

CONTRATS 2025



PRÊTRES RELIGIEUX RELIGIEUSES

contrat culte

mutuellesaintmartin.fr 

 **MUTUELLE
SAINT-MARTIN**
Efficace et fraternelle

SOLIDARITÉ ET SOUCI DES PLUS DÉMUNIS



La Mutuelle Saint-Martin place au coeur de ses préoccupations l'attention portée à la personne, le partage et la solidarité.

- La Mutuelle Saint-Martin propose des formules économiques qui couvrent les dépenses de santé courantes et ouvre l'accès à ses services d'assistance et d'entraide.
- Elle couvre les populations aux ressources modestes.
- Fidèle aux valeurs évangéliques, elle a créé un fonds de secours pour les plus démunis géré par la Mutuelle Saint-Martin Action Sociale. Une commission composée d'administrateurs élus par l'assemblée générale se réunit régulièrement et étudie les dossiers qui lui sont soumis. Elle prend en charge une partie des dépenses qui restent à charge après un remboursement et peut aussi consentir des prêts sociaux pour l'achat d'équipement et d'adaptation fonctionnelle.
- Créée en 2018, la Fondation Mutuelle Saint-Martin est mécène de projets innovants dans le domaine de la solidarité et de l'entraide centrés sur la relation humaine.

PROXIMITÉ ET VIE DÉMOCRATIQUE



La Mutuelle Saint-Martin est attachée aux fondements du mutualisme : chacun compte et prend part au bien commun.

- La Mutuelle est au côté de ses adhérents en cas de difficultés par l'intermédiaire d'un complément d'assistance : téléconsultation, soutien psychologique, aide matérielle en sortie d'hospitalisation, portage de médicaments, etc.
- Être proche, c'est aussi mettre en oeuvre des programmes de prévention santé avec des médecins. Ainsi, la santé de chacun est améliorée et coûte moins cher à tous.
- Les instances dirigeantes de la Mutuelle sont composées de personnes bénévoles élues directement par les adhérents. Les délégués prennent part aux décisions en votant lors des assemblées générales et pour élire les administrateurs. Chaque adhérent peut présenter sa candidature aux élections qui sont annoncées dans le magazine semestriel de la Mutuelle *Partage et Santé*. Les mandats sont limités dans le temps afin d'assurer un renouvellement régulier.

SOBRIÉTÉ



La Mutuelle Saint-Martin fait des économies sur ses frais de fonctionnement, pas sur les remboursements de ses adhérents.

- A la Mutuelle Saint-Martin, la sobriété est un mode de fonctionnement quotidien et ses frais de gestion sont parmi les plus bas du marché. Son but n'est pas de se faire du profit mais d'offrir le meilleur rapport coût/couverture tout en équilibrant les comptes et en évitant d'augmenter ses réserves obligatoires.
- Avec ses adhérents, elle fait le choix du contrat responsable avec des prises en charge intégrales pour certains équipements (paniers 100 % Santé) et des plafonds sur certains postes de soins ou dépassements d'honoraires. Ainsi les remboursements les plus utiles sont assurés et les dépenses maîtrisées.
- Ses adhérents peuvent bénéficier du tiers payant et d'une prise en charge de soins et équipements de santé sans avance de frais dans de nombreux hôpitaux et au sein du Réseau Carte Blanche.

ÉTHIQUE ET ÉCOLOGIE



La Mutuelle Saint-Martin est engagée avec ses adhérents pour un monde plus respectueux de la personne humaine et de la création.

- Acteur de la santé et de la protection sociale, la Mutuelle Saint-Martin soutient et accompagne toutes formes de fragilité humaine, dans le respect de la vie.
- Elle a mis en place depuis de longues années une démarche d'investissement responsable qui intègre des critères sociaux et environnementaux, en accord avec la Doctrine sociale de l'Église.
- Sensible à l'appel du Pape François sur la sauvegarde de la création, elle a investi dans une forêt de 360 hectares, en Indre-et-Loire, dont l'exploitation raisonnée est une manière de prendre part aux enjeux écologiques majeurs que nous devons tous relever, tout en préservant notre patrimoine commun.

Le contrat destiné aux Prêtres, Religieuses et Religieux est construit à partir d'une base (Hosp-FM) qu'il est possible d'enrichir de renforts concernant les dépenses courantes (RFM), les niveaux d'hébergement (RH), les Maisons agréées (RM) suivant le niveau de garantie souhaité.

LES COLLÈGES

Les adhérents sont regroupés en collèges possédant les mêmes garanties. Chaque collectivité peut constituer jusqu'à 4 collèges. Il est possible de réduire ou de garder le nombre de collèges déjà existant. La création d'un nouveau collège doit être soumise à une commission au Siège et doit comporter au moins le 1/4 de l'effectif total des adhérents d'un Diocèse ou d'un Institut.

LES GARANTIES DE BASE (HOSP-FM)

Les garanties de base HOSP-FM permettent d'obtenir une partie complémentaire au régime obligatoire sur l'hospitalisation et les frais médicaux courants : honoraires des médecins généralistes et spécialistes, actes d'imagerie, optique, dentaire, aides auditives.

Les équipements 100 % Santé (tels que définis réglementairement) sont pris en charge à 100 % en incluant les prestations délivrées par le régime obligatoire. Les remboursements ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réellement engagés.

Ce contrat respecte la réglementation relative aux contrats responsables : la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins n'est pas prise en charge. La retenue forfaitaire du régime obligatoire de 1 € reste à la charge de l'assuré.

LES RENFORTS

A ces garanties de base, il est possible d'ajouter différents types et niveaux de renforts.

• 4 niveaux de renfort médical (RFM)

Ces renforts concernent les dépenses médicales courantes : hospitalisation, soins courants (honoraires et actes d'imageries médicales), optique, dentaire, aides auditives et médecines douces.

• 3 niveaux de renfort hébergement (RH)

Ces renforts s'appliquent aux frais de longs séjours,

chambres particulières et cures thermales.

• 3 niveaux de renfort maisons agréées (RM)

Ces renforts permettent de bénéficier d'une participation aux frais d'un séjour médical ou de repos.

• Un renfort Maisons Agréées (SMA)

est réservé aux adhérents relevant de Régimes autre que la Cavimac.

RISTOURNES APPLIQUÉES EN FONCTION DE L'ÂGE (détails page 9)

L'âge pris en compte est celui du 1^{er} janvier. La mise en place du taux d'appel s'applique sur cette gamme (hors renfort Maisons Agréées RMA, RMB, RMC et SMA) et sur les effectifs présents au jour de l'appel de cotisation.

