

REGLEMENT MUTUALISTE
-
MUTUELLE UDT

Adopté par l'Assemblée Générale
Du 10 septembre 2021

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

11 garanties sont proposées en adhésion individuelle :

- 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 « Label » 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 « Label 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.
- 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.

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

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

3 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 1^{er} 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 : Abrogé

Article 3 ter : Majoration de cotisations

Cet article ne concerne que les membres agents territoriaux ayant souscrit la formule Labelil ou Labelil Plus.

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.

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

Exemple : tarif = tc

1 adulte = $1 * tc * 2\% * \text{nombre d'années non cotisées}$

2 adultes = $2 * tc * 2\% * \text{nombre d'années non cotisées}$

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 : 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 13 : 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.

Article 14 : Date d'exécution des soins

Les remboursements de ces actes, hormis les forfaits, 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) 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.
- 6) Appareillage : c'est la date d'achat (sous réserve du remboursement sécurité sociale)
- 7) Analyses médicales : c'est la date d'exécution
- 8) Transport : c'est la date d'exécution (date de déplacement)
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) Les forfaits : c'est la date d'exécution, soit la date d'achat du produit qui donne droit au forfait.

Article 15 : 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. Aucun retour dans la formule Sénior n'est possible sauf avis dérogatoire du Conseil d'Administration.

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 16 : 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.

Article 17 : 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 18 : 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.

CHAPITRE IV : Information des adhérents

Article 19 : 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 www.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 20 : 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 21 : 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 22 : 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 23 : 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 24 : 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 25 : 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 26 : 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 27 : Liquidation

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