

REGLEMENT MUTUALISTE

BRANCHE CONTRATS « CULTTE »



Texte validé par le CA du 1^{er} avril 2025

SOMMAIRE

Article 1 - Objet	3
Article 2 - Adhérents concernés	3
Article 3 - Sections locales et administratives.....	3
1 - CONDITIONS D'ADHESION	3
Article 4 - Effet et modalités de l'adhésion	3
Article 5 - Durée de l'adhésion - Délai de stage	3
Article 6 - Changement de garanties	4
Article 7 - Démission, Radiation, Exclusion	4
Article 8 - Résiliation	4
Article 8-1 - Principes généraux.....	4
Article 8-2 - Résiliation infra annuelle	4
2 - PRESTATIONS	5
Article 9 - Nature et versements des prestations	5
3 - GARANTIES ET PRESTATIONS PROPRES	5
Article 10 - Garanties	5
Article 10-1 - Définition des garanties.....	5
Article 10-2 - Caractère « responsable » des garanties	5
Article 11 - Prestations propres.....	6
4 - COTISATIONS.....	6
Article 12 - Cotisations	6
Article 12-1- Montant des cotisations	6
Article 12-2 – Modalités générales de règlement.....	6
Article 12-3 – Modalités particulières pour les contrats « Individuel Culte » (cf. annexe 4)	6
Article 12-4 - Conséquences d'un défaut de paiement.....	6
Article 12-5 – Adhésion en cours d'année.....	7
Article 12-6 – Portabilité des droits pour les anciens Novices, séminaristes ou postulants	7
5 - DISPOSITIONS DIVERSES.....	7
Article 13 - Prescription	7
Article 14 - Fonds d'Entraide des sections	8
Article 15 - Fonds National d'Entraide	8
Article 16 - Changement de résidence	8
Article 17 - Transfert de diocèse ou d'institut	8
Article 18 - Informations de l'adhérent.....	8
Article 18-1 - Informations générales.....	8
Article 18-2 - Frais de gestion et niveau de redistribution	8
Article 19 - Exclusions	8
Article 20 - Limite de remboursement	9
Article 21 - Informatique et libertés.....	9
Article 22 - Subrogation	9
Article 23 – Réclamation, Médiation et Questions.....	10
Article 23-1 - Réclamation	10
Article 23-2 - Médiation.....	10
Article 23-3– Questions.....	10
ANNEXES	12

Article 1 - Objet

Les dispositions du présent règlement déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle Saint-Martin, ci-après dénommée la « Mutuelle », assure des garanties et frais de santé au profit de ses membres participants dans le cadre d'opérations individuelles, et ce dans le respect des principes mutualistes définis à l'article L.110-2 du Code de la Mutualité.

Article 2 - Adhérents concernés

Ce règlement, prévu à l'article 4 des statuts, est adopté par le Conseil d'administration en fonction des règles générales établies par l'Assemblée Générale. Le présent règlement concerne les adhérents à la Mutuelle Saint Martin définis à l'article 7, paragraphe II des statuts et ci-dessous rappelés :

- Les membres du clergé catholique, les religieux et les religieuses catholiques, quel que soit le type de garanties souscrites
- Les ministres du culte, les religieux et les religieuses d'autres Eglises et Confessions chrétiennes affiliées à la branche maladie de la CAVIMAC
- Ainsi que les ayants droit de ces adhérents, définis à l'article 7, III des statuts

Article 3 - Sections locales et administratives

Les adhérents sont regroupés en sections locales et administratives. Dans chaque section, un Comité de gestion élu par l'ensemble des adhérents de la section, assisté d'un secrétariat, assure le lien entre les adhérents et avec le Siège.

