



RÈGLEMENT MUTUALISTE

Applicable au
1^{er} octobre 2026

LMDE, la marque de la mutuelle Intériale pour les étudiants. Intériale est une mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, inscrite au Répertoire SIRENE sous le numéro 775 685 365.
Siège social : 32 rue Blanche 75009 Paris

N° : LMDE00001

TITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES.....	3
ARTICLE 1 : LOI APPLICABLE ET AUTORITE DE CONTROLE COMPETENTE.....	3
ARTICLE 2 : TERRITORIALITE.....	3
ARTICLE 3 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	3
ARTICLE 4 : CONDITIONS ET FORMALITES D'ADHESION	4
ARTICLE 5 : PRISE D'EFFET DES GARANTIES.....	5
ARTICLE 6 : DUREE ET RENOUELEMENT DES GARANTIES.....	5
ARTICLE 7 : RENONCIATION	6
ARTICLE 8 : RESILIATION	6
ARTICLE 9 : RECLAMATIONS ET MEDIATION.....	7
ARTICLE 10 : PRESCRIPTION	7
ARTICLE 11 : RETICENCE ET FAUSSES DECLARATIONS	8
ARTICLE 12 : SUBROGATION	8
ARTICLE 13 : DECHEANCE DES DROITS A PRESTATIONS.....	8
TITRE 2 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES MEMBRES PARTICIPANTS	8
CHAPITRE 1 : OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS ENVERS LA MUTUELLE.....	8
ARTICLE 14 : PAIEMENT DE LA COTISATION	8
ARTICLE 15 : DEFAT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	9
ARTICLE 16 : PLURALITE D'ASSUREURS ET PRINCIPE INDEMNITAIRE	9
ARTICLE 17 : DOCUMENTS A TRANSMETTRE POUR PERCEVOIR LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS MUTUALISTES	9
CHAPITRE 2 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES MEMBRES PARTICIPANTS	10
ARTICLE 18 : PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE A SES BENEFICIAIRES	10
ARTICLE 19 : REGLES D'OUVERTURE DES DROITS ET DATES RETENUES POUR L'EXAMEN DE DROITS AUX PRESTATIONS MALADIE ET MATERNITE	13
CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINES GARANTIES OU PRESTATIONS	14
ARTICLE 20 : PRESTATIONS ACCIDENT	14
ARTICLE 21 : INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALIERES	15
ARTICLE 22 : GARANTIES PACK LMDE EUROPE ET PACK LMDE MONDE	16
ARTICLE 23 : GARANTIES « ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE » ET « ZEN LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE »	17
ARTICLE 24 : INFORMATIONS RELATIVES AUX PRESTATIONS INCLUSES DANS CERTAINES GARANTIES DE LA MUTUELLE ET ASSUREES PAR UN AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE	18
TITRE 3 : ACTIONS SOLIDAIRES ET SOCIALES	19
ARTICLE 25 : ALLOCATION MUTUALISTE DE SOLIDARITE.....	19
ARTICLE 26 : FONDS DE SECOURS ETUDES « MUTEXAM »	20
ARTICLE 27 : FONDS D'AIDE A LA COMPENSATION DU HANDICAP	21
TITRE 4 : ANNEXES.....	23
ANNEXE 1 : « PLUS ETUDIANT »	23
ANNEXE 2 : « HOSPI LMDE »	25
ANNEXE 3 : « MINI LMDE »	26
ANNEXE 4 : « VITALITE LMDE »	28
ANNEXE 5 : « ESSENTIELLE LMDE »	31
ANNEXE 6 : « ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE »	36
ANNEXE 7 : « ZEN LMDE ».....	41
ANNEXE 8 : « ZEN LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE »	47
ANNEXE 9 : « PACK LMDE EUROPE ET PACK LMDE MONDE »	53
ANNEXE 10 : « COEFFICIENTS MULTIPLICATEURS »	63
ANNEXE 11 : GARANTIE FORFAIT SPORT	65
ANNEXE 12 : PREVENTION	67
ANNEXE 13 : NOTICE D'INFORMATION DE LA GARANTIE « RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE – VIE ETUDIANTE » ET « INDIVIDUELLE ACCIDENT »	68
ANNEXE 14 : NOTICE D'INFORMATION RELATIVE A LA GARANTIE TELECONSULTATION	93
ANNEXE 15 : RESEAU DE SOINS ITELIS	98
ANNEXE 16 : CONDITIONS GENERALES AXA ASSISTANCE CONTRAT ASSISTANCE PACK LMDE INTERNATIONAL.....	103

PREAMBULE :

Le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations, et ce conformément à l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité.

Toute modification des cotisations et / ou prestations est constatée par la notification de celles-ci aux membres participants, conformément à la réglementation. Elle est applicable dès qu'elle est notifiée aux membres participants.

Tous les membres participants qui adhèrent au présent règlement mutualiste sont en conséquence tenus de s'y conformer.

Le présent règlement mutualiste répond aux exigences de l'article L. 110-2 du Code de la Mutualité.

TITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 : LOI APPLICABLE ET AUTORITE DE CONTROLE COMPETENTE

Intériale (ci-après « la Mutuelle » ou « la mutuelle »), titulaire de la marque LMDE, est une Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 775 685 365 et dont le siège social est situé au 32 rue Blanche – 75009 PARIS.

Le présent règlement est soumis à la réglementation française en vigueur.

Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par le Code de la mutualité.

Les garanties présentées par la Mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs sont régies par la réglementation applicable auxdits organismes.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Le règlement des prestations et le paiement de la cotisation sont effectués en euros.

ARTICLE 2 : TERRITORIALITE

Hors cas particuliers prévus au présent règlement ou prestations spécifiques internationales incluses dans certaines garanties, seuls sont couverts les frais exposés en France Métropolitaine ou dans les départements d'Outre-Mer.

Néanmoins, sont couverts les soins effectués hors du territoire métropolitain ou des départements d'Outre-Mer, pour lesquels l'adhérent perçoit un remboursement d'un régime obligatoire ou volontaire de sécurité sociale en France.

Pour le paiement des cotisations et le remboursement des prestations, le compte bancaire de l'adhérent devra être domicilié en France ou dans l'un des pays faisant partie de la zone SEPA.

ARTICLE 3 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

La Mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants droit.

Les informations recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement informatique et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat. La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser (I) dans le cadre de contentieux, (II) pour la lutte contre la fraude, (III) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (IV) afin de se conformer à une réglementation applicable, (V) pour l'analyse de tout ou partie des données concernant le membre participant ou l'ayant droit collectées afin d'améliorer ses produits (recherche et développement), évaluer leur situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser leur parcours en tant qu'adhérent, ou (VI) pour leur proposer de nouveaux produits ou nouvelles garanties. Les bases légales des traitements mentionnés sont l'exécution du contrat, l'intérêt légitime (I, II, V et VI) et le respect des obligations légales (III, IV).

Les données relatives à la santé du membre participant ou de l'ayant droit éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de leur contrat. Leurs données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL ou la loi. Elles seront communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, administrations, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Les données relatives à leur santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités à traiter des données de santé.

La Mutuelle est légalement tenue de vérifier que les données du membre participant et de l'ayant droit sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Elle pourra ainsi les solliciter pour le vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant l'email si le membre participant ou l'ayant droit a écrit un courrier électronique). Le membre participant et l'ayant droit peuvent, chacun pour ce qui le concerne, demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de leurs données, définir des directives relatives à leur sort après leur décès, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement. S'ils ont donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de leurs données, ils peuvent la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de leur contrat.

Ils peuvent écrire pour exercer leurs droits par email (dpo@interiale.fr) ou par courrier (LMDE – Mutuelle Intériale - DPO - 32 RUE BLANCHE - 75009 PARIS). En cas de réclamation, ces derniers peuvent choisir de saisir la CNIL. Pour plus d'informations, <https://www.lmde.fr/donnees-personnelles>.

ARTICLE 4 : CONDITIONS ET FORMALITES D'ADHESION

4.1. POPULATION ELIGIBLE

4.1.1. Membres participants

Peuvent adhérer au présent règlement mutualiste :

- les personnes bénéficiant sur le territoire français d'un régime obligatoire de sécurité sociale lorsqu'à titre principal, elles poursuivent des études secondaires ou reçoivent un enseignement supérieur ou professionnel ou ont une activité d'étudiant chercheur,
- les ressortissants français assurés auprès de la Caisse des Français de l'Etranger et poursuivant, à titre principal, des études secondaires ou d'enseignement supérieur à l'étranger,
- les personnes, ne bénéficiant d'aucun régime de protection sociale obligatoire en France et ayant une résidence temporaire sur le territoire métropolitain ou dans les départements d'Outre-Mer, lorsqu'elles :
 - poursuivent à titre principal des études dans un établissement d'enseignement supérieur en France,
 - ou arrivent en France et sont en attente d'une inscription dans un établissement d'enseignement supérieur en France,
 - ou effectuent un stage en France dans le cadre d'études universitaires,
 - ou réalisent en France des travaux de recherches dans le cadre d'études supérieures.

Pour les adhérents étudiants, la Mutuelle se réserve le droit de procéder au contrôle des documents justifiant de la réalité de leur statut (carte étudiante, certificat de scolarité en cours de validité) à partir de leur 28^{ème} anniversaire.

- les personnes de moins de 28 ans bénéficiant sur le territoire français d'un régime obligatoire de sécurité sociale.

Les salariés permanents de la mutuelle ne peuvent en aucun cas adhérer au présent règlement mutualiste, et ce, par quelque moyen que ce soit.

4.1.2. Ayants droit

A compter du 1^{er} mai 2026, les membres participants ne peuvent plus étendre le bénéfice de leur adhésion à tout ou partie de leurs ayants droit.

Seuls les ayants droit qui ont adhéré avant la date mentionnée ci-dessus conservent le bénéfice de la couverture.

Les membres participants peuvent décider d'étendre le bénéfice de leur adhésion à tout ou partie de leurs ayants droit que sont :

- le conjoint (personne définie à l'article 143 du Code civil, non séparée de corps judiciairement, ni divorcée, exerçant ou non une activité professionnelle), concubin (personne vivant en concubinage (au sens de l'article 515-8 du Code civil avec le membre participant, exerçant ou non une activité professionnelle), ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité (personne ayant conclu avec le membre participant un pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515-1 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle),
- les enfants du membre participant,
- les enfants du conjoint, concubin, ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité du membre participant,
- les personnes à la charge du membre participant ou de son conjoint, concubin ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien).

4.2. FORMALITES D'ADHESION

Pour être recevable par la Mutuelle, la demande d'adhésion doit comprendre obligatoirement les documents suivants :

- le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé,
- la fiche conseil dûment complétée, datée et signée,
- une copie recto-verso d'un document officiel d'identité en cours de validité comportant une photographie pour le membre participant: carte nationale d'identité; pour les ressortissants hors Union européenne : visa long séjour valant titre de séjour mention étudiant ou carte de séjour,
- une copie de l'attestation Vitale en cours de validité pour le membre participant,
- le cas échéant, le mandat de prélèvement SEPA, dûment complété, daté et signé,
- un relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations,
- le cas échéant, et sous réserve que la Mutuelle ne soit pas mandatée à cette fin, le certificat de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie,
- le cas échéant, le mandat de résiliation de la Mutuelle.

L'enregistrement de la demande d'adhésion par la Mutuelle est notifié au membre participant par un ou plusieurs courriers ou emails qui précisent pour l'ensemble des personnes assurées :

- la date de prise d'effet des garanties,
- le niveau des garanties,
- le montant des cotisations et leur échéance.

ARTICLE 5 : PRISE D'EFFET DES GARANTIES

A compter du 1^{er} mai 2026, les formules suivantes sont fermées à la commercialisation :

- CEE ;
- Pack LMDE Europe ;
- Pack LMDE Monde ;

Seuls les membres participants et le cas échéant, leurs ayants droit, qui ont adhéré avant la date mentionnée ci-dessus aux formules susvisées, conservent le bénéfice de ces dernières dans les conditions prévues auxdites garanties.

Pour l'ensemble des formules, à l'exception des formules CEE, Pack LMDE Europe et Pack LMDE Monde, sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces demandées et de l'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle, la Garantie frais de santé prend effet :

- soit le jour indiqué librement par le membre participant sur le bulletin d'adhésion (sans rétroactivité possible),
- soit le lendemain de la date de résiliation (ou la date de dénonciation de l'adhésion) de l'ancien contrat d'assurance du membre participant, lorsque la Mutuelle a été mandatée par le membre participant dans le cadre de la résiliation infra-annuelle,
- soit à défaut de précision dans le bulletin d'adhésion, le lendemain de la signature de la demande d'affiliation.

En cas d'adhésion en cours de mois, la cotisation annuelle ou mensuelle est proratisée en conséquence.

Pour les formules Pack LMDE Monde et Pack LMDE Europe, sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces demandées et de l'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle, la garantie frais de santé prend effet :

- soit le jour indiqué librement par le membre participant sur le bulletin d'adhésion (sans rétroactivité possible)
- soit à défaut de précision dans le bulletin d'adhésion, le lendemain de la signature de la demande d'affiliation.

La date de cessation des garanties sera déterminée à partir de la date de prise d'effet, selon la durée choisie par le membre participant (exemple : si le membre participant a choisi une durée de couverture de 2 mois à partir du 18 octobre, celle-ci prendra fin le 17 décembre suivant).

Pour la formule CEE, sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces demandées et de l'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle, la garantie frais de santé prend effet :

- soit le jour indiqué librement par le membre participant sur le bulletin d'adhésion (sans rétroactivité possible),
- soit le lendemain de la signature de la demande d'affiliation et au plus tôt le lendemain de la date d'arrivée sur le territoire français pour l'étudiant arrivant en France l'année d'adhésion considérée et dans l'attente d'une inscription dans un établissement d'enseignement supérieur,
- soit le lendemain de la signature de la demande d'affiliation et au plus tôt à la date du début de stage en France pour expirer au plus tard à la date de fin du stage pour l'étudiant stagiaire,
- soit le lendemain de la signature de la demande d'affiliation et au plus tôt à la date du début des travaux de recherches en France pour expirer au plus tard à la date de fin des travaux de recherches pour l'étudiant effectuant des travaux de recherches.

ARTICLE 6 : DUREE ET RENOUELEMENT DES GARANTIES

Sauf disposition contraire, l'adhésion aux Garanties frais de santé ou ultérieurement à d'autres garanties, est valable pour une année scolaire, soit du 1^{er} octobre – ou de la date d'effet de l'adhésion - au 30 septembre minuit.

Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est alors proratisée au nombre de jours restants.

Sauf disposition contraire, l'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} octobre de chaque année, pour une durée d'un an, sauf résiliation par le membre participant ou la Mutuelle dans les conditions prévues à l'article « RESILIATION » du Règlement Mutualiste.

A compter du 1^{er} mai 2026, les formules suivantes sont fermées à la commercialisation, et ne pourront donner lieu à un renouvellement :

- CEE ;
- Pack LMDE Europe ;
- Pack LMDE Monde ;

Seuls les membres participants et le cas échéant, leurs ayants droit, qui ont adhéré avant la date mentionnée ci-dessus aux formules susvisées, conservent le bénéfice de ces dernières jusqu'à la date d'échéance.

Les offres suivantes sont fermées à la commercialisation :

- Mini LMDE ;
- Plus étudiant.

Seuls les membres participants et le cas échéant, leurs ayants droit, qui ont adhéré avant la date mentionnée ci-dessus aux formules susvisées, conservent le bénéfice de ces dernières.

ARTICLE 7 : RENONCIATION

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, en cas d'adhésion par correspondance, le membre participant dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, à compter de la prise d'effet de son adhésion, pour y renoncer.

La renonciation doit être notifiée via la messagerie électronique de l'espace personnel MyLMDE du membre participant.

Exemple de courrier électronique de renonciation :

« Je soussigné(e) ... (nom, prénom) demeurant ... (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhérent) au Règlement Mutualiste LMDE.

(Date et signature de l'adhérent(e)) »

Dans l'hypothèse où le membre participant a demandé à la mutuelle le versement de prestations dans le délai de quatorze (14) jours visé ci-dessus, le membre participant ne peut plus user de sa faculté de renonciation.

ARTICLE 8 : RESILIATION

8.1. RESILIATION PAR LE MEMBRE PARTICIPANT A LA DATE D'ECHEANCE ANNUELLE

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion au règlement mutualiste tous les ans et, au plus tard, deux mois avant l'échéance du contrat, toutefois, sa demande ne prendra effet, qu'au 30 septembre.

Enfin, le membre participant peut demander la résiliation de son adhésion (sur présentation d'une attestation d'employeur avec couverture complémentaire « frais de santé » à adhésion obligatoire) ou en cas de départ définitif à l'étranger (non résident en France avec désaffiliation à tout régime obligatoire de sécurité sociale français) ou en cas d'adhésion à la complémentaire santé solidaire (CSS). Sa demande de résiliation sera alors effective le jour de son changement de situation à 0h00.

Pour résilier, le membre participant devra envoyer une notification de résiliation à la Mutuelle selon son choix soit par :

- messagerie électronique de l'espace personnel MyLMDE du membre participant ;
- lettre ou tout autre support durable ;
- demande écrite faite au siège social de la Mutuelle ;
- acte extrajudiciaire ;
- ou via la fonctionnalité de résiliation accessible à partir de l'espace personnel MyLMDE du membre participant.

Exemple de courrier électronique de résiliation :

« Je soussigné(e) ... (nom, prénom) demeurant ... (adresse) déclare souhaiter résilier mon adhésion (numéro d'adhérent) au Règlement Mutualiste LMDE.

(Date et signature de l'adhérent(e)) »

La date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction.

Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié, satisfaisant à des exigences définies par décret.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions de l'alinéa ci-dessus, le membre participant peut mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction selon les modalités visées au présent article.

8.2. RESILIATION INFRA-ANNUELLE

Chaque membre participant peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de son adhésion au présent Règlement Mutualiste, demander à tout moment à ce qu'il soit mis fin à son adhésion, sans frais ni pénalités.

Pour résilier, le membre participant devra envoyer une notification de résiliation à la Mutuelle selon son choix soit par :

- messagerie électronique de l'espace personnel MyLMDE du membre participant ;
- lettre ou tout autre support durable ;
- demande écrite faite au siège social de la Mutuelle ;
- acte extrajudiciaire ;
- ou via la fonctionnalité de résiliation accessible à partir de l'espace personnel MyLMDE du membre participant.

La résiliation prend alors effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Exemple de courrier électronique de résiliation :

« Je soussigné(e) ... (nom, prénom) demeurant ... (adresse) déclare souhaiter résilier mon adhésion (numéro d'adhérent) au Règlement Mutualiste LMDE.

(Date et signature de l'adhérent(e)) »

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, Règlement Mutualiste LMDE applicable au 1^{er} octobre 2026

la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

À défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

Dans le cas où le membre participant souhaite résilier le Règlement Mutualiste pour souscrire un nouveau contrat complémentaire « frais de santé » auprès d'un nouvel organisme assureur, celui-ci peut effectuer pour le compte du membre participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues ci-dessus.

8.3. RESILIATION PAR LA MUTUELLE

8.3.1. NON PAIEMENT DES COTISATIONS

Le non-paiement des cotisations entraîne la suspension puis la résiliation des garanties dans les conditions de l'article 15 du présent règlement.

Tout membre participant en situation d'impayé s'expose au paiement de frais de poursuite et de recouvrement.

8.3.2. NON RESPECT DES CONDITIONS LIEES A LA POPULATION ELIGIBLE

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant lorsque les conditions d'adhésion liées à la population éligible définie par l'article 4 du présent règlement ne sont plus remplies.