Ces ristournes s'appliquent également au régime local Alsace-Moselle.



Chaque adhérent peut afficher le niveau de garantie de son contrat sur l'espace adhérent en ligne :



adherent.mutuellesaintmartin.henner.com

Les Statuts de la Mutuelle Saint-Martin ainsi que le Rapport annuel sur la solvabilité et la situation financière pour l'exercice clos sont en accès libre sur le site internet :

www.mutuellesaintmartin.fr/nous-connaître

Le geste de Saint Martin

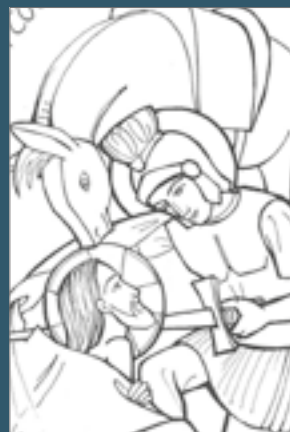
La Mutuelle Saint-Martin a été créée en 1950 pour gérer l'assurance-maladie des prêtres, religieux et religieuses en France. Depuis 1978, elle gère uniquement la partie complémentaire santé.

Au cours des années, elle s'est ouverte aux personnes individuelles, aux familles, aux travailleurs non-salariés (TNS) et aux salariés des établissements scolaires, associations et établissements sanitaires et sociaux.

Portée par le sens du partage, la mutualisation pour le bien commun et la protection des plus faibles, elle propose à tous ceux qui partagent ces valeurs une **couverture sociale de santé adaptée à leurs besoins et leur budget**.

Indépendante et innovante, elle a su en permanence adapter son offre aux besoins de ses sociétaires et devenir ainsi un **acteur reconnu de la santé et de l'entraide sociale** tout en gardant son **indépendance**.

En 2024, la Mutuelle Saint-Martin compte 50000 adhérents dont 23421 prêtres, religieux et religieuses.



Un soir d'hiver 338, Martin, jeune officier, rencontre à la porte d'Amiens un pauvre transi de froid. Saisissant l'épée qu'il porte, il partage son manteau en deux et en donne un morceau au malheureux.

Au-delà de l'anecdote historique, ce geste de charité et d'amour du prochain fonde les valeurs de l'Union Saint-Martin auquel adhère la Mutuelle Saint-Martin.

Les informations détaillées sur les natures des actes et les conditions de leur éventuelle prise en charge par l'Assurance Maladie sont disponibles sur le site internet www.ameli.fr.

Le dispositif 100 % santé a été mis en place par le gouvernement pour permettre à tous les Français bénéficiaires d'une complémentaire santé d'avoir accès à des aides auditives, des lunettes de vue et des prothèses dentaires de qualité sans avoir de reste à charge. Les frais sont pris en charge par l'Assurance Maladie et par votre complémentaire santé (la Mutuelle Saint-Martin). Les professionnels sont tenus de présenter un devis 100 % santé en alternative à tout autre devis. Pour les équipements optiques, il est possible de choisir des montures 100 % santé et des verres non 100 % santé. Comparez les équipements et les devis avant de vous engager.

L'ensemble des informations sont communiquées sur la base de la réglementation connue à la date de publication.

Les taux indiqués exprimés en pourcentage de la base de remboursement des Régimes Obligatoires de Sécurité Sociale et les forfaits ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réellement engagés. Les remboursements sont exprimés en incluant les prestations délivrées par le Régime Obligatoire (Régime Général, Régime local d'Alsace-Moselle, Cavimac...). Pour les forfaits de remboursement annuel ou pluriannuel, la période prise en compte est l'année civile. Les contrats proposés respectent la réglementation relative aux contrats responsables.

Nota : tous les sigles utilisés sont détaillés dans le lexique page 7.

Remboursements Régime Obligatoire (RO) + votre contrat MSM

PRESTATIONS HOSP FM & RFM	Régime Obligatoire RO ⁽¹⁾	Renforts médicaux RFM				
		socle de base	RO + HOSP FM	RO + HOSP FM + RFM1	RO + HOSP FM + RFM2	RO + HOSP FM + RFM3

⁽¹⁾ Les taux de remboursement du Régime Obligatoire (RO) sont ceux du Régime Général.

Les garanties de ce contrat n'intègrent pas :

- la prise en charge des franchises médicales applicables aux médicaments, aux soins paramédicaux et aux transports sanitaires, ni les participations forfaitaires applicables à tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi qu'à tous les actes de biologie et de radiologie, qui restent à la charge du patient.
- les majorations de participation de l'assuré applicables en cas de non respect du parcours de soins coordonnés.

HOSPITALISATION

Forfait journalier hospitalier <i>sans limitation de durée</i>	0 %	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Honoraires						
Médecins généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	80 % BR ou 100 % BR	100 % BR	170 % BR limité à 80 €/an*	180 % BR limité à 100 €/an*	200 % BR limité à 130 €/an*	220 % BR limité à 140 €/an*
Médecins généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	80 % BR ou 100 % BR	100 % BR	150 % BR limité à 80 €/an*	160 % BR limité à 100 €/an*	180 % BR limité à 130 €/an*	200 % BR limité à 140 €/an*

* Au-delà, remboursement à hauteur de 100 % BR

Frais de séjour

Frais de séjour en établissements pris en charge par l'AM	80 % BR ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
---	------------------------	----------	----------	----------	----------	----------

Un forfait chambre particulière est proposé en Renfort Hébergement : Cf. page 10.

Autres

Participation Forfaitaire Urgence (PFU)	0 %	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Forfait sur les actes dits «lourds»	0 %	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge

Le forfait sur les actes dits «lourds» est égal à 24 € et est facturé pour chaque acte médical dont le montant est supérieur ou égal à un montant fixé par la réglementation (120 € au moment de la rédaction du présent Contrat). Elle doit être réglée par les patients et sera prise en charge par la MSM sur envoi d'un justificatif.