1 - CONDITIONS D'ADHESION

Article 4 - Effet et modalités de l'adhésion

Pour toute adhésion, la date d'effet retenue est le 1er jour du mois qui suit la demande. Une ouverture de droits rétroactive pourra être acceptée pour les personnes nouvellement affiliées au régime obligatoire de sécurité sociale ou bénéficiant d'une immatriculation provisoire si le bulletin d'affiliation est envoyé dans les 30 jours suivant l'ouverture des droits. Si l'ouverture des droits par le régime obligatoire a un effet rétroactif, l'affiliation à la Mutuelle pourra être concomitante à l'ouverture des droits, à la demande de l'adhérent. Le bulletin d'adhésion, dûment rempli, daté et signé, doit parvenir dans le délai d'un mois suivant la date de la demande. La signature de ce bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste et de toutes les modifications ultérieures de ces textes qui seraient décidées par l'Assemblée générale ou par le Conseil d'administration. Sur ce bulletin d'adhésion, l'adhérent mentionne le choix du niveau de ses garanties. Il doit s'adresser à la Mutuelle (*) pour toute modification concernant sa situation et celle de ses ayants droit. L'interlocuteur pour l'adhérent est le service de gestion de la Mutuelle (*). Il peut s'adresser à la section locale et administrative à laquelle il est rattaché pour une information et une aide dans ses démarches.

Cependant, sur présentation des justificatifs d'une résiliation infra annuelle avec un autre organisme assureur et pour assurer la continuité de la couverture de l'assuré, il est possible d'ouvrir un contrat en cours de mois. La date d'effet de l'adhésion correspondra au lendemain du délai de 30 jours après la date d'envoi de la demande de résiliation auprès de l'ancien organisme assureur.

Si l'adhésion a été effectuée avec un numéro de sécurité sociale provisoire, l'adhérent devra transmettre à la Mutuelle (*), par tous moyens, son numéro de sécurité sociale définitif dès qu'il l'aura reçu de la part de l'assurance maladie. La non-communication du numéro de sécurité sociale définitif pourrait entraîner un risque de non-remboursement d'une partie des dépenses de santé.

Article 5 - Durée de l'adhésion - Délai de stage

L'adhésion au règlement est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, selon

les dispositions légales, réglementaires et statutaires en vigueur. Aucun délai de stage n'est appliqué.

Article 6 - Changement de garanties

Le choix du niveau des garanties est fait pour une durée d'une année civile et ne peut être modifié en cours d'année, sauf demande exceptionnelle avec l'accord du Bureau de la Mutuelle Saint-Martin ou en cas d'urgence par le Président. Toute modification pour l'année suivante doit être demandée à la Mutuelle (*) avant le 15 novembre de l'année en cours.

Article 7 - Démission, Radiation, Exclusion

Les modalités de démission, radiation et exclusion ainsi que leurs effets sont définis par les statuts et selon les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 8 - Résiliation

Article 8-1 - Principes généraux

La résiliation, quelle que soit la date de la demande, ne sera effective qu'à la fin de l'année civile en cours, sauf en cas de :

- Décès
- Perte de l'état clérical ou religieux
- Départ à l'étranger sans être couvert par un régime de base obligatoire
- Adhésion à une mutuelle complémentaire obligatoire
- Adhésion à un contrat de Complémentaire santé solidaire

Ainsi :

- En cas de décès : la résiliation sera effective le jour du décès après réception du certificat de décès. **Le montant du remboursement des cotisations à titre rétroactif sera limité à six (6) mois de cotisations à compter de la date de la notification de l'événement à la Mutuelle.**
- En cas de départ à l'étranger : la résiliation sera effective au 1^{er} jour du mois qui suit l'événement sur présentation des justificatifs et bulletin de résiliation. **Le montant du remboursement des cotisations à titre rétroactif sera limité à six (6) mois de cotisations à compter de la date de la notification de l'événement à la Mutuelle.**
- En cas de départ de la vie religieuse : la résiliation sera effective au jour de l'événement sur présentation d'une lettre du supérieur et du bulletin de résiliation. **Le montant du remboursement des cotisations à titre rétroactif sera limité à six (6) mois de cotisations à compter de la date de la notification de l'événement à la Mutuelle.**
- En cas d'affiliation à la CSS ou à une mutuelle obligatoire à la suite de la reprise d'un emploi salarié : la résiliation intervient au jour de l'événement sur présentation du nouveau certificat d'affiliation et du bulletin de résiliation.
- Pour les cas sans justificatif : application des règles de la résiliation infra-annuelle (cf. article 8-2), 30 jours après la date de la demande de résiliation. **Aucune radiation rétroactive ne sera appliquée.**