ARTICLE 9 : RECLAMATIONS ET MEDIATION

Dans l'hypothèse d'une insatisfaction ou d'une difficulté avec la mutuelle Intériale, le réclamant peut avoir recours :

- dans un premier temps à la procédure « Réclamations »,
- dans un deuxième temps, si la procédure « Réclamations » ne lui a pas donné satisfaction, à la procédure « Médiation ».

9.1 RECLAMATIONS

Tout mécontentement émanant de toute personne (membres participants, anciens membres participants, bénéficiaires, personnes ayant sollicité de la Mutuelle la fourniture d'un service ou qui ont été sollicitées par un professionnel, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit) peut être soumis au service « Relations Adhérents ».

Cette réclamation peut être adressée à la Mutuelle par email à : contact-lmde@meservices.fr

Le service « Relations Adhérents » apportera une réponse au plus tard dans les deux mois à compter de l'envoi de la demande.

Si à l'expiration d'un délai de 45 jours le réclamant n'a pas reçu de réponse du service « Relations Adhérents », il peut saisir notre cellule de recours interne :

- soit par mail : contact-lmde@meservices.fr ;
- soit par voie postale, à l'adresse suivante : Direction Générale de la mutuelle Intériale, 32 Rue Blanche, 75009 Paris.

Celle-ci s'engage à apporter une réponse dans un délai de 15 jours à compter de sa saisine.

9.2 MÉDIATION

Le réclamant peut saisir le Médiateur deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite et dans un délai maximum d'un an après cette première réclamation, et ce quel que soit l'interlocuteur auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu :

- soit par le biais du site Internet de la Médiation de l'Assurance : www.mediation-assurance.org ;
- soit par voie postale à l'attention de : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75 441 Paris Cedex 09.

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu au maximum dans les trois mois après transmission du dossier complet au Médiateur.

Si le réclamant n'est pas satisfait de l'avis rendu, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

ARTICLE 10 : PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations de la Mutuelle sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'évènement 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.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires

d'interruption de la prescription (toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ; tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ; toute reconnaissance par la Mutuelle du droit à garantie du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit à la Mutuelle ou toute reconnaissance de dette du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit à la Mutuelle envers cette dernière ; saisine du médiateur de la Médiation de l'Assurance) 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 l'indemnité.

ARTICLE 11 : RETICENCE ET FAUSSES DECLARATIONS

11.1 – RETICENCE ET FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence 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.

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.

11.2 – FAUSSE DECLARATION NON INTENTIONNELLE

Conformément à 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 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 du présent règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix (10) 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 12 : SUBROGATION

En cas d'accident, le membre participant doit impérativement signaler ce dernier à la Mutuelle dans les conditions définies à l'article 20 du présent règlement.

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à l'article L. 224-8 du Code de la mutualité (opérations relatives au remboursement de frais de soins, à la protection juridique et à l'assistance), la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste 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.

Pour le paiement des indemnités journalières versées et les prestations d'invalidité, 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.

Si le membre participant a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations mutualistes est exigé.

Le membre participant qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

ARTICLE 13 : DECHEANCE DES DROITS A PRESTATIONS

Le membre participant qui, volontairement, utilise des documents inexacts comme justificatifs, use de moyens frauduleux ou fait sciemment des déclarations inexacts ou réticentes à l'occasion d'une demande de versement de prestations est sanctionné par la perte de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause.

TITRE 2 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES MEMBRES PARTICIPANTS

CHAPITRE 1 : OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS ENVERS LA MUTUELLE

ARTICLE 14 : PAIEMENT DE LA COTISATION

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation affectée à la couverture des prestations de la Garantie frais de santé souscrite.

La cotisation varie en fonction de la durée, de l'âge du membre participant, ainsi que du niveau des prestations de la Garantie frais
Règlement Mutualiste LMDE applicable au 1^{er} octobre 2026

de santé souscrite.

Elle est fixée par un barème dont le détail est précisé dans les tableaux de cotisations correspondant à chacune des garanties frais de santé proposées (Annexes 1 à 9 du présent règlement).

Elle comprend les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (union et fédération), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

La cotisation est fixée forfaitairement. Elle intègre la cotisation des garanties en inclusion, telles que définies à l'article 28 du présent règlement et dont le détail est décrit dans les tableaux des cotisations annexés au présent règlement.

La cotisation est individuelle.

A cette cotisation s'ajoute un complément de cotisation pour la couverture du ou des ayants droit du membre participant.

La cotisation peut être réglée en une seule fois par carte bancaire ou prélèvement automatique sur un compte bancaire ou, de manière fractionnée, par prélèvement automatique mensuel sur un compte bancaire.

La Mutuelle se réserve le droit de refuser ou de résilier une adhésion dont le mode de paiement des cotisations n'est pas autorisé par le présent article.

Pour le paiement des cotisations, le compte bancaire de l'adhérent devra être domicilié en France ou dans l'un des pays faisant partie de la zone SEPA.

Sauf dispositions contraires, la prise d'effet des garanties décrites au présent règlement est conditionnée par le paiement de la cotisation.

ARTICLE 15 : DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-7 du Code de la mutualité, dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

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

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

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que les frais de poursuites et de recouvrement.

ARTICLE 16 : PLURALITE D'ASSUREURS ET PRINCIPE INDEMNITAIRE

Si le membre participant souscrit auprès de plusieurs organismes assureurs des contrats pour un même intérêt contre un même risque, il doit donner immédiatement à la Mutuelle connaissance des autres contrats d'assurance.

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 et de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le membre participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'entre eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge du membre participant et de ses ayants droit, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

ARTICLE 17 : DOCUMENTS A TRANSMETTRE POUR PERCEVOIR LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS MUTUALISTES

Sauf cas particuliers prévus au présent règlement pour certaines garanties ou prestations, le membre participant doit transmettre sur son espace personnel MyLMDE une copie scannée des documents originaux définis ci-après.

LORSQUE LE REMBOURSEMENT MUTUALISTE INTERVIENT EN COMPLEMENT DE CELUI DE LA SECURITE SOCIALE :

En cas d'accord d'échanges techniques entre le centre gestionnaire d'Assurance Maladie et l'Organisme Complémentaire du membre participant, la transmission des relevés de prestations est effectuée par voie informatisée, directement entre les deux parties. A défaut, les originaux des relevés de prestations transmis par la Sécurité sociale doivent être adressés à la Mutuelle et le cas échéant les factures acquittées et tout autre document demandé par la Mutuelle pour le traitement du dossier.

LORSQUE LE REMBOURSEMENT MUTUALISTE CONCERNE DES PRESTATIONS NON PRISES EN CHARGE PAR LA Règlement Mutualiste LMDE applicable au 1^{er} octobre 2026

SECURITE SOCIALE :

Les factures originales acquittées et le cas échéant, les prescriptions médicales ou tout autre document demandés par la Mutuelle pour le traitement du dossier doivent être transmis à celle-ci.

Les envois par flux ou supports électroniques conformes aux dispositions réglementaires de l'Assurance Maladie et aux normes d'échanges prévues entre les professionnels de santé et la Mutuelle sont recevables lorsqu'ils émanent d'un professionnel de santé ou d'un organisme ayant conclu une convention avec la Mutuelle.

DANS TOUS LES CAS :

Le membre participant transmet à la mutuelle son Relevé d'Identité Bancaire pour le versement de ses prestations mutualistes.

Pour le remboursement des prestations, le compte bancaire de l'adhérent devra être domicilié en France ou dans l'un des pays faisant partie de la zone SEPA.

Afin d'éviter l'avance de frais par ses membres participants, la mutuelle a mis en place des accords de tiers payant pour la part complémentaire des frais de santé avec certains professionnels de santé et peut proposer à ses membres participants de bénéficier de ce service par l'émission d'une carte de tiers payant sans cotisation supplémentaire. Dans ce cas et si le professionnel de santé ayant effectué les soins a conclu un accord de tiers payant avec la mutuelle, pour la part complémentaire des frais de santé, celle-ci lui rembourse directement.

Toute demande de remboursement doit se faire via l'espace personnel MyLMDE.

Les prestations sont versées dans un délai maximum de 5 jours ouvrés à compter de la réception par la Mutuelle de l'ensemble des documents demandés.

CHAPITRE 2: OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES MEMBRES PARTICIPANTS

ARTICLE 18 : PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE A SES BENEFICIAIRES

18.1 – BENEFICIAIRES DES GARANTIES

Ont la qualité de bénéficiaire des garanties les membres participants et leurs ayants droit tels que définis à l'article 4 du présent règlement mutualiste.

18.2 – PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE

Au moment de leur adhésion, les membres participants, en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-Mer affiliés à un régime obligatoire de sécurité sociale, peuvent souscrire l'une des formules de garanties suivantes :

- **« HOSPI LMDE »** : cette formule de garanties est constituée des prestations « frais de santé » dont le détail et les limites sont décrits dans les tableaux des prestations figurant en Annexe 2.

A ces prestations « frais de santé », s'ajoutent en inclusion des prestations dites de « solidarité » mentionnées ci-dessous, dont les conditions d'octroi, les limites et les détails sont définies aux articles 25 à 27 du présent règlement.

- ✓ Fonds de secours examens – MUTEXAM
- ✓ Allocation mutualiste de solidarité
- ✓ Fonds d'aide à la compensation du handicap

Les prestations et cotisations de la formule « HOSPI LMDE » sont détaillées à l'Annexe 2 et versées dans les conditions précisées aux articles 17 et suivants du présent règlement.

- **« VITALITE LMDE »** : cette formule de garanties est constituée des prestations « frais de santé » dont le détail et les limites sont décrits dans les tableaux des prestations figurant en Annexe 4.

A ces prestations « frais de santé », s'ajoutent en inclusion :

- des Indemnités Journalières Hospitalières (étudiants salariés) ;
- des prestations dites de « solidarité » mentionnées ci-dessous, dont les conditions d'octroi, les limites et les détails sont définies aux articles 25 à 27 du présent règlement ;
 - ✓ Fonds de secours examens – MUTEXAM
 - ✓ Allocation mutualiste de solidarité
 - ✓ Fonds d'aide à la compensation du handicap
- des contrats d'assurance en inclusion :
 - ✓ Responsabilité civile « vie privée – vie étudiante et Individuelle Accident » dont la notice d'information figure en Annexe 13
 - ✓ Téléconsultation médicale dont la notice d'information figure en Annexe 14.

Les prestations et cotisations de la formule « VITALITE LMDE » sont détaillées à l'Annexe 4 et versées dans les conditions précisées aux articles 17 et suivants du présent règlement.

- **« ESSENTIELLE LMDE »** : cette formule de garanties est constituée des prestations « frais de santé » dont le détail et les limites sont décrits dans les tableaux des prestations figurant en Annexe 5.

A ces prestations santé, s'ajoutent les prestations suivantes :

- des Indemnités Journalières Hospitalières (étudiants salariés).
- des prestations dites de « solidarité » mentionnées ci-dessous, dont les conditions d'octroi, les limites et les détails sont définies aux articles 25 à 27 du présent règlement
 - ✓ Fonds de secours examens – MUTEXAM
 - ✓ Allocation mutualiste de solidarité
 - ✓ Fonds d'aide à la compensation du handicap
- des contrats d'assurance en inclusion :
 - ✓ Responsabilité civile « vie privée – vie étudiante et Individuelle Accident » dont la notice d'information figure en Annexe 13
 - ✓ Téléconsultation médicale dont la notice d'information figure en Annexe 14
 - ✓ Réseau de soins ITELIS dont la notice d'information figure en Annexe 15

Les prestations et cotisations de la formule « ESSENTIELLE LMDE » sont détaillées à l'Annexe 5 et versées dans les conditions précisées aux articles 17 et suivants du présent règlement.

- **« ZEN LMDE »** : cette formule de garanties est constituée des prestations « frais de santé » dont le détail et les limites sont décrits dans les tableaux des prestations figurant en Annexe 7.

A ces prestations « frais de santé », s'ajoutent les prestations suivantes :

- des Indemnités Journalières Hospitalières (étudiants salariés)
- des prestations dites de « solidarité » mentionnées ci-dessous, dont les conditions d'octroi, les limites et les détails sont définies aux articles 25 à 27 du présent règlement
 - ✓ Fonds de secours examens – MUTEXAM
 - ✓ Allocation mutualiste de solidarité
 - ✓ Fonds d'aide à la compensation du handicap
- des contrats d'assurance en inclusion :
 - ✓ Responsabilité civile « vie privée – vie étudiante et Individuelle Accident » dont la notice d'information figure en Annexe 13
 - ✓ Téléconsultation médicale dont la notice d'information figure en Annexe 15
 - ✓ Réseau de soins ITELIS dont la notice d'information figure en Annexe 15

Les prestations et cotisations de la formule « ZEN LMDE » sont détaillées à l'Annexe 7 et versées dans les conditions précisées aux articles 17 et suivants du présent règlement.

- **« MINI LMDE »** : cette formule de garanties est constituée des prestations santé dont le détail et les limites sont décrites dans les tableaux des prestations figurant en Annexe 3.

A ces prestations santé, s'ajoutent :

- des prestations dites de solidarité : Les conditions d'octroi, limites et détails de ces prestations sont définies aux articles 26 à 28 du présent règlement.
 - ✓ Fonds de secours examens – MUTEXAM
 - ✓ Allocation mutualiste de solidarité
 - ✓ Fonds d'aide à la compensation du handicap
- des contrats d'assurance en inclusion :
 - ✓ Responsabilité civile « vie privée – vie étudiante et Individuelle Accident » dont la notice d'information figure en Annexe 13
 - ✓ Téléconsultation médicale dont la notice d'information figure en Annexe 14

Les prestations et cotisations de la formule « MINI LMDE » sont détaillées à l'Annexe 3 du présent règlement et versées dans les conditions précisées aux articles 17 et suivants du présent règlement.

Les membres participants ne peuvent plus souscrire à compter du 1^{er} mai 2026 la présente garantie.

- « **Plus Etudiant** » : cette garantie spéciale est constituée des prestations de prévention et accompagnement dont le détail et les limites sont décrits dans les tableaux des prestations figurant en Annexe 2 du présent règlement, ainsi que :
 - des prestations solidarité : Fonds de secours études : MUTEXAM, Allocation Mutualiste de Solidarité et Fonds d'aide à la compensation du handicap (articles 25 à 27),
 - des prestations au titre des soins consécutifs à un accident garanti.

Le détail des prestations et cotisations de la garantie spéciale « Plus Etudiant » figure à l'annexe 1 du présent règlement.

Les membres participants ne peuvent plus souscrire à compter du 1^{er} mai 2026 la présente garantie. En cas de renouvellement de la garantie « Plus Etudiant » pendant l'année universitaire 2025-2026, les membres participants pourront continuer à en bénéficier jusqu'à la prochaine échéance annuelle

Les membres participants, en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-Mer affiliés à un régime obligatoire de Sécurité sociale ou adhérents à la Caisse des Français de l'Etranger peuvent souscrire aux garanties suivantes :

- « Pack LMDE Europe » et « Pack LMDE Monde » : Les conditions d'octroi et limites de ces garanties sont définies à l'article 22 du présent règlement. Les cotisations et prestations de ces garanties sont détaillées à l'Annexe 11 du présent règlement.

Les membres participants ne peuvent plus souscrire à compter du 1^{er} mai 2026 la présente garantie. En cas de souscription au cours de l'année universitaire 2025-2026, les membres participants pourront continuer à en bénéficier jusqu'à l'échéance de la garantie sans pouvoir la renouveler.

Au moment de leur adhésion, les membres participants justifiant relever du régime local Alsace-Moselle ont le choix entre deux formules de Garanties « frais de santé » spécifiques :

- « ESSENTIELLE LMDE régime local Alsace-Moselle » : Les conditions et limites de cette garantie sont définies à l'article 23. Les cotisations et prestations de cette garantie sont détaillées à l'Annexe 6 du présent règlement.
- « ZEN LMDE régime local Alsace-Moselle » : Les conditions et limites de cette garantie sont définies à l'article 23. Les cotisations et prestations de cette garantie sont détaillées à l'Annexe 8 du présent règlement.

Dispositions générales

- ◆ Les cotisations dues au titre de certaines formules de garanties, garanties spéciales ou packs de garanties, comprennent un montant affecté aux prestations assurantielles fournies par **AXA**.

Ce montant est de :

- **0,27 € TTC/mois** pour la garantie **Individuelle Accident** incluse dans la formule de garantie suivante : MINI LMDE
- **0,47 € TTC/mois** pour la garantie **Individuelle Accident** dans les formules de garanties suivantes : VITALITE LMDE, ESSENTIELLE LMDE, ESSENTIELLE LMDE Régime local Alsace-Moselle, ZEN LMDE, ZEN LMDE Régime local Alsace-Moselle ;
- **0,47 € TTC/mois** pour la garantie **Responsabilité Civile, « Vie étudiante et Vie Privée »** incluse dans les formules de garanties suivantes : MINI LMDE, VITALITE LMDE, ESSENTIELLE LMDE, ESSENTIELLE LMDE Régime local Alsace-Moselle, ZEN LMDE, ZEN LMDE Régime local Alsace-Moselle et ; PACK LMDE Europe / Monde ;
- **0,15 € TTC/mois** pour la garantie **Téléconsultation médicale** incluse dans les formules de garanties suivantes : MINI LMDE, VITALITE LMDE, ESSENTIELLE LMDE, ESSENTIELLE LMDE Régime local Alsace-Moselle, ZEN LMDE, ZEN LMDE Régime local Alsace-Moselle ;
- **1,87 € TTC/mois** pour la garantie **Téléconsultation médicale** incluse dans les formules de garanties suivantes : Pack LMDE EUROPE et MONDE.

- ◆ Les cotisations dues au titre de certaines formules de garanties, garanties spéciales ou packs de garanties comprennent un montant mensuel affecté aux prestations LMDE International fournies par **AXA Assistance**.

Ce montant est de :

- **9,69 € TTC/mois** pour les prestations internationales dans les formules de garanties PACK LMDE EUROPE
- **16,79 € TTC/mois** pour les prestations internationales dans les formules de garanties PACK LMDE MONDE

Les cotisations dues au titre de certaines formules de garanties, garanties spéciales ou packs de garanties, comprennent un montant affecté aux prestations du réseau de soins **ITELIS**.

Ce montant est de **0,20 € TTC /mois**.

18.3 - CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE :

Les cotisations et prestations des différentes garanties sont détaillées aux Annexes 1 à 13 du présent règlement. Les taux des prestations mutualistes s'appliquent sur les bases de remboursement et les taux de remboursement de la sécurité sociale française en vigueur.

Sauf décision contraire de la Mutuelle, la modification desdits bases et taux ou de la nomenclature et référentiel des actes professionnels au cours de l'année d'adhésion considérée est sans incidence sur le montant des prestations et des cotisations mutualistes.

Seuls donnent lieu à remboursement les soins pour lesquels la date retenue pour l'examen du droit aux prestations mutualistes se situe pendant la période d'ouverture des droits.

18.4 - CHANGEMENT DE GARANTIE A L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT :

Le membre participant peut, à n'importe quel moment de l'année, demander le changement de garantie vers une garantie supérieure, selon les modalités ci-dessous.

La nouvelle garantie santé prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la signature de la demande de changement de garantie formulée sur le formulaire de changement de garantie, sans rétroactivité possible.

Le montant de la cotisation de la nouvelle garantie, dont le calcul sera proratisé, s'il y a lieu, en fonction du nombre de mois restant à courir jusqu'au terme de son adhésion, viendra en déduction du montant versé au titre de la cotisation relative à l'ancienne garantie. Le solde restant dû entre ces deux montants sera versé, à la Mutuelle, par le membre participant, en une ou plusieurs fois, selon le mode de paiement choisi au moment de l'adhésion.

