux mois qui suivent sa naissance, sous réserve que le contrat ait été souscrit avant la naissance de l'enfant. De même, une prime peut être accordée lors de l'adoption d'un enfant, dans la mesure où celui-ci est inscrit en tant qu'ayant-droit dans les deux mois où l'adoption a été reconnue par l'autorité judiciaire, sous réserve que le contrat ait été souscrit avant l'adoption de l'enfant.

L'adhérent doit fournir un acte de naissance ou une copie du livret de famille.

16) Prime de Mariage : la mutuelle peut accorder, si les conditions particulières du contrat le prévoient, une prime lors du mariage d'un adhérent, sur présentation de l'acte de mariage. Cette aide peut être cumulée en cas de mariage de deux membres participants.

L'adhérent doit fournir un acte de mariage

17) Médecine douce : si les conditions particulières du contrat le prévoient, la mutuelle peut verser des crédits, forfaits ou suppléments pour tout acte de médecine douce. L'ensemble des spécialités reconnues comme de la médecine douce par la Mutuelle pour la gamme Label'Ville, quelle que soit la dénomination qui en est faite aux conditions particulières du contrat, est :

l'ostéopathie, l'étiopathie, l'homéopathie, la diététique, la nutrition, la chiropractie, l'acupuncture, aromathérapie, ayurveda, chromothérapie, craniothérapie, faciathérapie,

hypnothérapie, kinésiologie, médecine traditionnelle chinoise, médecine quantique, méthode tomatis, naturopathie, oligothérapie, phytothérapie, réflexologie plantaire, shiatsu, yoga iyengar.

18) L'ensemble des spécialités reconnues comme de la médecine douce par la Mutuelle pour les autres garanties, quelle que soit la dénomination qui en est faite aux conditions particulières du contrat, est : Acupuncteur, Chiropracteur, Ostéopathe, Micro kinésithérapie, Réflexologie.

19) Dépassements d'honoraires : sont considérés comme dépassements d'honoraires les sommes réclamées par certains praticiens dûment habilités à pratiquer des honoraires libres et déclarés comme tels auprès des régimes de Sécurité Sociale. La mutuelle, selon les conditions particulières du contrat, et dans les limites fixées par les contrats responsables, rembourse les dépassements d'honoraires. Sauf exceptions prévues au contrat, la mutuelle ne rembourse pas les honoraires de professions non conventionnées ou non reconnues comme telles par la Sécurité Sociale.

Plus précisément, dans le cadre des dispositions issues de la définition des contrats responsables, les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de l'OPTAM et de l'OPTAM- CO , sont limités doublement, dans le respect des dispositions des contrats responsables, de la manière suivante : limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

20) L'ensemble des spécialités reconnues comme Prestations complémentaires pour la gamme Labeil ★, quelle que soit la dénomination qui en est faite aux conditions particulières du contrat, est : Acupuncteur, ostéopathe, homéopathe, chiropracteur, étio-pathe, diététicien, nutritionniste, naturopathe, hypnothérapeute, sophrologue, pédicure, podologue, psychomotricien, psychologue.

Article 16 : Changement de garantie

Garanties Sénior - Sénior 100% santé :

Les adhérents de la formule senior ne peuvent changer de formule qu'au profit de la formule senior 100% santé et réciproquement.

Garanties de la gamme « Label'Ville » et « Labeil ★ » :

Le changement de garantie au sein des gammes Label'Ville et « Labeil ★ » implique l'obligation, d'y demeurer pendant une période minimum de 1 an.

Autres garanties :

Tout changement de formule implique l'obligation, d'y demeurer pendant une période minimum de 1 an. Aucune autre modification (« aller-retour ») ne pourra être accordée pendant un délai de 5 ans sauf accord express du Conseil d'Administration.

Les garanties qui ne sont plus ouvertes à la vente ne peuvent également pas accueillir des adhérents de la Mutuelle participant à d'autres garanties proposées par la Mutuelle UDT.