La rétroactivité s'appliquera si aucune dépense de santé n'a été engagée par l'adhérent entre la notification de résiliation et la date effective. Le remboursement des cotisations ne pourra ensuite intervenir que trois (3) mois après la demande de résiliation rétroactive.

L'avis d'échéance, qui informe l'adhérent de la cotisation proposée par la Mutuelle pour l'année suivante, doit parvenir à l'adhérent au moins 15 jours avant la date du droit à dénonciation de l'affiliation. A défaut, l'adhérent a 20 jours pour résilier sans motif à partir du moment où la Mutuelle lui aura envoyé son avis d'échéance.

Article 8-2 - Résiliation infra annuelle

L'adhérent peut résilier son adhésion, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à la suite de sa première souscription. La résiliation prend effet un mois après réception de la demande. L'adhérent est alors redevable de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette

période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion. La Mutuelle (*) est tenue de rembourser le solde à l'adhérent dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

2 - PRESTATIONS

Article 9 - Nature et versements des prestations

Sauf exception, ne sont garanties que les prestations remboursables par les régimes de base. A part les remboursements forfaitaires, les prestations de la Mutuelle sont calculées par rapport à la base de remboursement des garanties des régimes de base. Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Les prestations de la Mutuelle ne peuvent en aucun cas excéder le montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent. La Mutuelle procède au règlement des prestations complémentaires, sur présentation des originaux des décomptes de la Sécurité sociale (ou autre caisse). En cas de télétransmission, l'adhérent est dispensé de l'envoi de ces décomptes. Seuls les soins engagés postérieurement à la date d'adhésion seront pris en compte par la Mutuelle. Seule est prise en compte la date des soins figurant sur le décompte de la Caisse d'Assurance Maladie. Les prestations sont gérées par délégation à la société HENNER.

L'adhérent doit transmettre les demandes de remboursements au Centre de gestion :

HENNER
Centre de gestion Mutuelle Saint-Martin
TSA 81938
92894 NANTERRE CEDEX 9

Mail : gestion@mutuellesaintmartin.fr
Tél : 03 26 79 21 06
Fax : 03 10 00 13 81

En ce qui concerne les risques, dont le remboursement par la Mutuelle dépasse la base de garanties de la Caisse d'Assurance Maladie, et pour les prestations propres à la Mutuelle, il y a lieu de transmettre obligatoirement à la Mutuelle (*) la facture ou les justificatifs correspondants. Le membre participant bénéficie du réseau de soins HENNER dénommé " Carte Blanche ", sans contrepartie financière, qui lui permet notamment d'avoir accès à des tarifs avantageux en optique, dentaire et audioprothèse mais également, sur présentation de la carte blanche, d'un accès au tiers payant notamment en optique et audioprothèse.

Le versement des prestations s'effectue en nature.

Il intervient dans un délai maximum de :

- 72 heures ouvrés pour les prestations remboursées par télétransmission (ce délai commence à courir à compter de la réception du dossier complet).
- 7 jours ouvrés pour les prestations remboursées hors télétransmission (ce délai commence à courir à compter de la réception du dossier complet).

3 - GARANTIES ET PRESTATIONS PROPRES

Article 10 - Garanties

Article 10-1 - Définition des garanties

Les garanties ont pour objet, en cas d'accident, de maladie, ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie. Ces prestations sont précisées en annexe au présent règlement.