Le membre participant peut, à la date du renouvellement de sa garantie, demander le changement de garantie vers une garantie inférieure.

Tout changement de garantie vers une garantie supérieure ou inférieure sera limité à une fois par année d'adhésion.

ARTICLE 19 : REGLES D'OUVERTURE DES DROITS ET DATES RETENUES POUR L'EXAMEN DE DROITS AUX PRESTATIONS MALADIE ET MATERNITE

19.1- OUVERTURE DES DROITS :

Sauf dérogations prévues au présent règlement, l'année d'adhésion s'entend du 1^{er} octobre au 30 septembre N+1. Dans tous les cas, la date de fin de validité ne pourra être postérieure au 30 septembre de l'année suivant l'année d'adhésion. Sauf disposition contraire, l'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} octobre de chaque année, pour une durée d'un an, sauf résiliation par le membre participant ou la Mutuelle dans les conditions prévues à l'article « RESILIATION » du Règlement Mutualiste.

19.1.1 - GARANTIES ANNUELLES :

Les garanties annuelles sont souscrites par les membres participants pour une durée de douze (12) mois, sauf dérogations prévues au présent règlement.

Sauf cas particuliers prévus au présent règlement, à la date d'expiration, l'adhésion est reconduite pour douze (12) mois, sauf dénonciation dans les conditions prévues à l'article « RESILIATION ».

19.1.2 - GARANTIES INFRA-ANNUELLES (PRORATA) :

Les garanties infra-annuelles ou prorata sont souscrites par les membres participants pour une durée inférieure à douze (12) mois sur les durées de contrat suivantes : 11 mois, 10 mois, 9 mois, 8 mois, 7 mois, 6 mois, 5 mois, 4 mois, 3 mois, 2 mois, 1 mois et demi, 1 mois, 3 semaines, 2 semaines et 1 semaine.

Sauf dérogations prévues au présent règlement, pour tout bulletin d'adhésion signé, le droit aux prestations prend effet le lendemain à 0 heure de la signature du bulletin d'adhésion ou le jour indiqué librement sur le bulletin d'adhésion (sans rétroactivité possible), et ce, pour expirer le dernier jour de l'année universitaire.

Sauf cas particuliers prévus au présent règlement, à la date d'expiration, l'adhésion étant reconduite pour douze (12) mois, sauf dénonciation dans les conditions prévues à l'article « RESILIATION ».

19.2- DATES RETENUES POUR L'EXAMEN DU DROIT AUX PRESTATIONS MALADIE ET MATERNITE SAUF DEROGATIONS PREVUES AU PRESENT REGLEMENT

Seuls donnent lieu à remboursement les soins pour lesquels la date retenue pour l'examen du droit aux prestations mutualistes se situe pendant la période d'ouverture des droits.

La date de délivrance est retenue pour les prestations suivantes :

- pharmacie, produits et prestations remboursables au titre de l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale (LPP), vaccins rappels et traitements anti-paludéens,
- forfait contraceptifs prescrits non remboursés par la sécurité sociale,
- forfait test de grossesse,
- forfait substituts nicotiniques,

- forfait équipement optique (verres+monture), lentilles,
- prothèses et appareils, aides auditives,
- forfait préservatifs féminins / masculins,
- test VIH,
- forfait équipements de sécurité,
- forfait protections aides auditives (jetables, réutilisables ou moulées),
- forfait sécurité routière (éthylotests),
- forfait matériel médical,
- forfait protections périodiques (tampons, serviettes hygiéniques, cups menstruelles...),
- forfait sport.

La date d'exécution de l'acte est retenue pour les prestations suivantes :

- prothèses amovibles, amovibles provisoires ou fixes remboursées par la sécurité sociale,
- forfait implantologie - (On entend par forfait implantologie tout acte et/ou dispositif médical liés et indispensables à la réalisation d'une implantologie dentaire (couronnes sur implant, bridge implanto-porté ou dento implanto-porté, acte technique, dispositif médical),
- orthodontie et autres actes liés à l'orthodontie remboursés par la sécurité sociale, orthodontie non remboursée par la sécurité sociale, rebasage, réparation, adjonction ou remplacement de dents ou crochets,
- inlay/onlay/inlay core,
- soins dentaires,
- consultations médecin traitant, médecin correspondant, médecin d'accès direct,
- visites médecin traitant, médecin correspondant, médecin d'accès direct,
- radiologie, imagerie médicale,
- chirurgie sans hospitalisation,
- transports,
- laboratoire, analyses,
- auxiliaires médicaux,
- actes par sage femme,
- prothèses capillaires, prothèses mammaires,
- forfait médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture ...),
- consultations psychologues,
- forfait nutrition,
- consultation annuelle de prévention bucco-dentaire,
- actes de prévention,
- ostéodensitométrie,
- participation assuré 24 € lorsque l'acte a été réalisé hors hospitalisation,
- forfait frais de soins et d'hospitalisation consécutifs à une maternité.

La date de début de séjour est retenue pour les prestations suivantes :

- hospitalisation médicale et chirurgicale y compris IVG,
- forfait journalier hospitalier, psychiatrique ou non,
- participation assuré 24 € lorsque l'acte a été réalisé au cours d'une hospitalisation,
- indemnités journalières hospitalières,
- chambre particulière,
- forfait confort en hospitalisation (TV, Internet, Téléphone),
- forfait patient urgences.

CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS PARTICULIERES A CERTAINES GARANTIES OU PRESTATIONS

Il est précisé que hors dérogations ou règles spécifiques détaillées au présent chapitre, les principes généraux définis aux chapitres 1 et 2 du présent règlement demeurent applicables aux prestations et garanties mentionnées au présent chapitre.

ARTICLE 20 : PRESTATIONS ACCIDENT

20.1 - DEFINITION :

Par accident, il faut entendre « toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part du membre participant ou de ses ayants droit provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure ».

20.2 - OUVERTURE DES DROITS :

Par dérogation à l'article 19.1.1, pour les adhésions à une garantie douze (12) mois, le droit aux prestations accident prend effet le lendemain à 0 heure de la date de signature du bulletin d'adhésion au règlement mutualiste LMDE et au plus tôt le 1^{er} octobre de l'année de mise en vigueur du Règlement Mutualiste LMDE applicable au 1^{er} octobre 2026

l'année d'adhésion considérée, et ce pour expirer le dernier jour de l'année universitaire.

Les autres conditions d'ouverture des droits telles que définies à l'article 19 s'appliquent aux prestations accident.

20.3 - DECLARATION D'ACCIDENT :

Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les cinq (5) jours à la mutuelle et accompagné d'un certificat médical descriptif des blessures.

20.4 - PRESTATIONS :

Jusqu'au jour de la guérison ou de la consolidation ou du décès, et ce, dans la limite de deux (2) ans à compter de la date de l'accident, la Mutuelle complète à concurrence de 100% des bases de remboursement de la sécurité sociale française, l'équipement optique (verres, monture), les actes médicaux réalisés par un médecin et remboursés par les régimes obligatoires de sécurité sociale française et engagés par le membre participant ou son ayant droit à la suite d'un accident garanti.

Les prestations ne peuvent être versées que pour les accidents garantis et survenus pendant la période d'ouverture des droits.

20.5 - EXCLUSIONS :

Sont exclus :

- **les accidents survenus en dehors de la période d'ouverture de droits aux prestations accident,**
- **les suites d'accidents, d'infirmité dont la survenance est antérieure à la date d'effet du droit aux prestations accident,**
- **les accidents occasionnés par :**
 - › l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
 - › l'aliénation mentale, les attaques de paralysie, d'apoplexie ou d'épilepsie,
 - › une infirmité préexistante,
 - › l'ivresse ou l'état alcoolique,
 - › la tentative de suicide, l'intoxication, le malaise,
 - › l'exercice d'une activité professionnelle dès lors qu'elle n'est pas conseillée ou ordonnée par l'établissement d'enseignement du membre participant ou de ses ayants droit,
 - › la navigation aérienne en qualité de personnel navigant, l'usage d'un aéronef privé, les vols d'essai ou sur prototype,
 - › les sports aériens, le saut à l'élastique, les sports aquatiques pratiqués avec ou sans un engin à moteur, les sports pratiqués avec un véhicule terrestre à moteur, la plongée sous-marine, le combat, les épreuves de sports de neige ou de glace donnant lieu à un classement international, national ou régional, les sports à titre professionnel,
 - › les guerres civiles ou étrangères, les émeutes, les mouvements populaires, les actes de terrorisme ou de sabotage auxquels le membre participant ou ses ayants droit participent, les sinistres d'origine nucléaire.

ARTICLE 21 : INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALIERES

21.1 - OBJET

Une indemnité journalière hospitalière forfaitaire est versée aux membres participants ou à leurs ayants droit de plus de 18 ans, bénéficiant des formules « VITALITE LMDE », « ESSENTIELLE LMDE » et « ZEN LMDE », à compter du 4^{ème} jour consécutif de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, un accident ou une opération chirurgicale, dans la limite de trente (30) jours par année d'adhésion.

21.2 – MONTANT

La cotisation de la garantie Indemnités Journalières Hospitalières en inclusion des formules « VITALITE LMDE », « ESSENTIELLE LMDE » et « ZEN LMDE », est de 0,04 € TTC / mois par membre participant.

21.3 - CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Les indemnités journalières hospitalières forfaitaires ne sont versées dans les conditions précitées que sur présentation conjointe, par le membre participant ou son ayant droit de plus de 18 ans, du bulletin d'hospitalisation, et du décompte de sécurité sociale attestant du paiement des sommes visées à l'article L.321-1 du code de la sécurité sociale.

La mutuelle se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires nécessaires à l'étude du dossier.

21.4 - EXCLUSIONS

N'ouvrent pas droit au versement de la prestation Indemnités Journalières hospitalières les hospitalisations occasionnées par :

- **la faute intentionnelle ou dolosive du membre participant ou de l'ayant droit de plus de 18 ans,**
- **l'usage des stupéfiants non prescrits médicalement,**
- **l'ivresse ou état alcoolique,**

- la participation du membre participant ou de l'ayant droit de plus de 18 ans à des compétitions ou à leurs essais, même à titre amateur, dans les sports suivants :
 - sports pratiqués avec un véhicule terrestre à moteur,
 - sports aériens,
 - sports aquatiques pratiqués avec un engin à moteur,
 - plongée sous-marine,
 - sports de neige ou de glace donnant lieu à un classement,
 - combat.
- la pratique du saut à l'élastique,
- la maladie d'origine psychologique ou psychiatrique (y compris les maladies nerveuses),
- les guerres civiles ou étrangères, émeutes, cataclysmes, sinistres d'origine nucléaire.

ARTICLE 22: GARANTIES « PACK LMDE EUROPE » ET « PACK LMDE MONDE »

22.1 – CONDITIONS DE SOUSCRIPTION AUX GARANTIES « PACK LMDE EUROPE » ET « PACK LMDE MONDE »

Les garanties « PACK LMDE EUROPE » et « PACK LMDE MONDE » sont fermées à la commercialisation à compter du 1^{er} mai 2026.

Les garanties « Pack LMDE Europe » et « Pack LMDE Monde » peuvent être souscrites par tout étudiant dont le domicile principal est situé en France et inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur en France et affilié à un régime obligatoire de Sécurité sociale en France ou à l'étranger ou assuré auprès de la Caisse des Français de l'Etranger. Les garanties « Pack LMDE Europe » et « Pack LMDE Monde » couvrent les séjours effectués quel que soit le type de déplacement à l'international (stage conseillé ou ordonné par l'établissement d'enseignement supérieur, dans le cadre d'études/programmes d'échanges universitaires, ou séjours touristiques).

La mutuelle se réserve le droit de réclamer un justificatif du motif du séjour à l'étranger.

Les pays relevant de la zone « Monde » sont les pays du monde entier non listés dans la zone « Europe » définie ci-dessus.

22.2 – PERIODE DE VALIDITE DES GARANTIES « PACK LMDE EUROPE » ET « PACK LMDE MONDE » ET OUVERTURE DES DROITS :

Par dérogation à l'article 19 du présent règlement les règles d'ouverture des droits aux prestations du « Pack LMDE Europe » et du « Pack LMDE Monde » sont les suivantes :

Les garanties « Pack LMDE Europe » et « Pack LMDE Monde » peuvent être souscrites pour une durée de 1 semaine, 2 semaines, 3 semaines, 1 mois, 1 mois et demi, 2 mois, 3 mois, 4 mois, 5 mois, 6 mois, 7 mois, 8 mois, 9 mois, 10 mois, 11 mois ou 12 mois.

Le droit aux prestations prend effet à la date de début du séjour à l'étranger.

Exemple : Souscription d'une garantie « Pack LMDE Europe/ Monde » de 4 mois le 04.04 l'année n
Validité de la garantie : du 04.04 de l'année n au 03.08 de l'année n

Cette garantie ne fait pas l'objet d'une tacite reconduction.

22.3 – CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Les prestations mutualistes prévues par les garanties « Pack LMDE Europe » et « Pack LMDE Monde » interviennent en complément d'un remboursement par un régime de Sécurité sociale (caisse locale d'un pays de l'Espace Economique Européen ou d'un territoire d'outre-mer, Caisse des Français de l'Etranger, régime obligatoire français).

Des dispositions particulières sont prévues pour les soins nécessaires effectués hors UE/EEE et en cas de non remboursement par un régime de Sécurité sociale. Dans ce cas, certaines prestations pourront être servies, sauf exclusions (se reporter à l'article 20.5 du présent règlement), selon les tarifs et les taux de remboursement Sécurité sociale applicables sur le territoire français.

Pour les séjours dans les pays de l'UE/EEE ou la Suisse, le membre participant s'engage, sauf cas de force majeure, à se procurer avant son départ, la Carte Européenne d'Assurance Maladie et à l'utiliser à chaque fois que cela est possible techniquement.

22.3.1- Soins réalisés à l'étranger (prestations y compris hospitalisation)

22.3.1-1 - Hospitalisation :

Une dispense d'avance des frais est possible sous réserve d'un accord préalable d'AXA Assistance.

L'avance des frais d'hospitalisation pour le compte de la mutuelle par AXA Assistance s'effectue à concurrence de 150 000 euros par assuré et par période de couverture.

22.3.1-2 - Hors hospitalisation et soins externes

Pour certains soins hors hospitalisation (consultations et visites généralistes, consultations et visites spécialistes, analyses médicales, Règlement Mutualiste LMDE applicable au 1^{er} octobre 2026

radiologie, auxiliaires médicaux), des coefficients correcteurs sont établis par pays. La base de remboursement résulte du tarif de la Sécurité sociale française affecté éventuellement de ce coefficient (tableau des coefficients détaillé en annexe 10 du présent règlement).

La dispense d'avance des frais médicaux ne s'applique pas aux soins réalisés en dehors d'une hospitalisation comportant au moins une nuitée. Le membre participant doit acquitter les soins et adresser une demande de remboursement auprès de la mutuelle. Au préalable, le membre participant doit avoir demandé à son organisme de Sécurité sociale le remboursement de la part Sécurité sociale avec envoi des factures originales acquittées et avoir complété le formulaire Cerfa relatif aux soins reçus à l'étranger.

22.3.1-3 - Prestations forfaitaires : Les prestations forfaitaires suivantes :

- Forfait contraceptif non remboursé par la Sécurité sociale,
- Forfait test de grossesse,
- Forfait préservatifs féminins,
- Forfait préservatifs masculins,
- Test VIH,
- Forfait vaccins, rappels et traitements anti-paludéens non remboursés par la Sécurité sociale,
- Forfait sécurité routière (éthylotests),
- Forfait équipements de sécurité,

peuvent être versées pour des soins effectués à l'étranger dans les conditions prévues par le présent règlement.

22.4 – CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement s'effectue au vu :

- des factures originales acquittées,
- des justificatifs originaux des sommes restant à charge et dans la limite de la dépense engagée,
- des décomptes émis par le régime obligatoire de Sécurité sociale ou par la Caisse des Français de l'Etranger.

La mutuelle se réserve le droit de réclamer si nécessaire tout autre document lui permettant le traitement du dossier.

Le remboursement des soins s'effectue exclusivement par virement bancaire sur un compte bancaire domicilié en France ou dans l'un des pays faisant partie de la zone SEPA. Le membre participant fournit un RIB lors de la souscription.

Les décomptes du membre participant sont mis à disposition sur son espace personnel MyLMDE.

Condition particulière de versement pour le forfait « vaccins, rappels et traitements antipaludéens » :

La prestation « forfait vaccins, rappels et traitements anti-paludéens » peut être servie au membre participant avant le départ à l'étranger sous réserve de remplir les deux conditions cumulatives suivantes :

- la date d'achat et la date de prescription médicale du produit pharmaceutique doivent être dispensées entre la date de souscription à la garantie Pack LMDE International et celle du départ à l'étranger,
- le produit pharmaceutique est acheté et prescrit au plus tôt un (1) mois avant le départ à l'étranger.

22.5 – EXCLUSIONS

Ne peuvent donner lieu à remboursement :

- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une autorité médicale qualifiée et qui ne serait pas prise en compte par la Sécurité sociale française (telle que savon, dentifrice, crème pour le visage, parfums...),
- les frais de traitement ou d'intervention à caractère esthétique, les cures d'engraissement et d'amincissement, l'acupuncture, les frais de téléphone, de télécopie, de télévision, de chambre particulière en cas d'hospitalisation,
- les services ou fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic et au traitement de la maladie,
- les frais de transport autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche, les soins d'orthodontie, les cures thermales, les bilans de santé,
- les suites et conséquences d'un accident non garanti par la prestation « soins consécutifs à un accident garanti » incluse dans les garanties LMDE,
- les conséquences de tentative de suicide,
- les événements survenus de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires sont exclus ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche,
- les frais médicaux programmés (motif du séjour uniquement médical),
- les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, de l'absorption d'alcool.

ARTICLE 23 : GARANTIES « ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE » ET « ZEN LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE »

23.1 – CONDITIONS DE SOUSCRIPTION AUX GARANTIES « ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE » ET « ZEN LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE »

Les formules de garanties santé spécifiques « ESSENTIELLE LMDE régime local Alsace-Moselle » et « ZEN LMDE régime local Alsace-Moselle » peuvent être souscrites par tout étudiant justifiant qu'il relève du régime local Alsace-Moselle au moyen d'une copie de l'attestation d'affiliation en cours de validité dudit régime.

23.2 – PERIODE DE VALIDITE :

Les formules de garanties santé spécifiques « ESSENTIELLE LMDE régime local Alsace-Moselle » et « ZEN LMDE régime local Alsace-Moselle » peuvent être souscrites pour une durée de 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 ou 18 mois. Toutefois, la date de fin de validité ne pourra être postérieure au 30 septembre 2026 pour une adhésion à compter du 1^{er} avril 2026 et au 30 septembre 2026 pour une adhésion à compter du 1^{er} avril 2026. Ces garanties ne font pas l'objet d'une tacite reconduction.

L'ouverture des droits se fait selon les conditions prévues à l'article 19.1 du présent règlement.

23.3 – CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE :

Les prestations mutualistes prévues par les formules de garanties « frais de santé » spécifiques « ESSENTIELLE LMDE régime local Alsace-Moselle » et « ZEN LMDE régime local Alsace-Moselle » interviennent en complément d'un régime obligatoire sécurité sociale et d'un régime local Alsace-Moselle.

Les prestations mutualistes prévues par les formules de garanties « frais de santé » spécifiques « ESSENTIELLE LMDE régime local Alsace-Moselle » et « ZEN LMDE régime local Alsace-Moselle » sont décrites aux Annexes 8 et 10 du présent règlement et sont versées dans les conditions définies aux titres 1 et 2.