Transport pris en charge par l'AM	55 % BR ou 100 % BR	100 % BR	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
-----------------------------------	------------------------	----------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

Médecins généralistes adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	100 % BR	120 % BR	125 % BR	145 % BR	180 % BR
Médecins généralistes non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	100 % BR	100 % BR	105 % BR	125 % BR	160 % BR
Médecins spécialistes adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	100 % BR	125 % BR	135 % BR	200 % BR	200 % BR
Médecins spécialistes non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	100 % BR	105 % BR	115 % BR	180 % BR	180 % BR
Actes de radiologie, techniques ou d'imagerie médicale pratiqués par des praticiens adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	100 % BR	100 % BR	135 % BR	200 % BR	200 % BR

Remboursements Régime Obligatoire (RO) + votre contrat MSM

PRESTATIONS HOSP FM & RFM	Régime Obligatoire RO ⁽¹⁾	Renforcements médicaux RFM				
		socle de base	renforts médicaux RFM			
		RO + HOSP FM	RO + HOSP FM + RFM1	RO + HOSP FM + RFM2	RO + HOSP FM + RFM3	RO + HOSP FM + RFM4
⁽¹⁾ Les taux de remboursement du Régime Obligatoire (RO) sont ceux du Régime Général.						
Actes de radiologie, techniques ou d'imagerie médicale pratiqués par des praticiens non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	100 % BR	100 % BR	115 % BR	180 % BR	180 % BR
Honoraires paramédicaux						
Auxiliaires médicaux tels que infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, diététiciens (bilan et suivi)	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments						
Pharmacie remboursée par l'AM à 65 %	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée par l'AM à 30 %	30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée par l'AM à 15 %	15 % BR	30 % BR	30 % BR	30 % BR	30 % BR	30 % BR
Vaccin pris en charge par l'AM	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical						
Orthopédie remboursés par l'AM	60 % BR	130 % BR	130 % BR	130 % BR	130 % BR	130 % BR
Prothèses médicales (appareillages et accessoires, autres que dentaires et auditives) remboursés par l'AM	60 % BR	130 % BR	130 % BR	130 % BR	130 % BR	130 % BR
Analyses						
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par l'AM	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

DENTAIRE

100 % Santé						
100 % Santé (tels que définis réglementairement)						
Soins et prothèses dentaires <i>Prestations sans reste à charge, dans la limite des honoraires limites de facturation</i>	60 % BR	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels

Hors 100 % Santé (prestations avec un éventuel reste à charge)						
Soins dentaires						
Consultations, soins conservateurs, chirurgicaux, de prévention, pris en charge par AM	60 % BR*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Radiologie dentaire prise en charge par AM	70 % BR*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Prothèses dentaires						
Les inlay onlay et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé sont pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.						
Prothèses dentaires remboursées par l'AM <i>Panier à reste à charge maîtrisé et Panier libre</i>	60 % BR*	185 % BR	185 % BR	235 % BR	285 % BR	385 % BR
Inlays/Inlays core/onlays <i>Panier à reste à charge maîtrisé et Panier libre</i>	60 % BR*	185 % BR	185 % BR	235 % BR	285 % BR	385 % BR
Implantologie						
Implants par an et par bénéficiaire	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	600 € par an
Orthodontie						
Prestations d'orthodontie, remboursée par l'AM	60 % BR* ou 100 % BR	215 % BR	215 % BR	215 % BR	215 % BR	215 % BR
Parodontologie						
Prise en charge par l'AM	70 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR

* Conservent un taux de remboursement du RO égal à 70 % : les actes techniques médicaux (ATM), les actes d'imagerie (ADI) et les actes de chirurgie (ADC).

AIDES AUDITIVES

Conformément à la réglementation, ces garanties (hors consommables, piles et accessoires) sont limitées à l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la date de facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'AM. Ces règles de renouvellement s'apprécient pour chaque oreille indépendamment.

100 % Santé						
100 % Santé (tels que définis réglementairement)						
Aide auditive de classe I, par oreille <i>Prestations sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente au public</i>	60 % BR	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Hors 100 % Santé (prestations avec un éventuel reste à charge)						
Aide auditive de classe II, par oreille. <i>Prise en charge d'un équipement auditif, par oreille, plafonnée à 1 700 € (y compris remboursement AM)</i>	60 % BR	220 % BR	220 % BR	270 % BR	320 % BR	420 % BR

PRÊTRES, RELIGIEUSES, RELIGIEUX

Les taux indiqués exprimés en pourcentage de la base de remboursement des Régimes Obligatoires de Sécurité Sociale et les forfaits ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réellement engagés. Les remboursements sont exprimés en incluant les prestations délivrées par le Régime Obligatoire (Régime Général, Régime local d'Alsace-Moselle, Cavimac...). Pour les forfaits de remboursement annuel ou pluriannuel, la période prise en compte est l'année civile. Les contrats proposés respectent la réglementation relative aux contrats responsables.

Nota : tous les sigles utilisés sont détaillés dans le lexique page 7.

Remboursements Régime Obligatoire (RO) + votre contrat MSM

PRESTATIONS HOSP FM & RFM	Régime Obligatoire RO ⁽¹⁾	soCLE de base	renforts médicaux RFM			
		RO + HOSP FM	RO + HOSP FM + RFM1	RO + HOSP FM + RFM2	RO + HOSP FM + RFM3	RO + HOSP FM + RFM4

⁽¹⁾ Les taux de remboursement du Régime Obligatoire (RO) sont ceux du Régime Général.

Les garanties de ce contrat n'intègrent pas :

- la prise en charge des franchises médicales applicables aux médicaments, aux soins paramédicaux et aux transports sanitaires, ni les participations forfaitaires applicables à tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi qu'à tous les actes de biologie et de radiologie, qui restent à la charge du patient.
- les majorations de participation de l'assuré applicables en cas de non respect du parcours de soins coordonnés.

OPTIQUE (limité à un équipement par période de 2 ans sauf en cas d'une évolution de la vue)

Conformément à la réglementation, ces garanties sont limitées à un équipement (verres + monture) par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue (variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition, somme des variations de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries, variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries). Les périodes de renouvellement s'apprécient en fonction de la dernière date de facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'AM. En cas d'acquisition en deux temps, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément (verres, monture).

Cf. grille de classification réglementaires de verres ci-après.

100 % Santé	100 % Santé (tels que définis réglementairement)					
	60 % BR	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Monture, verres, prestations d'appairage, suppléments filtres	60 % BR	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels

Hors 100 % Santé (prestations avec un éventuel reste à charge)

Pour obtenir le montant de remboursement total par équipement (dans la limite de 2 verres par équipement), il convient d'additionner 3 montants de remboursement : la monture + le verre gauche (verre 1) + le verre droit (verre 2).

