CONTRATS 2026



MUTUELLE SAINT MARTIN 1950 75 ANS 2025 UNE HISTOIRE QUI CONTINUE EN 2026

TRAVAILLEURS NON SALARIES • TNS

Contrat individuel ma santé mSm

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 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'Eglise.
- 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.

La Mutuelle Saint-Martin assure le remboursement de tout ou partie des frais médicaux en cas d'accident, maladie ou maternité, engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par l'Assurance maladie.

Il est possible d'assurer son conjoint et ses enfants à charge et de choisir parmi plusieurs options suivant le niveau de garantie souhaité.

Option M
Nécessaire

Une couverture des soins prioritaires et indispensables, le remboursement intégral des dépenses 100 % santé, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires ou d'équipements en panier libre.

Option A
Essentiel

Une formule qui permet de réduire les montants qui restent à charge sur les soins médicaux et équipements courants et offre un meilleur remboursement de la pharmacie et des frais d'hospitalisation.

Option B
Confort

Une couverture qui permet d'avoir un complément de remboursement sur les soins qui coûtent chers : prothèses dentaires, verres progressifs, lentilles de vues... mais aussi sur la chirurgie de la myopie ou du matériel orthopédique.

Option C
Confort Renforcé

L'assurance d'une meilleure prise en charge des dépassements d'honoraires, de l'optique, du dentaire et de l'audiologie et le remboursement de prestations médicales ou paramédicales non prises en charge par l'Assurance Maladie : ostéopathe, pédicure-podologue, diététicien (bilan) ou psychomotricien.

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-connaitre



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 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 2025, la Mutuelle Saint-Martin compte 47 840 adhérents dont 24 224 prêtres, religieux et religieuses.

Le geste de Saint Martin



© www.transmettre.fr

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 leurs éventuelles prises 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...). Pour les forfaits de remboursement annuel ou pluriannuel, la période prise en compte est l'année civile. Les contrats proposés respectent la règlementation relative aux contrats responsables.

Nota : tous les sigles utilisés sont détaillés dans le lexique en page 13.

PRESTATIONS maSantémSm	Régime Obligatoire RO [1]	RO + OPTION M	RO + OPTION A	RO + OPTION B	RO + OPTION C
[1] Les taux de remboursement du Régime Obligatoire (RO) présentés 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 *sans limitation de durée*	0 % FR	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	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Médecins généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	80 % BR ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Frais de séjour					
Frais de séjour en établissements pris en charge par l'AM	80 % BR ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR	300 % BR
BR : dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est calculé sur une base reconstitutée identique à celle du secteur conventionné.					
Chambre particulière et frais d'accompagement					
Hospitalisation (hors ambulatoire et psychiatrie) *par jour limité à 30 jours par année civile*	0 €	0 €	20 € / jour	30 € / jour	60 € / jour
Frais d'accompagnement (par jour) d'enfant de moins de 12 ans	0 €	0 €	31 € / jour	31 € / jour	60 € / jour
Autres					
Participation Forfaitaire Urgence (PFU)	0 % FR	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
Le forfait 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 % BR	100 % BR	100 % BR
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Médecins généralistes adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	100 % BR	130 % BR	150 % BR	200 % BR
Médecins généralistes non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	100 % BR	110 % BR	130 % BR	180 % BR
Médecins spécialistes adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	100 % BR	130 % BR	150 % BR	200 % BR
Médecins spécialistes non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	100 % BR	110 % BR	130 % 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	120 % BR	150 % BR
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	100 % BR	130 % BR

PRESTATIONS maSantémSm	Régime Obligatoire RO [1]	RO + OPTION M	RO + OPTION A	RO + OPTION B	RO + OPTION C
[1] Les taux de remboursement du Régime Obligatoire (RO) présentés sont ceux du Régime Général.					
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux tels que: infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues,diététiciens (bilan et suivi)	60 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Médicaments					
Pharmacie remboursée par l'AM à 65 %	65 % 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
Pharmacie remboursée par l'AM à 15 %	15 % BR	0 % BR	30 % BR	30 % BR	30 % BR
Vaccin pris en charge par l'AM	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical					
Orthopédie remboursée par l'AM	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèses médicales (appareillages et accessoires, autres que dentaires et auditive) remboursés par l'AM	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Analyses					
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par l'AM	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
DENTAIRE					
100 % Santé	***100 % Santé*** *(tels que définis réglementairement)*				
Soins et prothèses dentaires *Prestations sans reste à charge, dans la limite des honoraires limites de facturation*	60 % BR*	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Les inlay onlay et les prothèses dentaires du panier 100 % Santé sont pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.					
Hors 100 % Santé	***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	150 % BR	200 % BR
Radiologie dentaire prise en charge par AM	70 % BR*	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % 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 *Panier à reste à charge maîtrisé et Panier libre*	60 % BR	100 % BR	150 % BR	250 % BR [1]	350 % BR [1]
[1] Sur les prothèses et l'orthodontie prise en charge par l'AM : plafond par an et par bénéficiaire de 915 € en option B et de 1 120 € en option C					
Prothèses dentaires non remboursées par l'AM	-	0 % BRR	0 % BRR	150 % BRR [2]	200 % BRR [2]
[2] Sur les prothèses et l'orthodontie non prises en charge par l'AM : plafond par an et par bénéficiaire de 382 € en option B et 534 € en option C					
Inlays / Inlays core / Onlays *Panier reste à charge maîtrisé et Panier libre*	60 % BR	100 % BR	150 % BR	250 % BR [3]	350 % BR [3]
[3] Les prestations Inlays/Inlays core/Onlays sont comptabilisées dans les plafonds définis pour les prothèses dentaires au titre de l'option B et de l'option C.					
Implantologie					
2 implants par an et par bénéficiaire	-	0 €	100 € par implant	150 € par implant	300 € par implant
Orthodontie					
Prestations d'orthodontie, remboursée par l'AM (traitement par semestre échu et bilan)	60 % BR* ou 100 % BR	100 % BR	150 % BR	300 % BR	400 % BR
Prestations d'orthodontie, non remboursée par l'AM Enfant jusqu'à 16 ans (traitement par semestre échu et bilan)	-	0 % BRR	0 % BRR	150 % BRR	200 % BRR
Paradontologie					
Paradontologie prise en charge par l'AM	60 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR

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

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...). Pour les forfaits de remboursement annuel ou pluriannuel, la période prise en compte est l'année civile. Les contrats proposés respectent la règlementation relative aux contrats responsables.

Nota : tous les sigles utilisés sont détaillés dans le lexique en page 13.

PRESTATIONS maSantémSm	Régime Obligatoire RO [1]	RO + OPTION M	RO + OPTION A	RO + OPTION B	RO + OPTION C

[1] Les taux de remboursement du Régime Obligatoire (RO) présentés 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.

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 *Prestations sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente au public*	60 % BR	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Hors 100 % Santé	***Hors 100 % Santé*** *(prestations avec un éventuel reste à charge)*				
	Aide auditive de classe II, par oreille *Prise en charge d'un équipement auditif, par oreille, plafonnée à 1 700 € (y compris remboursement AM)*	60 % BR	100 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
	Consommables, piles et accessoires pris en charge par l'AM	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

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 pour les enfants de moins de 16 ans ou 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, vaiation 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 réglementaire de verres page 7.

100 % Santé	***100 % Santé*** *(tels que définis réglementairement)*				
	Monture, verres, prestations d'appairage, suppléments filtres	60 % BR	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels	100 % Frais Réels
Hors 100 % Santé	***Hors 100 % Santé*** *(prestations avec un éventuel reste à charge)*				
	La prise en charge de la monture est plafonnée à 100 € (y compris remboursement RO). Cf. grille de classification réglementaires de verres ci-contre..				
	Monture + 2 verres simples	60 % BR	100 % BR	60 % BR + 160 €	60 % BR + 200 €	60 % BR + 350 €
	Monture + 2 verres complexes	60 % BR	100 % BR	60 % BR + 220 €	60 % BR + 280 €	60 % BR + 450 €
	Monture + 2 verres hypercomplexes	60 % BR	100 % BR	60 % BR + 220 €	60 % BR + 280 €	60 % BR + 450 €
	Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	60 % BR	100 % BR	60 % BR + 190 €	60 % BR + 230 €	60 % BR + 400 €
	Monture + 1 verre simple + 1 verre hypercomplexe	60 % BR	100 % BR	60 % BR + 190 €	60 % BR + 230 €	60 % BR + 400 €
	Monture + 1 verre complexe + 1 verre hypercomplexe	60 % BR	100 % BR	60 % BR + 220 €	60 % BR + 280 €	60 % BR + 450 €
	Prestation d'adaptation (par équipement) et suppléments pour verres avec filtres, pris en charge par l'AM	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Lentilles cornéennes					
	Lentilles remboursées par l'AM/an/bénéficiaire	60 % BR	100 % BR	250 % BR	600 % BR	800 % BR
	Lentilles non remboursées par l'AM/par an/par bénéficiaire Forfait/an/bénéficiaire, sauf lentilles colorées	0 €	0 €	0 €	92 €/an	153 €/an
	Chirurgie réfractive					
	Par oeil, par an et par bénéficiaire	0 €	0 €	0 €	150 €/an	200 €/an

PRESTATIONS maSantémSm	Régime Obligatoire RO [1]	RO + OPTION M	RO + OPTION A	RO + OPTION B	RO + OPTION C

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

CONSULTATIONS PSYCHOLOGIQUES					
MonPsy : prise en charge des consultations psychologues dans des conditions fixées par la réglementation	60 % 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 1ère 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

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 €	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 par an définis par le cahier des charges des contrats responsables	100 % BR selon l'acte	OUI	OUI	OUI	OUI
Cures thermales prises en charge par l'AM					
Frais d'hydrothérapie	65 % BR	0 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes médicaux	70 % BR	0 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais d'hébergement et transport	65 % BR	0 % BR	100 % BR + 60 €	100 % BR + 110 €	100 % BR + 160 €
Le forfait hébergement et transport n'est réglé qu'en cas de prise en charge initiale d'une partie par l'assurance maladie obligatoire.					
Assistance					
Inter Mutuelles Assistance (IMA) : 0 805 692 136 *Cf détail des aides en pages 14 et 15*	0 €	OUI	OUI	OUI	OUI
Autres					
Forfait naissance ou adoption *Participation aux frais médicaux liés à la naissance ou l'adoption d'un enfant*	0 €	0 €	200 €	250 €	350 €
Entraide et action sociale *Cf. détail des aides en pages 14 et 15*	0 €	OUI	OUI	OUI	OUI

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		
	Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	Entre -8.00 et 0.00 dioptries	≤ à +4.00 dioptries	
		Positive		≤ à 8.00 dioptries
Verres hyper complexes	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

Exemples de remboursements en euros

Ces exemples de remboursements sont donnés à titre indicatif et n'engagent pas la Mutuelle Saint-Martin.

Ils ont été élaborés en 2025 sur la base des grilles de garanties données ci-avant ainsi que sur la base des données communiquées par l'Assurance Maladie obligatoire. Ils tiennent compte de la déduction de la participation forfaitaire de 2 euros.

Montant servant de référence *Prix Limite de Vente (PLV) ou prix moyen*	CAS DU RÉGIME GÉNÉRAL		option M NECESSAIRE		option A ESSENTIEL		option B CONFORT		option C CONFORT RENFORCÉ	
	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
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 €
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans										
35 €	35 €	24,50 €	10, 50 €	0 €	10, 50 €	0 €	10, 50 €	0 €	10, 50 €	0 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)										
40 €	40 €	26 €	12 €	2 €	12 €	2 €	12 €	2 €	12 €	2 €
HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-CO										
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans										
50 €	35 €	24,50 €	10, 50 €	15 €	21 €	4,5 €	25,50 €	0 €	25,50 €	0 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)										
53 €	40 €	26 €	14 €	13 €	14 €	13 €	25 €	2 €	25 €	2 €
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 (NON ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-CO)										
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans										
62 €	23 €	16,10 €	6,90 €	39 €	9,20 €	36,70 €	13,80 €	32,10 €	25,30 €	20,06 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)										
66 €	23 €	14,10 €	6,90 €	45 €	9,20 €	42,70 €	13,80 €	38,10 €	25,30 €	26,60 €
MATÉRIEL MÉDICAL										
Paire de béquilles										
26,18 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,78 €	9,76 €	1,78 €	11,54 €	0 €	11,54 €	0 €

Montant servant de référence *Prix Limite de Vente (PLV) ou prix moyen*	CAS DU RÉGIME GÉNÉRAL		option M NECESSAIRE		option A ESSENTIEL		option B CONFORT		option C CONFORT RENFORCÉ	
	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										
Forfait journalier hospitalier (hébergement)										
20 €	0 €	0 €	20 €	0 €	20 €	0 €	20 €	0 €	20 €	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient - Par jour)										
60 €	0 €	0 €	0 €	60 €	20 €	40 €	30 €	30 €	60 €	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.										
Forfait de séjour en secteur privé										
838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0 €	24 €	0 €	24 €	0 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO (opération secteur privé, honoraire chirurgien)										
443 €	271,70 €	271,70 €	0 €	171,30 €	0 €	171,30 €	271,70 €	0 €	271,70 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (opération secteur privé, honoraire chirurgien)										
486 €	271,70 €	271,70 €	0 €	214,30 €	0 €	214,30 €	214,30 €	0 €	214,30 €	0 €
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'une suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hopital public.										
Forfait de séjour en secteur public										
3 754 €	3 754 €	3003,20 €	750,80 €	0 €	750,80 €	0 €	750,80 €	0 €	750,80 €	0 €

Exemples de remboursements en euros

Ces exemples de remboursements sont donnés à titre indicatif et n'engagent pas la Mutuelle Saint-Martin.