ARTICLE 24 : INFORMATIONS RELATIVES AUX PRESTATIONS INCLUSES DANS CERTAINES GARANTIES DE LA MUTUELLE ET ASSUREES PAR UN AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE

24.1 Les prestations « **Frais de soins et Assistance à l'international** » et « services à la personne » sont assurées par Inter Partner Assistance, société anonyme de droit belge au capital de 130.702.613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro BCE : 0415.591.055, dont le siège social est situé 7 Boulevard du Régent, 1000 Brussels - Belgique, prise au travers de sa succursale française, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 8-10 rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff. InterPartner Assistance intervient sous la dénomination commerciale AXA ASSISTANCE. ».

24.2 Le service « **Téléconsultation médicale** » est un contrat d'assurance collectif, souscrit par la Mutuelle, au profit de certains de ses membres participants et leurs ayants droit, dont les prestations sont assurées, dans les conditions et limites prévues dans la notice d'information, par **INTER PARTNER ASSISTANCE**, Société Anonyme de droit français, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre, dont le siège social est situé 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff.

Les offres suivantes bénéficient du service « Téléconsultation médicale » :

LMDE « **MINI LMDE** » ou « **VITALITE LMDE** » ou « **ESSENTIELLE LMDE** » ou « **ZEN LMDE** » ou « **ESSENTIELLE LMDE Régime local** » ou « **ZEN LMDE Régime local** » ou aux packs de garanties suivants : « **MINI LMDE ET ASSURANCE DE L'ETUDIANT** », « **MINI LMDE ET PLUS LMDE** », « **MINI LMDE ET PLUS ETUDIANT** », « **VITALITE LMDE ET PLUS ETUDIANT** », « **VITALITE LMDE ET PLUS LMDE** », « **VITALITE LMDE ET ASSURANCE DE L'ETUDIANT** », « **ESSENTIELLE LMDE ET PLUS ETUDIANT** », « **ESSENTIELLE LMDE ET PLUS LMDE** », « **ESSENTIELLE LMDE ET ASSURANCE DE L'ETUDIANT** », « **ZEN LMDE ET PLUS ETUDIANT** » et « **ZEN LMDE ET ASSURANCE DE L'ETUDIANT** » « **ESSENTIELLE LMDE ET ASSURANCE DE L'ETUDIANT Régime local** », « **ZEN LMDE ET ASSURANCE DE L'ETUDIANT Régime local** »

Une notice d'information, relative au détail de ces prestations, leurs dates de prises d'effet, leurs modalités de mise en œuvre et les exclusions, est jointe à l'ANNEXE 14, et est disponible sur www.lmde.fr.

24.3 Le « **Réseau de soins ITELIS** » est un service souscrit par la mutuelle au profit de certains de ses membres participants et leurs ayants droit, dont les prestations sont fournies, dans les conditions et limites prévues dans la notice d'information, par Isea, SA à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 €. Immeuble « Le Diapason » - 218 avenue Jean Jaurès – 75916 PARIS CEDEX 19 – 440 358 471 RCS Paris.

Une notice d'information relative au détail de ces services, est jointe à l'Annexe 15 au présent règlement mutualiste.

24.4. Le contrat de « **Responsabilité Civile Vie privée – Vie étudiante et individuelle accident (RC-IA+)** » est un contrat d'assurance collectif, souscrit par la Mutuelle, au profit de certains de ses membres participants et leurs ayants droit, dont les prestations sont assurées, dans les conditions et limites prévues dans la notice d'information, par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex et AXA Assurances IARD Mutuelle, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes, inscrite au Répertoire Sirène sous le numéro 775 699 309, dont le siège social est sis 313, Terrasses de l'arche 93727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

Une notice d'information, relative au détail de ces prestations, leurs dates de prises d'effet, leurs modalités de mise en œuvre et les exclusions, est jointe à l'ANNEXE 13, et est disponible sur www.lmde.fr.

TITRE 3 : ACTIONS SOLIDAIRES ET SOCIALES

Les aides au titre de l'action sociale sont accordées en considération de la situation personnelle du demandeur, membre participant ou ayant droit du membre participant.

L'Assemblée générale, sur proposition du Conseil d'administration, détermine chaque année le montant global de l'enveloppe qui peut être accordée au titre des aides ou services aux membres participants et leurs ayants droit.

ARTICLE 25 : ALLOCATION MUTUALISTE DE SOLIDARITE

25.1- OBJET :

Une allocation mutualiste de solidarité est servie aux membres participants et à leurs ayants droit dans les conditions déterminées ci-après.

L'allocation mutualiste de solidarité est un fonds de secours de caractère exceptionnel à la disposition de tout membre participant ou de ses ayants droit, sans distinction d'âge, de sexe ou de nationalité.

Elle peut être sollicitée pour des frais médicaux occasionnés par une maladie, un accident ou un traitement médical. Elle ne peut être, en aucun cas, un fonds d'assistance.

C'est une prestation individuelle dont le montant est variable selon le caractère des soins subis.

25.2- BENEFICIAIRES :

- Le membre participant de la Mutuelle,
- Ses ayants droit cotisants ou non cotisants.

Ces qualités s'apprécient à la date retenue pour l'examen du droit aux prestations maladie / maternité.

25.3- CONSTITUTION DU DOSSIER :

La demande d'allocation mutualiste de solidarité doit obligatoirement comporter :

- une lettre motivée,
- l'imprimé de demande d'allocation dûment renseigné,
- la justification des dépenses supportées ou le devis du praticien,
- la justification de l'ensemble des remboursements perçus (décompte de remboursement sécurité sociale ou refus de prestations sécurité sociale, etc.),
- les justificatifs des charges et ressources personnelles (avis d'imposition, etc.) ou à défaut, du foyer fiscal auquel le membre participant ou ses ayants droit sont rattachés.

Le dossier ne peut être accepté que s'il est reçu par la mutuelle dans un délai de trois (3) mois suivant la date des soins.

Un dossier incomplet sera renvoyé à l'adhérent. Les pièces complémentaires devront être fournies dans un délai maximum de six (6) mois, sous peine de caducité du dossier de demande.

25.4- CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

Le montant de l'allocation est arrêté sur examen du dossier social et du dossier médical du membre participant ou de ses ayants droit, sous couvert du respect des règles qui régissent le secret médical, par la commission en charge de l'action sociale.

L'attribution de l'allocation interviendra après versement des prestations de sécurité sociale et des prestations mutualistes.

La détermination du montant de l'allocation mutualiste solidarité devra prendre en compte toutes les ressources auxquelles le membre participant ou ses ayants droit peuvent prétendre (Fonds de Solidarité Universitaire, ...).

Le total des prestations accordées ne pourra pas excéder le montant des frais réellement supportés par le membre participant ou ses ayants droit.

25.5 - CAS PARTICULIERS :

DEVIS :

Le dossier de demande d'allocation mutualiste de solidarité est, dans ce cas, constitué par le membre participant ou ses ayants droit avant que ceux-ci aient subi des soins.

La constitution du dossier se fait dans les conditions habituelles.

En ce qui concerne le dossier médical, le membre participant ou ses ayants droit fournit un devis du praticien ou de l'établissement qui indique le montant des frais à engager pour les soins envisagés.

Toutefois, l'allocation mutualiste de solidarité ne pourra être versée que sur présentation des factures définitives acquittées.

La commission d'attribution se réserve le droit de modifier l'attribution, lors du règlement, si les factures présentées ne sont pas conformes au devis.

Si le membre participant ou ses ayants droit n'ont pas subi les soins prévus dans un délai de six (6) mois suivant la date du devis ou s'ils n'ont pas séjourné dans l'établissement initialement choisi, l'acceptation de l'attribution pourra être caduque.

PAIEMENT DIRECT A L'ETABLISSEMENT DE SOINS :

De façon exceptionnelle, si le membre participant ou ses ayants droit se trouvent dans l'incapacité de régler la facture qui leur est présentée par l'établissement de soins dans lequel ils ont séjourné, la Mutuelle peut verser directement à cet établissement, sur la demande expresse du membre participant ou de ses ayants droit, le montant accepté par la commission d'attribution.

25.6- DISPOSITIONS FINANCIERES :

FINANCEMENT :

L'allocation mutualiste de solidarité est financée par un prélèvement sur les fonds disponibles de la Mutuelle.

PAIEMENT :

Le montant alloué par la commission en charge de l'action sociale sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés.

ARTICLE 26 : FONDS DE SECOURS ETUDES « MUTEXAM »

26.1 - OBJET :

Un fonds de secours études est servi aux membres participants et à leurs ayants droit dans les conditions déterminées ci-après.

Le fonds de secours études est une allocation mutualiste de caractère exceptionnel à la disposition de tout membre participant ou de ses ayants droit, sans distinction d'âge, de sexe ou de nationalité.

Il peut être sollicité pour contribuer aux frais de réinscription du membre participant ou de ses ayants droit mutualistes, à une seconde année d'études identique à celle effectuée en cas de non-présentation aux examens universitaires ou scolaires de fin d'année auxquels ils sont régulièrement inscrits à la suite d'un accident, du décès d'un parent ou d'une maladie.

Il ne peut être, en aucun cas, un fonds d'assistance. C'est une prestation individuelle dont le montant est variable.

26.2- BENEFICIAIRES :

- Le membre participant de la Mutuelle,
- Ses ayants droit cotisants ou non cotisants.

Ces qualités s'apprécient à la date des examens de fin d'année (session finale ou session de rattrapage ou dates de contrôles continus).

26.3- CONSTITUTION DU DOSSIER :

La demande de fonds de secours études doit obligatoirement comporter :

- une lettre motivée,
- les justificatifs des charges et ressources personnelles (avis d'imposition, etc.) ou à défaut, du foyer fiscal auquel le membre participant ou ses ayants droit sont rattachés,
- les justificatifs des frais liés au redoublement,
- l'imprimé de demande de fonds de secours études dûment renseigné, accompagné des justificatifs suivants,
 - ❖ en cas d'accident :
 - › un certificat médical descriptif des blessures,
 - › un certificat médical constatant l'incapacité physique de passer les examens,
 - › en cas d'hospitalisation consécutive à un accident, le bulletin d'entrée et de sortie de l'hôpital ou de la clinique,
 - ❖ en cas de maladie :
 - › un certificat médical constatant l'incapacité physique de passer les examens et précisant le motif,
 - › en cas d'hospitalisation consécutive à une maladie, un bulletin d'entrée et de sortie de l'établissement d'hospitalisation mentionnant l'éventuel acte opératoire ainsi qu'un certificat médical indiquant la cause de l'hospitalisation,
 - ❖ en cas de décès d'un parent dans les 90 jours précédant la session d'examen finale ou de rattrapage (père, mère, conjoint - ni divorcé, ni séparé de corps, enfant, frère, sœur) :
 - › un certificat de décès,

› une pièce d'état civil précisant le lien de parenté (livret de famille, etc.).

La Mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires nécessaires à l'étude du dossier.

Sauf cas de force majeure, le dossier ne peut être accepté que s'il est reçu par la Mutuelle dans un délai de deux (2) mois suivant la session finale d'examens et/ou la session de rattrapage auxquelles le membre de la Mutuelle n'a pu se présenter.

Un dossier incomplet sera renvoyé à l'adhérent. Les pièces complémentaires devront être fournies dans un délai maximum de six (6) mois, sous peine de caducité du dossier de demande.

26.4- CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

Le montant alloué est arrêté sur examen du dossier social et du dossier médical du membre participant ou de ses ayants droit, sous couvert du respect des règles qui régissent le secret médical, par la commission en charge de l'action sociale.

La détermination du montant du fonds de secours études MUTEXAM devra prendre en compte toutes les ressources auxquelles le membre participant ou ses ayants droit peuvent prétendre.

Le montant accordé ne pourra pas excéder le montant des frais réellement supportés par le membre participant ou ses ayants droit.

Dans tous les cas, le montant alloué ne sera versé qu'après réinscription dans une seconde année d'études identique à celle effectuée (année de redoublement), sur présentation des justificatifs de réinscription.

La Mutuelle se réserve le droit de récupérer le montant alloué si le membre de la Mutuelle abandonne ses études et/ou s'il ne se présente pas aux examens sauf cas de force majeure.

26.5- DISPOSITIONS FINANCIERES :

FINANCEMENT :

Le fonds de secours études MUTEXAM est financé par un prélèvement sur les fonds disponibles de la Mutuelle.

PAIEMENT :

Le montant alloué par la commission en charge de l'action sociale sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés.

ARTICLE 27 : FONDS D'AIDE A LA COMPENSATION DU HANDICAP

27.1- OBJET :

Un fonds d'aide à la compensation du handicap est mis à la disposition de tout membre participant ou de ses ayants droit, sans distinction d'âge, de sexe ou de nationalité dans les conditions déterminées ci-après.

Ce fonds de secours de caractère exceptionnel peut être sollicité pour des aides techniques rendues nécessaires par une situation de handicap tel que défini par la loi. Il ne peut être, en aucun cas, un fonds d'assistance.

L'aide financière octroyée constitue une prestation individuelle dont le montant est variable selon le caractère des aides techniques nécessaires.

27.2- BENEFICIAIRES :

- Le membre participant de la Mutuelle ;
- Ses ayants droit cotisants ou non cotisants.

Ces qualités s'apprécient à la date de la facturation des aides techniques.

27.3- CONSTITUTION DU DOSSIER :

27.3.1- Adhérents ayant déposé une demande de prestation de compensation du handicap auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées :

La demande d'aide doit obligatoirement comporter :

- ✓ une lettre motivée,
- ✓ l'imprimé de demande d'aide de la Mutuelle dûment renseigné,
- ✓ la décision de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

27.3.2- Adhérents bénéficiant de l'allocation compensatrice pour tierce personne :

La demande d'aide doit obligatoirement comporter :

- ✓ une lettre motivée,

- ✓ l'imprimé de demande d'aide de la Mutuelle dûment renseigné,
- ✓ le justificatif d'attribution de l'allocation compensatrice pour tierce personne,
- ✓ la justification des dépenses supportées ou le devis du praticien,
- ✓ la justification de l'ensemble des remboursements perçus (décompte de remboursement sécurité sociale ou refus de prestations sécurité sociale, etc.),
- ✓ les justificatifs des charges et ressources personnelles (avis d'imposition, etc.) ou à défaut, du foyer fiscal auquel le membre participant ou ses ayants droit sont rattachés.

Le dossier ne peut être accepté que s'il est reçu par la mutuelle dans un délai de trois (3) mois suivant la date de réalisation des prestations non sanitaires ou la date des soins.

Tout dossier incomplet sera renvoyé à l'adhérent. Les pièces complémentaires devront être fournies dans un délai maximum de six (6) mois, sous peine de caducité du dossier de demande.

27.4- CONDITIONS D'ATTRIBUTION :

Le montant de l'aide est arrêté par la commission en charge de l'action sociale.

L'attribution de l'aide interviendra après versement éventuel des prestations de sécurité sociale et des prestations mutualistes.

La détermination du montant de l'aide devra prendre en compte toutes les ressources auxquelles le membre participant ou ses ayants droit peuvent prétendre (Fonds de Solidarité Universitaire, ...).

Le total des prestations accordées ne pourra pas excéder le montant des frais réellement supportés par le membre participant ou ses ayants droit.

27.5- CAS PARTICULIERS :

DEVIS :

Le dossier de demande d'aide est, dans ce cas, constitué par le membre participant ou ses ayants droit avant que ceux-ci aient bénéficié des aides techniques.

La constitution du dossier se fait dans les conditions habituelles.

L'étudiant fournit un devis du praticien, de l'établissement ou du fournisseur qui indique le montant des frais à engager.

Toutefois, l'aide ne pourra être versée que sur présentation des factures définitives acquittées.

La commission d'attribution se réserve le droit de modifier l'attribution, lors du règlement, si les factures présentées ne sont pas conformes au devis.

Si le membre participant ou ses ayants droit n'ont pas bénéficié des aides techniques prévues dans un délai de six (6) mois suivant la date du devis, l'acceptation de l'attribution pourra être caduque.

PAIEMENT DIRECT A LA MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES, A L'ETABLISSEMENT DE SOINS OU AU FOURNISSEUR.

Si le membre participant ou ses ayants droit se trouvent dans l'incapacité de régler la facture qui leur est présentée, la Mutuelle peut verser directement à la Maison Départementale des Personnes Handicapées ou éventuellement à l'établissement de soins ou au fournisseur le montant accepté par la commission d'attribution, sur demande expresse du membre participant ou de ses ayants droit.

27.6- DISPOSITION FINANCIERES :

FINANCEMENT :

Le fonds d'aide à la compensation du handicap est financé par un prélèvement sur les fonds disponibles de la Mutuelle.

PAIEMENT :

Le montant alloué par la commission en charge de l'action sociale sera réglé par virement bancaire ou similaire, sur présentation des justificatifs demandés.

TITRE 4 : ANNEXES

ANNEXE 1 : « PLUS ÉTUDIANT »

TABLEAUX DES COTISATIONS ET PRESTATIONS MUTUALISTES A COMPTER DU 01/10/2026

(Formule solidaire et non responsable)

Cotisations TTC Garanties et services liés à la garantie inclus	
PLUS ETUDIANT	12 mois
Adulte	36,00 €
Enfant ayant droit (<18 ans)	18,00 €

TABLEAU DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/10/2026

PLUS ETUDIANT	REMBOURSEMENTS		
	Sécurité sociale (BR)	PLUS ETUDIANT	TOTAL (Sécurité sociale + PLUS ETUDIANT)
PREVENTION & ACCOMPAGNEMENT			
Consultation annuelle de prévention bucco-dentaire	60% BR	40% BR	100% BR
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (1)	-	55€ / an	55€ / an
Test de grossesse (1)	-	10€ / an	10€ / an
Préservatifs masculins - féminins (1)	-	10€ / an (préservatifs masculins) - 10 € / an (préservatifs féminins)	10€ / an (préservatifs masculins) - 10 € / période (préservatifs féminins)
Substituts nicotiniques (2)	Néant ou 65% BR	Néant ou 35% BR + 90€ / an	Néant ou 100 % BR + 90 € / an
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	90€ / an	90€ / an
Forfait sécurité routière (éthylotests) (3)	-	10€ / an	10€ / an
Forfait équipements de sécurité (casque vélo...) (4)	-	10€ / an	10€ / an
Forfait protections auditives (bouchons d'oreilles) (5)	-	10€ / an	10€ / an
PRESTATIONS SOLIDARITE			
Fonds de secours études (MUTEXAM) (6)	-	Oui	Oui
Allocation Mutualiste de Solidarité (6)	-	Oui	Oui
Fonds d'aide à la compensation du handicap (6)	-	Oui	Oui
AUTRES PRESTATIONS			
Soins consécutifs à un accident garanti (7)	15% BR à 100% BR selon type de soins	85% BR à néant	100% BR

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

(1) Pour les contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, remboursement sur facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisé et le cas échéant sur présentation d'une prescription médicale. Les forfaits test de grossesse, préservatifs masculins, préservatifs féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(2) Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée. Les substituts nicotiniques, s'ils sont prescrits et figurant sur la liste des substituts nicotiniques pris en charge, sont remboursés par la Sécurité sociale à hauteur de 65 % de la BR.