Hors 100 % Santé	Hors 100 % Santé (prestations avec un éventuel reste à charge)					
	60 % BR	100 % BR + 30 €	100 % BR + 30 €	100 % BR + 60 €	100 % BR + 80 €	100 €
Monture : prise en charge plafonnée à 100 €	60 % BR	100 % BR + 30 €	100 % BR + 30 €	100 % BR + 60 €	100 % BR + 80 €	100 €
Verre simple	60 % BR	100 % BR + 25 €	100 % BR + 25 €	100 % BR + 33 €	100 % BR + 46 €	100 % BR + 55 €
Verre complexe	60 % BR	100 % BR + 85 €	100 % BR + 85 €	100 % BR + 99 €	100 % BR + 119 €	100 % BR + 135 €
Verre hypercomplexe	60 % BR	100 % BR + 85 €	100 % BR + 85 €	100 % BR + 107 €	100 % BR + 134 €	100 % BR + 165 €
Prestation d'adaptation (par équipement) prise en charge par l'AM	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Supplément pour verres avec filtres pris en charge par l'AM	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles cornéennes						
Lentilles remboursées par l'AM/par an/par bénéficiaire	60 % BR	360 % BR	360 % BR	360 % BR	360 % BR	360 % BR
Lentilles non remboursées par l'AM Forfait/an/bénéficiaire, sauf lentilles colorées	0 €	0 €	0 €	50 €/an	60 €/an	70 €/an

CLASSIFICATION DES VERRES (conformément à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale)

	Catégorie	Sphère	Cylindre	Somme S (sphère + cylindre)
Verres simples	Uni-focaux sphériques	Entre -6.00 et +6.00 dioptries		
	Uni-focaux sphéro-cylindriques	Entre -6.00 et 0 dioptries	≤ à +4.00 dioptries	
	Uni-focaux sphéro-cylindriques	Positive		≤ à 6.00 dioptries
Verres complexes	Uni-focaux sphériques	Hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries		
	Uni-focaux sphéro-cylindriques	Entre -6.00 et 0 dioptries	> à +4.00 dioptries	
		Inférieure à -6.00 dioptrie	≥ à 0.25 dioptrie	
		Positive		> à 6.00 dioptries
	Multifocaux ou progressifs sphériques	Entre -4.00 et +4.00 dioptrie		
Verres hyper complexes	Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	Entre -8.00 et 0.00 dioptries	≤ à +4.00 dioptries	
		Positive		≤ à 8.00 dioptries
	Multifocaux ou progressifs sphériques	Hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries		
	Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	Entre 8.00 et 0 dioptries	> à +4.00 dioptrie	
		Inférieure à -8.00 dioptries	≥ à 0.25 dioptrie	
		Positive		> à 8.00 dioptries

Remboursements Régime Obligatoire (RO) + votre contrat MSM

PRESTATIONS HOSP FM & RFM	Régime Obligatoire RO ⁽¹⁾	Renforts médicaux RFM				
		socle de base	renforts médicaux RFM			
		RO + HOSP FM	RO + HOSP FM + RFM1	RO + HOSP FM + RFM2	RO + HOSP FM + RFM3	RO + HOSP FM + RFM4

⁽¹⁾ Les taux de remboursement du Régime Obligatoire (RO) sont ceux du Régime Général.

CONSULTATIONS PSYCHOLOGIQUES

MonPsy : prise en charge des consultations psychologiques dans des conditions fixées par la réglementation	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Le décret n° 2022-195 prévoit le remboursement par l'AM de 8 séances d'accompagnement psychologique par année civile, la 1 ^{ère} séance étant consacrée à un entretien d'évaluation. Seuls les psychologues conventionnés sont éligibles. Le remboursement nécessite, notamment, un adressage par le médecin traitant.						
Entretiens téléphoniques avec un psychologue suite à un événement traumatisant	0 €	5 séances incluses dans les services d'IMA en appelant le 0805 692 136	5 séances incluses dans les services d'IMA en appelant le 0805 692 136	5 séances incluses dans les services d'IMA en appelant le 0805 692 136	5 séances incluses dans les services d'IMA en appelant le 0805 692 136	5 séances incluses dans les services d'IMA en appelant le 0805 692 136

AUTRES PRESTATIONS

Médecines douces

Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° ADELI, RPPS ou le n°FINESS du praticien sera demandé.

Ostéopathe, pédicure-podologue, diététicien (bilan et suivi), psychomotricien (praticiens inscrits auprès d'une association professionnelle reconnue)	0 €	0 €	0 €	3 séances à 25 €/séance (soit 75 €/an)	3 séances à 30 €/séance (soit 90 €/an)	3 séances à 40 €/séance (soit 120 €/an)
Actes de prévention						
La liste des actes est précisée par l'Arrêté du 08/06/2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité Sociale. Détails à lire sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000427319/						
2 actes de prévention définis par le cahier des charges des contrats responsables	100 % BR selon l'acte	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Vaccins non remboursés par l'AM	0 €	0 €	30 €/an	30 €/an	30 €/an	30 €/an
Assistance						
Inter Mutuelles Assistance (IMA) : 0 805 692 136 Cf. détail des aides en pages 14-15	0 €	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Autres						
Entraide et action sociale Cf. détail des aides en pages 14-15	0 €	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

LEXIQUE

- AM** Assurance Maladie = elle est financée par des cotisations versées par les assurés.
- BR** Base de Remboursement = tarif de référence retenu par l'AM pour calculer un remboursement
- DPTAM** Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé = encadrement des dépassements d'honoraires des médecins qui s'engagent à ne pas dépasser certains plafonds. Ce sont les médecins adhérant à l'OPTAM ou les chirurgiens et gynécologues adhérant à l'OPTAM-CO.
- FR** Frais Réels = montant de dépense réellement engagée
- OPTAM** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour spécialistes en Chirurgie ou Obstétrique = les dispositifs OPTAM et OPTAM-CO ont été mis en place par la Sécurité Sociale pour limiter les dépassements d'honoraires. Pour savoir si votre médecin est signataire, vous pouvez consulter directement le site annuaire.sante.ameli.fr.
- OPTAM-CO**
- PFU** Participation Forfaitaire Urgence = participation du patient aux frais liés à son passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation
- RO** Régime Obligatoire = en France, il est obligatoire d'être affilié à un RO (Régime Général, Régime local d'Alsace-Moselle, Cavimac...) afin de percevoir les remboursements de l'AM.
- TM** Ticket Modérateur = différence entre la BR définie par l'AM et le montant remboursé par l'AM

POUR PLUS DE DÉTAILS, RENSEIGNEZ-VOUS SUR LE SITE DE L'ASSURANCE MALADIE : WWW.AMELI.FR

La souscription aux Renforts Hébergement (RH)

nécessite au moins l'adhésion nominative de 75 % des adhérents d'une collectivité de religieux ou de religieuses, ou 50 % des adhérents prêtres d'un diocèse, pour un seul renfort. Il est possible de souscrire à un renfort de coût inférieur pour les membres restants. Les proportions doivent être recalculées chaque année. Pour les collèges de prêtres RH déjà constitués les années précédentes, l'adhésion individuelle n'est pas supprimée.