Ils ont été élaborés en 2025 sur la base des grilles de garanties données ci-avant ainsi que sur la base des données communiquées par l'Assurance Maladie obligatoire. Ils tiennent compte de la déduction de la participation forfaitaire de 2 euros.

Montant servant de référence *Prix Limite de Vente (PLV) ou prix moyen*	CAS DU RÉGIME GÉNÉRAL		option M NECESSAIRE		option A ESSENTIEL		option B CONFORT		option C CONFORT RENFORCÉ	
	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
OPTIQUE										
EQUIPEMENT 100 % SANTÉ										
Verres simples et monture										
115,00 €	34,50 €	20,70 €	94,30 €	0 €	94,30 €	0 €	94,30 €	0 €	94,30 €	0 €
Verres progressifs et monture										
210 €	63 €	37,80 €	172,20 €	0 €	172,20 €	0 €	172,20 €	0 €	172,20 €	0 €
EQUIPEMENT HORS 100 % SANTÉ										
Verres simples et monture										
366 €	0,15 €	0,09 €	0,06 €	365,85 €	160 €	205,91 €	200 €	165,91 €	319,91 €	46 €
Verres progressifs complexes et monture										
632 €	0,15 €	0,09 €	0,06 €	631,85 €	220 €	411,91 €	280 €	351,91 €	450 €	181,91 €
Lentilles non remboursées par l'AM										
150 €	0 €	0 €	0 €	150 €	0 €	150 €	92 €	58 €	150 €	0 €
Chirurgie réfractive										
1 500 €	0 €	0 €	0 €	1 500 €	0 €	1 500 €	150 €	1 350 €	200 €	1 300 €

Montant servant de référence *Prix Limite de Vente (PLV) ou prix moyen*	CAS DU RÉGIME GÉNÉRAL		option M NECESSAIRE		option A ESSENTIEL		option B CONFORT		option C CONFORT RENFORCÉ	
	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
DENTAIRE										
100 % SANTÉ										
Soins et prothèses (exemple : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires, HBLD634)										
515 €	120 €	72 €	443 €	0 €	443 €	0 €	443 €	0 €	443 €	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 €
Prothèses (exemple : couronne céramo-métallique sur molaires)										
561,99 €	120 €	72 €	72 €	417,99 €	108 €	381,99 €	180 €	309,99 €	252 €	237,99 €
Orthodontie - moins de 16 ans (exemple : traitement par semestre, 6 maximum)										
714,10 €	193,50 €	193,50 €	0 €	520,60 €	0 €	520,60 €	290,25 €	230,25 €	387,20 €	133,40 €
AIDES AUDITIVES										
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ										
Par oreille, pour un patient de plus de 20 ans										
950 €	400 €	240 €	710 €	0 €	710 €	0 €	710 €	0 €	710 €	0 €
ÉQUIPEMENT HORS 100 % SANTÉ										
Par oreille, pour un patient de plus de 20 ans										
1 515 €	400 €	240 €	240 €	1 035 €	480 €	795 €	600 €	675 €	720 €	555 €

Cotisations par personne

par tranche d'âges	option M NECESSAIRE		option A ESSENTIEL		option B CONFORT		option C CONFORT RENFORCÉ	
	par mois	par an	par mois	par an	par mois	par an	par mois	par an
18 - 24 ans	17,70 €	212,40 €	25,10 €	301,20 €	34,70 €	416,40 €	69,10 €	829,20 €
25 - 30 ans	24,00 €	288,00 €	38,60 €	463,20 €	50,70 €	608,40 €	76,10 €	913,20 €
31 - 35 ans	25,10 €	301,20 €	40,80 €	489,60 €	52,90 €	634,80 €	80,10 €	961,20 €
36 - 40 ans	28,10 €	337,20 €	46,90 €	562,80 €	58,90 €	706,80 €	91,30 €	1 095,60 €
41 - 45 ans	30,20 €	362,40 €	50,20 €	602,40 €	62,80 €	753,60 €	96,10 €	1 153,20 €
46 - 50 ans	39,20 €	470,40 €	54,90 €	658,80 €	67,60 €	811,20 €	104,40 €	1 252,80 €
51 - 55 ans	44,60 €	535,20 €	61,10 €	733,20 €	76,20 €	914,40 €	113,20 €	1 358,40 €
56 - 60 ans	51,70 €	620,40 €	66,60 €	799,20 €	87,00 €	1 044,00 €	127,20 €	1 526,40 €
61 - 65 ans	57,60 €	691,20 €	75,40 €	904,80 €	98,20 €	1 178,40 €	137,10 €	1 645,20 €
66 - 70 ans	64,50 €	774,00 €	91,00 €	1 092,00 €	107,90 €	1 294,80 €	146,00 €	1 752,00 €
71 - 75 ans	68,40 €	820,80 €	98,50 €	1 182,00 €	114,50 €	1 374,00 €	154,90 €	1 858,80 €
76 - 80 ans	70,10 €	841,20 €	100,80 €	1 209,60 €	117,20 €	1 406,40 €	158,50 €	1 902,00 €
Plus de 80 ans	73,40 €	880,80 €	105,60 €	1 267,20 €	122,80 €	1 473,60 €	166,10 €	1 993,20 €
1er et 2e enfant(s)* *Gratuité à partir du 3e enfant**	16,80 €	201,60 €	20,30 €	243,60 €	33,90 €	406,80 €	53,70 €	644,40 €

* Voir précisions ci-dessous

Cotisation à l'action sociale

Les tarifs de l'année en cours incluent l'ensemble des taxes et chargements ainsi qu'une cotisation de 1 % 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 %.

Enfant

- Enfant(s) à charge jusqu'à leur 28e anniversaire, rattaché(s) au foyer fiscal = Etudiant / Contrat d'apprentissage / Contrat de professionnalisation ou Inscrit dans un cursus de formation / Primo demandeur d'emploi
- Adulte handicapé (repris sous le numéro de Sécurité Sociale de l'un des parents)

Pour toute naissance à compter du 1er janvier de l'année en cours, les deux premiers mois de cotisation sont offerts.

Lexique

AM	**Assurance Maladie** Elle est financée par des cotisations versées par les assurés.
RO	**Régime Obligatoire** En France, il est obligatoire d'être affilié à un RO (Régime Général, Régime local d'Alsace-Moselle, …) afin de percevoir les remboursements de l'AM..
FR	**Frais Réels** Montant de dépense réellement engagée
BR	**Base de Remboursement** Tarif de référence retenu par l'AM pour calculer un remboursement
BRR	**Base de Remboursement Reconstituée** Pour les actes pour lesquels il n'y a pas de base de remboursement de sécurité sociale, la base de remboursement prise en compte pour le remboursement de votre mutuelle est reconstituée, c'est-à-dire qu'il est appliquée une base de remboursement identique à celle du secteur conventionné correspondant à la même nature d'actes (exemple : la BRR de l'orthodontie non remboursée par l'AM est la même que celle appliquée pour l'orthodontie remboursée par l'AM).
TM	**Ticket Modérateur** Différence entre la BR définie par l'AM et le montant remboursé par l'AM
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.
OPTAM	**Option Pratique Tarifaire Maîtrisée**
OPTAM-CO	**Option Pratique Tarifaire Maîtrisée 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 annuairesante.ameli.fr
PFU	**Participation Forfaitaire Urgence** Participation du patient aux frais liés à son passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation
PLV	**Prix Limite de Vente**

Pour plus de détails, renseignez-vous sur le site de l'assurance maladie : ameli.fr



AVANTAGES ET SERVICES

Découvrez les avantages et services inclus dans vos garanties, sans supplément 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 connaitre les conditions détaillées de ces différents services, consultez le site internet de la Mutuelle Saint-Martin :

www. mutuellesaintmartin.fr.

Assistance

Accident, hospitalisation, maladie soudaine, évènement 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 para-médical :** diététiciens, pédicures podologues, ostéopathes

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

mutuellesaintmartin.henner.com

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 encharge 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



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



Soutien psychologique

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

- **Mise en relation** avec l'un des 900 psychologues cliniciens expérimentés pour bénéficier du service de Soutien psychologique
- **Entretiens téléphoniques** : jusqu'à 5 par an
- **Entretiens en cabinet** : jusqu'à 3 selon l'appréciation du clinicien

En savoir +
https://mutuellesaintmartin.fr/avantage-et-service/soutien-psychologique/

Inter Mutuelles Assistance : 0805 692 136



Parrainage

Vous êtes satisfait(e) de votre mutuelle ? Partagez-la avec vos proches, vos amis, votre famille... et contribuez ainsi à son développement..

Une réduction pour vous, parrain

- 1 mois de cotisation offert par parrainage
- 2 parrainages maximum par an
- Gratuité appliquée en décembre de l'année suivant l'adhésion du filleul, ou sur novembre et décembre dans le cas de 2 parrainages

Et pour vos filleuls

- 2 mois de cotisation offerts pour le filleul
- Sans délai de stage ou de carence
- Sans limite d'âge
- Sans questionnaire médical

mutuellesaintmartin.avantage-et-service/parrainage



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 **230 €** dans la limite des dépenses réelles pour un séjour d'une semaine pour les adhérents de la Mutuelle Saint-Martin

- sous réserve des disponibilités de l'établissement
- sous réserve du plafond des semaines subventionnées
- sous conditions des ressources du demandeur

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 1e 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 note 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
Efficace et fraternelle

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, trois 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: servicerelationmsm@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.

Document non contractuel / Crédits photos : Yannick Boschat - Shutterstock
msm/d/gamme_indiv_tns_2026

MUTUELLE SAINT-MARTIN
Efficace et fraternelle

Travailleur Non Salarié

BULLETIN D'ADHÉSION

☐ Adhésion ☐ Modification*

À retourner à :
HENNER
CENTRE DE GESTION MUTUELLE SAINT-MARTIN
TSA 81938
92894 NANTERRE CEDEX 9

Tél : 03 26 79 21 06
Courriel : msm@mutuellesaintmartin.fr

A remplir en lettres CAPITALES

ADHÉSION

Date d'adhésion souhaitée |__|__| |__|__| |__|__|__|__| **NB :** adhésion pour une année au minimum et, au plus tôt, le 1er jour du mois suivant la demande

VOUS — le membre participant

Civilité..... Nom de naissance..... Prénom.....

Nom marital..... Date de naissance |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Pays de naissance..... N° Sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Adresse.....

Code Postal |__|__|__|__|__| Ville.....

Téléphone |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| Courriel..... @.....

Situtation de famille ☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Concubin(e) ou Pacsé(e) ☐ Séparé(e) de corps ou divorcé(e)

Je souhaite recevoir les alertes décomptes par mail : ☐ Oui ☐ Non

** Pour toute modification, merci de renseigner les champs ci-dessus.*

CONJOINT, ENFANTS QUE VOUS SOUHAITEZ COUVRIR

CONJOINT(E) (1)

Civilité..... Nom de naissance..... Prénom.....

Nom marital..... ..... Date de naissance |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Pays de naissance.....