(3) Forfait sécurité routière versé pour l'achat d'éthylotests répondant aux normes de sécurité en vigueur. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

- (4) Forfait équipements de sécurité versé pour l'achat de tout équipement obligatoire ou recommandé par la législation en vigueur destiné à la pratique sportive ou de loisir d'engins roulants non motorisés (roller, vélo, ...) et répondant aux normes de sécurité en vigueur. Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.
- (5) Forfait versé pour l'achat des protections auditives (jetables, réutilisables ou moulées). Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée ; la prise en charge par la mutuelle des dispositifs médicaux est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.
- (6) Plus d'informations concernant les Actions Solidaires et Sociales dans les articles du titre 3 du présent Règlement Mutualiste.
- (7) Est considéré comme un accident toute atteinte corporelle non intentionnelle et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

ANNEXE 2: « HOSPI LMDE »

TABLEAUX DES COTISATIONS ET PRESTATIONS MUTUALISTES A COMPTER DU 01/05/2026

(Formule solidaire et non responsable)

Cotisations TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

HOSPI LMDE	18 mois	17 mois	16 mois	15 mois	14 mois	13 mois	12 mois	11 mois	10 mois	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois
Moins de 31 ans	88,20€	83,30€	78,40€	73,50€	68,60€	63,70€	58,80€	53,90€	49,00€	44,10€	39,20€	34,30€	29,40€	24,50€	19,60€	14,70€
De 31 ans à 35 ans	118,80 €	112,20 €	105,60 €	99,00€	92,40€	85,80€	79,20€	72,60€	66,00€	59,40€	52,80€	46,20€	39,60€	33,00€	26,40€	19,80€
De 36 ans à plus	176,40 €	166,60 €	156,80 €	147,00 €	137,20 €	127,40 €	117,60 €	107,80 €	98,00€	88,20€	78,40€	68,60€	58,80€	49,00€	39,20€	29,40€
Enfant ayant droit (< 18 ans)	46,80€	44,20€	41,60€	39,00€	36,40€	33,80€	31,20€	28,60€	26,00€	23,40€	20,80€	18,20€	15,60€	13,00€	10,40€	7,80€

TABLEAU DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/05/2026

HOSPI LMDE	Remboursements		
	Sécurité sociale (BR)	HOSPI LMDE	TOTAL (Sécurité sociale + HOSPI LMDE)
HOSPITALISATION			
Honoraires			
Honoraires médicaux	80% BR	20% BR	100% BR
Honoraires chirurgicaux	80% BR	20% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalisation	-	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Forfait patient urgences	-	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Forfait actes lourds	-	Frais réels/acte	Frais réels/acte
Frais de séjour, durée illimitée	80% BR	20% BR	100% BR
Frais de transport	55% BR	45% BR	100% BR
PREVENTION & ACCOMPAGNEMENT			
Consultations et téléconsultations de psychologues (1)	-	Prise en charge intégrale de la 1ère séance, puis 40 € / séance pour les 2 séances suivantes (par an)	Prise en charge intégrale de la 1ère séance, puis 40 € / séance pour les 2 séances suivantes (par an)
ASSURANCES ET AUTRES PRESTATIONS			
Fonds de secours études (MUTEXAM) (2)	-	OUI	OUI
Allocation Mutualiste de Solidarité (2)	-	OUI	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (2)	-	OUI	OUI

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Les garanties sont exprimées hors régimes spéciaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins. Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonnés). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ainsi que la franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L160-13 du Code de la sécurité sociale ne sont pas prises en charge. Les taux de remboursement Sécurité sociale étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, les données Sécurité sociale sont donc fournies à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements, elles n'ont pas de valeur contractuelle.

(1) Remboursement sur présentation d'une facture nominative, acquittée, et présentant les éléments nécessaires à l'identification du psychologue. En cas de téléconsultation via une plateforme spécialisée, la facture doit permettre l'identification de la plateforme.

(2) Plus d'informations concernant les Actions Solidaires et Sociales dans les articles du titre 3 du présent Règlement Mutualiste.

ANNEXE 3 : « MINI LMDE »**TABLEAUX DES COTISATIONS ET PRESTATIONS MUTUALISTES A COMPTER DU 01/10/2026**

(Formule solidaire et non responsable)

Cotisations TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

MINI LMDE	12 mois
Adulte	102,00 €
Enfant ayant droit (< 18 ans)	56,20 €

TABLEAU DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/10/2026

MINI LMDE	Remboursements		
	Sécurité sociale (BR)	MINI LMDE	TOTAL (Sécurité sociale + MINI LMDE)
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations visites généralistes	70% BR	30% BR	100% BR
Médicaments			
Médicaments à Service Médical Rendu majeur ou important	65% BR	35% BR	100% BR
HOSPITALISATION			
Honoraires médicaux et chirurgicaux	80% BR	20% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalisation	-	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Forfait patient urgences	-	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Forfait actes lourds	-	Frais réels/acte	Frais réels/acte
Frais de séjour, durée illimitée	80% BR	20% BR	100% BR
Frais de transport	55% BR	45% BR	100% BR
DENTAIRE			
Soins dentaires	60% BR	40% BR	100% BR
PREVENTION & ACCOMPAGNEMENT			
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (1)	-	20 € / an	20 € / an
Test VIH (1)	-	10 € / an	10 € / an
Préservatifs masculins/féminins (1)	-	10 € / an	10 € / an
Test de grossesse (1)	-	10 € / an	10 € / an
ASSURANCES ET AUTRES PRESTATIONS			
Téléconsultation médicale (2)	-	OUI	OUI
Responsabilité Civile (3)	-	OUI	OUI
Individuelle Accident (3)	-	OUI	OUI
Fonds de secours études (MUTEXAM) (4)	-	OUI	OUI
Allocation Mutualiste de Solidarité (4)	-	OUI	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (4)	-	OUI	OUI

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Les garanties sont exprimées hors régimes spéciaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins. Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonnés). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ainsi que la franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ne sont pas prises en charge. Les taux de remboursement Sécurité sociale étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, les données Sécurité sociale sont donc fournies à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements, elles n'ont pas de valeur contractuelle.

(1) Le versement de ces forfaits s'effectue sur présentation d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisé et le cas échéant sur présentation d'une prescription médicale. Les forfaits contraception d'urgence, test de grossesse, préservatifs masculins, préservatifs féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(2) Le service est autorisé par la CNIL (Délibération 2015-134 du 23/04/2015) et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé. La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical et renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré. Service fourni par AXA France VIE, Société Anonyme régie par le code des Assurances au capital de 487 725 073.50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. Entreprise régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

(3) Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex et AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants-droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".

(4) Plus d'informations concernant les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés du titre 3 du présent Règlement Mutualiste.

ANNEXE 4: « VITALITE LMDE »**TABLEAUX DES COTISATIONS ET PRESTATIONS MUTUALISTES A COMPTER DU 01/05/2026**

pour les contrats souscrits à compter du 01/05/2026.

(Formule non responsable et solidaire)

Cotisations TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

VITALITE LMDE	18 mois	17 mois	16 mois	15 mois	14 mois	13 mois
Moins de 31 ans	288,00 €	272,00€	256,00 €	240,00 €	224,00 €	208,00 €
De 31 ans à 35 ans	356,40€	336,60€	316,80€	297,00€	277,20€	257,40€
De 36 ans à plus	433,80€	409,70€	385,60€	361,50€	337,40€	313,30€
Enfant ayant droit (< 18 ans)	138,60€	130,90 €	123,20 €	115,50 €	107,80 €	100,10 €

VITALITE LMDE	12 mois	11 mois	10 mois	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois
Moins de 31 ans	192,00 €	176,00 €	160,00 €	144,00 €	128,00 €	112,00 €	96,00 €	80,00 €	64,00 €	48,00 €
De 31 ans à 35 ans	237,60€	217,80€	198,00€	178,20€	158,40€	138,60€	118,80€	99,00€	79,20€	59,40€
De 36 ans à plus	289,20€	265,10€	241,00€	216,90€	192,80€	168,70€	144,60€	120,50€	96,40€	72,30€
⇒ Soit 16,00 € / mois pour un adulte										
Enfant ayant droit (< 18 ans)	92,40 €	84,70 €	77,00 €	69,30 €	61,60 €	53,90 €	46,20 €	38,50 €	30,80 €	23,10 €

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/05/2026

VITALITE LMDE	Remboursements		
	Sécurité sociale (BR)	VITALITE LMDE	TOTAL (Sécurité sociale + VITALITE LMDE)
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MEDICAUX			
Consultations visites généralistes / spécialistes	70% BR	30% BR	100% BR
Actes techniques médicaux	70% BR	30% BR	100% BR
MEDICAMENTS			
Médicaments à Service Médical Rendu majeur ou important	65% BR	35% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% BR	70% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% BR	85% BR	100% BR
Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale (dont homéopathie)	-	-	15 € / an
MATERIEL MEDICAL			
Semelles orthopédiques	60% BR ou 100 % BR	50 € / an - BR	50 € / an
HOSPITALISATION			
HONORAIRES			

Honoraires médicaux et chirurgicaux	80% BR	20% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalisation	-	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Forfait patient urgences	-	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Forfait actes lourds	-	Frais réels / acte	Frais réels / acte
Frais de séjour, durée illimitée	80% BR	20% BR	100% BR
Frais de transport	55% BR	45% BR	100% BR
OPTIQUE			
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	60% BR	40% BR	100% BR
Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale	-	40 € / an	40 € / an
DENTAIRE			
Soins dentaires	60% BR	40% BR	100% BR
PREVENTION & ACCOMPAGNEMENT			
Médecines douces (ostéopathie, acupuncture, chiropraxie, sophrologie)	-	1 x 50 € / an	1 x 50 € / an
Consultations et téléconsultations de psychologues non remboursées par la Sécurité sociale (1)	-	Prise en charge intégrale de la 1ère séance, puis 40 € / séance pour les 3 séances suivantes (par an)	Prise en charge intégrale de la 1ère séance, puis 40 € / séance pour les 3 séances suivantes (par an)
Forfait nutrition (2)	-	Forfait de 10 € / consultation - 2 x / an	Forfait de 10 € / consultation - 2 x / an
Forfait équipements de sécurité (casque vélo...) (3) (4)	-	25 € / an	25 € / an
Forfait sécurité routière (éthylotests) (4) (5)	-		
Forfait protections auditives (bouchons d'oreilles) (5) (6)	-		
Forfait sport (7)	-	30 € / an (doublement si prescription ou ALD)	30 € / an (doublement si prescription ou ALD)
Protections périodiques (3)	-	20 € / an	20 € / an
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (8)	-	20 € / an	20 € / an
Préservatifs masculins/féminins (3)	-	10 € / an	10 € / an
Test de grossesse (3)	-	10 € / an	10 € / an
Vaccins et dépistages IST non remboursés par la Sécurité sociale	-	100 € / an	100 € / an
Test VIH (3)	-	10 € / an	10 € / an
ASSURANCES ET AUTRES PRESTATIONS			
Téléconsultation médicale (9)	-	OUI	OUI
Indemnités Journalières Hospitalières – étudiants salariés (10)	-	20€/jour	20€/jour
Responsabilité Civile (11)	-	OUI	OUI
Individuelle Accident (11)	-	OUI	OUI
Fonds de secours études (MUTEXAM) (12)	-	OUI	OUI
Allocation Mutualiste de Solidarité (12)	-	OUI	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (12)	-	OUI	OUI

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Les garanties sont exprimées hors régimes spéciaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins. Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la Sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonnés). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ainsi que la franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas prises en charge. Les taux de remboursement Sécurité sociale étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, les données Sécurité sociale sont donc fournies à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements, elles n'ont pas de valeur contractuelle.

- (1) Remboursement sur présentation d'une facture nominative, acquittée, et présentant les éléments nécessaires à l'identification du psychologue. En cas de téléconsultation via une plateforme spécialisée, la facture doit permettre l'identification de la plateforme.
- (2) Forfait versé par consultation, réalisée par un diététicien ou un nutritionniste. Remboursement sur présentation d'une facture nominative et acquittée.
- (3) Remboursement sur présentation d'une facture ou ticket de caisse. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Les forfaits test de grossesse, préservatifs masculins, préservatifs féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin.
- (4) Forfait équipements de sécurité versé pour l'achat de tout équipement obligatoire ou recommandé par la législation en vigueur destiné à la pratique sportive ou de loisir d'engins roulants non motorisés (roller, vélo, ...) et répondant aux normes de sécurité en vigueur. Remboursement sur présentation d'une facture acquittée. Le remboursement des achats effectués sur Internet, au titre de la garantie santé LMDE, ne peut intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.
- (5) Forfait sécurité routière versé pour l'achat d'éthylotests répondant aux normes de sécurité en vigueur. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement sur présentation d'une facture acquittée.
- (6) Forfait sport versé pour l'achat des protections auditives (jetables, réutilisables ou moulées). Remboursement sur présentation d'une facture acquittée ; la prise en charge par la mutuelle des dispositifs médicaux est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.
- (7) Forfait sport versé pour le règlement d'une cotisation relative à la pratique d'une activité sportive (licence sportive, abonnement à un club sportif ou d'un abonnement à un service de location de vélos en libre service non électriques). Remboursement sur justificatifs. Pour plus d'informations, se reporter à l'Annexe 11.
- (8) Pour les contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, le versement de ces forfaits s'effectue sur présentation d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisé et sur présentation d'une prescription médicale. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.
- (9) Le service est autorisé par la CNIL (Délibération 2015-134 du 23/04/2015) et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé. La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical et renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré. Service fourni par AXA France VIE, Société Anonyme régie par le code des Assurances au capital de 487 725 073.50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. Entreprise régie par le code des assurances et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.
- (10) Indemnité Journalière hospitalière forfaitaire versée au membre participant ou leur ayant droit à compter du 4ème jour consécutif de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, un accident ou une opération chirurgicale, dans la limite de 30 jours/année universitaire.
- (11) Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. et AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".
- (12) Plus d'informations concernant les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le titre 3 du présent Règlement Mutualiste.

ANNEXE 5 : « ESSENTIELLE LMDE »

TABLEAUX DES COTISATIONS ET PRESTATIONS MUTUALISTES A COMPTER DU 01/05/2026

pour les contrats souscrits à compter du 01/05/2026.

(Formule responsable et solidaire)

Cotisations TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

ESSENTIELLE LMDE	18 mois	17 mois	16 mois	15 mois	14 mois	13 mois
Moins de 31 ans	540,00 €	510,00 €	480,00 €	450,00 €	420,00 €	390,00 €
De 31 ans à 35 ans	732,60€	691,90€	651,20€	610,50€	569,80€	529,10€
De 36 ans à plus	1033,20€	975,80€	918,40€	861,00€	803,60€	746,20€
Enfant ayant droit (< 18 ans)	257,40 €	243,10 €	228,80 €	214,50 €	200,20 €	185,90 €

ESSENTIELLE LMDE	12 mois	11 mois	10 mois	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois
Moins de 31 ans	360,00 €	330,00 €	300,00 €	270,00 €	240,00 €	210,00 €	180,00 €	150,00 €	120,00€	90,00 €
De 31 ans à 35 ans	488,40€	447,70€	407,00€	366,30€	325,60€	284,90€	244,20€	203,50€	162,80€	122,10€
De 36 ans à plus	688,80€	631,40€	574,00€	516,60€	459,20€	401,80€	344,40€	287,00€	229,60€	172,20€

⇒ Soit 30,00 € / mois pour un adulte

Enfant ayant droit (< 18 ans)	171,60 €	157,30 €	143,00 €	128,70 €	114,40 €	100,10 €	85,80 €	71,50 €	57,20 €	42,90 €
-------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	---------	---------	---------	---------

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/05/2026

ESSENTIELLE LMDE	Remboursements		
	Sécurité sociale (BR)	ESSENTIELLE LMDE	TOTAL (Sécurité sociale + ESSENTIELLE LMDE)
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations visites généralistes / spécialistes	70% BR	30% BR	100% BR
Actes techniques médicaux	70% BR	30% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux (dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes)	60% BR	40% BR	100% BR
Analyses médicales et examens de laboratoire	60% BR ou 70 % BR	40% ou 30% BR	100% BR
Imagerie médicale	70% BR	30% BR	100% BR
Médicaments			
Médicaments à Service Médical Rendu majeur ou important	65% BR	35% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% BR	70% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% BR	85% BR	100% BR
Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale (dont homéopathie)	-	25 € / an	25 € / an
Matériel médical			
Semelles orthopédiques	60% BR ou 100 % BR	70 € / an	70 € / an
Petit appareillage, orthèses	60% BR	40% BR	100% BR

Orthopédie et grand appareillage	60% BR ou 100 % BR	40% BR ou néant	100% BR	
Prothèses mammaires	60% BR ou 100 % BR	40% BR ou néant	100% BR	
Prothèse capillaire classe 1 + 1 accessoire	100 % BR	PEC intégrale dans la limite PLV	PEC intégrale dans la limite PLV	
Prothèse capillaire classe 2 + 1 accessoire	100 % BR	PEC intégrale dans la limite PLV	PEC intégrale dans la limite PLV	
Prothèse capillaire classe 3 + 1 accessoire	60 % BR	40% BR	100% BR	
Prothèse capillaire classe 4 + 1 accessoire	60 % BR	40% BR	100% BR	
Accessoire d'une prothèse capillaire (max 1/an)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Fauteuil roulant				
Véhicules pour personnes en situation de handicap - achat ou location de longue durée, mise à disposition, adjonction, supplément	100 % BR	PEC intégrale dans la limite PLV	PEC intégrale dans la limite PLV	
Véhicules pour personnes en situation de handicap - location de courte durée, mise à disposition	60 % BR	PEC intégrale dans la limite PLV	PEC intégrale dans la limite PLV	
Réparations des véhicules pour personnes en situation de handicap	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
HOSPITALISATION				
Honoraires médicaux et chirurgicaux	80% BR	20% BR	100% BR	
Forfait journalier hospitalisation	-	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	
Forfait patient urgences	-	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	
Forfait actes lourds	-	Frais réels / acte	Frais réels / acte	
Frais de séjour, durée illimitée	80% BR	20% BR	100% BR	
Frais de transport	55% BR	45% BR	100% BR	
OPTIQUE				
Equipements 100 % santé (*) Monture et verres Prestations d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	60 % BR	Remboursement intégral dans la limite des Prix Limites de Vente 16 ans et plus : 1 équipement / 2 ans (1) (2)		
Equipements à tarifs libres		Tarifs négociés dans le réseau ITELIS		
Monture (1) + 2 verres unifocaux simples (3)	Renouvellement de l'équipement (monture + 2 verres) : 16 ans et plus : 1 équipement / 2 ans (2)	60% BR	80 € - 60% BR	80€
Monture (1) + - 2 verres unifocaux complexes, multifocaux/progressifs complexes ou très complexes (3) OU - 1 verre unifocal simple + 1 verre unifocal complexe, multifocal/progressif complexe ou très complexe (3)		60% BR	220 € - 60% BR	220 €
Matériel pour amblyopie	60% BR	40% BR	100% BR	
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	60% BR	40% BR + forfait de 60 € / an	100% BR + forfait de 60 € / an	
Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale	-	60 € / an	60 € / an	
DENTAIRE				
Soins et prothèses dentaires 100 % santé (*)	60% BR	Remboursement intégral dans la limite des Honoraires Limites de Facturation		
Soins à tarifs maîtrisés ou libres		Tarifs négociés dans le réseau ITELIS		
Soins dentaires	60% BR	40% BR	100% BR	
Inlay / Onlay / Inlay Core	60% BR	40% BR	100% BR	
Prothèses à tarifs maîtrisés ou libres				
Toutes prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	60% BR	40% BR	100% BR	
Rebasage, réparation, adjonction ou remplacement de dents ou crochets	Néant ou 60% BR	Néant ou 40% BR	Néant ou 100% BR	
Orthodontie				
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	60 % BR ou 100 % BR	40% BR ou néant	100% BR	
AIDES AUDITIVES				
Equipements 100 % santé (*)	60% BR	Remboursement intégral dans la limite des Prix Limites de Vente		