Article 10-2 - Caractère « responsable » des garanties

La garantie « frais de santé » s'applique dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application. Dans l'hypothèse où certaines dispositions du présent règlement, notamment celles relatives à la définition des garanties, se révéleraient, suite à des évolutions législatives, réglementaires ou administratives, en contradiction avec la notion des contrats dits « responsables » définies par

l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application, le présent règlement serait adapté automatiquement en conséquence afin qu'il conserve sa qualification de contrat « responsable ».

Article 11 - Prestations propres

Maisons Agréées : les renforts en Maisons Agréées pour les assurés relevant de la CAVIMAC, les renforts sont réglés en complément du Forfait de Soins Infirmiers (FSI) de la CAVIMAC. Pour les assurés des Autres Régimes (AR), le formulaire de prise en charge, disponible au service médical du siège de la Mutuelle, doit être complété et transmis au service médical de la Mutuelle Saint-Martin. Le service médical apprécie les conditions médicales de la demande et peut refuser celle-ci ou requérir des informations médicales complémentaires. Le supplément « Maisons Agréées » étant exclusivement réservé aux sociétaires « Autres Régimes » son remboursement est également subordonné à un accord Médical, préalable au séjour, délivré par le service Médical de la Mutuelle Saint Martin. Pour en faire la demande l'adhérent doit prendre contact avec sa section locale et administrative. Il permet aux assurés d'Autres Régimes (AR) que CAVIMAC de bénéficier d'un forfait « médical » ou d'un forfait « repos convalescence » (en secteur médical, les soins infirmiers sont compris dans le forfait).

4 - COTISATIONS

Article 12 - Cotisations

Article 12-1- Montant des cotisations

Le montant des cotisations est fixé annuellement par le Conseil d'administration dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale (*voir annexe du présent règlement*). Elles sont versées à la Mutuelle (*) selon les modalités définies dans le bulletin d'adhésion et d'affiliation aux garanties Mutuelle Saint-Martin. Les membres participants s'engagent au paiement de la cotisation.

Des ristournes sont appliquées en fonction de l'âge de l'adhérent. Elles sont détaillées ci-dessous :

Ages	Moins de 30 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	50 ans et plus
Taux d'appel	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
Ristourne	50 %	40 %	30 %	20 %	10 %	Pas de ristourne

L'âge pris en compte est celui du 1^{er} janvier.

La mise en place du taux d'appels 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.

Article 12-2 – Modalités générales de règlement

La cotisation doit être réglée mensuellement, à terme échu, par prélèvement après validation par le souscripteur. En cas de règlement par chèque, les frais de gestion seront facturés 25 € par chèque.

La cotisation est prélevée sur le RIB du Diocèse ou de l'Institut.

Article 12-3 – Modalités particulières pour les contrats « Individuel Culte »

La cotisation doit être réglée annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement à terme à échoir, selon les modalités choisies au moment de l'adhésion.

Article 12-4 - Conséquences d'un défaut de paiement

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-7 du Code de la mutualité, dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel

en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, 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 ainsi que les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 12-5 – Adhésion en cours d'année

En cas d'adhésion, en cours d'année civile, la cotisation de l'adhérent est calculée au prorata de la cotisation annuelle en vigueur. Toute résiliation, selon les exceptions de l'article 8, donnera lieu à un remboursement au prorata de la cotisation en cours et déjà versée. Les adhérents affiliés au régime Alsace-Moselle bénéficient d'une réduction de 30 % sur leur cotisation (sauf pour les Maisons Agréées). Les cotisations sont gérées par délégation à la société HENNER : Henner Centre de gestion Mutuelle Saint-Martin - TSA 81938 - 92894 NANTERRE CEDEX 9.

En cas d'adhésion en cours de mois faisant suite à une résiliation infra annuelle avec un autre organisme assureur, la cotisation de l'adhérent est calculée au prorata de la cotisation mensuelle en vigueur.

