

(Cadre réservé à la comptabilité du Siège)

Pièce n° :

Demande de prêt à l'accession aux dépenses de santé

Renseignements concernant le souscripteur du prêt social

▶ Dénomination : _____

▶ Adresse : _____

Responsable de l'entité souscripteur du prêt dument habilité à engager l'entité :

▶ Nom : _____ ▶ Prénom : _____

▶ Fonction : _____

▶ Téléphone : _____ ▶ Mail : _____

Renseignements concernant l'adhérent bénéficiaire

▶ Nom : _____ ▶ Prénom : _____

▶ Date de naissance : ▶ NNI :

▶ Adresse : _____ ▶ Caisse de Régime Obligatoire : _____

▶ Section MSM n° :

▶ Institut ou Diocèse n° :

▶ Type de contrat culte : MSM Groupe Individuel Régime particulier EMI RC CMUC ACS

▶ Garanties MSM souscrites : _____

Modalités du prêt

▶ Nature de la dépense de santé (*): _____

▶ Montant réel de la dépense (*): . , euros (montant minimum 1000 €)

*Joindre obligatoirement un devis et une prescription médicale (une nature de dépense par formulaire)

▶ Remboursement attendu du Régime Obligatoire : . , euros

▶ Remboursement attendu de la Mutuelle Saint-Martin : . , euros

▶ Une ou des demandes de subventions à des organismes d'entraide sont-elles prévues : oui non

▶ Montant du prêt demandé : . , euros (joindre un IBAN du souscripteur pour le virement)

(limité au montant de la dépense réelle et au maximum à 10 000,00 euros par année civile)

▶ Durée du prêt demandé : mois (18 mois maximum, avec possibilité de remboursement anticipé)

Le prêt est consenti par la Mutuelle Saint-Martin Action Sociale au taux de 0 % et sans frais de dossier.
Le souscripteur du prêt s'engage à rembourser la totalité de la somme empruntée dans le délai accordé.

Engagement du souscripteur

Je soussigné(e) : _____

représentant le souscripteur dûment habilité(e) aux présentes, demande à bénéficier d'un prêt à l'accession aux dépenses de santé et m'engage à rembourser celui-ci en totalité suivant les modalités définies au cadre n° 3.

Le remboursement s'effectuera par virement sur le compte bancaire :

Titulaire du compte : MUTUELLE ST MARTIN ACTION SOCIALE

IBAN : FR76 3005 6000 0600 0600 0676 460

Cachet et Signature :

Fait le :

à : _____

Accord du conseiller médical de la Mutuelle Saint-Martin Action Sociale ou de la Commission d'Intervention Spéciale

Contrôle de conformité du service médical : oui non

Date :

Avis du Conseiller médical : favorable examen CIS demandé

Date : Signature :

Sur demande du Conseiller médical,
Examen et décision de la Commission d'Interventions Spéciales : oui non

Date : Signature :

Cadre réservé à la comptabilité

Notice

La Mutuelle Saint-Martin Action Sociale propose à ses adhérents, à jour de paiement de ses cotisations, de pouvoir bénéficier d'un prêt pour faciliter l'accès aux soins ou la prise en charge médicale.

Le prêt sera souscrit par l'Institut ou le Diocèse.

Le prêt permet de couvrir des dépenses de santé en France ou à l'étranger, dans la mesure où la résidence habituelle de l'adhérent est en France et que les dépenses ne peuvent être couvertes par une assurance rapatriement.

Seules les dépenses dont les frais réels sont supérieurs à 1 000 euros peuvent faire l'objet d'une demande de prêt. Il s'agit notamment des dépenses suivantes :

- dépassements d'honoraires en cas d'hospitalisation
- toutes dépenses de santé médicalement justifiables (par exemple : frais dentaires)
- appareillage médical prescrit, non pris en charge par le régime obligatoire
- chambres particulières et forfait d'hospitalisation en psychiatrie

► en général, toutes dépenses en lien direct avec la santé

Le prêt peut permettre de financer la totalité de la dépense de santé. Plusieurs dépenses de santé peuvent faire l'objet de plusieurs prêts pour un même adhérent dans la limite de 10 000 euros par année civile.

Le prêt sera remboursé in fine part le souscripteur du prêt.

Le prêt est consenti au taux de 0 % sans frais de dossier et pour une durée allant de 1 à 18 mois. Le remboursement anticipé total est possible. La Mutuelle Saint-Martin Action Sociale et la Mutuelle Saint-Martin étant deux structures indépendantes, aucune compensation entre les remboursements de la Mutuelle Saint-Martin et le remboursement du prêt de la Mutuelle Saint-Martin Action Sociale ne sera possible.

Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés, modifiée, du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de suppression pour toute information vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition en écrivant au Service Médical et de l'Action Sociale de la Mutuelle Saint-Martin - 3 rue Duguay-Trouin - 75280 Paris Cedex 06.

Mutuelle Saint-Martin Action Sociale

Régie par le code de la Mutualité - SIREN n°537 676 280

Siège Social : 3 rue Duguay-Trouin - 75280 Paris Cedex 06

Tél. 01 42 22 89 24 - Fax : 01 45 49 32 90

www.mutuellesaintmartin.fr

Document non contractuel

Réf. MSM AS_201712