		Renouvellement de l'équipement : 1 équipement / 4 ans (4)	
Equipements à tarifs libres		Tarifs négociés dans le réseau ITELIS	
Aides auditives et accessoires à tarifs libres prescrites (4)	60% BR OU 100 % BR	40% BR ou néant	100 % BR
PREVENTION & ACCOMPAGNEMENT			
Médecines douces (ostéopathie, acupuncture, chiropraxie, sophrologie)	-	2 x 50 € / an	2 x 50 € / an
Tous actes de prévention (arrêté du 08/06/2006)	60% BR, 65% BR ou 70 % BR	40% BR, 35% BR ou 30 % BR	100 % BR
Consultations et téléconsultations sur prescription de psychologues conventionnés, remboursées par la Sécurité sociale	60% BR	40 % BR	100 % BR
Consultations et téléconsultations de psychologues non remboursées par la Sécurité sociale (5)	-	Prise en charge intégrale de la 1ère consultation, puis 40 € / consultation max 5 consultations (par an)	Prise en charge intégrale de la 1ère consultation, puis 40 € / consultation max 5 consultations (par an)
Forfait nutrition (6)	-	10 € / consultation - 3 x / an	10 € / consultation - 3 x / an
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale	70% BR	30% BR	100% BR
Forfait équipements de sécurité (casque vélo...) (7) (8)	-	30 € / an	30 € / an
Forfait sécurité routière (éthylotests) (7) (9)	-		
Forfait protections auditives (bouchons d'oreilles) (7) (10)	-		
Forfait sport (11)	-	30 € / an (doublement si prescription ou ALD)	30 € / an (doublement si prescription ou ALD)
Protections périodiques (7)	-	25 € / an	25 € / an
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (12)	-	60 € / an	60 € / an
Préservatifs masculins/féminins (7)	-	30 € / an	30 € / an
Test de grossesse (7)	-	10 € / an	10 € / an
Vaccins et dépistages IST non remboursés par la Sécurité sociale	-	100€ / an	100€ / an
Test VIH (7)	-	10 € / an	10 € / an
Substituts nicotiniques (7)	Néant ou 65 % BR	Néant ou 35% BR + 90€ / an	Néant ou 100 % BR + 90 € / an
ASSURANCES ET AUTRES PRESTATIONS			
Téléconsultation médicale (13)	-	OUI	OUI
Réseau de soins ITELIS (14)	-	OUI	OUI
Indemnités Journalières Hospitalières – étudiants salariés (15)	-	20 € / jour	20 € / jour
Responsabilité Civile (16)	-	OUI	OUI
Individuelle Accident (16)	-	OUI	OUI
Fonds de secours études (MUTEXAM) (17)	-	OUI	OUI
Allocation Mutualiste de Solidarité (17)	-	OUI	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (17)	-	OUI	OUI

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Les garanties sont exprimées hors régimes spéciaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins. Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonnés). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ainsi que la franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ne sont pas prises en charge

Les garanties complémentaires santé « Essentielle LMDE » et « Essentielle LMDE régime local », sont des contrats responsables au sens des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale. La définition de contrat responsable est susceptible d'évoluer selon les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

(*) Les paniers 100% Santé vous permettent d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en optique, dentaire et aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers 100% Santé, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi sur les paniers à tarifs libres ou tarifs maîtrisés, et dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) ou dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) pour les tarifs 100% santé et maîtrisés en dentaire fixés par la réglementation en vigueur.

Pour plus d'informations concernant les prestations incluses dans ces paniers, consulter le "complément Dentaire", le "complément Optique" et le "complément Aides auditives" ci-après.

(1) Plafond de remboursement monture classe A – Equipement 100 % santé : 30 € / Plafond de remboursement monture classe B - tarif libre : 100 €

(2) Le remboursement optique de la Sécurité sociale et de la mutuelle est limité à un équipement par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu dans la liste figurant à l'article L. 165 -1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue pour lesquels la période est réduite à un an, et pour les enfants de moins de 6 ans, où la période est réduite à 6 mois.

La justification d'une évolution de la vue se fonde sur la présentation, soit d'une nouvelle prescription portant une correction différente de la précédente, soit du devis ou de la facturation de l'opticien précisant la nouvelle correction en cas de renouvellement de lunettes.

Les conditions de renouvellement pour la prise en charge de 2 équipements par période de 2 ans pour les personnes qui souhaitent un équipement de près et un équipement de loin s'appliquent à chacun des équipements séparément.

L'application du renouvellement s'apprécie à compter de la date de la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Pour plus d'informations, se reporter au "complément Optique" ci-après.

Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et/ou le site Internet respecte les critères de santé publique.

(3) Pour consulter la définition des catégories de verres, planchers et plafonds applicables se reporter au "complément optique" ci-après.

(4) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. La prise en charge d'une aide auditive est plafonnée à 1 700 € par appareil (plafond incluant le remboursement de la Sécurité sociale et la part Mutuelle). Pour plus d'informations concernant les équipements, les planchers et les plafonds applicables se reporter au "complément Aides auditives" ci-après.

Le cas de renouvellement anticipé doit être attesté par une prescription médicale spécialisée et après avis du médecin conseil de la Sécurité sociale.

(5) Remboursement sur présentation d'une facture nominative, acquittée et présentant les éléments nécessaires à l'identification du psychologue. En cas de téléconsultation via une plateforme spécialisée, la facture doit permettre l'identification de la plateforme.

(6) Forfait versé par consultation, réalisée par un diététicien ou un nutritionniste. Remboursement sur présentation d'une facture nominative et acquittée.

(7) Remboursement sur présentation d'une facture ou ticket de caisse. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Les forfaits test de grossesse, préservatifs masculins, préservatifs féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin.

(8) Forfait équipements de sécurité versé pour l'achat de tout équipement obligatoire ou recommandé par la législation en vigueur destiné à la pratique sportive ou de loisir d'engins roulants non motorisés (roller, vélo, ...) et répondant aux normes de sécurité en vigueur. Remboursement sur présentation d'une facture acquittée. Le remboursement des achats effectués sur Internet, au titre de la garantie santé LMDE, ne peut intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(9) Forfait sécurité routière versé pour l'achat d'éthylotests répondant aux normes de sécurité en vigueur. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement sur présentation d'une facture acquittée.

(10) Forfait versé pour l'achat des protections auditives (jetables, réutilisables ou moulées). Remboursement sur présentation d'une facture acquittée ; la prise en charge par la mutuelle des dispositifs médicaux est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(11) Forfait sport versé pour le règlement d'une cotisation relative à la pratique d'une activité sportive (licence sportive, abonnement à un club sportif ou d'un abonnement à un service de location de vélos en libre service non électriques). Remboursement sur justificatifs. Pour plus d'informations, se reporter à l'Annexe 11.

(12) Pour les contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, le versement de ces forfaits s'effectue sur présentation d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisé et sur présentation d'une prescription médicale. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(13) Le service est autorisé par la CNIL (Délibération 2015-134 du 23/04/2015) et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé. La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical et renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré. Service fourni par AXA France VIE, Société Anonyme régie par le code des Assurances au capital de 487 725 073.50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. Entreprise régie par le Code des assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

(14) Itelis est une marque d'Isea. Isea SA à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 €. Immeuble « Le Diapason » - 218 avenue Jean Jaurès – 75916 PARIS CEDEX 19 – 440 358 471 RCS Paris.

(15) Indemnité Journalière hospitalière forfaitaire versée au membre participant ou leur ayant droit à compter du 4ème jour consécutif de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, un accident ou une opération chirurgicale, dans la limite de 30 jours/année universitaire.

(16) Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. et AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".

(17) Plus d'informations concernant les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le titre 3 du présent Règlement Mutualiste.

ESSENTIELLE LMDE	Si non remboursement par un Régime Obligatoire (a)	Si remboursement par un Régime Obligatoire
Soins réalisés à l'étranger		
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	100% BR	150 % de BR (a)
Transport ambulance	100% BR	
SOINS COURANTS		
Médicaments	100% BR	100% BR
Généraliste (consultation et visite)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Laboratoire (analyses médicales)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
DENTAIRE ET OPTIQUE		
Soins dentaires	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Prothèse dentaire	100% BR	100% BR
Optique	100% BR	100% BR
SPECIALITES ET PARAMEDICAL		
Imagerie médicale	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Spécialiste (consultation et visite)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Orthopédie / Prothèse	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux (dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays

(a) Les pourcentages sont exprimés en fonction des bases de remboursement de la Sécurité sociale française et incluent le remboursement de la Sécurité sociale.

La liste des coefficients multiplicateurs par pays est consultable en annexe 10

ANNEXE 6 : « ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE »

TABLEAUX DES COTISATIONS ET PRESTATIONS MUTUALISTES A COMPTER DU 01/05/2026

pour les contrats souscrits à compter du 01/05/2026.

(Formule responsable et solidaire)

Cotisations TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

ESSENTIELLE LMDE Régime local Alsace Moselle	18 mois	17 mois	16 mois	15 mois	14 mois	13 mois
Adulte	223,20 €	210,80 €	198,40 €	186,00 €	173,60 €	161,20 €
Enfant ayant droit (< 18 ans)	109,80 €	103,70 €	97,60 €	91,50 €	85,40 €	79,30 €

ESSENTIELLE LMDE Régime local Alsace Moselle	12 mois	11 mois	10 mois	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois
Adulte	148,80 €	136,40 €	124,00 €	111,60 €	99,20 €	86,80 €	74,40 €	62,00 €	49,60 €	37,20 €
Enfant ayant droit (< 18 ans)	73,20 €	67,10 €	61,00 €	54,90 €	48,80 €	42,70 €	36,60 €	30,50 €	24,40 €	18,30 €

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/05/2026

ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL	Remboursements		
	Régime local Alsace-Moselle (BR)	ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL	TOTAL Régime local Alsace-Moselle + ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL)
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations visites généralistes / spécialistes	90% BR	10% BR	100% BR
Actes techniques médicaux	90% BR	10% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux (dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes)	90% BR	10% BR	100% BR
Analyses médicales et examens de laboratoire	90% BR	10% BR	100% BR
Imagerie médicale	90% BR	10% BR	100% BR
Médicaments			
Médicaments à Service Médical Rendu majeur ou important	90% BR	10% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu modéré	80% BR	20% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% BR	85% BR	100% BR
Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale (dont homéopathie)	-	25 € / an	25 € / an
Matériel médical			
Semelles orthopédiques	90% BR	70 € / an - 90% BR	70 € / an
Petit appareillage, orthèses	90% BR	10% BR	100% BR
Orthopédie et grand appareillage	90% ou 100 % BR	10% BR ou néant	100% BR
Prothèses mammaires	90% ou 100 % BR	10% BR ou néant	100% BR
Prothèse capillaire classe 1 + 1 accessoire	100 % BR	PEC intégrale dans la limite PLV	PEC intégrale dans la limite PLV
Prothèse capillaire classe 2 + 1 accessoire	100 % BR	PEC intégrale dans la limite PLV	PEC intégrale dans la limite PLV

Prothèse capillaire classe 3 + 1 accessoire	60 % BR	40% BR	40% BR
Prothèse capillaire classe 4 + 1 accessoire	60 % BR	40% BR	40% BR
Accessoire d'une prothèse capillaire (max 1/an)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Fauteuil roulant			
Véhicules pour personnes en situation de handicap - achat ou location de longue durée, mise à disposition, adjonction, supplément	100 % BR	PEC intégrale dans la limite PLV	PEC intégrale dans la limite PLV
Véhicules pour personnes en situation de handicap - location de courte durée, mise à disposition	60 % BR	PEC intégrale dans la limite PLV	PEC intégrale dans la limite PLV
Réparations des véhicules pour personnes en situation de handicap	100 % BR	100 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100% BR	-	100% BR
Frais de séjour, durée illimitée	100% BR	-	100% BR
Frais de transport	100% BR	-	100% BR
OPTIQUE			
Equipements 100 % santé (*) Monture et verres Prestations d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	90 % BR	Remboursement intégral dans la limite des Prix Limites de Vente 16 ans et plus : 1 équipement / 2 ans (1) (2)	
Equipements à tarifs libres		Tarifs négociés dans le réseau ITTELIS	
Monture (1) + 2 verres unifocaux simples (3)	Renouvellement de l'équipement (monture + 2 verres) : 16 ans et plus : 1 équipement / 2 ans (2)	90 % BR	80€ - 90 % BR
Monture (1) + - 2 verres unifocaux complexes, multifocaux/progressifs complexes ou très complexes (3) OU - 1 verre unifocal simple + 1 verre unifocal complexe, multifocal/progressif complexe ou très complexe (3)		90 % BR	220 € - 90 % BR
Matériel pour amblyopie	90% BR	10% BR	100% BR
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	90% BR	10% BR + forfait de 60 € / an	100% BR + forfait de 60 € / an
Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale	-	60 € / an	60 € / an
DENTAIRE			
Soins et prothèses dentaires 100 % santé (*)	90% BR	Remboursement intégral dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	
Soins à tarifs maîtrisés ou libres		Tarifs négociés dans le réseau ITTELIS	
Soins dentaires	90% BR	10% BR	100% BR
Inlay / Onlay / Inlay Core	90% BR	10% BR	100% BR
Prothèses à tarifs maîtrisés ou libres			
Toutes prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	90% BR	10% BR	100% BR
Rebasage, réparation, adjonction ou remplacement de dents ou crochets	Néant ou 90% BR	Néant ou 10% BR	Néant ou 100% BR
Orthodontie			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	90 % BR ou 100 % BR	10% BR ou néant	100% BR
AIDES AUDITIVES			
Equipements 100 % santé (*)	90% BR	Remboursement intégral dans la limite des Prix Limites de Vente Renouvellement de l'équipement : 1 équipement / 4 ans (4)	
Equipements à tarifs libres		Tarifs négociés dans le réseau ITTELIS	
Aides auditives et accessoires à tarifs libres prescrites (4)	90% BR OU 100 % BR	10% BR ou néant	100 % BR
PREVENTION & ACCOMPAGNEMENT			
Médecines douces (ostéopathie, acupuncture, chiropraxie, sophrologie)	-	2 x 50 € / an	2 x 50 € / an
Tous actes de prévention (arrêté du 08/06/2006)	90 % BR	10 % BR	100 % BR

Consultations et téléconsultations sur prescription de psychologues conventionnés, remboursées par la Sécurité sociale	60% BR ou 90 % BR	40 % BR ou 10 % BR	100 % BR
Consultations et téléconsultations de psychologues non remboursées par la Sécurité sociale (5)	-	Prise en charge intégrale de la 1ère consultation, puis 40 € / consultation max 5 consultations (par an)	Prise en charge intégrale de la 1ère consultation, puis 40 € / consultation max 5 consultations (par an)
Forfait nutrition (6)	-	10 € / consultation - 3 x / an	10 € / consultation - 3 x / an
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale	90% BR	10% BR	100% BR
Forfait équipements de sécurité (casque vélo...) (7) (8)	-	30 € / an	30 € / an
Forfait sécurité routière (éthylotests) (7) (9)	-		
Forfait protections auditives (bouchons d'oreilles) (7) (10)	-		
Forfait sport (11)	-	30 € / an (doublement si prescription ou ALD)	30 € / an (doublement si prescription ou ALD)
Protections périodiques (7)	-	25 € / an	25 € / an
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (12)	-	60 € / an	60 € / an
Préservatifs masculins/féminins (7)	-	30 € / an	30 € / an
Test de grossesse (7)	-	10 € / an	10 € / an
Vaccins et dépistages IST non remboursés par la Sécurité sociale	-	100€ / an	100€ / an
Test VIH (7)	-	10 € / an	10 € / an
Substituts nicotiniques (7)	Néant ou 90 % BR	Néant ou 10% BR + 90€ / an	Néant ou 100 % BR + 90 € / an
ASSURANCES ET AUTRES PRESTATIONS			
Téléconsultation médicale (13)	-	OUI	OUI
Réseau de soins ITELIS (14)	-	OUI	OUI
Indemnités Journalières Hospitalières – étudiants salariés (15)	-	20 € / jour	20 € / jour
Responsabilité Civile (16)	-	OUI	OUI
Individuelle Accident (16)	-	OUI	OUI
Fonds de secours études (MUTEXAM) (17)	-	OUI	OUI
Allocation Mutualiste de Solidarité (17)	-	OUI	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (17)	-	OUI	OUI

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Les garanties sont exprimées hors régimes spéciaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins. Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonnés). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ainsi que la franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ne sont pas prises en charge.

Les garanties complémentaires santé « Essentielle LMDE » et « Essentielle LMDE régime local », sont des contrats responsables au sens des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. La définition de contrat responsable est susceptible d'évoluer selon les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

(*) Les paniers 100% Santé vous permettent d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en optique, dentaire et aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers 100% Santé, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi sur les paniers à tarifs libres ou tarifs maîtrisés, et dans la limite des Prix Limites de Ventes (PLV) ou dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) pour les tarifs 100% santé et maîtrisés en dentaire fixés par la réglementation en vigueur.

Pour plus d'informations concernant les prestations incluses dans ces paniers, consulter le "complément Dentaire", le "complément Optique" et le "complément Aides auditives" ci-après.

(1) Plafond de remboursement monture classe A – Equipement 100 % santé : 30 € / Plafond de remboursement monture classe B - tarif libre : 100 €

(2) Le remboursement optique de la Sécurité sociale et de la mutuelle est limité à un équipement par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu dans la liste figurant à l'article L. 165 -1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue pour lesquels la période est réduite à un an, et pour les enfants de moins de 6 ans, où la période est réduite à 6 mois.

La justification d'une évolution de la vue se fonde sur la présentation, soit d'une nouvelle prescription portant une correction différente de la précédente, soit du devis ou de la facturation de l'opticien précisant la nouvelle correction en cas de renouvellement de lunettes.

Les conditions de renouvellement pour la prise en charge de 2 équipements par période de 2 ans pour les personnes qui souhaitent un équipement de près et un équipement de loin s'appliquent à chacun des équipements séparément.

L'application du renouvellement s'apprécie à compter de la date de la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Pour plus d'informations, se reporter au "complément Optique" ci-après.

Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et/ou le site Internet respecte les critères de santé publique.

(3) Pour consulter la définition des catégories de verres, planchers et plafonds applicables se reporter au "complément optique" ci-après.

(4) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. La prise en charge d'une aide auditive est plafonnée à 1 700 € par appareil (plafond incluant le remboursement de la Sécurité sociale et la part Mutuelle). Pour plus d'informations concernant les équipements, les planchers et les plafonds applicables se reporter au "complément Aides auditives" ci-après.

Le cas de renouvellement anticipé doit être attesté par une prescription médicale spécialisée et après avis du médecin conseil de la Sécurité sociale.

(5) Remboursement sur présentation d'une facture nominative, acquittée, et présentant les éléments nécessaires à l'identification du psychologue. En cas de téléconsultation via une plateforme spécialisée, la facture doit permettre l'identification de la plateforme.

(6) Forfait versé par consultation, réalisée par un diététicien ou un nutritionniste. Remboursement sur présentation d'une facture nominative et acquittée.

(7) Remboursement sur présentation d'une facture ou ticket de caisse. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Les forfaits test de grossesse, préservatifs masculins, préservatifs féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin.

(8) Forfait équipements de sécurité versé pour l'achat de tout équipement obligatoire ou recommandé par la législation en vigueur destiné à la pratique sportive ou de loisir d'engins roulants non motorisés (roller, vélo, ...) et répondant aux normes de sécurité en vigueur. Remboursement sur présentation d'une facture acquittée. Le remboursement des achats effectués sur Internet, au titre de la garantie santé LMDE, ne peut intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(9) Forfait sécurité routière versé pour l'achat d'éthylotests répondant aux normes de sécurité en vigueur. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement sur présentation d'une facture acquittée.