Remboursements Régime Obligatoire + votre contrat MSM

RENFORTS HEBERGEMENT	Régime Obligatoire RO ⁽¹⁾	RO + HOSP FM + RHA ⁽²⁾	RO + HOSP FM + RHB	RO + HOSP FM + RHC
----------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------	--------------------

⁽¹⁾ Les taux de remboursement du Régime Obligatoire (RO) sont ceux du Régime Général.

⁽²⁾ Le forfait RHA est fermé à la souscription

Les taux indiqués exprimés en pourcentage de la base de remboursement des Régimes Obligatoires de Sécurité Sociale et les forfaits ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réellement engagés. Les remboursements sont exprimés en incluant les prestations délivrées par le Régime Obligatoire (Régime Général, Régime local d'Alsace-Moselle, Cavimac...). Les contrats proposés respectent la réglementation relative aux contrats responsables.

Nota : tous les sigles utilisés sont détaillés dans le lexique en page 3.

Hébergement *				
Long séjour	0 %	30 % du forfait hébergement - 6 mois par an	0 %	30 % du forfait hébergement - durée illimitée
* Ce forfait hébergement concerne exclusivement les établissements ayant un secteur en Unité de Soins de Longue Durée et ne peut être versé pour des séjours de type maison de retraite, EHPAD... Toute facture fera l'objet d'une vérification de conformité avant paiement.				
Chambre particulière, hors hospitalisation en ambulatoire	0 €	0 €	50 €/jour limité à 90 jours/an	70 €/jour limité à 180 jours/an
Chambre psychiatrie, hors hospitalisation en ambulatoire	0 €	0 €	50 €/jour limité à 45 jours/an	70 €/jour limité à 180 jours/an
Cures thermales				
Forfait thermal	65 % BR	0 €	100 % BR	100 % BR
Actes médicaux	70 % BR	0 €	100 % BR	100 % BR
Frais d'hébergement et transport	65 % BR	0 €	100 € par an	100 € par an

Le forfait hébergement et transport n'est réglé qu'en cas de prise en charge initiale d'une partie par l'assurance maladie obligatoire.

La souscription aux Renforts Maisons agréées (RM)

nécessite au moins l'adhésion nominative des 3/4 des adhérents d'une collectivité ou d'un diocèse, pour un renfort. Pour les membres restants, il est possible de souscrire à un renfort de coût inférieur.

Pour les adhérents autres régimes que la CAVIMAC, il est possible de souscrire au Supplément Maisons Agréées (SMA).

Remboursements Régime Obligatoire + votre contrat MSM

Renforts pour les adhérents CAVIMAC

Hors CAVIMAC

MAISONS AGRÉÉES	Régime Obligatoire RO ⁽¹⁾	RO + HOSP FM + RMA	RO + HOSP FM + RMB	RO + HOSP FM + RMC	SMA
-----------------	--------------------------------------	--------------------	--------------------	--------------------	-----

⁽¹⁾ Les taux de remboursement du Régime Obligatoire (RO) sont ceux du Régime Général.

Les taux indiqués exprimés en pourcentage de la base de remboursement des Régimes Obligatoires de Sécurité Sociale et les forfaits ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réellement engagés. Les remboursements sont exprimés en incluant les prestations délivrées par le Régime Obligatoire (Régime Général, Régime local d'Alsace-Moselle, Cavimac...). Les contrats proposés respectent la réglementation relative aux contrats responsables.

Nota : tous les sigles utilisés sont détaillés dans le lexique en page 3.

Secteur médical					
RMA, RMB, RMC : limité à 3 mois par année civile					
SMA : une interruption de 12 mois est nécessaire avant toute nouvelle demande. - Adhérents de - 60 ans : prise en charge limitée à 12 mois (consécutifs ou non) - Adhérents de 60 ans et plus : prise en charge limitée à 6 mois (consécutifs ou non)	0 €	5 € par jour	7 € par jour	12 € par jour	15 € par jour
Secteur repos					
Hébergement et transport : limité à 2 mois par année civile	0 €	11 € par jour	11 € par jour	14 € par jour	30 € par jour

TARIFICATION

Le contrat destiné aux Prêtres, Religieuses et Religieux est construit à partir d'une base (Hosp-FM) qu'il est possible d'enrichir de renforts concernant les dépenses courantes (RFM), les niveaux d'hébergement (RH), les Maisons agréées (RM) suivant le niveau de garantie souhaité.

Le Supplément Maisons Agréées est proposé aux adhérents ne relevant pas de la Cavimac.

RISTOURNES APPLIQUÉES EN FONCTION DE L'ÂGE

- Le socle de base (HOSP FM), les renforts médicaux (RFM) et hébergement (RH) bénéficient d'une ristourne par âge.
- Les renforts maisons agréées (RM) et supplément (SMA) ne bénéficient pas de ristourne par âge.
- L'âge pris en compte est celui au 1^{er} janvier.
- Les ristournes s'appliquent sur les effectifs présents au jour de l'appel de cotisation (régime local Alsace-Moselle compris).

Age	moins de 30 ans	de 30 ans à 34 ans	de 35 ans à 39 ans	de 40 ans à 44 ans	de 45 ans à 49 ans	50 ans et plus
Ristourne	- 50 %	- 40 %	- 30 %	- 20 %	- 10 %	pas de ristourne

TARIFS AVANT RISTOURNE ET SANS RISTOURNE

Tarifs avant ristourne en fonction de l'âge (voir supra)

Socle de base HOSP FM	Renforts frais médicaux			
	RFM1	RFM2	RFM3	RFM4
73,00 € par mois	+ 1,68 € par mois	+ 6,73 € par mois	+ 12,72 € par mois	+ 22,05 € par mois
876,00 € par an	+ 20,16 € par an	+ 80,76 € par an	+ 152,64 € par an	+ 264,60 € par an

Renforts hébergements		
RHA	RHB	RHC
+ 2 € par mois	+ 4,50 € par mois	+ 7,90 € par mois
+ 24 € par an	+ 54 € par an	+ 94,80 € par an

Tarifs sans ristourne

Renforts maisons agréées adhérents Cavimac		
RMA	RMB	RMC
+ 7 € par mois	+ 12 € par mois	+ 24,50 € par mois
+ 84 € par an	+ 144 € par an	+ 294 € par an

Renforts maisons agréées autres régimes
SMA
+ 42 € par mois
+ 504 € par an

CHANGEMENT DE GARANTIES

Les garanties peuvent être revues au 4^e trimestre de chaque année.