N° Sécurité sociale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

ENFANT(S) A CHARGE (2)

Nom	Prénom	Né(e) le	Pays de naissance	N° Sécurité sociale
.....	.....	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	.....	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
.....	.....	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	.....	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
.....	.....	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	.....	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
.....	.....	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	.....	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
.....	.....	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	.....	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

(1) *Au sens de l'article R. 861-2 du Code de la Sécurité sociale*
(2) *À partir du 6e enfant à charge, merci d'indiquer les éléments sur papier libre*

TSVP

GARANTIE CHOISIE

applicable à l'ensemble de la famille

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ MASANTÉMSM

Ne cocher qu'une seule case

☐ **Option M** NECESSAIRE ☐ **Option A** ESSENTIEL ☐ **Option B** CONFORT ☐ **Option C** CONFORT RENFORCÉ

Cf. détails du contrat et des garanties sur le réglement mutualiste, l'IPID et la gamme de présentation.

MODE DE PAIEMENT

☑ Prélèvement mensuel → Joindre OBLIGATOIREMENT le mandat de prélèvement SEPA et votre RIB

MERCI DE JOINDRE A CE BULLETIN D'ADHÉSION

- ☐ Photocopie de votre attestation de droits de Sécurité Sociale accompagnant votre carte Vitale
- ☐ RIB
- ☐ Mandat SEPA
- ☐ Kbis ou inscription registre du commerce, inscription aux registres des métiers, professions libérale

EN CAS D'ADHÉSION DU CONJOINT

- ☐ Photocopie de l'attestation de droits de Sécurité Sociale accompagnant la carte Vitale de votre conjoint, concubin ou pacsé
- ☐ Document justifiant de votre vie commune ou l'attestation du PACS

EN CAS D'ADHÉSION D'ENFANT(S) (COUVERTS JUSQU'À LEUR 28e ANNIVERSAIRE) : étudiants *OU* contrat d'apprentissage *OU* contrat de professionnalisation *OU* inscrits dans un cursus de formation *OU* demandeurs d'emploi *OU* adultes handicapés (repris sous le numéro de Sécurité Sociale de l'un des parents)

- ☐ Photocopie de l'attestation de droits Sécurité Sociale accompagnant leur carte Vitale
- ☐ Certificat de scolarité
  OU Certificat ou attestation correspondant au contrat ou au cursus de formation
  OU Attestation d'inscription à Pôle Emploi pour les "primo demandeur d'emploi"
  OU Attestation prouvant le versement de l'allocation prévue par la législation sociale en faveur des personnes handicapées ou carte d'invalidité

LIAISON INFORMATIQUE AVEC VOTRE CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE

✓ En signant le présent document, j'accepte la mise en place d'une connexion NOEMIE* pour mon compte. De ce fait, j'autorise ma Caisse de Sécurité sociale à transmettre au centre de gestion de la Mutuelle Saint-Martin (HENNER) la copie de mes décomptes.

*NOEMIE : Norme Ouverte d'Echange Maladie avec les Intervenants Exterieurs.

- ☐ Je m'engage à fournir à la Mutuelle les éventuels changements d'adresse ou de compte bancaire ainsi que toutes les informations nécessaires à la gestion de mon dossier.
- ☐ Je certifie sincères et véritables les renseignements figurant sur ce document.
- ☐ J'atteste avoir pris connaissance que l'ensemble des documents relatifs à mon contrat [statuts de la Mutuelle Saint-Martin, règlement mutualiste, document d'information standardisé (Ipid)] est disponible sur le site internet www.mutuellesaintmartin.fr ou par courrier sur simple demande à servicerelationmsm@unionsaintmartin.fr.
- ☐ Je participe à l'entraide de la MSM-AS via mon adhésion à la MSM (participation de 1 % comprise dans mes cotisations).

Fait à .....

Le |__|__| |__|__| |__|__|

Signature du membre participant, précédée de la mention "*lu et approuvé*"

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.

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 est disponible sur www.mutuellesaintmartin.fr/renonciation/
La Mutuelle rembourse au membre participant, au plus tard dans les trente (30) jours suivants la réception de la notification, toutes les sommes perçues en application du contrat, sauf à ce que le membre participant ait donné son accord pour que le contrat soit exécuté avant l'arrivée du terme du délai de quatorze (14) jours, auquel cas le membre participant sera tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni.

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 2024, ce ratio était égal à 88 % au sein de la Mutuelle Saint-Martin.

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 2024, ce ratio était égal à 16,37 % 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.

Vos données personnelles sont destinées exclusivement à la Mutuelle Saint-Martin ainsi qu'à ses prestataires participant à la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée nécessaire au service de gestion telle que prescrite par les lois applicables en la matière. A ce titre, les données collectées sont obligatoires pour nous permettre de vous fournir le service. Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés modifiée du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de la portabilité de vos données à caractère personnel, ainsi que du droit d'organiser des directives sur le sort de vos données personnelles après votre décès. Pour l'exercice de ces droits, veuillez écrire au Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle Saint-Martin, 3 rue Duguay-Trouin, 75280 Paris cedex 06 - dpo@mutuellesaintmartin.fr.

MUTUELLE SAINT-MARTIN
Efficace et fraternelle

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area ou Espace unique de paiement en euros), vous autorisez :
a) la Mutuelle Saint-Martin à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
b) et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle Saint-Martin.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

a) LE CRÉANCIER

Mutuelle Saint-Martin
3 rue Duguay-Trouin
75280 Paris Cedex 06

Identifiant créancier SEPA

FR79 ZZZ 453906

Référence unique de mandat

LE DÉBITEUR veuillez compléter les champs suivants en majuscules

Nom ..... Prénom .....

Raison sociale .....

Adresse .....

Code postal | | | | | | Ville ..... Pays .....

b) Coordonnées bancaires du compte à débiter - joindre un Relevé d'Identité Bancaire

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC | | | | | | | | | | | |

LE TIERS-DÉBITEUR si différent du DÉBITEUR

Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.
Si vous payez la facture d'une autre personne, veuillez indiquer ci-dessous ses nom et prénom.

Nom ..... Prénom .....

TYPE DE PAIEMENT : récurrent

Fait à ..... le | | | | | | | | |

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance.

Signature

À retourner à :

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

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

msm/id/mandatsepa/2024

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).

MUTUELLE SAINT-MARTIN
Efficace et fraternelle

Texte validé par le CA du 15 septembre 2026

SOMMAIRE

Article 1 - Législation applicable 3
Article 2 - Objet 3
Article 3 - Adhérents concernés 3
1 - CONDITIONS D'ADHESION 4
Article 4 - Adhésion 4
Article 4.1 - Modalités de l'adhésion et effets 4
Article 4.2 - Faculté de renonciation en cas de vente à distance et de démarchage 4
Article 4.2.1 – Délai de renonciation en cas de vente à distance 4
Article 4.2.2 – Délai de renonciation en cas de démarchage 4
Article 5 - Durée de l'adhésion - Délai de stage 5
Article 6 - Changement de garanties et de tranches d'âges influant sur les cotisations 5
Article 7 - Démission, Radiation, Exclusion 5
Article 8 - Résiliation 5
Article 8.1 - Principes généraux 5
Article 8.2 - Résiliation infra annuelle 5
2 - PRESTATIONS 6
Article 9 - Nature et versements des prestations 6
Article 10 – Forfait naissance ou d'adoption (Participation forfaitaire) 6
Article 11 - Contrôle et expertise 7
Article 11.1 – Pièces complémentaires 7
Article 11.2 – Procédure de contrôle : expertise 7
Article 11.3 - Déchéance 8
3 - GARANTIES ET PRESTATIONS PROPRES 9
Article 12 - Garanties 9
Article 12.1 - Définition des garanties 9
Article 12.2 - Caractère « responsable » des garanties 9
4 - COTISATIONS 10
Article 13 - Cotisations 10
Article 14 - Conséquences d'un défaut de paiement 10
5 - DISPOSITIONS DIVERSES 10
Article 15 - Délai de déclaration, Prescription, Fausse déclaration 10
Article 15.1 - Délai de déclaration 10
Article 15.2 - Prescription 11
Article 15.3 – Fausse déclaration 11
Article 16 - Fonds National d'Entraide 12
Article 17 - Modification dans la situation du membre participant et des ayants droit 12
Article 18 - Informations de l'adhérent 12
Article 18.1 - Informations générales 12
Article 18.2 - Frais de gestion et niveau de redistribution 12
Article 19 - Exclusions 13
Article 20 - Limite de remboursement 13
Article 21 - Informatique et libertés 14
Article 22 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme 15
Article 23 - Subrogation 15
Article 24 - Réclamation, Médiation et Questions 15
Article 24.1 - Réclamation 15
Article 24.2 - Médiation 15
Article 24.3 - Questions 16
ANNEXES 17

Article 1 - Législation applicable

Le présent règlement mutualiste est soumis à la loi française.

Il est régi par le Code de la Mutualité et par les dispositions de la loi N°89-1009 du 31 décembre 1989.

Il est établi en conformité avec la réglementation concernant l'Assurance Maladie ; et les textes y afférents ainsi que les dispositions du code de la Sécurité sociale s'appliquant aux contrats de complémentaire santé responsables.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement.

Article 2 - 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 3 - 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 4 - Adhésion

Article 4.1 - Modalités de l'adhésion et effets

La date d'effet de l'adhésion est par principe le 1er 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.

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 (*).

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 entrainer un risque de non-remboursement d'une partie des dépenses de santé.

Article 4.2 - Faculté de renonciation en cas de vente à distance et de démarchage

Article 4.2.1 – Délai de renonciation en cas de vente à distance

Dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance et à titre non professionnel, le membre participant dispose d'un droit de renonciation dans les conditions prévues par l'article L. 221-18 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 par tous moyens donnant date certaine. Il peut utiliser à cet effet un modèle de lettre de rétractation figurant en annexe de ce règlement.

Article 4.2.2 – Délai de renonciation en cas de démarchage

Dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à la suite d'un démarchage et à titre non professionnel, le membre participant dispose d'un droit de renonciation dans les conditions prévues par l'article L. 221-18-1 du Code de la Mutualité.

Est réputée avoir été faite suite à un démarchage toute adhésion intervenue à domicile, sur le lieu de résidence ou sur le lieu de travail, même à la demande du membre participant, à la condition que l'adhésion n'intervienne pas dans le cadre de l'activité commerciale ou professionnelle du membre participant.

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

Ce délai commence à courir à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Le droit à renonciation peut être exercé en adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à la mutuelle : HENNER – Centre de gestion Mutuelle Saint-Martin – TSA 81938 – 92894 NANTERRE CEDEX 9.

Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il peut utiliser à cet effet un modèle de lettre de rétractation figurant en annexe de ce règlement.

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

L'adhésion au règlement est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1er 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 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 1er janvier suivant la date anniversaire motivant ce changement.

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, 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 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 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
- 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)

Article 10 – Forfait naissance ou d'adoption (Participation forfaitaire)

Le forfait naissance est une prestation en espèces versée par la Mutuelle Saint-Martin à l'adhérent à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant, lorsque cette prestation est prévue par la garantie souscrite.

Le forfait naissance est dû :

- lorsque la date de naissance ou la date de prise d'effet du jugement d'adoption de l'enfant intervient entre la date d'effet du contrat de l'adhérent et sa résiliation ;
- et sous réserve du rattachement effectif de l'enfant en qualité d'ayant droit sur le contrat de l'adhérent Mutuelle Saint-Martin dans un délai maximum de deux (2) mois suivant la date de naissance ou la date de prise d'effet du jugement d'adoption.

La demande de versement doit être accompagnée du justificatif suivant : acte de naissance ou jugement d'adoption d'assurance maladie.

En tout état de cause, la naissance ou l'adoption d'un enfant n'ouvrira droit au versement que d'un seul et unique forfait naissance par la Mutuelle Saint-Martin ou toute autre Mutuelle partenaire y compris lorsque l'enfant est rattaché au contrat de plusieurs adhérents et sauf stipulation contraire prévue au tableau de garanties.

Le forfait naissance est versé une seule fois par enfant dans un délai maximum de six (6) mois à compter de la demande de versement du forfait, sous réserve de la transmission complète des justificatifs requis.

Article 11 - Contrôle et expertise

Dans le cadre de la lutte contre la fraude, la Mutuelle peut procéder à la vérification des informations et documents fournis par le bénéficiaire ou les professionnels de santé au titre du versement des prestations et recourir à une procédure de contrôle.