Article 12-6 – Portabilité des droits pour les anciens Novices, séminaristes ou postulants

Les novices, séminaristes ou postulants quittant la vie religieuse depuis le 1^{er} janvier 2016 peuvent bénéficier de la gratuité des cotisations et du maintien des garanties précédemment souscrites par l'Institut. La portabilité est accessible sur demande du supérieur de l'institut auprès du service relations de la MSM et pour une durée égale à 50 % du temps de présence dans l'institut et dans la limite de 6 mois. Durant la période d'ouverture des droits à portabilité, le bénéficiaire devra fournir l'attestation de prise en charge par le régime d'assurance chômage avant le 10 de chaque mois. A défaut de réception d'attestation de France Travail, la Mutuelle procèdera à la suspension des droits par anticipation à la période initialement consentie.

5 - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 13 - Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toute action est prescrite par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du membre participant, ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription [reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), citation en justice (article 2241 du Code civil), acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil)] et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 14 - Fonds d'Entraide des sections

Dans le cas où une somme importante reste à la charge de l'adhérent, après prise en charge de son dossier par la Caisse d'Assurance Maladie et par la Mutuelle, celui-ci peut bénéficier d'une aide financière délivrée par le Fonds d'Entraide de sa section locale et administrative. Il devra, pour ce faire, en effectuer la demande auprès de sa section locale et administrative de la mutuelle d'action sociale. A noter toutefois que l'adhérent aura l'obligation d'avoir effectué, préalablement, une démarche équivalente auprès du FASS de sa Caisse d'Assurance Maladie, afin de présenter à sa section une notification mentionnant la participation ou non de celle-ci. Le Fonds d'Entraide des sections est, depuis la création en octobre 2011 de la mutuelle dédiée d'action sociale (MSM-AS) gérée par celle-ci. La MSM appelle pour le compte de la MSM-AS la cotisation d'adhésion afférente à l'entraide sociale, votée par l'Assemblée Générale de la MSM AS. Les décisions de l'Assemblée Générale de la MSM-AS s'imposent aux adhérents, sans qu'il soit nécessaire que la MSM fasse voter préalablement par son Assemblée Générale Extraordinaire la mise à jour de l'article 54 de ses statuts.

Article 15 - Fonds National d'Entraide

Le Fonds National d'Entraide intervient après participation du Fonds d'Entraide de la Section, dans le cas où il reste encore une charge importante à l'adhérent. La demande doit être également transmise à la section locale et administrative qui fera parvenir celle-ci, après étude, au siège de la Mutuelle d'Action Sociale.

Le Fond National d'Entraide est, depuis la création de la MSM-AS, géré et pris en charge par celle-ci selon les modalités définies par ses instances. L'adhésion à la MSM vaut adhésion aux conditions d'entraide définies par la MSM-AS.

Article 16 - Changement de résidence

L'adhérent doit prévenir directement la Mutuelle (*) de son changement de résidence.

Article 17 - Transfert de diocèse ou d'institut

L'information sera transmise à la Mutuelle (*) par les diocèses ou les instituts concernés. Ces divers changements doivent également être portés à la connaissance du (de la) secrétaire de section locale et administrative de l'adhérent.

Article 18 - Informations de l'adhérent

Article 18-1 - Informations générales

Tout changement concernant les statuts, les cotisations, les garanties, ainsi que le présent règlement, sera porté à la connaissance des adhérents.

Article 18-2 - Frais de gestion et niveau de redistribution

La Mutuelle (*) communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents, le rapport exprimé en pourcentage entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, ~~une maternité~~ ou un accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes afférentes (voir annexe du présent règlement).

Article 19 - Exclusions

Sont exclus de la garantie : Les soins qui ne sont pas dispensés par des professionnels de santé, ou qui ne sont pas pris en charge par un régime de Sécurité sociale, sauf dérogations. Les cures de rajeunissement et les traitements esthétiques, à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti, les cures de thalassothérapie et, d'une façon générale, les actes ne figurant pas dans la nomenclature de la Sécurité sociale...