(10) Forfait versé pour l'achat des protections auditives (jetables, réutilisables ou moulées). Remboursement sur présentation d'une facture acquittée ; la prise en charge par la mutuelle des dispositifs médicaux est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(11) Forfait sport versé pour le règlement d'une cotisation relative à la pratique d'une activité sportive (licence sportive, abonnement à un club sportif ou d'un abonnement à un service de location de vélos en libre service non électriques). Remboursement sur justificatifs. Pour plus d'informations, se reporter à l'Annexe 11.

(12) Pour les contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, le versement de ces forfaits s'effectue sur présentation d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisé et sur présentation d'une prescription médicale. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(13) Le service est autorisé par la CNIL (Délibération 2015-134 du 23/04/2015) et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé. La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical et renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré. Service fourni par AXA France VIE, Société Anonyme régie par le code des Assurances au capital de 487 725 073.50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. Entreprise régie par le Code des assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

(14) Itelis est une marque d'Isea. Isea SA à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 €. Immeuble « Le Diapason » - 218 avenue Jean Jaurès – 75916 PARIS CEDEX 19 – 440 358 471 RCS Paris.

(15) Indemnité Journalière hospitalière forfaitaire versée au membre participant ou leur ayant droit à compter du 4ème jour consécutif de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, un accident ou une opération chirurgicale, dans la limite de 30 jours/année universitaire.

(16) Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. et AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants-droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".

(17) Plus d'informations concernant les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le titre 3 du présent Règlement Mutualiste.

ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL	Si non remboursement par un Régime Obligatoire (a)	Si remboursement par un Régime Obligatoire
Soins réalisés à l'étranger		
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	100% BR	150 % de BR
Transport ambulance	100% BR	
SOINS		
Médicaments	100% BR	Pas de coefficient multiplicateur
Généraliste (consultation et visite)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Laboratoire (analyses médicales)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
DENTAIRE ET OPTIQUE		
Soins dentaires	100%	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Prothèse dentaire	100%	Pas de coefficient multiplicateur
Optique	100%	Pas de coefficient multiplicateur
SPECIALITES ET PARAMEDICAL		
Imagerie médicale	100% BR	100% BR ou coefficient multiplicateur selon pays
Spécialiste (consultation et visite)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Orthopédie / Prothèse	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux (dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays

(a) Les pourcentages sont exprimés en fonction des bases de remboursement de la Sécurité sociale française et incluent le remboursement de la Sécurité sociale.

La liste des coefficients multiplicateurs par pays est consultable en annexe 10

ANNEXE 7 : « ZEN LMDE »

TABLEAUX DES COTISATIONS ET PRESTATIONS MUTUALISTES A COMPTER DU 01/05/2026

pour les contrats souscrits à compter du 01/05/2026.

(Formule responsable et solidaire)

Cotisations TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

ZEN LMDE	18 mois	17 mois	16 mois	15 mois	14 mois	13 mois
Moins de 31 ans	765,00€	722,50 €	680,00 €	637,50 €	595,00 €	552,50 €
De 31 ans à 35 ans	1177,20€	1111,80€	1046,40€	981,00€	915,60€	850,20€
De 36 ans à Plus	1742,40€	1645,60€	1548,80€	1452,00€	1355,20€	1258,40€

Enfant ayant droit (< 18 ans)	370,80€	350,20 €	329,60 €	309,00 €	288,40 €	267,80 €
-------------------------------	---------	----------	----------	----------	----------	----------

ZEN LMDE	12 mois	11 mois	10 mois	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois
Moins de 31 ans	510,00 €	467,50 €	425,00 €	382,50 €	340,00 €	297,50 €	255,00 €	212,50 €	170,00 €	127,50 €
De 31 ans à 35 ans	784,80 €	719,40 €	654,00 €	588,60 €	523,20 €	457,80 €	392,40 €	327,00 €	261,60 €	196,20 €
De 36 ans à Plus	1161,60 €	1064,80 €	968,00 €	871,20 €	774,40 €	677,60 €	580,80 €	484,00 €	387,20 €	290,40 €

⇒ Soit 42,50 € / mois pour un adulte

Enfant ayant droit (< 18 ans)	247,20 €	226,60 €	206,00 €	185,40 €	164,80 €	144,20 €	123,60 €	103,00 €	82,40 €	61,80 €
-------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	---------	---------

TABLEAU DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/05/2026

ZEN LMDE	Remboursements		
	Sécurité sociale (BR)	ZEN LMDE	TOTAL (Sécurité sociale + ZEN LMDE)
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations visites généralistes / spécialistes (DPTAM)	70% BR	80% BR	150% BR
Consultations visites généralistes / spécialistes (hors DPTAM)	70% BR	60% BR	130% BR
Actes techniques médicaux	70% BR	30% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux (dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes)	60% BR	40 % BR	100% BR
Analyses médicales et examens de laboratoire	60% BR ou 70% BR	40% BR ou 30% BR	100% BR
Imagerie médicale	70% BR	30 % BR	100% BR
Médicaments			
Médicaments à Service Médical Rendu majeur ou important	65% BR	35% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% BR	70% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% BR	85% BR	100% BR
Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale (dont médicaments homéopathiques)	-	35 € / an	35 € / an
Matériel médical			

Semelles orthopédiques	60% BR ou 100% BR	90 € / an - 60% BR ou 100% BR	90 € / an
Petit appareillage, orthèses	60% BR	40% BR	100% BR
Orthopédie et grand appareillage	60% BR ou 100% BR	40% BR ou néant + 50 € / an	100% BR + 50 € / an
Prothèses mammaires	60% BR ou 100 % BR	40% BR ou néant	100% BR
Prothèse capillaire classe 1 + 1 accessoire	100 % BR	PEC intégrale dans la limite PLV	PEC intégrale dans la limite PLV
Prothèse capillaire classe 2 + 1 accessoire	100 % BR	PEC intégrale dans la limite PLV	PEC intégrale dans la limite PLV
Prothèse capillaire classe 3 + 1 accessoire	60 % BR	40% BR	100% BR
Prothèse capillaire classe 4 + 1 accessoire	60 % BR	40% BR	100% BR
Accessoire d'une prothèse capillaire (max 1/an)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Fauteuil roulant			
Véhicules pour personnes en situation de handicap - achat ou location de longue durée, mise à disposition, adjonction, supplément	100 % BR	PEC intégrale dans la limite PLV	PEC intégrale dans la limite PLV
Véhicules pour personnes en situation de handicap - location de courte durée, mise à disposition	60 % BR	PEC intégrale dans la limite PLV	PEC intégrale dans la limite PLV
Réparations des véhicules pour personnes en situation de handicap	100 % BR	100 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
Honoraires			
Honoraires médicaux (DPTAM)	80% BR	70% BR	150% BR
Honoraires médicaux (hors DPTAM)	80% BR	50% BR	130% BR
Honoraires chirurgicaux	80% BR	20% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalisation	-	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Forfait patient urgences	-	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Forfait actes lourds	-	Frais réels/acte	Frais réels/acte
Frais de séjour, durée illimitée	80% BR	20% BR	100% BR
Frais de transport	55% BR	45% BR	100% BR
Forfait TV, téléphone, internet (1)	-	6 € / jour	6 € / jour
OPTIQUE			
Equipements 100 % santé (*) Monture et verres Prestations d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	60 % BR	Remboursement intégral dans la limite des Prix Limites de Vente 16 ans et plus : 1 équipement / 2 ans (2) (3)	
Equipements à tarifs libres		Tarifs négociés dans le réseau ITTELIS	
Monture (2) + verres unifocaux simples (4)	60% BR	210 € - 60% BR	210 €
Monture (2) + - 2 verres unifocaux complexes, multifocaux/progressifs complexes ou très complexes (4) OU - 1 verre unifocal simple + 1 verre unifocal complexe, multifocal/progressif complexe ou très complexe (4)	Renouvellement de l'équipement (monture + 2 verres) : 16 ans et plus : 1 équipement / 2 ans (3)	60% BR	270 € - 60% BR 270 €
Matériel pour amblyopie	60% BR	40% BR	100% BR
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	60% BR	40% BR + forfait de 80 € / an	100 % BR + forfait de 80 € / an
Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale	-	80 € / an	80 € / an
Chirurgie des yeux	-	150 € / œil / an	150 € / œil / an
DENTAIRE			

Soins et prothèses dentaires 100 % santé (*)	60 % BR	Remboursement intégral dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	
Soins à tarifs maîtrisés ou libres		Tarifs négociés dans le réseau ITTELIS	
Soins dentaires	60 % BR	70 % BR	130 % BR
Inlay / Onlay / Inlay Core	60 % BR	70 % BR	130 % BR
Prothèses à tarifs maîtrisés ou libres			
Prothèses dentaires fixes remboursées par la Sécurité sociale	60 % BR	40 % BR + 250 € / an	100 % BR + 250 € / an
Prothèses provisoires remboursées par la Sécurité sociale	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Prothèses sur implant remboursées par la Sécurité sociale	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Prothèses amovibles remboursées par la Sécurité sociale	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Rebasage, réparation, adjonction ou remplacement de dents ou crochets	Néant ou 60 % BR	Néant ou 40 % BR	Néant ou 100 % BR
Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale (5)	-	250 € / an	250 € / an
Orthodontie			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	60 % BR ou 100 % BR	40 % BR ou néant	100 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	250 € / an	250 € / an
AIDES AUDITIVES			
Equipements 100 % santé (*)	60 % BR	Remboursement intégral dans la limite des Prix Limites de Vente Renouvellement de l'équipement : 1 équipement / 4 ans (6)	
Equipements à tarifs libres		Tarifs négociés dans le réseau ITTELIS	
Aides auditives et accessoires à tarifs libres (6)	60 % BR ou 100 % BR	40 % BR ou néant + 150 € / an	100 % BR + 150 € / an
PREVENTION & ACCOMPAGNEMENT			
Médecines douces (ostéopathie, acupuncture, chiropraxie, sophrologie)	-	3 x 50 € / séance / an	3 x 50 € / séance / an
Tous actes de prévention (arrêté du 08/06/2006)	60 % BR, 65 % BR ou 70 % BR	40 % BR, 35 % BR ou 30 % BR	100 % BR
Consultations et téléconsultations sur prescription de psychologues conventionnés, remboursées par la Sécurité sociale	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Consultations et téléconsultations de psychologues non remboursées par la Sécurité sociale (7)	-	Prise en charge intégrale de la 1ère consultation, puis 40 € / consultation pour les 10 consultations suivantes (par an)	Prise en charge intégrale de la 1ère consultation, puis 40 € / consultation pour les 10 consultations suivantes (par an)
Forfait nutrition (8)	-	4 x 10 € / consultation / an	4 x 10 € / consultation / an
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Forfait équipements de sécurité (casque vélo...) (9) (10)	-	50 € / an	50 € / an
Forfait sécurité routière (éthylotests) (9) (11)	-		
Forfait protections auditives (bouchons d'oreilles) (9) (12)	-		
Forfait sport (13)	-	30 € / an (doublement si prescription ou certaines ALD)	30 € / an (doublement si prescription ou certaines ALD)
Protections périodiques (9)	-	25 € / an	25 € / période
Vaccins et dépistages IST non remboursés par la Sécurité sociale	-	100 € / an	100 € / an
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (14)	-	80 € / an	80 € / an
Préservatifs masculins/féminins (9)	-	40 € / an	40 € / an

Test de grossesse (9)	-	10 € / an	10 € / an
Test VIH (9)	-	10 € / an	10 € / an
Substituts nicotiniques (9)	Néant ou 65% BR	Néant ou 35% BR + 90€ / an	Néant ou 100 % BR + 90 € / an
ASSURANCES ET AUTRES PRESTATIONS			
Téléconsultation médicale (15)	-	OUI	OUI
Réseau de soins ITELIS (16)	-	OUI	OUI
Indemnités Journalières Hospitalières – étudiants salariés (17)	-	20 € / jour	20 € / jour
Responsabilité Civile (18)	-	OUI	OUI
Individuelle Accident (18)	-	OUI	OUI
Fonds de secours études (MUTEXAM) (19)	-	OUI	OUI
Allocation Mutualiste de Solidarité (19)	-	OUI	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (19)	-	OUI	OUI

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Les garanties sont exprimées hors régimes spéciaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins. Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonnés). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ainsi que la franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L160-13 du Code de la sécurité sociale ne sont pas prises en charge.

Les garanties complémentaires santé « Zen LMDE » et « Zen LMDE régime local » sont des contrats responsables au sens des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. La définition de contrat responsable est susceptible d'évoluer selon les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

(*) Les paniers 100% Santé vous permettent d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en optique, dentaire et aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers 100% Santé, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi sur les paniers à tarifs libres ou tarifs maîtrisés, et dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) ou dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) pour les tarifs 100% santé et maîtrisés en dentaire fixés par la réglementation en vigueur.

Pour plus d'informations concernant les prestations incluses dans ces paniers, consulter le "complément Dentaire", le "complément Optique" et le "complément Aides auditives" ci-après.

(1) Versement du forfait dans la limite de 6 € par jour d'hospitalisation (hors soins ambulatoire) et sur présentation d'une facture nominative et acquittée.

(2) Plafond de remboursement monture classe A – Equipement 100 % santé : 30 € / Plafond de remboursement monture classe B - tarif libre : 100 €

(3) Le remboursement optique de la Sécurité sociale et de la mutuelle est limité à un équipement par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu dans la liste figurant à l'article L. 165 -1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue pour lesquels la période est réduite à un an, et pour les enfants de moins de 6 ans, où la période est réduite à 6 mois.

La justification d'une évolution de la vue se fonde sur la présentation, soit d'une nouvelle prescription portant une correction différente de la précédente, soit du devis ou de la facturation de l'opticien précisant la nouvelle correction en cas de renouvellement de lunettes. Les conditions de renouvellement pour la prise en charge de 2 équipements par période de 2 ans pour les personnes qui souhaitent un équipement de près et un équipement de loin s'appliquent à chacun des équipements séparément.

L'application du renouvellement s'apprécie à compter de la date de la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Pour plus d'informations, se reporter au "complément Optique" ci-après.

Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et/ou le site Internet respecte les critères de santé publique.

(4) Pour consulter la définition des catégories de verres, planchers et plafonds applicables se reporter au "complément optique" ci-après.

(5) On entend implantologie dentaire tout acte et/ou dispositif médical lié et indispensable à la réalisation d'une implantologie dentaire (couronne sur implant, bridge implanto-porté ou dento implanto-porté, acte technique, dispositif médical implantaire).

(6) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. La prise en charge d'une aide auditive est plafonnée à 1 700 € par appareil (plafond incluant le remboursement de la Sécurité sociale et la part Mutuelle). Pour plus d'informations concernant les équipements, les planchers et les plafonds applicables se reporter au "complément Aides auditives" ci-après.

Le cas de renouvellement anticipé doit être attesté par une prescription médicale spécialisée et après avis du médecin conseil de la Sécurité sociale.

(7) Remboursement sur présentation d'une facture nominative, acquittée, et présentant les éléments nécessaires à l'identification du psychologue. En cas de téléconsultation via une plateforme spécialisée, la facture doit permettre l'identification de la plateforme.

(8) Forfait versé par consultation, réalisée par un diététicien ou un nutritionniste. Remboursement sur présentation d'une facture nominative et acquittée.

(9) Remboursement sur présentation d'une facture ou ticket de caisse. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Les forfaits test de grossesse, préservatifs masculins, préservatifs féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin.

(10) Forfait équipements de sécurité versé pour l'achat de tout équipement obligatoire ou recommandé par la législation en vigueur destiné à la pratique sportive ou de loisir d'engins roulants non motorisés (roller, vélo, ...) et répondant aux normes de sécurité en vigueur. Remboursement sur présentation d'une facture acquittée. Le remboursement des achats effectués sur Internet, au titre de la garantie santé LMDE, ne peut intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(11) Forfait sécurité routière versé pour l'achat d'éthylotests répondant aux normes de sécurité en vigueur. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement sur présentation d'une facture acquittée.

(12) Forfait versé pour l'achat des protections auditives (jetables, réutilisables ou moulées). Remboursement sur présentation d'une facture acquittée ; la prise en charge par la mutuelle des dispositifs médicaux est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(13) Forfait sport versé pour le règlement d'une cotisation relative à la pratique d'une activité sportive (licence sportive, abonnement à un club sportif ou d'un abonnement à un service de location de vélos en libre service non électriques). Remboursement sur justificatifs. Pour plus d'informations, se reporter à l'Annexe 11.

(14) Pour les contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, le versement de ces forfaits s'effectue sur présentation d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisé et sur présentation d'une prescription médicale. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(15) Le service est autorisé par la CNIL (Délibération 2015-134 du 23/04/2015) et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé. La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical et renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré. Service fourni par AXA France VIE, Société Anonyme régie par le code des Assurances au capital de 487 725 073.50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. Entreprise régie par le Code des assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

(16) Itelis est une marque d'Isea. Isea SA à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 €. Immeuble « Le Diapason » - 218 avenue Jean Jaurès – 75916 PARIS CEDEX 19 – 440 358 471 RCS Paris.

(17) Indemnité Journalière hospitalière forfaitaire versée au membre participant ou leur ayant droit à compter du 4ème jour consécutif de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, un accident ou une opération chirurgicale, dans la limite de 30 jours/année universitaire.

(18) Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. et AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants-droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".

(19) Plus d'informations concernant les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le titre 3 du présent Règlement Mutualiste.

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/05/2026

ZEN LMDE Soins réalisés à l'étranger	Si non remboursement par un Régime Obligatoire (a)	Si remboursement par un Régime Obligatoire
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	100% BR	150 % de BR (a)
Transport ambulance	100% BR	
SOINS		
Pharmacie	100% BR	100% BR
Généraliste (consultation et visite)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Laboratoire (analyses médicales)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
DENTAIRE ET OPTIQUE		
Soins dentaires	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Prothèse dentaire	100% BR	100% BR
Optique	100% BR	100% BR
SPECIALITES ET PARAMEDICAL		
Imagerie médicale	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Spécialiste (consultation et visite)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Orthopédie / Prothèse	100% BR	100% BR
Auxiliaires Médicaux (dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays

(a) Les pourcentages sont exprimés en fonction des bases de remboursement de la Sécurité sociale française et incluent le remboursement de la Sécurité sociale.

La liste des coefficients multiplicateurs par pays est consultable en annexe 10

ANNEXE 8 : « ZEN LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE »

TABLEAUX DES COTISATIONS ET PRESTATIONS MUTUALISTES A COMPTER DU 01/05/2026

pour les contrats souscrits à compter du 01/05/2026.