Article 11.1 – Pièces complémentaires

La Mutuelle et/ou son délégataire de gestion pourra demander au bénéficiaire **les pièces originales complémentaires** à l'instruction du dossier listées ci-dessous et pourra contacter directement les professionnels de santé concernés :

- Optique : bon de livraison certifié et signé par l'opticien, ordonnances, emballage de boites de lentilles achetées
- Dentaire : devis du professionnel de santé, déclaration de conformité, passeport implantaire
- Aide auditive : ordonnance, audiogramme
- Transport : bon de transport, ordonnance
- Prescription médicale

- En tout état de cause, toutes pièces justificatives utiles à l'instruction du dossier.

En tout état de cause, tous les documents ou renseignements couverts par le secret médical seront remis, par le bénéficiaire, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil désigné par la mutuelle. L'enveloppe porte la mention « Secret médical ».

La Mutuelle s'engage à retourner au bénéficiaire les pièces originales transmises.

En tout état de cause, les pièces sont collectées dans le strict respect de la réglementation sur la protection des données à caractère personnel et du secret médical.

En cas de refus du membre participant de répondre aux demandes de justifications complémentaires de la mutuelle, le paiement des prestations concernées seront suspendues.

Article 11.2 – Procédure de contrôle : expertise

En cas de détection d'une anomalie / non-conformité, la Mutuelle peut également avoir recours à une expertise médicale effectuée par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de la santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge.

Cette expertise médicale s'exerce sur production de pièces justificatives et éventuellement d'un examen médical réalisé par le médecin conseil désigné par la mutuelle (notamment analyses, radios, photos, bons de traçabilité et tout document justifiant du plan de traitement …). Le membre participant a la faculté de se faire assister du médecin de son choix lors de cet examen. En cas de contrôle sur pièces, le membre participant peut également adresser les conclusions de son propre médecin traitant ou encore le nom du médecin qui l'assiste dans le cadre du contrôle mené au titre du présent article.

En cas d'examen médical, le membre participant sera préalablement convoqué par lettre recommandée avec accusé de réception et informé des modalités d'examens demandées par la

Mutuelle et de la faculté de se faire assister lors de ce contrôle, par le médecin de son choix, ou d'opposer les conclusions de son propre médecin traitant.

En tout état de cause, tous les documents ou renseignements médicaux seront remis, par le membre participant, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil désigné par la mutuelle. L'enveloppe porte la mention « Secret médical ».

Si l'assuré refuse de se soumettre à cette expertise, la Mutuelle se réserve le droit de suspendre le paiement des prestations concernées.

Les conclusions de l'expertise médicale sont notifiées à l'assuré par courrier recommandé avec accusé de réception. Elles peuvent fonder le refus de la mutuelle de verser la prise en charge de soins sollicitée ou fonder une demande de remboursement des prestations versées.

Le membre participant peut contester ces conclusions en adressant à la mutuelle (sous pli confidentiel, avec la mention « Secret médical » à l'attention du médecin / dentiste conseil en cas d'envoi de pièces ou renseignements couverts par le secret médical), dans un délai de quarante (40) jours calendaires à compter de la notification des conclusions, une lettre recommandée avec accusé de réception exposant l'ensemble des moyens à l'appui de sa contestation. Le membre participant qui conteste les conclusions de l'expertise médicale peut demander l'organisation d'une expertise amiable entre son médecin conseil et celui de la Mutuelle. Chaque partie prend à sa charge les honoraires et frais relatifs à l'intervention du médecin qu'il a désigné. En cas de désaccord entre ces deux médecins, les parties désigneront dans un délai d'un mois un 3ème médecin arbitre pour les départager, dont les frais seront supportés par moitié par chaque partie.

A défaut d'entente, l'organisation d'une expertise médicale pourra être demandée par voie judiciaire.

Article 11.3 - Déchéance

En cas d'identification d'une anomalie, non-conformité et/ou d'une fraude, la Mutuelle peut prononcer la déchéance de tous les droits à prestations du membre participant pour le ou le(s) sinistre(s) en cause. Si la fraude est confirmée, la mutuelle pourra mettre en œuvre la procédure d'exclusion telle que prévue à l'article 12 des statuts

3 - GARANTIES ET PRESTATIONS PROPRES

Article 12 - Garanties

Article 12.1 - 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 12.2 - 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 à 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 13 - 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 1er 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 14 - 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 15 - Délai de déclaration, Prescription, Fausse déclaration

Article 15.1 - Délai de déclaration

Les demandes de remboursement des prestations doivent être produit dans un délai maximum de deux (2) ans à partir :

- soit de la date des soins,
- soit de la date retenue par le décompte de sécurité sociale,

sauf cas de force majeur ou cas fortuit ou si la Mutuelle ne subit pas de préjudice.

Ce délai court à compter de la date de paiement pour les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire et remboursées par la Mutuelle sur présentation de la facture acquittée.

Article 15.2 - Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- **En cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 dans les conditions définies par l'article L221-12 du Code de la Mutualité.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressé par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil, à savoir :

- **La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),**
- **L'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code civil),**
- **Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, …) (article 2444 du Code civil),**
- **L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet hériter n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),**
- **L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).**

Article 15.3 – Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle caractérisant une fraude de la part du membre participant, ce dernier est informé par la Mutuelle, des fautes constatées et de la preuve du caractère frauduleux de ces dernières et invité à fournir des explications.

Conformément aux dispositions de l'article L221-14 du Code de la Mutualité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette fraude ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le

membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque , sous réserve pour la Mutuelle des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

En cas de fraude ou de tentative de fraude par les membres participants ou leurs ayants droit, que ce soit dans le paiement des cotisations ou pour l'obtention de prestations indues, ces derniers peuvent être exclus de la Mutuelle : celle-ci se réserve le droit de déposer plainte et d'effectuer toute poursuite en réparation du préjudice qu'elle aura subi. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

L'exclusion des membres participants qui auraient porté atteinte aux intérêts de la mutuelle s'effectuera conformément aux dispositions de l'article 12 des statuts.

En application de l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi ou le caractère intentionnel n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion, dans le cadre des règlements moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 16 - 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 17 - 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 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 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 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 indemnisations 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 comme les propositions de devis pour une offre d'assurance santé, l'émission d'une offre d'assurance santé, l'examen, le contrôle, la surveillance des risques, la gestion de contrat d'assurance santé, la gestion de prestations santé, l'encaissement des cotisations, la gestion des impayés et leur recouvrement, l'exercice des recours, la gestion de la relation client, la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion de l'entraide, la gestion des opérations d'information et de prévention, la réalisation des contrôles, l'élaboration des statistiques et les études actuarielles et les 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 et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux. 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 et commerciaux ainsi qu'aux personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins conseils et le personnel habilité. S'il y a lieu, peuvent avoir accès aux données à caractère personnel dans les limites de leurs attributions respectives en fonction des traitements concernés toutes personnes intéressées au contrat (ayants droits et représentants), ainsi que les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir, les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne. Ces informations peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées.

En aucun cas, les données ainsi collectées ne seront transmises à des organismes tiers en vue de démarches commerciales.

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 de l'autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles, la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS ou www.cnil.fr.

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.

La Mutuelle dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la demande pour réponde aux sollicitations. Au besoin, ce délai peut être prolongé de deux (2) mois, en raison de la complexité et du nombre de demandes. Dans ce cas, le Délégué à la Protection des Données informera le membre participant du prolongement du délai initial.

Article 22 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

En application des articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier, la Mutuelle applique les dispositifs de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme notamment aux regards des obligations de vigilance et de déclaration auprès de la cellule de renseignement financier nationale Tracfin, pour des sommes ou opérations qui proviendraient d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou liées au financement du terrorisme, ou provenant d'une fraude fiscale, ou en cas de tentative de ces opérations, ainsi qu'à l'issue de l'examen renforcé prescrit à l'article L. 561-10-2 du Code monétaire et financier.

Article 23 - 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 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 24 - Réclamation, Médiation et Questions

Article 24.1 - 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 tél**. : 01 70 64 07 52
- **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 24.2 - 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 l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09

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 24.3 - 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
- Adresse postale :
  Centre de gestion Mutuelle Saint-Martin - TSA 81938 - 92894 NANTERRE CEDEX 9
- Adresse électronique : gestion@mutuellesaintmartin.fr
- Téléphone : 03 26 79 21 06
- Fax : 03 10 00 13 81

msm/id/rm_mabc/20261001

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.

> **L'annexe 1 est disponible sur demande :**
> **« Contrats 2027 – Gamme Individuelle Particuliers Familles »**

Annexe 1 Contrat individuel « Ma santé mSm » MABC

> **L'annexe 2 est disponible sur demande (voir ci-dessous)**
> **Ou sur le site dans l'Espace Secrétaires et responsables / Onglet : Documentation / Bloc : Services et assistance**

Annexe 2 Garanties Assistance

> **Les annexes 3, 4 et 5 se trouvent pages suivantes.**

Annexe 3 Frais de gestion et niveau de redistribution
Annexe 4 Formulaire de renonciation en cas d'adhésion à distance
Annexe 5 formulaire de renonciation en cas d'adhésion par démarchage téléphonique

Pour obtenir ce Règlement Mutualiste complet
et/ou les annexes 1 et 2,
vous pouvez adresser un mail à :
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 2025, ce ratio était égal à 83% 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 2025, ce ratio était égal à 15,36% 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 en cas d'adhésion à distance

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 adhéré à distance au règlement mutualiste « ma santé mSm », enregistré sous le numéro de contrat … ***[numéro]*** auprès de votre mutuelle.

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 les 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

ANNEXE 5
FORMULAIRE DE RENONCIATION

Nom
Prénom
Adresse

Objet : Formulaire de renonciation en cas d'adhésion par démarchage téléphonique

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 adhéré à distance au règlement mutualiste « ma santé mSm », enregistré sous le numéro de contrat … ***[numéro]*** auprès de votre mutuelle.

Après réflexion, je vous informe que j'exerce mon droit de renonciation de 14 jours conformément à l'article L. 221-18-1 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 les 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

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle Saint-Martin : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN n° 775 688 708
IMA ASSURANCES, SA au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 9. Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632

MUTUELLE SAINT-MARTIN
Efficace et fraternelle

Produit : contrats individuels "ma Santé mSm"

Ce document d'information présente un résumé des principaux risques assurés et des principales exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé « ma Santé mSm » est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et de ses éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité Sociale française. Le produit respecte la réglementation relative aux contrats responsables.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds** qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent à titre informatif dans le tableau des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et **une somme peut rester à votre charge.**

Les garanties systématiquement prévues

- ✓ **Médecine courante :** consultations généralistes et spécialistes, pharmacie prise en charge par l'assurance maladie à 65 % et 30 %, actes de laboratoires et analyses médicales, actes de radiologie, d'imagerie ou de techniques médicales, auxiliaires médicaux, appareillage, orthopédie et prothèse, transports pris en charge par l'assurance maladie, prothèses auditives
- ✓ **Hospitalisation :** honoraires médicaux et chirurgicaux, forfait hospitalier, forfait sur acte technique de plus de 120 €
- ✓ **Frais dentaire :** soins dentaires et radios, prothèses dentaires prises en charge par l'assurance maladie, orthodontie prise en charge par l'assurance maladie
- ✓ **Frais optique :** lunettes (monture et verres), lentilles remboursées par l'assurance maladie
- ✓ **Dispositif monpsy :** prise en charge des consultations psychologiques dans les conditions fixées par la règlementation

Les garanties optionnelles (selon l'option choisie)

- Pharmacie prise en charge à 15 % par l'assurance maladie
- Hospitalisation : frais de chambre particulière, frais d'accompagnement enfant de moins de 12 ans
- Prothèses dentaires et orthodontie non prises en charge par l'assurance maladie, implant dentaire
- Optique : forfait lentilles non remboursées par l'assurance maladie, chirurgie correctrice de la myopie
- Forfaits spéciaux : forfait naissance/adoption, cure thermale, prestations paramédicales (annuels et limités)

Les services systématiquement prévus

- ✓ Le Fonds d'Entraide de la Mutuelle Saint Martin Action Sociale (sur décision de la commission)
- ✓ Le réseau de soins « carte blanche » qui permet d'avoir accès à des tarifs avantageux en optique, dentaire et audioprothèse
- ✓ Le tiers payant pour éviter de faire l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé
- ✓ Services en ligne de gestion du contrat 24h/24
- ✓ Téléconsultation

L'assistance systématiquement prévue

- ✓ Hospitalisation imprévue ou programmée supérieure à 2 jours
- ✓ Immobilisation supérieure à 5 jours
- ✓ Evènement traumatisant ou décès
- ✓ Aide à domicile, services de proximité
- ✓ Garanties d'assistance pour la famille
- ✓ Soutien psychologique
- ✓ Garde d'animaux
- ✓ Conseils juridiques en cas d'erreur médicale survenue en France

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ 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 français, sauf dérogations spécifiques préalablement prévues au contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail

Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Les principales exclusions du contrat responsable

- ! La participation forfaitaire de 2 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Les principales restrictions

- ! **Chambre particulière :** limitée à 30 jours par année civile, (hors ambulatoire et psychiatrie)
- ! **Implants dentaires :** 2 par an et par bénéficiaire
- ! **Optique :** prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Aide à domicile** : jusqu'à 10 heures sur 10 jours
- ! **Auditif** : plafond de 1 700 € par équipement et par oreille

Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Les garanties d'assistance sont couvertes uniquement en France et dans les DROM.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat
- ✓ Valider avec exactitude les informations indiquées sur le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle Saint-Martin
- ✓ Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle Saint-Martin
- ✓ Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat

En cours de contrat
- ✓ Payer les cotisations
- ✓ Informer la Mutuelle Saint-Martin des évènements suivants (en fournissant les justificatifs nécessaires) :
  - . 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.