N'hésitez pas à contacter le Service Relation Clientèle de la Mutuelle qui pourra vous renseigner : servicerelationmsm@unionsaintmartin.fr - 01 42 22 91 27.

COTISATION À L'ACTION SOCIALE

Les tarifs de l'année en cours incluent l'ensemble des taxes et chargements ainsi qu'une cotisation de 3 % sur la base HT pour le compte de la Mutuelle Saint-Martin Action Sociale.

ALSACE-MOSELLE

Pour le régime Local Alsace Moselle, les tarifs sont minorés de 30 %.

HOSP FM et RFM : exemples de remboursements en euros

Ces exemples de remboursements ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Les exemples de remboursements indiqués dans la colonne «Remboursement du RO» correspondent à ceux appliqués par le Régime général. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui, seuls, engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).

Tarif le plus souvent facturé ou tarif règlementé	Cas du Régime Général		Garanties HOSP FM		Garanties HOSP FM + RFM1		Garanties HOSP FM + RFM2		Garanties HOSP FM + RFM3		Garanties HOSP FM + RFM4	
	Base de remboursement BR	Remboursement du RO	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge
SOINS COURANTS												
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 1 (GÉNÉRALISTES OU SPÉCIALISTES)												
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans												
30 €	30 €	19 €	9 €	2 €	9 €	2 €	9 €	2 €	9 €	2 €	9 €	2 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)												
37 €	37 €	23,90 €	11,10 €	2 €	11,10 €	2 €	11,10 €	2 €	11,10 €	2 €	11,10 €	2 €
HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-CO												
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)												
54 €	37 €	23,90 €	11,10 €	19 €	20,35 €	9,75 €	24,05 €	6,05 €	28,10 €	2 €	28,10 €	2 €
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (NON ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-CO)												
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)												
67 €	23 €	14,10 €	6,90 €	46 €	8,05 €	44,85 €	10,35 €	42,55 €	25,30 €	27,60 €	25,30 €	27,60 €
MATÉRIEL MÉDICAL												
Paire de béquilles												
26,18 €	24,40 €	14,64 €	11,54 €	0 €	11,54 €	0 €	11,54 €	0 €	11,54 €	0 €	11,54 €	0 €
HOSPITALISATION												
Forfait journalier hospitalier (hébergement)												
20 €	0 €	0 €	20 €	0 €	20 €	0 €	20 €	0 €	20 €	0 €	20 €	0 €
SÉJOURS AVEC ACTES LOURDS												
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé. Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte en secteur privé												
Frais de séjour en secteur privé												
835,60 €	835,60 €	811,60 €	24 €	0 €	24 €	0 €	24 €	0 €	24 €	0 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO (opération secteur privé, honoraire chirurgien)												
434 €	271,70 €	271,70 €	0 €	162,30 €	80 €	82,30 €	100 €	62,30 €	130 €	32,30 €	140 €	22,30 €
Honoraires médecins secteur 2 (opération secteur privé, honoraire chirurgien)												
473 €	271,70 €	271,70 €	0 €	201,30 €	80 €	121,30 €	100 €	101,30 €	130 €	71,30 €	140 €	61,30 €

Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Cas du Régime Général		Garanties HOSP FM		Garanties HOSP FM + RFM1		Garanties HOSP FM + RFM2		Garanties HOSP FM + RFM3		Garanties HOSP FM + RFM4	
	Base de remboursement BR	Remboursement du RO	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge
SÉJOURS SANS ACTES LOURDS												
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé. Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public												
Frais de séjour en secteur public												
3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708,20 €	0 €	708,20 €	0 €	708,20 €	0 €	708,20 €	0 €	708,20 €	0 €

suite des exemples HOSP FM et RFM pages suivantes

RH : exemples de remboursements en euros

Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Cas du Régime Général		Garanties HOSP FM		Garanties HOSP FM + RHA		Garanties HOSP FM + RHB		Garanties HOSP FM + RHC	
	Base de remboursement BR	Remboursement du RO	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge
HOSPITALISATION										
CHAMBRE PARTICULIÈRE (SUR DEMANDE DU PATIENT), PAR JOUR										
60 €	0 €	0 €	0 €	60 €	0 €	60 €	50 €	10 €	60 €	0 €

HOSP FM et RFM : exemples de remboursements en euros

Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Cas du Régime Général		Garanties HOSP FM		Garanties HOSP FM + RFM1		Garanties HOSP FM + RFM2		Garanties HOSP FM + RFM3		Garanties HOSP FM + RFM4	
	Base de remboursement BR	Remboursement du RO	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge
OPTIQUE												
EQUIPEMENT 100 % SANTÉ												
Verres simples et monture												
115 €	34,50 €	20,70 €	94,30 €	0 €	94,30 €	0 €	94,30 €	0 €	94,30 €	0 €	94,30 €	0 €
• monture												
30 €	9 €	5,40 €	24,60 €	0 €	24,60 €	0 €	24,60 €	0 €	24,60 €	0 €	24,60 €	0 €
• par verre												
42,50 €	12,75 €	7,65 €	34,85 €	0 €	34,85 €	0 €	34,85 €	0 €	34,85 €	0 €	34,85 €	0 €
Verres progressifs et monture												
210 €	63 €	37,80 €	172,20 €	0 €	172,20 €	0 €	172,20 €	0 €	172,20 €	0 €	172,20 €	0 €
• monture												
30 €	9 €	5,40 €	24,60 €	0 €	24,60 €	0 €	24,60 €	0 €	24,60 €	0 €	24,60 €	0 €
• par verre												
90 €	27 €	16,20 €	73,80 €	0 €	73,80 €	0 €	73,80 €	0 €	73,80 €	0 €	73,80 €	0 €
EQUIPEMENT HORS 100 % SANTÉ												
Verres simples et monture												
366 €	0,15 €	0,09 €	80,06 €	285,85 €	80,06 €	285,85 €	126,06 €	239,85 €	172,06 €	193,85 €	210,01 €	145,94 €
• monture												
146 €	0,05 €	0,03 €	30,02 €	115,95 €	30,02 €	115,95 €	60,02 €	85,95 €	80,02 €	65,95 €	99,97 €	45,98 €
• par verre												
110 €	0,05 €	0,03 €	25,02 €	84,95 €	25,02 €	84,95 €	33,02 €	76,95 €	46,02 €	63,95 €	55,02 €	54,95 €
Verres progressifs et monture												
632 €	0,15 €	0,09 €	200,06 €	431,85 €	200,06 €	431,85 €	258,06 €	373,85 €	318,06 €	313,85 €	370,01 €	261,90 €
• monture												
146 €	0,05 €	0,03 €	30,02 €	115,95 €	30,02 €	115,95 €	60,02 €	85,95 €	80,02 €	65,95 €	99,97 €	45,98 €
• par verre												
243 €	0,05 €	0,03 €	85,02 €	157,95 €	85,02 €	157,95 €	99,02 €	143,95 €	119,02 €	123,95 €	135,02 €	107,95 €
Lentilles non remboursées par l'AM												
150 €	0 €	0 €	0 €	150 €	0 €	150 €	50 €	100 €	60 €	90 €	70 €	80 €

Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Cas du Régime Général		Garanties HOSP FM		Garanties HOSP FM + RFM1		Garanties HOSP FM + RFM2		Garanties HOSP FM + RFM3		Garanties HOSP FM + RFM4	
	Base de remboursement BR	Remboursement du RO	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge	Remboursement MSM	Reste à charge
DENTAIRE												
100 % SANTÉ												
Soins et prothèses (exemple : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires, HBLD634)												
500 €	120 €	72 €	428 €	0 €	428 €	0 €	428 €	0 €	428 €	0 €	428 €	0 €
HORS 100 % SANTÉ												
Soins (exemple : détartrage)												
43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €	17,35 €	0 €	17,35 €	0 €	17,35 €	0 €	17,35 €	0 €
Prothèses (exemple : couronne céramo-métallique sur molaires)												
557 €	120 €	72 €	150 €	335 €	150 €	335 €	210 €	275 €	270 €	215 €	390 €	95 €
AIDES AUDITIVES												
EQUIPEMENT 100 % SANTÉ												
Par oreille, pour un patient de plus de 20 ans												
950 €	400 €	240 €	710 €	0 €	710 €	0 €	710 €	0 €	710 €	0 €	710 €	0 €
EQUIPEMENT HORS 100 % SANTÉ												
Par oreille, pour un patient de plus de 20 ans												
1 582 €	400 €	240 €	640 €	702 €	640 €	702 €	840 €	502 €	1 040 €	302 €	1 342 €	0 €

AVANTAGES ET SERVICES

Découvrez les avantages et services inclus dans vos garanties, sans suppléments de frais. Il vous suffit de donner à la Mutuelle Saint-Martin votre numéro d'adhérent qui se trouve sur votre carte ou sur l'espace adhérent en ligne.

Pour connaître les conditions détaillées de ces différents services, consultez le site internet de la Mutuelle Saint-Martin : www.mutuellesaintmartin.fr.



Soutien psychologique

Certains événements sont ressentis comme traumatisants et peuvent causer du stress. Bénéficiez d'un soutien adapté pour vous aider à faire face.

- **Entretien** avec un psychologue clinicien
- **Mise en relation téléphonique** avec un psychologue clinicien à travers le service de Soutien psychologique 24h/24 et 7 jours/7
- **900 psychologues cliniciens expérimentés**
- Disponibles **sur tout le territoire**

Inter Mutuelles Assistance : 0805 692 136



Assistance

Accident, hospitalisation, maladie soudaine, événement difficile, décès... autant de moments de vie pouvant fragiliser votre équilibre et pour lesquels votre Mutuelle propose une assistance en partenariat avec Inter Mutuelles Assistance.

- **Soutien au domicile** : aide-ménagère, services de proximité
- **Pendant et après une hospitalisation** : sécurisation du domicile, transfert chez un proche
- **Conseils de prévention** : informations Juridiques ou médicales, aide à la recherche de médecin, infirmières, intervenants médicaux ou paramédicaux
- **Suite à un décès** : rapatriement de corps sur le lieu des obsèques

En savoir +
mutuellesaintmartin.fr/avantage-et-service/assistance

Inter Mutuelles Assistance : 0805 692 136



Réseau Carte Blanche

Découvrez un réseau de professionnels de santé qui vous permet de bénéficier de tarifs négociés et du tiers payant.

- **Equipements** optiques, dentaires et auditifs
- **Géolocalisation** sur l'espace en ligne pour trouver facilement les professionnels partenaires du réseau
- Grand choix de **professionnels de santé** : opticiens, audioprothésistes, chirurgiens-dentistes
- Grand choix de **professionnels du paramédical** : diététiciens, pédicures podologues, ostéopathes

En savoir +
mutuellesaintmartin.fr/avantage-et-service/reseau-carte-blanche

mutuellesaintmartin.henner.com



Téléconsultation médicale

Afin de faciliter votre accès aux soins, la Mutuelle Saint-Martin vous permet de profiter d'un service de téléconsultation avec un médecin, en complément de votre suivi médical traditionnel ou impossibilité de vous déplacer.

- **Quel que soit votre besoin** : complément d'information, échange simple et confidentiel sur des sujets délicats, premier avis en cas de délai trop important pour un rendez-vous, prescription ou renouvellement d'ordonnance
- Service accessible **24 heures sur 24** et **7 jours sur 7** où que vous soyez
- Nombre de téléconsultations **illimité**
- **Sans avance de frais**

Directement sur votre espace adhérent
ou sur : mutuellesaintmartin.ima-sante.com



L'ensemble des titulaires des contrats culte de la Mutuelle Saint-Martin sont membres participants de la Mutuelle Saint-Martin Action Sociale, créée en 2011.

Conformément à l'article 51 des statuts de la Mutuelle Saint-Martin, une part de la cotisation globale nette de toute taxe et contribution de la Mutuelle est prélevée directement et affectée à la Mutuelle Saint-Martin Action Sociale. Cette contribution lui permet d'intervenir à plusieurs niveaux :

- L'Entraide Sections étudie les demandes et verse des subventions pour compenser des dépenses médicales laissant une somme conséquente à la charge de l'adhérent. Elle peut également s'étendre à certaines dépenses d'aide à la personne (comme par exemple des produits d'hygiène ou de la téléalarme), dans la limite des fonds dédiés disponibles.
- La Commission Action Sociale peut intervenir lorsqu'une somme trop importante reste encore à charge pour l'adhérent après l'aide accordée par l'Entraide Sections ou si le dossier d'Entraide Sections concerne une demande supérieure à 3 000 €. Si le solde du compte dédié de l'Entraide Sections est insuffisant ou épuisé, la Commission Action Sociale peut également être sollicitée.
- La Commission d'Interventions Spéciales peut être sollicitée pour des aides à cotisation en cas de difficultés économiques graves au sein de la collectivité et pour l'octroi de prêts sociaux ou subventions concernant des travaux, équipements coûteux, achat de mobilier, etc.