Article 17 : Fonds de Solidarité et d'Entraide

La Mutuelle crée un fonds de solidarité et d'entraide dont le montant est déterminé annuellement par le Conseil d'Administration. La commission de solidarité et d'entraide mutualiste, dont la composition est arrêtée par le Règlement Intérieur, étudie les demandes qui lui sont présentées. Elle statue en tenant compte de la situation personnelle de l'adhérent et des fonds qui lui sont alloués par le Conseil d'Administration.

Il s'agit d'une aide exceptionnelle auquel les membres participants peuvent faire appel, notamment pour une aide exceptionnelle lorsque des frais médicaux ou paramédicaux restent à leur charge par suite d'une maladie, un accident ou un traitement médical spécifique, ou pour la participation aux frais d'inhumation.

Les pièces justificatives à joindre à la demande de secours sont :

- une lettre de motivation envoyée par courrier ou déposée à l'accueil du siège ou d'une agence de la Mutuelle.
- copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition.
- factures acquittées ou devis et éventuellement décomptes du régime obligatoire.
- copie des décisions d'accord ou de refus d'autres organismes et sans que la liste soit exhaustive : CPAM, CARSAT, Conseil Général, CAF, Caisses de retraites, MDPH, etc....
- et éventuellement tout autre document relatif à la situation financière du membre participant et notamment attestation d'indemnités Pôle Emploi, etc....

Le paiement des secours exceptionnels se fait uniquement sur factures acquittées par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent après avis favorable de la commission chargée de l'étude du dossier. A titre exceptionnel, le paiement peut être effectué directement soit aux Centres Hospitaliers soit aux Professionnels de Santé.

Article 18 : Soins engagés hors de France

Les garanties sont étendues aux actes et frais de santé engagés à l'étranger, dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention bilatérale avec la France, dans la mesure où le régime obligatoire d'assurance maladie français les prend en charge.

La Mutuelle intervient en complément des bases de remboursement de la Sécurité sociale française éventuellement reconstituées et selon les garanties prévues au présent règlement, sous réserve de recevoir le décompte original de la Sécurité sociale française et les factures détaillées des soins traduites.

Article 19 : Recours Subrogatoire

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 ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a engagées.

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

Article 20 : Exclusions

Les prestations ne peuvent être versées si les prestations sont portées à la connaissance de la Mutuelle plus de deux ans après la date du soin considéré.

Les prestations ne peuvent être versées si la mutuelle a eu connaissance que les soins prodigués ont pour origine :

- Les traitements, interventions à but esthétique (sauf s'ils sont pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale),
- Les soins à l'étranger non pris en charge par un régime de sécurité sociale français ou de l'Union Européenne,
- Les soins postérieurs à la date de fin de garanties en cas de résiliation ou d'exclusion,
- Les prix de journées au sein d'établissements de court, moyen ou long séjour (V60, V120, V240), de maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD), d'accueil de jour ou temporaire, ou de foyers de vie, de foyers à double tarification, de foyers d'hébergement, des établissements occupationnels (S.O.T – S.O.A. – A.O.T.) pour personnes handicapées, ou de maison d'accueil spécialisée (MAS).
- Les accidents occasionnés en milieu scolaire et pris en charge en totalité par un autre organisme d'assurance.

Néanmoins, ces clauses d'exclusion ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par tout autre texte en vigueur relatif aux « Contrats responsables ».

Article 21 : Modalités de souscription et d'exécution du contrat dans le cadre des risques non- assurés par la mutuelle

Les modalités de souscription, d'exécution des contrats, les prescriptions, les déchéances et nullités, sont établies par l'assureur des risques.

Lorsqu'elle intervient en qualité d'intermédiaire mutualiste, la mutuelle transmet à la souscription les notices, conditions particulières et tous autres documents contractuels en provenance de l'assureur.

Lorsque la mutuelle gère le contrat pour le compte d'un assureur tiers, sans en assurer le risque, l'assureur est tenu de transmettre au signataire du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, les notices, conditions particulières et tous autres documents contractuels prévus par les dispositions légales ou réglementaires qui régissent ses activités d'assureur des risques.