En cas de sinistre
- ✓ Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle le plus rapidement possible et dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité Sociale
- ✓ Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat

Quand et comment effectuer les paiements ?

- ✓ Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Elles peuvent être réglées en plusieurs fractions sans frais supplémentaires selon les modalités prévues dans le bulletin d'adhésion.
- ✓ Les paiements sont effectués soit par virement, soit par prélèvement automatique, soit par prélèvement après approbation.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- ✓ La date d'effet du contrat est fixée dans le bulletin d'adhésion.
- ✓ En cas de contrat conclu à distance, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours qui 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.
- ✓ L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au règlement mutualiste.

Comment puis-je résilier le contrat ?

- ✓ 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.

Quels sont les frais de gestion de la Mutuelle Saint-Martin ?

- ✓ 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 2024, ce ratio était égal à 88 % au sein de la Mutuelle Saint-Martin.
- ✓ 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 2024, ce ratio était égal à 16,37 % 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.

msm/id/ipid mabc/2025-2026

STATUTS DE LA MUTUELLE SAINT-MARTIN

APPROUVES PAR L'ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE DU 6 JUIN 2024

MUTUELLE
SAINT-MARTIN
Efficace et fraternelle

SOMMAIRE

TITRE I : FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE 4

CHAPITRE 1 : FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE 4

Art. 1 - Dénomination 4
Art. 2 - Siège de la Mutuelle 4
Art. 3 - Objet de la Mutuelle 4
Art. 4 - Règlement mutualiste 5
Art. 5 - Règlement intérieur 5
Art. 6 - Respect de l'objet des mutuelles 5

CHAPITRE 2 : CONDITIONS D'ADHÉSION DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION 6

SECTION I : ADHÉSION 6

Art. 7 - Définition et admission des membres 6
I - Définition 6
II - Catégories de membres participants 6
III - Ayants droit 6
IV - Membres honoraires 7
Art. 8 - Adhésion individuelle 7
Art. 9 - Adhésion dans le cadre de contrats collectifs 7
I - Opérations collectives facultatives 7
II - Opérations collectives obligatoires 7

SECTION II : DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION 8

Art. 10 - Démission 8
Art. 11 - Radiation 8
Art. 12 - Exclusion 8
Art. 13 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion 8

TITRE 2 : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE 9

CHAPITRE 1 : ASSEMBLEE GENERALE 9

SECTION I : COMPOSITION, ELECTION 9

Art. 14 - Sections de vote - Désignation des délégués - Nombre de voix 9
Art. 15 - Elections 9
Art. 16 - Recours 9
Art. 17 - Durée du mandat 9
Art. 18 - Vacance en cours de mandat 9

SECTION II : RÉUNION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 10

Art. 19 - Convocation 10
Art. 20 - Ordre du jour 10
Art. 21 - Assemblée générale ordinaire 10
Art. 22 - Assemblée générale extraordinaire 11
Art. 23 – Vote électronique et force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale 11

CHAPITRE 2 : CONSEIL D'ADMINISTRATION 11

SECTION I : COMPOSITION, ELECTION 11

Art. 24 - Composition 11
Art. 25 - Conditions d'éligibilité 12
Art. 26 - Modalités d'élection 12
Art. 27 - Durée du mandat 12
Art. 28 - Renouvellement du Conseil d'administration 12
Art. 29 - Vacance 13

SECTION 2 : RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 13

Art. 30 - Réunions 13
Art. 31 - Délibérations 13
Art. 32 - Compétences du Conseil d'administration 13

Art. 33 - Délégations d'attributions par le Conseil d'administration 14
Art. 34 - Nomination du Dirigeant opérationnel 15
Art. 35 - Délégations de pouvoirs au Dirigeant opérationnel 16
SECTION 3 : STATUTS DE L'ADMINISTRATEUR 16
Art. 36 - Indemnités versées aux administrateurs 16
Art. 37 - Remboursement des frais 16
Art. 38 - Interdictions liées à la fonction d'administrateur 16
Art. 39 - Mandataire mutualiste 16
CHAPITRE 3 : PRESIDENT ET BUREAU 17
SECTION I : ELECTION, COMPOSITION, REUNIONS 17
Art. 40 - Élection et révocation 17
Art. 41 - Vacance de la Présidence 17
Art. 42 - Vacance d'un membre du Bureau 17
Art. 43 - Réunions 17
SECTION II : ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU BUREAU 18
Art. 44 - Missions du Président 18
Art. 45 - Attributions du Bureau 18
Art. 46 - Attributions des membres du Bureau 18
Art. 46.1 - Vice-présidents 18
Art. 46.2 - Secrétaire général 19
Art. 46.3 - Trésorier 19
CHAPITRE 4 : ORGANISATION DES SECTIONS LOCALES ET ADMINISTRATIVES DE LA MUTUELLE 19
Art. 47 - Création 19
Art. 48 - Comité de gestion 19
Art. 49 - Election et désignation des membres des Comités de gestion 19
Art. 50 - Règlement 20
CHAPITRE 5 : ORGANISATION FINANCIERE 20
SECTION I : PRODUITS ET CHARGES 20
Art. 51 - Produits 20
Art. 52 - Charges 20
SECTION II : RÈGLES DE SÉCURITE FINANCIÈRE, MODE DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DE FONDS 21
Art. 53 - Mode de placement 21
Art. 54 - Fonds d'entraide 21
SECTION III : COMMISSAIRE AUX COMPTES 21
Art. 55 - Attributions 21
SECTION IV - FONDS D'ÉTABLISSEMENT 21
Art. 56 - Montant du fonds d'établissement 21
SECTION V - COMITE D'AUDIT 22
Art. 57 - Comité d'Audit 22
TITRE 3 : INFORMATIONS DES ADHERENTS 23
Art. 58 - Droits d'admission 23
Art. 59 - Etendue de l'information 23
TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES 24
Art. 60 - Dissolution volontaire et liquidation 24
Art. 61 - Informatique et liberté 24
Art. 62 - Médiation 24

TITRE I : FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 :
FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Art. 1 - Dénomination

Il est constitué une Mutuelle dénommée Mutuelle Saint-Martin qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire sirène sous le numéro SIREN 775 688 708.

Art. 2 - Siège de la Mutuelle

Le siège de la Mutuelle est situé à Paris 6ème, 3 rue Duguay-Trouin.

Art. 3 - Objet de la Mutuelle

La Mutuelle a pour objet :

- de couvrir les risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie,
- de contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine.

La Mutuelle assure ainsi un régime de prestations principalement complémentaires à celles du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale dont relèvent ses membres participants définis à l'article 7.

La Mutuelle peut accepter ces mêmes risques et engagements en coassurance ou réassurance et accomplir toute opération de substitution dans la limite de son objet social.

Elle peut céder tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue à un ou plusieurs organismes relevant du Code de la Mutualité ou, sur décision de l'Assemblée générale extraordinaire, à tout organisme habilité pratiquant la réassurance.

La Mutuelle est agréée pour les branches d'activité suivantes : accidents et maladie.

La Mutuelle peut assurer la prévention des risques de dommages corporels, mettre en œuvre une action d'entraide, tant au point de vue moral qu'au point de vue matériel, à ses membres participants et à leur ayants droit lorsque la garantie découle directement de la garantie d'assurance à laquelle ils ont souscrit.

La Mutuelle pourra exercer son activité soit directement soit en acceptant de couvrir les risques ci-dessus en coassurance et/ou réassurance.

Elle pourra mettre en œuvre une action sociale, dans le respect de l'article L.111-1-3 du Code de la Mutualité.

Pour faciliter et développer son activité, la Mutuelle pourra adhérer à une Union de Groupe Mutualiste (UGM) ou une Union Mutualiste de Groupe (UMG) dans les conditions prévues aux articles L.111-4-1 et L.114-4-2 du Code de la Mutualité.

Elle pourra également s'affilier à une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM) telle que définie aux articles L.322-1-2 et L.322-1-3 du Code des Assurances ou à une Société de Groupe Assurantiel de Protection Sociale (SGAPS) telle que prévue à l'article L.931-2-2 du Code de la Sécurité sociale.

Elle peut également, à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement ou partiellement (agrément par branche d'activité) à ces organismes, dans les conditions prévues par la réglementation pour la délivrance de ces engagements.

Elle peut encore souscrire tout contrat ou convention auprès d'une mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance, afin d'assurer au profit de ses membres participants la couverture des risques ou la constitution d'avantages mentionnés à l'article L.111-1 du code de la mutualité et soit les proposer à l'adhésion de ses membres participants, soit en rendre l'affiliation obligatoire à l'ensemble de ses

membres ou certaines catégories d'entre eux, par décision du Conseil d'administration de la Mutuelle ratifiée par son Assemblée générale conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme d'assurance et avoir recours à des intermédiaires en assurance ou en réassurance pour la distribution de ses produits. Elle peut également déléguer la gestion de ses contrats selon les principes définis par son Assemblée générale.

La Mutuelle peut passer convention avec toute mutuelle ou union de mutuelles régie par les dispositions du livre III du Code de la Mutualité afin de faire bénéficier ses membres participants ainsi que leurs ayants droit de leurs services.

La Mutuelle peut confier sa gestion à des organismes constitués à cette fin. Elle peut prendre en charge la gestion technique et administrative d'organismes régis par le Code de la Mutualité, par le livre IX du Code de la Sécurité sociale ou par le Code des Assurances.

Elle peut décider de créer une autre mutuelle ou union. Elle peut adhérer à une association ou plusieurs unions et participer à toute union de groupe ou tout groupement, notamment à un groupement d'intérêt économique.

Elle peut recourir à des intermédiaires d'assurances ou de réassurances conformément à l'article L.116-2 du Code de la Mutualité.

Art. 4 - Règlement mutualiste

Le règlement mutualiste est établi par le Conseil d'administration en fonction des règles générales établies par l'Assemblée générale. Il définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Art. 5 - Règlement intérieur

Un règlement intérieur peut être établi par le Conseil d'administration. Il détermine les conditions d'application des présents statuts. Il est soumis à l'approbation de l'Assemblée générale.

Le règlement peut être modifié par le Conseil d'administration, sous réserve de ratification, par la plus prochaine Assemblée générale.

Tous les adhérents sont tenus de s'y soumettre au même titre qu'aux statuts.

Art. 6 - Respect de l'objet des mutuelles

Les instances dirigeantes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers au but de la Mutualité tels que le définit l'article L.111-1 du Code de la Mutualité.

CHAPITRE 2 : CONDITIONS D'ADHÉSION DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION I : ADHÉSION

Art. 7 - Définition et admission des membres

I - Définition

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations assurées, soit directement par la Mutuelle, soit par les unions auxquelles la Mutuelle est affiliée, et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

II - Catégories de membres participants

La Mutuelle admet des membres participants dans les conditions prévues par le règlement mutualiste.

A leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal. La Mutuelle admet l'adhésion de trois catégories de membres participants :

a. Les membres participants prêtres, religieux ou religieuses du culte catholique

Les membres du clergé catholique des diocèses de France, en communion avec leurs Evêques respectifs, d'une part, et, d'autre part, les religieux et les religieuses catholiques, placés sous l'autorité de leurs Supérieurs Majeurs ou Supérieures Majeures respectifs, appartenant à un institut admis par le Conseil d'administration.

b. Les membres participants des autres confessions chrétiennes

Les ministres du culte, les religieux et les religieuses d'autres Eglises et confessions chrétiennes affiliables à la branche maladie de la CAVIMAC (Caisse d'Assurance Vieillesse Invalidité et Maladie des Cultes).

c. Les membres participants laïcs

La Mutuelle admet en qualité de membres participants laïcs :

- les salariés et anciens salariés retraités des collectivités définies au 1° du IV de l'article 7 des présents statuts, et
- les autres membres participants laïcs adhérents à titre individuel, et
- les autres membres participants laïcs adhérents à titre collectif.