Les demandes d'Entraide à la Mutuelle Saint-Martin Action Sociale ne seront traitées (sauf exception motivée par le Président du Comité de gestion de la Section) qu'après avoir obtenu les remboursements du Régime Obligatoire (CAVIMAC, CPAM...), du Régime Complémentaire (Mutuelle Saint-Martin) et après une demande au Fonds d'Action Sanitaire et Social (FASS) des régimes obligatoires maladie ou retraite, et celle d'une éventuelle participation d'une autre caisse (par exemple : Caisse de retraite complémentaire). Il reste entendu que cette procédure concerne les prestations prises en charge par la Sécurité Sociale. Sauf cas particuliers justifiés, les demandes d'Entraide ne doivent pas être instruites lorsqu'elles interviennent sur des factures payées depuis plus de 12 mois par le régime Obligatoire ou par le régime Complémentaire ou 6 mois après la date de réponse par le FASS.



Entraide et Action sociale

Une somme importante reste à votre charge sur une dépense de santé exceptionnelle ? La Mutuelle Saint-Martin Action Sociale peut - sur étude du dossier en commission - verser une aide financière via son fonds de secours aux adhérents les plus modestes.

- Aide financière pour des **prestations prises en charge partiellement par la Sécurité Sociale ou des dépenses onéreuses** (reste à charge sur auditif, dentaire ou optique, matériel médical, aide à la personne...)
- Aide versée **sous condition de ressources et après étude du dossier** par la commission

En savoir +
mutuellesaintmartin.fr/contact

medical@unionsaintmartin.fr



Séjour vacances

La Mutuelle Saint-Martin Action Sociale peut prendre en charge une partie de vos frais d'hébergement dans une sélection d'établissements de vacances ou de repos.

Lieux de vacances

- Bords de mer
- Campagne
- Moyenne montagne

Participation de la MSM-AS

Participation financière de **220 €** dans la limite des dépenses réelles pour un séjour d'une semaine pour tous les adhérents du Culte collectif, contrat Groupe

- sous réserve des disponibilités des établissements
- sous réserve du plafond des semaines subventionnées

En savoir +
mutuellesaintmartin.fr/avantage-et-service/sejour-vacances

medical@unionsaintmartin.fr



Vous avez une question sur votre contrat, un remboursement, une prise en charge hospitalière... ?
Contactez le centre de gestion de la Mutuelle Saint-Martin.

Par courrier : HENNER CENTRE DE GESTION MUTUELLE SAINT-MARTIN - TSA 81938 - 92894 NANTERRE CEDEX 9

Par téléphone : 03 26 79 21 06

Par mail : gestion@mutuellesaintmartin.fr



Votre carte mutuelle sur laquelle figure votre numéro d'adhérent vous donne accès à de nombreux services.

Espace en ligne

La Mutuelle Saint-Martin met à votre disposition un espace en ligne sécurisé pour gérer votre contrat et vous tenir informé 24h/24, 7j/7.

Pour vous connecter :

Vous devez disposer d'une adresse mail valide pour votre 1^e connexion.

- www.mutuellesaintmartin.fr puis cliquer sur « Espace adhérent »
- Renseigner votre identifiant ainsi que votre mot de passe (votre identifiant est inscrit au verso de votre carte mutuelle).

Votre espace en ligne vous permet de :

- consulter vos décomptes et recevoir des notifications
- modifier vos coordonnées (postales, bancaires, e-mail...)
- faire une demande de prise en charge hospitalière
- rechercher un professionnel de santé appartenant au « réseau Carte Blanche » et bénéficier du tiers payant
- accéder aux coordonnées téléphoniques et postales de votre centre de gestion dans vos contacts

Carte mutuelle

Votre carte matérialise votre adhésion à la MSM. Elle vous permet de bénéficier du tiers payant auprès des professionnels de santé (pharmaciens, hôpitaux/cliniques/centres de soins, laboratoires d'analyses, radiologues, opticiens et dentistes), notamment ceux du réseau « Carte Blanche ».

Vous trouverez sur votre carte les bénéficiaires et les droits au tiers payant ainsi que les coordonnées de votre centre de gestion (service clientèle).

Votre carte est dématérialisée. Retrouvez-la sur votre espace adhérent et sur l'application smartphone HENNER : vous pouvez l'envoyer par mail à un professionnel ou la présenter à partir de votre téléphone.



Retrouvez l'ensemble des documents et informations sur notre site :
mutuellesaintmartin.fr 

Application mobile

Télécharger l'application HENNER sur **Google Play** ou **Apple Store**. La connexion se fait avec le numéro d'assuré présent sur la carte de tiers-payant et le mot de passe habituel.

L'application vous permet :

- l'accès à la carte de tiers payant pour envoi à un professionnel de santé par email ou pour l'imprimer
- la consultation des remboursements en cours, des consommations de forfaits...
- l'envoi de devis, factures, prise en charge, messages...
- l'identification des professionnels de santé par spécialité ou géolocalisation



Mutuelle Saint-Martin
Régie par le code de la Mutualité - SIREN n°775 688 708
Siège Social
3 rue Duguay-Trouin - 75280 Paris Cedex 06
Tél. 01 42 22 07 77
mutuellesaintmartin.fr



La Mutuelle Saint-Martin met tout en œuvre pour vous offrir un service de qualité. Malgré notre vigilance, des insatisfactions ou des difficultés peuvent survenir. Pour nous en faire part, 3 niveaux de recours successifs sont possibles :

1. Pour toutes les questions relatives à la gestion de votre contrat, prenez contact avec le délégataire de gestion de la Mutuelle Saint-Martin : Henner-Centre de Gestion Mutuelle Saint-Martin - TSA 81938 - 92894 Nanterre Cedex 9 - Tél : 03 26 79 21 06 - Email: gestion@mutuellesaintmartin.fr. 2. Si les différents persistent, le Service Relations Clientèle intervient pour réexaminer votre demande et pour toute autre situation liée à la gestion de votre contrat santé : Mutuelle Saint-Martin - Service Relations Clientèle - 3 rue Duguay-Trouin - 75006 Paris - Email: servicerelementsm@unionsaintmartin.fr. 3. Le médiateur de l'assurance exerce sa fonction en toute indépendance. Il peut être saisi gratuitement après avoir tenté au préalable de résoudre la situation auprès de la Mutuelle : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - Email: www.mediation-assurance.org.