La mutuelle ne pourrait être tenue pour responsable du contenu desdits documents. Seule la responsabilité de la mutuelle peut être reconnue dans les cas suivants :

- dans la mesure où elle n'aurait pas distribué le contrat tel que le prévoit l'assureur ;
- dans l'hypothèse où elle gère le contrat pour le compte du tiers, dans la mesure où elle n'aurait pas exécuté les contrats, telle que le prévoit l'assureur des risques.

Chapitre IV : Information des adhérents

Article 22 : Information des adhérents

La Mutuelle UDT met à disposition de chacun de ses adhérents sans frais un exemplaire à jour des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste. Ils sont également accessibles sur le site ww.mutuelle-udt.fr

Chaque adhérent est informé des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Article 23 : Réclamation

La réclamation d'un adhérent est l'expression d'une insatisfaction à l'égard d'un produit ou d'un service non conforme à ses attentes.

La réclamation doit être adressée à :
Mutuelle UDT
Service Réclamation
34 Bd Général De Gaulle – BP 138 – 76204 DIEPPE CEDEX

EN PRÉCISANT :

- Le numéro d'adhérent
- Les coordonnées : nom, prénom, adresse
- Un numéro de téléphone et les heures auxquelles il est possible de vous joindre
- La nature exacte de votre réclamation

Et en joignant le cas échéant la photocopie des documents nécessaires à la bonne compréhension de la réclamation (les documents originaux ne doivent pas être transmis).

Article 24 : La Médiation

Le membre participant peut contacter la Mutuelle pour toute difficulté d'application ou d'interprétation du présent règlement, à l'adresse suivante :

Pascal DELAPORTE MEDiateur D.E.
51, rue Auguste Caulier
59270 Saint Jans Cappel pascal.delaporte@bbox.fr

Chapitre V : Dispositions diverses

Article 25 : Adhésion aux unions

La Mutuelle peut donner son adhésion à une ou plusieurs Unions de Sociétés Mutualistes. La décision, dans un tel cas, appartient au Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration élit en son sein les administrateurs appelés à représenter la Mutuelle à l'Assemblée Générale de chacune de ces Unions ; le nombre de ces délégués est déterminé conformément aux statuts de ces organismes de la durée de leur mandat.

Article 26 : Règlement intérieur, règlement mutualiste, police et discipline

Un règlement intérieur, approuvé par le Conseil d'Administration, détermine les conditions d'application des statuts et du règlement mutualiste. Il peut être modifié par le Conseil. Tous les mutualistes sont tenus de s'y soumettre au même titre qu'aux statuts et au règlement mutualiste.

Article 27 : Modification des statuts

Les statuts ne peuvent être modifiés que sur la proposition du Conseil ou celle des mutualistes. Dans le second cas, sont applicables les règles relatives à l'organisation de l'Assemblée Générale fixées par les statuts. Les modifications statutaires votées par l'Assemblée Générale n'entrent en vigueur qu'après avoir été approuvées.

Article 28 : Fusion

La fusion de la Mutuelle avec une ou plusieurs associations mutualistes est prononcée à la suite des délibérations concordantes de l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou des Mutuelles appelées à disparaître, et du Conseil d'Administration de la Mutuelle absorbante. Elle devient définitive après approbation par arrêté du Ministre des Affaires Sociales. L'organisme absorbant reçoit l'actif, sous la forme où il se trouve, et est tenu d'acquitter le passif.

Article 29 : Dissolution

La dissolution volontaire de la Mutuelle, prévue à l'Article 65 des Statuts, ne peut être prononcée que dans une Assemblée Générale extraordinaire, convoquée à cet effet par un avis indiquant l'objet de la réunion. Cette assemblée doit réunir la majorité des membres inscrits et le vote doit être acquis à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés.

Article 30 : Liquidation

En cas de dissolution, la liquidation s'opère conformément aux dispositions du Code de la Mutualité.