Par ailleurs, le présent règlement respecte les conditions posées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application. A ce titre, et sous réserve des évolutions légales et réglementaires futures, la Mutuelle ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire laissée à la charge de l'assuré par la Sécurité sociale pour tout acte de biologie

médicale et pour chaque acte ou pour chaque consultation réalisée par un médecin, en ville, dans un établissement, ou un centre de santé, à l'exclusion des actes et consultations réalisés au cours d'une hospitalisation, en application du II de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.

- La majoration de la participation laissée à la charge des assurés et de leurs ayants droit, en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription préalable du médecin traitant, en application de l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.
- La majoration de la participation laissée à la charge des assurés et de leurs ayants droit, pour les actes et prestations de soins pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation, au professionnel de santé auquel il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter, en application de l'article L. 1111-5 du Code de la Santé publique.
- Les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations réalisés par les médecins relevant de certaines spécialités, en cas de consultation sans prescription préalable de leur médecin traitant et pour les patients qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, en application de l'article L.162-5,18° du Code de la Sécurité sociale.
- La franchise annuelle laissée à la charge de l'assuré pour :
 - les médicaments, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
 - les actes effectués par un auxiliaire médical, à l'exclusion de ceux pratiqués au cours d'une hospitalisation,
 - les transports sanitaires, à l'exception des transports d'urgence, en application de l'article L.160-13, III du Code de la Sécurité sociale.
- Et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application.

Article 20 - Limite de remboursement

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Article 21 - Informatique et libertés

La Mutuelle Saint-Martin, dont le siège social est situé à 3 rue Duguay-Trouin – 75006 Paris, dans le cadre de ses activités d'assurance, s'engage à assurer la protection, la confidentialité et la sécurité des données à caractère personnel de ses adhérents et ce dans le respect du Règlement de l'Union Européenne 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données dit « RGPD ») et de la loi modifiée n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La Mutuelle Saint-Martin ne traite des données à caractère personnel que pour des finalités déterminées, explicites et légitimes : proposition de devis pour une offre d'assurance santé, émission d'une offre d'assurance santé, gestion de contrat d'assurance santé, gestion de prestations santé, encaissement des cotisations, gestion de la relation client, gestion de l'entraide, gestion des opérations d'information et de prévention, réalisation des contrôles et diligences réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme.

Les données collectées sont nécessaires à l'accomplissement des points mentionnés ci-dessus. Celles-ci sont conservées pour la durée nécessaire à l'accomplissement des finalités mentionnées ci-dessus telles que prescrites par la loi applicable. Les données collectées sont destinées aux services internes de la Mutuelle Saint-Martin, à ses sous-traitants participant à la gestion des contrats d'assurance santé ainsi qu'à ses prestataires de services informatiques.

Les adhérents disposent à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, ou d'effacement ou de limitation ou d'opposition et de portabilité de leurs données à caractère personnel ainsi que du droit d'organiser des directives après leur mort. Ils disposent également du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles.

Le Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle Saint-Martin peut être contacté par courriel à l'adresse dpo@mutuellesaintmartin.fr ou par courrier à l'adresse 3 rue Duguay-Trouin – 75006 PARIS.

Article 22 - Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L. 224-8 du même Code, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence

desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage(nt) à lui déclarer, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

Article 23 – Réclamation, Médiation et Questions

Article 23-1 - Réclamation

Les adhérents ou leurs ayants droit ont la possibilité de contacter la Mutuelle Saint-Martin en vue d'apporter une réponse à toute réclamation :

Par courrier : Mutuelle Saint-Martin - Service Relations Clientèle - 3 rue Duguay-Trouin - 75280 Paris cedex 06

Par téléphone : 01 42 22 91 27 **Par courriel :** servicerelationmsm@unionsaintmartin.fr

A compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle apporte une réponse au demandeur dans un délai de 10 jours.

