

# REGLEMENT MUTUALISTE

---

## BRANCHE CONTRATS « MA SANTE MSM » MABC

Le présent règlement s'applique aux adhérents des contrats individuels susnommés et aux adhérents des contrats TNS (travailleurs non-salariés).



*Texte validé par le CA du 1<sup>er</sup> avril 2025*

# SOMMAIRE

Article 1 - Objet.....	3
Article 2 - Adhérents concernés .....	3
<b>1 - CONDITIONS D'ADHESION.....</b>	<b>3</b>
Article 3 – Effet et modalités de l'adhésion .....	3
Article 3.1 – Date d'effet et modalités d'adhésion.....	3
Article 3.2 – Faculté de renonciation en cas de vente à distance et de démarchage.....	3
Article 4 - Durée de l'adhésion - Délai de stage.....	4
Article 5 - Changement de garanties et de tranches d'âges influant sur les cotisations .....	4
Article 6 - Démission, Radiation, Exclusion .....	4
Article 7 - Résiliation .....	4
Article 7.1 - Principes généraux.....	4
Article 7.2 - Résiliation infra annuelle .....	4
<b>2 - PRESTATIONS .....</b>	<b>4</b>
Article 8 - Nature et versements des prestations .....	4
<b>3 - GARANTIES ET PRESTATIONS PROPRES .....</b>	<b>5</b>
Article 9 - Garanties.....	5
Article 9-1 - Définition des garanties .....	5
Article 9-2 - Caractère « responsable » des garanties.....	5
<b>4 - COTISATIONS.....</b>	<b>5</b>
Article 10 - Cotisations .....	5
Article 11 - Conséquences d'un défaut de paiement .....	6
<b>5 - DISPOSITIONS DIVERSES.....</b>	<b>6</b>
Article 12 - Prescription .....	6
Article 13 - Fonds National d'Entraide.....	7
Article 14 - Modification dans la situation du membre participant et des ayants droit.....	7
Article 15 - Informations de l'adhérent .....	7
Article 15.1 - Informations générales .....	7
Article 15.2 - Frais de gestion et niveau de redistribution .....	7
Article 16 - Exclusions.....	7
Article 17 - Limite de remboursement.....	8
Article 18 - Informatique et libertés .....	8
Article 19 - Subrogation.....	8
Article 20 – Réclamation, Médiation et Questions.....	9
Article 20.1 - Réclamation .....	9
Article 20.2 - Médiation.....	9
Article 20.3 – Questions .....	9
<b>ANNEXES .....</b>	<b>11</b>

## 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 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.

La Mutuelle Saint-Martin est immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 775 688 708 et son siège social est situé au 3 rue Duguay-Trouin à Paris (75006).

## 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. Il concerne : les adhérents de la Mutuelle Saint-Martin définis à l'article 7, paragraphe II des statuts et les ayants droit de ces adhérents, définis à l'article 7, III des statuts.

# 1 - CONDITIONS D'ADHESION

---

## Article 3 – Effet et modalités de l'adhésion

### Article 3.1 – Date d'effet et modalités d'adhésion

Pour toute adhésion, la date d'effet retenue est le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la demande. 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 (\*).

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 3.2 – Faculté de renonciation en cas de vente à distance et de démarchage

Dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance ou à la suite d'un démarchage et à titre non professionnel, le membre participant dispose d'un droit de renonciation propre aux opérations d'assurance à distance (téléphone, télécopie, courrier, Internet...), dans les conditions prévues par les articles L. 221-18 et L. 221-18-1 du Code de la Mutualité.

Il peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalité.

Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il doit en informer la Mutuelle. Un modèle de lettre de rétractation figure en annexe de ce règlement.

La Mutuelle rembourse au membre participant au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception de la notification, toutes les sommes perçues en application du contrat.

#### **Article 4 - Durée de l'adhésion - Délai de stage**

L'adhésion au règlement est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, selon les dispositions légales, réglementaires et statutaires en vigueur. Aucun délai de stage n'est appliqué.

#### **Article 5 - Changement de garanties et de tranches d'âges influant sur les cotisations**

Le choix du niveau des garanties est fait pour une durée d'une année civile et ne peut être modifié en cours d'année.

Il est possible de changer de garanties annuellement dans le cas du choix d'une option « inférieure » ou « supérieure » à celle qui est en cours.

Toute modification pour l'année suivante doit être demandée à la Mutuelle (\*) avant le 15 novembre de l'année en cours.

Chaque bénéficiaire change de catégorie de tranche d'âge au 1<sup>er</sup> janvier suivant la date anniversaire motivant ce changement.

#### **Article 6 - 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 7 - Résiliation**

##### **Article 7.1 - 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, départ à l'étranger sans être couvert par un régime de base obligatoire, adhésion à une mutuelle complémentaire obligatoire. Dans ces cas, la résiliation sera effective le premier jour du mois suivant la date de l'évènement.

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 le 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 7.2 - 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 8 - 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 dossiers de demande de remboursement doivent être adressés à la Mutuelle (\*) qui reste, dans ce cas, le seul intermédiaire de l'adhérent. Les prestations sont gérées par délégation à la société HENNER.

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

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

Mail : [gestion@mutuellesaintmartin.fr](mailto: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 d'adhérent, 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 9 - Garanties

#### Article 9-1 - 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 9-2 - 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 » définie 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 ».