III - Ayants droit

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la Mutuelle sont :

- le conjoint,
- les enfants à charge au sens de la Sécurité sociale.

Sont également assimilés aux enfants à charge :

- jusqu'à 21 ans : les enfants qui poursuivent leurs études sans bénéficier du régime de Sécurité sociale des étudiants ainsi que les enfants qui exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du SMIC,
- jusqu'à 28 ans : les enfants justifiant de leur inscription au régime de Sécurité sociale des étudiants ou inscrits à Pôle Emploi,
- sans limite d'âge, les enfants handicapés dont l'état d'invalidité a été constaté avant leur vingtième anniversaire.

Les enfants recueillis par le membre participant et dont il a la charge exclusive peuvent également être admis comme ayants droit après accord du Conseil d'administration.

Les nouveau-nés sont inscrits le premier jour du mois de leur naissance.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome, par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits, et perçoivent à titre personnel les prestations de la Mutuelle.

IV - Membres honoraires

Les membres honoraires payent une cotisation, font des dons ou ont rendu des services équivalents sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle.

Ils sont, dans la Mutuelle, constitués par :

a. Les collectivités

Collectivités (Associations Diocésaines et Instituts de religieux ou de religieuses) dont les Evêques Diocésains, les Supérieurs Majeurs ou les Supérieures Majeures adhèrent aux présents statuts, et qui ont été admises par le Conseil d'administration.

b. Les personnes morales souscriptrices

Personnes morales qui ont conclu un contrat collectif, conformément à l'article 9.

La représentation des membres honoraires à l'Assemblée générale est déterminée par le Conseil d'administration

Art. 8 - Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité de membres participants de la Mutuelle, les personnes qui font acte d'adhésion constatée par la signature du bulletin d'adhésion et qui remplissent les conditions définies par le règlement mutualiste. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Art. 9 - Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

I - Opérations collectives facultatives

La qualité de membre participant de la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des présents statuts et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste ou par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

L'employeur ou la personne morale souscriptrice acquiert la qualité de membre honoraire. la représentation des membres adhérents en contrat collectif est déterminée par les différents règlements, Electoral et Intérieur.

II - Opérations collectives obligatoires

La qualité de membre participant de la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des présents statuts et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste ou par le contrat écrit souscrit par l'employeur auprès de la Mutuelle et ce, en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles, d'une décision unilatérale ou de la ratification à la majorité désintéressés d'un projet d'accord proposé par le Chef d'entreprise.

L'employeur acquiert la qualité de membre honoraire.

La représentation des membres adhérents en contrat collectif est déterminée par les différents règlements, Electoral et Intérieur.

SECTION II : DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

Art. 10 - Démission

Le membre participant pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle deux mois avant la date d'échéance prévue au règlement mutualiste ou au contrat.

Art. 11 - Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'administration.

Sont également radiés, dans les conditions prévues au règlement mutualiste, les membres dont les garanties ont été résiliées en application des articles L.221-7, L.221-8 et L.221-10 du Code de la Mutualité.

La radiation est précédée d'une mise en demeure faite par lettre recommandée dès l'expiration du délai précité ou de celui accordé par le Conseil d'administration. La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de quinze jours.

Il peut toutefois être sursis par le Conseil d'administration à l'application de cette disposition pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

Art. 12 - Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle. Un préjudice dûment constaté. Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'administration.

Art. 13 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées et entraînent de plein droit la cessation de toutes les garanties assurées par la Mutuelle. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

TITRE 2 : ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 :
ASSEMBLEE GENERALE

SECTION I : COMPOSITION, ELECTION

Art. 14 - Sections de vote - Désignation des délégués - Nombre de voix

En vue de l'élection des délégués à l'Assemblée générale, tous les membres participants et honoraires sont répartis, selon leur catégorie, en sections de vote instituées par le Conseil d'administration, pour une durée de trois ans.

L'Assemblée générale est composée des délégués des sections de vote. Ces délégués (titulaires et suppléants) sont élus par les membres des Comités de gestion, pour les membres participants, et par les représentants des collectivités et des personnes morales pour les membres honoraires.

A l'intérieur de chaque section de vote, il est procédé à l'élection d'un délégué titulaire par tranche d'au moins 200 à 300 membres participants et d'un délégué titulaire au-delà par tranche de 300 membres commencée.

A l'intérieur des sections de vote des membres honoraires, le nombre de délégués est décidé par le Conseil d'administration dans la limite de 30 délégués.

Le nombre de délégués suppléants à élire pour une section est égal au nombre de titulaires de cette section.

Chaque délégué dispose d'une voix à l'Assemblée générale.

Art. 15 - Elections

Les modalités électorales sont précisées dans un règlement de vote arrêté par le Conseil d'administration. Les modalités retenues doivent garantir le secret et la liberté du vote ainsi que la sincérité des opérations électorales.

En cas de création de nouvelles sections de vote, le Conseil d'administration fixe les modalités transitoires de la représentation de ces sections de vote jusqu'au prochain renouvellement de l'Assemblée générale.

Art. 16 - Recours

Tout recours relatif aux résultats des élections doit être précédé d'une réclamation formulée devant le Conseil d'administration. Cette réclamation doit, à peine de forclusion, être présentée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Président du Conseil d'administration dans un délai de 15 jours, à compter de la proclamation des résultats. Le Conseil d'administration statue dans les quinze jours suivant la réception de la réclamation. La décision du Conseil d'administration est notifiée à l'intéressé qui dispose d'un délai de quinze jours, à compter de cette notification, pour éventuellement contester cette décision devant les tribunaux.

Art. 17 - Durée du mandat

Les délégués à l'Assemblée générale sont élus pour une durée de trois ans. Toutefois, les fonctions de délégués cessent de plein droit lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou membre honoraire de la Mutuelle.

Art. 18 - Vacance en cours de mandat

En cas de vacance en cours de mandat - par décès, démission ou pour toute autre cause - d'un délégué, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant de sa section de vote qui a obtenu le plus grand nombre de voix et, à égalité de voix, le plus jeune.

En l'absence d'un délégué suppléant, il est procédé avant la prochaine Assemblée générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

SECTION II : RÉUNION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Art. 19 - Convocation

L'Assemblée générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'administration. L'Assemblée générale doit être convoquée dans les conditions prévues par les dispositions réglementaires en vigueur.

L'Assemblée générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le Conseil d'administration,
- les Commissaires aux comptes,
- l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- les liquidateurs.

L'Assemblée générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion.

Art. 20 - Ordre du jour

L'ordre du jour des Assemblées générales est fixé par le Président du Conseil d'administration. Il doit être joint aux convocations. Toutefois, quarante-trois délégués ont la faculté de requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée générale de projets de résolutions dans les conditions prévues par les dispositions réglementaires en vigueur. L'Assemblée ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour. Elle peut, néanmoins, en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend, en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée générale.

Art. 21 - Assemblée générale ordinaire

L'Assemblée générale ordinaire est appelée à se prononcer sur toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, et notamment sur :

- les questions qui lui sont soumises par le Conseil d'administration
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe
- le rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité (voir L.114-32)
- l'émission de titres participatifs, les émissions de titres subordonnés et d'obligations, l'émission de certificats mutualistes
- le montant du fonds d'établissement
- l'adhésion à une union ou une fédération, le retrait d'une union ou d'une fédération, la conclusion d'une convention de substitution
- le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les livres II et III du Code de la Mutualité auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes
- les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité et, le cas échéant, sur le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-4 du Code de la Mutualité

L'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle nomme pour six exercices un Commissaire aux comptes titulaire et un Commissaire aux comptes suppléant, choisis sur la liste mentionnée au I de l'article L. 821-13 du Code du Commerce.

L'Assemblée générale ordinaire ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou ayant fait usage des facultés de vote électronique est au moins égal au quart du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents. Les décisions sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés.

Art. 22 - Assemblée générale extraordinaire

L'Assemblée générale est dite extraordinaire lorsqu'elle se réunit pour statuer sur :

- les modifications des statuts,
- les activités exercées en vertu de l'article 3,
- l'existence et le montant des droits d'adhésion,
- les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité et en matière d'opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du même Code,
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance,
- la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union, ou la création d'un groupe conformément aux dispositions de l'article L.356-1 du Code des assurances,
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires.

L'Assemblée générale extraordinaire ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents ou ayant fait usage des facultés de vote électronique est au moins égal à la moitié du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée générale extraordinaire peut être convoquée et délibèrera valablement si le nombre de ses délégués présents ou ayant fait usage des facultés de vote électronique représente au moins le quart du total des délégués.

Pour cette seconde Assemblée, chaque délégué peut se faire représenter par procuration donnée à un autre délégué présent à l'Assemblée générale. Aucune personne ne peut porter plus de deux pouvoirs en plus de son mandat de vote.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

Art. 23 – Vote électronique et force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale

La Mutuelle, sous le contrôle du Conseil d'administration, peut recourir au vote électronique pour les résolutions de l'Assemblée générale ainsi que pour l'élection des délégués, des membres de comités de gestion des sections locales ou la désignation des administrateurs. Le système sera choisi en vue d'assurer le secret du vote et la sincérité du scrutin.

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres adhérents, sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au Code de la Mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

CHAPITRE 2 :
CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I : COMPOSITION, ELECTION

Art. 24 - Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration dont les membres sont élus parmi les membres participants et honoraires à jour de leurs cotisations.

Le nombre d'administrateurs, fixé par délibération de l'Assemblée générale, est compris entre quinze administrateurs au moins et vingt-cinq administrateurs au plus.

Le nombre des administrateurs de plus de soixante-quinze ans ne peut excéder le tiers du nombre total des membres du Conseil d'administration.

Les administrateurs sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée générale.

Les membres participants représentent au moins les deux tiers du Conseil d'administration. Le Conseil d'administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité. A titre consultatif, des personnalités plus particulièrement qualifiées pour une question déterminée peuvent toujours être convoquées à la séance au cours de laquelle cette question doit être délibérée.

Conformément à l'article L. 114-16-1 du Code de la Mutualité, le Conseil d'administration de la Mutuelle est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes. Il est procédé à l'élection de ses membres de manière à garantir une part minimale de sièges pour les personnes de chaque sexe au moins égale à 40 %. Lorsque la proportion de membres participants d'un des deux sexes est inférieure à 25 %, la part de sièges dévolue aux membres de ce sexe est au moins égale à 25 %, dans la limite de 50 %.

Art. 25 - Conditions d'éligibilité

Pour être éligibles au Conseil d'administration, les membres doivent :

- Etre âgés de 18 ans révolus et de moins de 75 ans au plus. Si plus du tiers des administrateurs a atteint l'âge de 75 ans révolus, l'article L.114-22 du Code de la Mutualité s'applique de plein droit
- Ne pas exercer ou avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection
- N'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité
- Ne pas appartenir simultanément à plus de cinq Conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations

Art. 26 - Modalités d'élection

Les membres du Conseil d'administration sont élus, à bulletins secrets, par les délégués de l'Assemblée générale, au scrutin uninominal à un tour.

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Le Conseil d'administration peut créer des collèges géographiques ou sociologiques pour permettre la juste représentation des membres de la Mutuelle au sein du Conseil d'administration.

Un règlement précise les modalités à appliquer pour procéder à l'élection des membres du Conseil d'administration de la Mutuelle dans le respect des règles de la parité.

Art. 27 - Durée du mandat

Les membres du Conseil d'administration sont élus pour une durée de six ans. Les fonctions d'administrateur prennent fin à l'issue de l'Assemblée générale d'approbation des comptes, tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat de l'administrateur.

Les membres du Conseil d'administration cessent leurs fonctions lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle.

Les administrateurs atteignant, pendant leur mandat, l'âge de soixante-quinze ans restent en fonction jusqu'à l'expiration du dit mandat.

Art. 28 - Renouvellement du Conseil d'administration

Le renouvellement du Conseil d'administration a lieu par tiers tous les deux ans.

Les membres sortants sont rééligibles.

Le nouveau Conseil d'administration ou le Conseil d'administration élu à la suite d'une démission collective des administrateurs procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres sont soumis à la réélection.