Dans l'hypothèse où une réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle lui adresse un courrier précisant le délai dans lequel une réponse pourra être apportée, dans la limite de 2 mois.

Article 23-2 - Médiation

Après épuisement de la procédure de réclamation précitée et sous réserve qu'aucune action contentieuse relative au litige n'ait été intentée, l'adhérent, ses ayants droit ou la Mutuelle Saint-Martin peuvent saisir le Médiateur.

La saisine du Médiateur est ouverte dans les conditions prévues au Titre V du Livre I du Code de la consommation. Elle est gratuite et doit être adressée par voie postale à l'attention du :

Médiateur de la Mutuelle Saint-Martin - 3 rue Duguay-Trouin - 75280 PARIS CEDEX 06

La demande doit être introduite au plus tard dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite adressée à la Mutuelle Saint-Martin dans les conditions susvisées. L'introduction de la procédure de médiation suspend la prescription des actions susceptibles d'être engagées au titre du litige.

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu dans un délai de trois mois à compter de la notification aux parties par le Médiateur de sa saisine. Le Médiateur peut prolonger ce délai en cas de litige complexe.

Si l'adhérent n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de saisir la juridiction compétente.

Article 23-3– Questions

Vous avez une question générale sur la réglementation et les pratiques en banque et en assurance ?

Nous vous invitons à consulter en priorité les questions – réponses publiées sur le site Assurance Banque Épargne Info Service – ABEIS (<https://www.abe-infoservice.fr>).

Le site ABEIS vous propose de nombreuses informations pratiques sur les produits bancaires et d'assurance mais aussi pour vous orienter dans vos démarches, notamment en cas de litige.

Vous pouvez adresser une copie de votre réclamation à l'ACPR, porter à sa connaissance une difficulté rencontrée avec un professionnel ou poser une question :

Par courrier :

Banque de France

Demande ACPR

TSA 50120

75035 PARIS CEDEX 01

Par voie électronique, en créant un compte sur le portail des demandes en ligne de la Banque de France.

(*) HENNER
Centre de gestion Mutuelle Saint-Martin
TSA 81938
92894 NANTERRE CEDEX 9

Mail : gestion@mutuellesaintmartin.fr
Tél : 03 26 79 21 06
Fax : 03 10 00 13 81

ANNEXES

Ces annexes sont mises à jour après validation par chaque Assemblée Générale ou décisions du Conseil d'administration de la Mutuelle Saint-Martin. Elles contiennent également des règles d'affiliation ou précisions de prises en charge opposables à l'adhérent.

Annexe 1 Garanties « Groupe Culte »

Annexe 2 Garanties « Aspirant(e)s, Postulant(e)s, Novices et Séminaristes »

Annexe 3 Garanties « Régime Particulier »

Annexe 4 Garanties « MM Hospitalisation »

Annexe 5 Garanties Assistance

Annexe 6 Frais de gestion et niveau de redistribution

Les documents listés ci-contre (annexes 1 à 4) sont joints à cet envoi sous forme d'un document distinct :

- Livret Contrats 2025 – Gammes CULTÉ

SEULE L'ANNEXE 6 SE TROUVE CI-DESSOUS.

Pour obtenir ce Règlement Mutualiste complet et/ou l'annexe 5, vous pouvez adresser un mail à :

servicerelationmsm@unionsaintmartin.fr

ANNEXE 6

FRAIS DE GESTION ET NIVEAU DE REDISTRIBUTION

RATIO SINISTRES/COTISATIONS

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

En 2023, ce ratio était égal à 79,23% au sein de la Mutuelle Saint-Martin.

RATIO FRAIS DE GESTION / COTISATIONS

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

En 2023, ce ratio était égal à 13,99% au sein de la Mutuelle Saint-Martin.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.