## 4 - COTISATIONS

---

### Article 10 - Cotisations

Le montant des cotisations est fixé annuellement par le Conseil d'administration dans le respect des règles

générales fixées par l'Assemblée Générale ou, en cas de délégation, par le Conseil d'administration, conformément à l'article L. 114-11 du code de la Mutualité et voire en fonction du nombre d'ayants droit et de l'âge de l'adhérent au 1<sup>er</sup> janvier de l'année. Elles sont versées à la Mutuelle (\*) selon les modalités définies dans le bulletin d'adhésion et d'affiliation aux garanties MSM. Les membres participants s'engagent au paiement de la cotisation. Elle peut être réglée annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement à terme à échoir. Elle peut être prélevée selon les mêmes échéances. **La cotisation mensuelle ne peut être réglée par chèque.** 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 l'article 7 du règlement mutualiste, 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. L'appel de la cotisation est effectué auprès de l'adhérent. 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 11 - 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.

## 5 - DISPOSITIONS DIVERSES

---

### Article 12 - Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au règlement se prescrit par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court pas en cas de :

- réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru du fait du membre participant, à compter du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- réalisation du risque, à compter 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 13 - Fonds National d'Entraide

L'entraide est - depuis la création en octobre 2011 de la mutuelle dédiée d'action sociale (MSM-AS) - gérée par celle-ci via une convention pour les adhérents aux contrats « Ma Santé MSM ». 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 de la MSM, sans qu'il soit nécessaire que la MSM fasse voter par son Assemblée Générale Extraordinaire la mise à jour de l'article 54 de ses statuts.

### Article 14 - Modification dans la situation du membre participant et des ayants droit

Le membre participant informe Henner - HENNER - CENTRE DE GESTION MUTUELLE SAINT-MARTIN - TSA 81938 - 92894 NANTERRE CEDEX 9 par courrier simple ou par courriel ou via l'espace adhérent en ligne - des changements suivants :

- changement de résidence
- changement de régime de Sécurité sociale
- nouvelle domiciliation bancaire (par envoi d'un relevé d'identité bancaire)
- modification de la situation familiale des personnes inscrites comme ayants droit

### Article 15 - Informations de l'adhérent

#### Article 15.1 - Informations générales

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

#### Article 15.2 - Frais de gestion et niveau de redistribution

La Mutuelle<sup>(\*)</sup> 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 16 - 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 les 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.

- 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.
- 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.
- 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 17 - 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 18 - 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, d'effacement, de limitation, d'opposition et de la 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](mailto:dpo@mutuellesaintmartin.fr) ou par courrier à l'adresse 3 rue Duguay-Trouin – 75006 PARIS.

### Article 19 - 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 20 – Réclamation, Médiation et Questions

### Article 20.1 - 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 tel :** 01 42 22 91 27

**Par courriel :** [serviceclient@unionsaintmartin.fr](mailto:serviceclient@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 20.2 - 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 20.3 – 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.

<p>(*) <b>HENNER</b> <b>Centre de gestion Mutuelle Saint-Martin</b> <b>TSA 81938</b> <b>92894 NANTERRE CEDEX 9</b></p>	<p><b>Mail : <a href="mailto:gestion@mutuellesaintmartin.fr">gestion@mutuellesaintmartin.fr</a></b> <b>Tél : 03 26 79 21 06</b> <b>Fax :03 10 00 13 81</b></p>
--	--

---

**Mutuelle Saint-Martin**

Régie par le code de la Mutualité • SIREN n° 775 688 708  
3 rue Duguay-Trouin - 75280 Paris cedex 06 • Tél. : 01 42 22 07 77  
[www.mutuellesaintmartin.fr](http://www.mutuellesaintmartin.fr)

## 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 : Contrat individuel « Ma santé mSm » MABC

Annexe 2 : Garanties Assistance

Annexe 3 : Frais de gestion et niveau de redistribution

Annexe 4 : Formulaire de renonciation

**L'annexe 1 est jointe à cet envoi sous la forme d'un document distinct :**

- **Contrats 2024 – Gamme Individuelle Particuliers, familles**

**SEULES LES ANNEXES 3 ET 4 SE TROUVENT CI-DESSOUS.**

**Pour obtenir ce Règlement Mutualiste complet et/ou l'annexe 2, vous pouvez adresser un mail à :**

***[servicerelationmsm@unionsaintmartin.fr](mailto:servicerelationmsm@unionsaintmartin.fr)***

## ANNEXE 3

### 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.

## ANNEXE 4

### FORMULAIRE DE RENONCIATION

Nom  
Prénom  
Adresse

**Objet : Formulaire de renonciation**

**A l'attention de HENNER – Centre de gestion  
Mutuelle Saint-Martin – TSA 81938  
92894 NANTERRE CEDEX 09**

Fait à ..., le ...

Madame, Monsieur,

Le ... **[date]**, j'ai souscrit à distance auprès de vous un contrat de complémentaire santé.

Après réflexion, je vous informe que j'exerce mon droit de renonciation de 14 jours conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.

En conséquence, je vous demande de procéder dans les meilleurs délais au remboursement du solde des cotisations déjà perçues.

J'atteste sur l'honneur que toutes sommes perçues à titre de remboursement de frais de santé entre la souscription et la renonciation seront restituées intégralement à la Mutuelle Saint-Martin dans un délai de trente (30) jours.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de mes sentiments distingués.

Signature