Art. 29 - Vacance

Il est pourvu provisoirement par le Conseil d'administration, dans le respect des règles de la parité, à la nomination d'administrateurs dans les sièges devenus vacants, sauf ratification par la plus prochaine Assemblée générale. Si la nomination faite par le Conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables. Les administrateurs ainsi nommés ne demeurent en fonction que pendant la durée restant à couvrir du mandat qui avait été confié à leurs prédécesseurs.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au nombre légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée générale est convoquée par le Président afin de procéder à l'élection de nouveaux administrateurs.

SECTION 2 : RÉUNIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Art. 30 - Réunions

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile et au moins deux fois par an. L'ordre du jour est fixé par le Président. En outre, la convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du Conseil d'administration.

Les membres du Conseil d'administration ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance. Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles.

Les administrateurs peuvent participer aux réunions du Conseil d'administration et aux diverses commissions par moyen de visioconférence ou de télécommunication permettant une participation effective, dans le respect des règles prévues par les textes légaux. Ils sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité. **Cette participation est possible à l'exception des conseils approuvant les comptes de l'exercice.**

Art. 31 - Délibérations

Le Conseil d'administration ne peut délibérer valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'administration lors de la séance suivante.

Les membres du Conseil d'administration peuvent, par décision du Conseil d'administration, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence, sans motif valable, à trois séances consécutives. Cette décision est ratifiée par la plus prochaine Assemblée générale.

Le Conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour :

- l'élection du Président ou la fin anticipée de son mandat,
- la désignation ou la révocation du dirigeant opérationnel,
- ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

Ces délibérations ne pourront pas être prises par voie de « visioconférence » ou de « télécommunication ».

Art. 32 - Compétences du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration administre la mutuelle. Il détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles. Ainsi, sans que cette énumération soit limitative, le Conseil d'administration :

- Arrête les comptes annuels à la clôture de chaque exercice et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée générale et dans lequel il rend compte de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L.114-17 du Code de la Mutualité,
- Etablit le rapport de solvabilité et de situation financière visé à l'article L. 355-5 du Code des assurances ainsi qu'un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes visé à l'article L.212-6 du même Code,
- Donne son autorisation préalable aux conventions réglementées visées à l'article L.114-32 du Code de la Mutualité,
- Il établit également, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés lorsque la Mutuelle fait partie d'un groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la Mutualité, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée générale.

Le Conseil d'administration établit les règlements mutualistes et fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations individuelles, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.

Le Conseil d'administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.

Le Conseil d'administration met en place un système de gouvernance garantissant une gestion saine et prudente de l'activité de la Mutuelle et faisant l'objet d'un réexamen interne régulier, en application de l'article L.211-12 du Code de la Mutualité.

A cet effet, le Conseil d'administration désigne notamment les responsables de chacune des fonctions-clés, prévues par l'article L.211-12 du Code de la Mutualité. Il élabore les politiques écrites relatives à la gestion des risques, au contrôle interne, à l'audit interne et, le cas échéant, à l'externalisation mentionnée au 13 de l'article L.310-3 du Code des assurances. Il veille à la mise en œuvre de ces politiques.

Le Conseil d'administration prend des dispositions permettant d'assurer la continuité et la régularité dans l'exercice des activités de la mutuelle et met en œuvre, à cette fin, des dispositifs, des ressources et des procédures appropriés et proportionnés.

Il prend toute mesure permettant à la mutuelle d'être constamment en mesure de garantir les engagements qu'elle prend vis-à-vis de ses membres participants et de leurs ayants droit.

Art. 33 - Délégations d'attributions par le Conseil d'administration

Le Conseil d'administration peut déléguer une partie de ses pouvoirs, sous sa responsabilité et son contrôle :

- au Bureau,
- au Président du Conseil d'administration,
- au dirigeant opérationnel,
- à un ou plusieurs administrateurs,
- à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes de gestion dont la majorité des membres sont choisis parmi les administrateurs,
- à des comités créés pour le fonctionnement de la mutuelle.

Le Conseil d'administration nomme toutes personnes appelées à représenter la Mutuelle dans tous les organismes auxquels elle adhère.

Il peut également, en ce qui concerne la gestion courante de la Mutuelle, déléguer à des salariés ou des responsables de fonctions clé des pouvoirs définis.

Le Conseil d'administration peut déléguer au Président du Conseil d'administration tout ou partie des pouvoirs de fixation des montants ou des taux de cotisation et des prestations des opérations collectives. Cette délégation est valable pour une durée maximale d'un an.

Les délégations consenties sont établies dans une délibération du Conseil d'administration. Celle-ci est en principe prise pour une durée courant jusqu'au renouvellement du Bureau. Une durée différente peut être retenue si l'objet de la délégation le justifie.

Au plan des sections locales et administratives et éventuellement des subdivisions, le Conseil d'administration peut, sous sa responsabilité et son contrôle, déléguer soit aux Comités de gestion, soit, éventuellement, à leurs secrétaires et, le cas échéant, aux secrétaires de subdivisions, une partie de ses pouvoirs, notamment pour l'emploi du « Fonds d'Entraide » prévu à l'article 48 ci-après.

Le Conseil d'administration élit, parmi les membres participants, les délégués appelés à représenter la Mutuelle à l'Assemblée générale de chacune des unions dont il s'agit ; le nombre en est déterminé conformément aux statuts de ces organismes. Il en est de même de la durée de leur mandat.

Des délégués suppléants sont élus en nombre égal à celui des délégués titulaires. En cas d'impossibilité d'assister à l'Assemblée générale, un délégué titulaire est remplacé dans cette fonction par un délégué suppléant.

Une Commission des dons et legs est établie de façon permanente. Elle est composée d'au moins trois administrateurs. Cette Commission peut prendre des décisions sur les donations, les legs et leur affectation, en particulier les acceptations de successions dans la limite d'un montant défini par le Conseil d'administration. Elle rend compte au Conseil d'administration de ses décisions au moins par un rapport annuel.

Le Conseil d'administration approuve les procédures présentées par le dirigeant opérationnel définissant les conditions selon lesquelles les responsables des fonctions clés peuvent l'informer directement et de leur propre initiative lorsque surviennent des évènements de nature à le justifier.

Il entend - directement et de sa propre initiative chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an - les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors de la présence du dirigeant opérationnel si les membres du Conseil d'administration l'estiment nécessaire.

Le Conseil d'administration peut renvoyer cette audition devant un comité spécialisé émanant de ce conseil. Le Conseil d'administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au 3 de l'article L.221-2.

Art. 34 - Nomination du Dirigeant opérationnel

Le Conseil d'administration de la Mutuelle nomme, sur proposition du Président du Conseil d'administration, le dirigeant opérationnel qui ne peut être un administrateur.

Le Conseil d'administration peut mettre fin aux fonctions du dirigeant opérationnel suivant la même procédure.

La nomination est notifiée à l'Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution (ACPR).

Il approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel, ses attributions et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

Le dirigeant opérationnel est tenu de déclarer au Conseil d'administration, avant sa nomination, l'ensemble des activités professionnelles ou fonctions électives qu'il a exercé ou exerce et qu'il entend conserver. Pour les autres fonctions qu'il viendrait à exercer après sa nomination, le dirigeant opérationnel doit en informer le Conseil d'administration.

Le dirigeant opérationnel veille à accomplir ses missions dans le cadre des orientations arrêtées par le Conseil d'administration, sous le contrôle de ce dernier, dans le respect de la loi et des présents statuts. Il est tenu à une obligation de réserve et de secret professionnel.

Dans le cadre de ses délégations de pouvoir, le dirigeant opérationnel dirige effectivement la Mutuelle, au sens de l'article R.211-15 du Code de la Mutualité, aux côtés du Président du Conseil d'administration.

Le dirigeant opérationnel assiste de plein droit à toutes les réunions du Conseil d'administration sauf en cas de décision expresse du Président du Conseil d'administration.

Le dirigeant opérationnel soumet à l'approbation du Conseil d'administration les procédures définissant les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés mentionnés à l'article L.211-12 du Code de la Mutualité peuvent informer directement ou indirectement et de leur propre initiative le Conseil d'administration lorsque surviennent des évènements de nature à le justifier.

Art. 35 - Délégations de pouvoirs au Dirigeant opérationnel

Le Conseil d'administration consent sous son contrôle, par décision expresse, au dirigeant opérationnel des délégations de pouvoirs déterminées dans leur objet et limitées dans leur durée en vue d'assurer, dans le cadre des textes législatifs et réglementaires en vigueur, le fonctionnement de la Mutuelle.

Le dirigeant opérationnel rend compte, au moins une fois par an, devant le Conseil d'administration des actions menées dans le cadre des délégations de pouvoirs.

En aucun cas le Conseil d'administration ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement réservées par la loi ou les règlements ou qui lui ont été déléguées par l'Assemblée générale.

Le Conseil d'administration peut retirer à tout moment une ou plusieurs délégations en tout ou parti.

Le dirigeant opérationnel peut, sous son contrôle et sa responsabilité, subdéléguer les pouvoirs confiés et cela pour des objets déterminés et limités dans la durée. Ces délégations sont soumises à l'approbation du Conseil d'administration.

SECTION 3 : STATUTS DE L'ADMINISTRATEUR

Art. 36 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateurs sont gratuites.

L'Assemblée générale peut cependant décider d'allouer des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la Mutualité.

Art. 37 - Remboursement des frais

La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacements, de séjour et de garde d'enfants dans les limites fixées par la réglementation en vigueur.

Art. 38 - Interdictions liées à la fonction d'administrateur

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus aux articles 34 et 35 des présents statuts.

Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut leur être allouée à quelque titre que ce soit.

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs et au dirigeant opérationnel de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout autre organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux dispositions des articles L.114-32 à L.114-37 du Code de la Mutualité.

Il leur est interdit de contracter, sous quelque forme que soit, des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Art. 39 - Mandataire mutualiste

Conformément à l'article L.114-37-1, le Conseil d'administration peut désigner des mandataires mutualistes qui apportent, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole dans le cadre du mandat pour lequel ils ont été désignés.

Le Conseil d'administration peut confier à un mandataire mutualiste une fonction opérationnelle, une fonction de contrôle ou une fonction clé prévue par la loi ou un règlement.

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent être remboursés dans les limites prévues pour les administrateurs.

L'Assemblée générale est informée de la désignation de chaque mandataire mutualiste et peut, par un vote, mettre fin à ses fonctions.

A chaque renouvellement du Bureau, le Conseil d'administration doit renouveler le mandat de chacun des mandataires mutualistes. Le Conseil d'administration met fin aux fonctions du mandataire par un vote à la majorité de ses membres. Les attributions du mandataire mutualiste sont décidées par le Conseil d'administration qui lui délègue les pouvoirs nécessaires à l'exercice de sa mission.

CHAPITRE 3 :
PRESIDENT ET BUREAU

SECTION I : ELECTION, COMPOSITION, REUNIONS

Art. 40 - Élection et révocation

Le Conseil d'administration élit, en son sein, tous les deux ans, un Bureau composé de la façon suivante :

- un Président
- une Vice-présidente et un Vice-président
- un Trésorier
- un Secrétaire général
- un Secrétaire général adjoint

Au moins quatre membres du Bureau sont membres participants.

Cette élection a lieu, à bulletins secrets, au scrutin majoritaire à un tour, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'administration.

Le Président et les membres du Bureau ne peuvent être nommés pour une durée excédant celle de leur mandat d'administrateur. Ils sont rééligibles. Le Conseil d'administration peut, à tout moment, mettre un terme à leurs fonctions. Le Président du Conseil d'administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de Président, que quatre mandats d'administrateur, dont au plus deux mandats de Président du Conseil d'administration d'une fédération ou d'une union ou d'une mutuelle. Dans le décompte des mandats de Président, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la Mutualité.

À titre consultatif, des personnalités plus particulièrement qualifiées pour une question déterminée peuvent toujours être convoquées à la séance au cours de laquelle cette question doit être délibérée.

Art. 41 - Vacance de la Présidence

En cas de décès, démission ou perte de la qualité d'adhérent du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil d'administration est convoqué immédiatement à cet effet par le ou la Vice-président(e) le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le ou la Vice-président(e) le plus âgé.

Art. 42 - Vacance d'un membre du Bureau

En cas de vacance et pour quelque cause que ce soit, le Conseil d'administration pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur élu achève le mandat de son prédécesseur.

Art. 43 - Réunions

Le Bureau se réunit sur convocation du Président. La convocation et l'ordre du jour sont adressés aux membres du Bureau au moins deux (2) jours calendaires avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

Le Bureau peut se réunir par des moyens de « visioconférence » ou de « télécommunication » permettant l'identification de ses membres et garantissant leur participation simultanée et effective aux débats.

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présent.

Les délibérations du Bureau sont prises à main levée, à la majorité des membres présents.

Le Président du Conseil d'administration préside le Bureau et dispose d'une voix prépondérante en cas de partage des suffrages.

Les membres du Bureau, après approbation du Président du Conseil d'administration, peuvent inviter toute personne interne ou externe à la Mutuelle en fonction des points à l'ordre du jour.

Le dirigeant opérationnel assiste de droit aux réunions du Bureau sauf si les administrateurs en décident autrement à la majorité des membres présents.

SECTION II : ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU BUREAU

Art. 44 - Missions du Président

Le Président du Conseil d'administration représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est compétent pour ester en justice ou défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Le Président du Conseil d'administration dirige effectivement la Mutuelle, aux côtés du dirigeant opérationnel, au sens de l'article L.211-13 du Code de la Mutualité.

Il convoque le Conseil d'administration et établit l'ordre du jour des réunions. Il organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale. Il informe le Conseil d'administration des procédures engagées en application des articles L.612-30 et suivants du Code Monétaire et Financier.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Il donne avis aux Commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées. Il engage les recettes et les dépenses.

Le Président peut - sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration - confier au dirigeant opérationnel de la Mutuelle, à des salariés ou à des responsables de fonction-clés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Le Président du Conseil d'administration peut retirer à tout moment ces délégations, en tout ou partie.

Une fois par an, le dirigeant opérationnel, les salariés ou les responsables des fonctions-clés rendent compte, au Président du Conseil d'administration, des actions accomplies dans le cadre de leur délégation.

En aucun cas, le Président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement attribuées par la loi.

A l'égard des tiers, la Mutuelle est engagée même par les actes du Président qui ne relèvent pas de son objet, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte-tenu des circonstances.

Art. 45 - Attributions du Bureau

Le Bureau exerce les attributions qui lui sont déléguées par le Conseil d'administration. Il peut étudier toute question et instruire tout dossier en vue de leur présentation éventuelle au Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration peut se réunir, sans la tenue préalable d'un Bureau.

Art. 46 - Attributions des membres du Bureau

Art. 46.1 - Vice-présidents

Le Vice-président et la Vice-présidente secondent le Président. Le ou la Vice-président(e) le plus âgé supplée le Président en cas d'empêchement.

Art. 46.2 - Secrétaire général

Le Secrétaire général est responsable de la rédaction des procès-verbaux, de l'animation de la vie institutionnelle et démocratique de la Mutuelle, de la formation des élus et de la conservation des archives.

Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au dirigeant opérationnel de la mutuelle, à des salariés ou à des responsables des fonctions-clés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Le Secrétaire général adjoint seconde le Secrétaire général. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Art. 46.3 - Trésorier

Le Trésorier prépare et soumet à la discussion du Conseil d'administration les comptes annuels, les états, les rapports et tableaux qui s'y attachent.

Il présente chaque année au Conseil d'administration, un rapport sur la situation financière de la Mutuelle.

Le Trésorier peut - sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration - confier au dirigeant opérationnel de la mutuelle, à des salariés ou à des responsables des fonctions-clés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent.

CHAPITRE 4 : ORGANISATION DES SECTIONS LOCALES ET ADMINISTRATIVES DE LA MUTUELLE

Art. 47 - Création

Les membres de la Mutuelle sont regroupés en sections locales et administratives. Celles-ci sont créées par décision du Conseil d'Administration.

Elles sont composées par les prêtres, religieux, religieuses et laïcs, membres participants qui se répartissent en sections dites "sections diocésaines", "sections religieuses" et "sections laïques" constituant des sections locales et administratives selon des modalités définies par le Conseil d'administration.

Quand l'importance de l'effectif ou des circonstances le motivent, une section locale et administrative peut être divisée en "subdivisions". La décision est prise par le Conseil d'Administration.

Art. 48 - Comité de gestion

Chaque section locale et administrative est administrée par un organe de gestion, dénommé Comité de gestion.

Il est présidé par l'un de ses membres, appelé Président du Comité de gestion, dont le règlement intérieur fixe le mode de désignation.

Les membres participants de chaque section élisent les membres du Comité de gestion.

Il est élu pour chaque section locale et administrative trois membres participants au moins et sept au plus, selon des modalités prévues au règlement intérieur.

Les membres honoraires signataires d'un contrat collectif désignent un membre au Comité de gestion.

Art. 49 - Election et désignation des membres des Comités de gestion

Tout membre participant depuis plus d'un an peut faire acte de candidature à la fonction de membre du Comité de gestion d'une section locale et administrative. L'élection a lieu à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour. Le vote par correspondance est autorisé.

Les collectivités ou personnes morales dont les membres participants sont rattachés à une section locale et administrative et qui ont signé avec la Mutuelle un contrat collectif sont représentées au Comité de gestion par

une personne physique désignée à cet effet par le représentant de la collectivité ou par l'ensemble des représentants des collectivités ou des personnes morales

Les membres des Comités de gestion sont élus ou désignés pour six ans.

Art. 50 - Règlement

Le règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement des sections locales et administratives de la Mutuelle.

CHAPITRE 5 :
ORGANISATION FINANCIERE

SECTION I : PRODUITS ET CHARGES

Art. 51 - Produits

Les recettes de la Mutuelle comprennent :

- les droits d'admission et les cotisations des membres participants,
- les cotisations des membres honoraires,
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
- des dons et legs dont l'acceptation a été approuvée par l'autorité compétente et dont le montant ou le revenu peut, selon la volonté exprimée par l'auteur de la libéralité, être affecté au fonds d'entraide d'une section diocésaine ou religieuse déterminée,
- plus généralement, toute autre recette non interdite par la loi et conforme à l'objet de la Mutuelle.

Une part de la cotisation globale de la Mutuelle est affectée à la Mutuelle Saint-Martin Action Sociale créée en application des dispositions de l'article L.111-3 du Code de la Mutualité.

Cette cotisation est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à la Mutuelle Saint-Martin. Elle représente un pourcentage de la cotisation à la Mutuelle Saint-Martin nette de toute taxe et contribution, fixé par décision concordante des Assemblées Générales de la Mutuelle Saint-Martin et de la Mutuelle Saint-Martin d'Action Sociale.

Art. 52 - Charges

Les charges comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle
- les versements faits aux unions et fédérations
- la participation aux dépenses de fonctionnement du comité départemental de coordination
- les cotisations versées au fonds de garantie
- la redevance prévue à l'article L.951-1 2 du Code de la Sécurité sociale et affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution pour l'exercice de ses missions
- les cotisations versées au Système de Garantie prévu par le Code de la Mutualité

Plus généralement, toute autre dépense non interdite par la loi.

SECTION II : RÈGLES DE SÉCURITE FINANCIÈRE, MODE DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DE FONDS

Art. 53 - Mode de placement

Le Conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la Mutuelle, compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'Assemblée générale et en conformité avec les textes en vigueur.

Art. 54 - Fonds d'entraide

Il est constitué, dans chaque section locale et administrative, un fonds d'entraide destiné à compléter, conformément aux objets des présents statuts, l'action d'entraide et de prévention menée par la Mutuelle en faveur de leurs membres participants. Il est alimenté par le versement d'un pourcentage sur les cotisations versées.

Le règlement intérieur fixera les conditions générales d'attribution des allocations.

Il est, d'autre part, constitué, pour l'ensemble des adhérents, un Fonds national d'Entraide alimenté :

- par l'affectation d'une fraction du total des cotisations recueillies annuellement par la Mutuelle, à raison d'un pourcentage fixé chaque année par l'Assemblée générale,
- par le prélèvement sur l'excédent annuel de recettes.

Ce fonds est destiné notamment à venir en aide aux adhérents qui auraient à supporter des charges particulièrement lourdes. Le Fonds national d'Entraide est géré par une Commission désignée par le Conseil d'administration.

SECTION III : COMMISSAIRE AUX COMPTES

Art. 55 - Attributions

Le Commissaire aux Comptes désigné par l'Assemblée générale ordinaire, conformément à l'article 21 des statuts, exerce ses fonctions dans les conditions définies par la législation en vigueur.

Il porte à la connaissance du Conseil d'administration les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le Code du Commerce. Il signale dans son rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission. Il établit et présente à l'Assemblée un rapport spécial sur les conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité.

Le Commissaire aux Comptes est convoqué aux Assemblées générales au plus tard lors de la convocation des délégués. Lorsque les circonstances le justifient, il peut convoquer une Assemblée générale, après avoir vainement requis sa convocation du Président du Conseil d'administration.

Le Commissaire aux Comptes fournit à la demande de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution tout renseignement sur l'activité de la Mutuelle sans pouvoir opposer le secret professionnel. Il avise sans délai l'Autorité de tout fait et décision mentionnée à l'article L. 612-44 du Code Monétaire et Financier dont il a eu connaissance.

SECTION IV - FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Art. 56 - Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement sera toujours égal au minimum des textes en vigueur. Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée générale, sur proposition du Conseil d'administration.

SECTION V - COMITE D'AUDIT

Art. 57 - Comité d'Audit

Le Comité d'audit comprend entre 4 et 6 membres dont, au plus, deux sont choisis en dehors du Conseil d'administration.

Ses membres, ainsi que son Président et son Vice-président, sont désignés par le Conseil d'administration pour une durée de deux ans. Le Président du Conseil d'administration ne peut pas être membre du Comité d'audit.

Le Président du Comité d'audit a pour rôle d'animer les réunions, de coordonner les actions de ses membres et de rendre compte au Conseil d'administration. Il peut inviter le directeur de la mutuelle, les personnels en charge du contrôle interne et de l'audit, les commissaires aux comptes et, avec l'accord du Président, des personnes extérieures.

Le Président est chargé de l'organisation matérielle des réunions, des convocations, de la communication aux membres du Comité d'audit du calendrier prévisionnel des réunions, de la tenue du registre de présence et de l'établissement des comptes rendus des réunions.

Les règles de confidentialité applicables aux administrateurs s'imposent aux membres du Comité d'audit ainsi qu'à toute personne extérieure invitée à participer aux réunions.

Le Comité d'audit est chargé, conformément aux dispositions des articles L.114-17-1 et L. 212-3-2 du Code de la Mutualité et L. 821-67 du Code de Commerce, de notamment :

- Suivre le processus d'élaboration de l'information financière
- Suivre le processus d'élaboration des comptes annuels de la Mutuelle, d'examiner les hypothèses retenues pour les arrêtés de comptes et d'étudier la pertinence du choix des principes et méthodes comptables
- S'assurer de la mise en place et du suivi de la politique, des procédures et des systèmes de gestion des risques et d'un dispositif de contrôle interne et de son efficacité
- Surveiller l'exécution de la mission des commissaires aux comptes, leur mode de rémunération et leur indépendance,
- En outre, le comité d'audit participe au processus de désignation et de renouvellement du commissaire aux comptes
- Evaluer le fonctionnement du Conseil d'administration et de ses différents organes

TITRE 3 : INFORMATIONS DES ADHERENTS

Art. 58 - Droits d'admission

Les membres participants paient en entrant un droit d'admission. Celui-ci est versé, immédiatement après l'admission, avec la première cotisation.

Art. 59 - Etendue de l'information

Chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste auquel il a adhéré par bulletin d'adhésion. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance.

Dans le cadre des opérations collectives, l'adhérent reçoit une notice qui définit les garanties prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Chaque adhérent est informé :

- des services d'action sociale auxquels il peut avoir accès,
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

TITRE 4 : DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 60 - Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée générale extraordinaire.

L'Assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'Assemblée générale régulièrement constituée conserve, pour la liquidation, les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu, par décision de l'Assemblée générale ayant prononcé la dissolution et statuant dans les conditions prévues à l'article L.114-12-1 du Code de la Mutualité, à d'autres mutuelles ou unions ou au Fonds national de Solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L.431-1 du Code de la Mutualité.

Art. 61 - Informatique et liberté

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectifications en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son Siège Social.

Art. 62 - Médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et du règlement mutualiste, l'adhérent peut avoir recours au service du médiateur désigné par le Conseil d'administration de la Mutuelle.

msm/id/statuts/20240610

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 – Fax : 01 45 49 32 90
www.mutuellesaintmartin.fr