(Formule responsable et solidaire)

Cotisations TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

ZEN LMDE Régime local Alsace Moselle	18 mois	17 mois	16 mois	15 mois	14 mois	13 mois
Adulte	401,40 €	379,10 €	356,80 €	334,50 €	312,20 €	289,90 €
Enfant ayant droit (< 18 ans)	203,40 €	192,10 €	180,80 €	169,50 €	158,20 €	146,90 €

ZEN LMDE Régime local Alsace Moselle	12 mois	11 mois	10 mois	9 mois	8 mois	7 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois
Adulte	267,60 €	245,30 €	223,00 €	200,70 €	178,40 €	156,10 €	133,80 €	111,50 €	89,20 €	66,90 €
Enfant ayant droit (< 18 ans)	135,60 €	124,30 €	113,00 €	101,70 €	90,40 €	79,10 €	67,80 €	56,50 €	45,20 €	33,90 €

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/05/2026

ZEN LMDE REGIME LOCAL	Remboursements		
	Assurance maladie obligatoire régime local Alsace-Moselle (BR)	ZEN LMDE REGIME LOCAL	TOTAL (Assurance maladie obligatoire régime local Alsace- Moselle + ZEN LMDE REGIME LOCAL)
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations visites généralistes / spécialistes (DPTAM)	90% BR	60% BR	150% BR
Consultations visites généralistes / spécialistes (hors DPTAM)	90% BR	40% BR	130% BR
Actes techniques médicaux	90% BR	10% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux (dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes)	90% BR	10% BR	100% BR
Analyses médicales et examens de laboratoire	90% BR	10% BR	100% BR
Imagerie médicale	90% BR	10% BR	100% BR
Médicaments			
Médicaments à Service Médical Rendu majeur ou important	90% BR	10% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu modéré	80% BR	20% BR	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% BR	85% BR	100% BR
Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale (dont médicaments homéopathiques)	-	35 € / an	35 € / an
Matériel médical			
Semelles orthopédiques	90% BR	90 € / an - BR	150 € / an
Petit appareillage, orthèses	90% BR	10% BR	100% BR

Orthopédie et grand appareillage	90% ou 100 % BR	10% BR ou néant + 50 € / an	100% BR + 50 € / an
Prothèses mammaires	90% ou 100 % BR	10% BR ou néant	100% BR
Prothèse capillaire classe 1 + 1 accessoire	100 % BR	PEC intégrale dans la limite PLV	PEC intégrale dans la limite PLV
Prothèse capillaire classe 2 + 1 accessoire	100 % BR	PEC intégrale dans la limite PLV	PEC intégrale dans la limite PLV
Prothèse capillaire classe 3 + 1 accessoire	60 % BR	40% BR	100% BR
Prothèse capillaire classe 4 + 1 accessoire	60 % BR	40% BR	100% BR
Accessoire d'une prothèse capillaire (max 1/an)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Fauteuil roulant			
Véhicules pour personnes en situation de handicap - achat ou location de longue durée, mise à disposition, adjonction, supplément	100 % BR	PEC intégrale dans la limite PLV	PEC intégrale dans la limite PLV
Véhicules pour personnes en situation de handicap - location de courte durée, mise à disposition	60 % BR	PEC intégrale dans la limite PLV	PEC intégrale dans la limite PLV
Réparations des véhicules pour personnes en situation de handicap	100 % BR	100 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
Honoraires			
Honoraires médicaux (DPTAM)	100% BR	50% BR	150% BR
Honoraires médicaux (hors DPTAM)	100% BR	30% BR	130% BR
Honoraires chirurgicaux	100% BR	-	100% BR
Frais de séjour, durée illimitée	100% BR	-	100% BR
Frais de transport	100% BR	-	100% BR
Forfait TV, téléphone, internet (1)	-	6 € / jour	6 € / jour
OPTIQUE			
Equipements 100 % santé (*) Monture et verres Prestations d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	90 % BR	Remboursement intégral dans la limite des Prix Limites de Vente 16 ans et plus : 1 équipement / 2 ans (2) (3)	
Equipements à tarifs libres		Tarifs négociés dans le réseau ITTELIS	
Monture (2) + verres unifocaux simples (4)	Renouvellement de l'équipement (monture + 2 verres) : 16 ans et plus : 1 équipement / 2 ans (3)	90% BR	210 € - 90% BR 210 €
Monture (2) + - 2 verres unifocaux complexes, multifocaux/progressifs complexes ou très complexes (4) OU - 1 verre unifocal simple + 1 verre unifocal complexe, multifocal/progressif complexe ou très complexe (4)		90% BR	270 € - 90% BR 270 €
Matériel pour amblyopie	90% BR	10% BR	100% BR
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	90% BR	10% BR + forfait de 80 € / an	100 % BR + forfait de 80 € / an
Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale	-	80 € / an	80 € / an
Chirurgie des yeux	-	150 € / œil / an	150 € / œil / an
DENTAIRE			
Soins et prothèses dentaires 100 % santé (*)	90% BR	Remboursement intégral dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	
Soins à tarifs maîtrisés ou libres		Tarifs négociés dans le réseau ITTELIS	
Soins dentaires	90% BR	40 % BR	130 % BR
Inlay / Onlay / Inlay Core	90% BR	40 % BR	130 % BR
Prothèses à tarifs maîtrisés ou libres			
Prothèses dentaires fixes remboursées par la Sécurité sociale	90% BR	10 % BR + 250 € / an	100 % BR + 250 € / an

Prothèses provisoires remboursées par la Sécurité sociale	90% BR	10 % BR	100 % BR
Prothèses sur implant remboursées par la Sécurité sociale	90% BR	10 % BR	100 % BR
Prothèses amovibles remboursées par la Sécurité sociale	90% BR	10 % BR	100% BR
Rebasage, réparation, adjonction ou remplacement de dents ou crochets	Néant ou 90% BR	Néant ou 10% BR	Néant ou 100% BR
Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale (5)	-	250 € / an	250 € / an
Orthodontie			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	90 % BR ou 100 % BR	10% BR ou néant	100% BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	250 € / an	250 € / an
AIDES AUDITIVES			
Equipements 100 % santé (*)	90 % BR	Remboursement intégral dans la limite des Prix Limites de Vente Renouvellement de l'équipement : 1 équipement / 4 ans (6)	
Equipements à tarifs libres		Tarifs négociés dans le réseau ITTELIS	
Aides auditives et accessoires à tarifs libres (6)	90% BR ou 100 % BR	10 % BR ou néant + 150 € / an	100 % BR + 150 € / an
PREVENTION & ACCOMPAGNEMENT			
Médecines douces (ostéopathie, acupuncture, chiropraxie, sophrologie)	-	3 x 50 € / séance / an	3 x 50 € / séance / an
Tous actes de prévention (arrêté du 08/06/2006)	90 % BR	10 % BR	100 % BR
Consultations et téléconsultations sur prescription de psychologues conventionnés, remboursées par la Sécurité sociale	60% BR ou 90 % BR	40 % BR ou 10 % BR	100 % BR
Consultations et téléconsultations de psychologues non remboursées par la Sécurité sociale (7)	-	Prise en charge intégrale de la 1ère consultation, puis 40 € / consultation pour les 10 consultations suivantes (par an)	Prise en charge intégrale de la 1ère consultation, puis 40 € / consultation pour les 10 consultations suivantes (par an)
Forfait nutrition (8)	-	4 x 10 € / consultation / an	4 x 10 € / consultation / an
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale	90% BR	10 % BR	100 % BR
Forfait équipements de sécurité (casque vélo...) (9) (10)	-	50 € / an	50 € / an
Forfait sécurité routière (éthylotests) (9) (11)	-		
Forfait protections auditives (bouchons d'oreilles) (9) (12)	-		
Forfait sport (13)	-	30 € / an (doublement si prescription ou certaines ALD)	30 € / an (doublement si prescription ou certaines ALD)
Protections périodiques (9)	-	25 € / an	25 € / an
Vaccins et dépistages IST non remboursés par la Sécurité sociale	-	100 € / an	100 € / an
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (14)	-	80 € / an	80 € / an
Préservatifs masculins/féminins (9)	-	40 € / an	40 € / an
Test de grossesse (9)	-	10 € / an	10 € / an
Test VIH (9)	-	10 € / an	10 € / an
Substituts nicotiniques (9)	Néant ou 90% BR	Néant ou 35% BR + 90€ / an	Néant ou 100 % BR + 90 € / an
ASSURANCES ET AUTRES PRESTATIONS			
Téléconsultation médicale (15)	-	OUI	OUI
Réseau de soins ITTELIS (16)	-	OUI	OUI
Indemnités Journalières Hospitalières – étudiants salariés (17)	-	20 € / jour	20 € / jour

Responsabilité Civile (18)	-	OUI	OUI
Individuelle Accident (18)	-	OUI	OUI
Fonds de secours études (MUTEXAM) (19)	-	OUI	OUI
Allocation Mutualiste de Solidarité (19)	-	OUI	OUI
Fonds d'Aide à la Compensation du Handicap (19)	-	OUI	OUI

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Les garanties sont exprimées hors régimes spéciaux, dans la limite des frais réellement engagés et dans le cadre du respect du parcours de soins. Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonnés). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ainsi que la franchise médicale annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L160-13 du Code de la sécurité sociale ne sont pas prises en charge.

Les garanties complémentaires santé « Zen LMDE » et « Zen LMDE régime local » sont des contrats responsables au sens des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. La définition de contrat responsable est susceptible d'évoluer selon les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

(*) Les paniers 100% Santé vous permettent d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en optique, dentaire et aides auditives. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers 100% Santé, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi sur les paniers à tarifs libres ou tarifs maîtrisés, et dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) ou dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) pour les tarifs 100% santé et maîtrisés en dentaire fixés par la réglementation en vigueur.

Pour plus d'informations concernant les prestations incluses dans ces paniers, consulter le "complément Dentaire", le "complément Optique" et le complément "Aides auditives" ci-après.

(1) Versement du forfait dans la limite de 6 € par jour d'hospitalisation (hors soins ambulatoire) et sur présentation d'une facture nominative et acquittée.

(2) Plafond de remboursement monture classe A – Equipement 100 % santé : 30 € / Plafond de remboursement monture classe B - tarif libre : 100 €

(3) Le remboursement optique de la Sécurité sociale et de la mutuelle est limité à un équipement par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu dans la liste figurant à l'article L. 165 -1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue pour lesquels la période est réduite à un an, et pour les enfants de moins de 6 ans, où la période est réduite à 6 mois.

La justification d'une évolution de la vue se fonde sur la présentation, soit d'une nouvelle prescription portant une correction différente de la précédente, soit du devis ou de la facturation de l'opticien précisant la nouvelle correction en cas de renouvellement de lunettes. Les conditions de renouvellement pour la prise en charge de 2 équipements par période de 2 ans pour les personnes qui souhaitent un équipement de près et un équipement de loin s'appliquent à chacun des équipements séparément.

L'application du renouvellement s'apprécie à compter de la date de la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Pour plus d'informations, se reporter au "complément Optique" ci-après.

Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et/ou le site Internet respecte les critères de santé publique.

(4) Pour consulter la définition des catégories de verres, planchers et plafonds applicables se reporter au "complément optique" ci-après.

(5) On entend implantologie dentaire tout acte et/ou dispositif médical lié et indispensable à la réalisation d'une implantologie dentaire (couronne sur implant, bridge implanto-porté ou dento implanto-porté, acte technique, dispositif médical implantaire).

(6) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. La prise en charge d'une aide auditive est plafonnée à 1 700 € par appareil (plafond incluant le remboursement de la Sécurité sociale et la part Mutuelle). Pour plus d'informations concernant les équipements, les planchers et les plafonds applicables se reporter au "complément Aides auditives" ci-après.

Le cas de renouvellement anticipé doit être attesté par une prescription médicale spécialisée et après avis du médecin conseil de la Sécurité sociale.

(7) Remboursement sur présentation d'une facture nominative, acquittée, et présentant les éléments nécessaires à l'identification du psychologue. En cas de téléconsultation via une plateforme spécialisée, la facture doit permettre l'identification de la plateforme.

(8) Forfait versé par consultation, réalisée par un diététicien ou un nutritionniste. Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée.

(9) Remboursement sur présentation d'une facture ou ticket de caisse. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Les forfaits test de grossesse, préservatifs masculins, préservatifs féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin.

(10) Forfait équipements de sécurité versé pour l'achat de tout équipement obligatoire ou recommandé par la législation en vigueur destiné à la pratique sportive ou de loisir d'engins roulants non motorisés (roller, vélo, ...) et répondant aux normes de sécurité en vigueur. Remboursement sur présentation d'une facture acquittée. Le remboursement des achats effectués sur Internet, au titre de la garantie santé LMDE, ne peut intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement sur présentation d'une facture acquittée.

(11) Forfait sécurité routière versé pour l'achat d'éthylotests répondant aux normes de sécurité en vigueur. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(12) Forfait versé pour l'achat des protections auditives (jetables, réutilisables ou moulées). Remboursement sur présentation d'une facture acquittée ; la prise en charge par la mutuelle des dispositifs médicaux est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(13) Forfait sport versé pour le règlement d'une cotisation relative à la pratique d'une activité sportive (licence sportive, abonnement à un club sportif ou d'un abonnement à un service de location de vélos en libre service non électriques). Remboursement sur justificatifs. Pour plus d'informations, se reporter à l'Annexe 11.

(14) Pour les contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, le versement de ces forfaits s'effectue sur présentation d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisé et sur présentation d'une prescription médicale. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(15) Le service est autorisé par la CNIL (Délibération 2015-134 du 23/04/2015) et les données sont hébergées en France auprès d'un hébergeur agréé. La téléconsultation AXA ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical et renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré. Service fourni par AXA France VIE, Société Anonyme régie par le code des Assurances au capital de 487 725 073.50 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. Entreprise régie par le Code des assurances et soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

(16) Itelis est une marque d'Isea. Isea SA à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 €. Immeuble « Le Diapason » - 218 avenue Jean Jaurès – 75916 PARIS CEDEX 19 – 440 358 471 RCS Paris.

(17) Indemnité Journalière hospitalière forfaitaire versée au membre participant ou leur ayant droit à compter du 4ème jour consécutif de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, un accident ou une opération chirurgicale, dans la limite de 30 jours/année universitaire.

(18) Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. et AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants-droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".

(19) Plus d'informations concernant les Actions Solidaires et Sociales dans les articles associés dans le titre 3 du présent Règlement Mutualiste.

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/05/2026

ZEN LMDE REGIME LOCAL Soins réalisés à l'étranger	Si non remboursement par un Régime Obligatoire (a)	Si remboursement par un Régime Obligatoire
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	100% BR	150 % de BR (a)
Transport ambulance	100% BR	
SOINS		
Généraliste (consultation et visite)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Laboratoire (analyses médicales)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Médicaments	100% BR	100% BR
DENTAIRE ET OPTIQUE		
Soins dentaires	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Prothèse dentaire	100% BR	100% BR
Optique	100% BR	100% BR
SPECIALITES ET PARAMEDICAL		
Imagerie Médicale	100% B R	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Spécialiste (consultation et visite)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Orthopédie / Prothèse	100% BR	100% BR
Auxiliaires Médicaux (dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays

(a) Les pourcentages sont exprimés en fonction des bases de remboursement de la Sécurité sociale française et incluent le remboursement de la Sécurité sociale.

La liste des coefficients multiplicateurs par pays est consultable en annexe 10

ANNEXE 9 : « PACK LMDE EUROPE » ET « PACK LMDE MONDE »

TABLEAUX DES COTISATIONS ET PRESTATIONS MUTUALISTES A COMPTER DU 01/05/2026

(Formules solidaires et non responsables)

Cotisations TTC - Garanties et services liés à la garantie inclus

PACK LMDE EUROPE	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois	2 mois	1 mois et demi	1 mois	3 semaines	2 semaines	1 semaine
Adulte	252,00€	210,00€	168,00€	126,00€	84,00€	63,00€	42,00€	34,00€	26,00€	16,00€
Enfant ayant droit (<18 ans)	141,00€	118,00€	94,00€	71,00€	47,00€	34,00€	24,00€	18,00€	14,00€	12,00€

PACK LMDE EUROPE	12 mois	11 mois	10 mois	9 mois	8 mois	7 mois
Adulte	504,00 €	462,00 €	420,00 €	378,00 €	336,00 €	294,00 €
Enfant ayant droit (<18 ans)	288,00€	264,00€	240,00€	216,00€	192,00€	168,00€

PACK LMDE MONDE	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois	2 mois	1 mois et demi	1 mois	3 semaines	2 semaines	1 semaine
Adulte	300,00€	250,00€	200,00€	150,00€	100,00€	75,00€	50,00€	40,00€	36,00€	25,00€
Enfant ayant droit (<18 ans)	168,00€	140,00€	112,00€	84,00€	56,00€	42,00€	28,00€	24,00€	21,00€	18,00€

PACK LMDE MONDE	12 mois	11 mois	10 mois	9 mois	8 mois	7 mois
Adulte	600,00 €	550,00 €	500,00 €	450,00 €	400,00 €	350,00 €
Enfant ayant droit (<18 ans)	336,00 €	308,00 €	280,00 €	252,00 €	224,00 €	96,00 €

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTATIONS MUTUALISTES AU 01/05/2026

PACK LMDE EUROPE ET MONDE	Remboursements		
Prestations remboursées si effectuées en France ou à l'étranger	Sécurité sociale (BR)	PACK LMDE EUROPE ET MONDE	TOTAL (Sécurité sociale +PACK LMDE EUROPE ET MONDE)
PREVENTION & ACCOMPAGNEMENT			
Forfait équipements de sécurité (casque vélo...) (1) (2)	-	7,50 € / période	7,50 € / période
Forfait sécurité routière (éthylotests) (1) (3)	-	7,50 € / période	7,50 € / période
Contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (4)	-	45 € / période	45 € / période
Préservatifs masculins/féminins (1)	-	30 € / période	30 € / période
Test de grossesse (1)	-	7,50 € / période	7,50 € / période
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	120 € / période	120 € / période

S'entend par « période » la durée de couverture choisie par l'étudiant lors de son adhésion.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Aucune des majorations de la participation de l'assuré visées par le Code de la sécurité sociale et notamment par l'article L.871-1 n'est prise en charge (ces majorations concernent entre autres le non respect du parcours de soins coordonnés). De même, la participation forfaitaire prévue au II de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ainsi que la franchise médicale annuelle

laissée à la charge de l'assuré prévue à l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale et des décrets n°2024-113 et n°2024-114 du 16 février 2024 ne sont pas prises en charge.

Sauf décision contraire de la Mutuelle, la modification des taux de remboursement ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale française est sans incidence sur les prestations mutualistes.

Le total inclut les participations de la Sécurité sociale et de la formule de garantie ou pack de garanties santé LMDE.

Les garanties sont exprimées dans la limite des frais réellement engagés. Les taux de remboursement Sécurité sociale mentionnés sont ceux en vigueur à la date de souscription. Les taux de remboursement Sécurité sociale étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, les données Sécurité sociale sont donc fournies à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements, elles n'ont pas de valeur contractuelle.

(1) Remboursement sur présentation d'une facture ou ticket de caisse. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Les forfaits test de grossesse, préservatifs masculins, préservatifs féminins peuvent être servis aux membres participants relevant tant du sexe féminin que masculin.

(2) Forfait équipements de sécurité versé pour l'achat de tout équipement obligatoire ou recommandé par la législation en vigueur destiné à la pratique sportive ou de loisir d'engins roulants non motorisés (roller, vélo, ...) et répondant aux normes de sécurité en vigueur. Remboursement sur présentation d'une facture acquittée. Le remboursement des achats effectués sur Internet, au titre de la garantie santé LMDE, ne peut intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

(3) Forfait sécurité routière versé pour l'achat d'éthylotests répondant aux normes de sécurité en vigueur. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique. Remboursement sur présentation d'une facture acquittée.

(4) Pour les contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, le versement de ces forfaits s'effectue sur présentation d'une facture nominative acquittée détaillant le nom du dispositif médical et/ou l'acte réalisé et sur présentation d'une prescription médicale. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où le site Internet respecte les critères de santé publique.

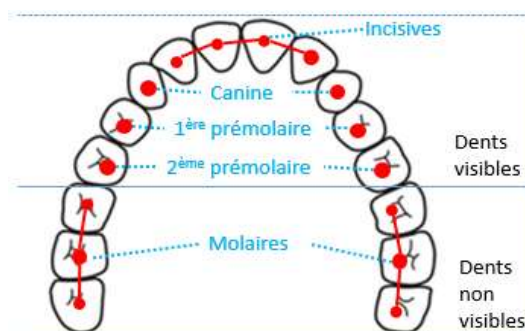
PACK LMDE EUROPE ET MONDE	Remboursements	
Soins réalisés à l'étranger	Si non remboursement par un Régime Obligatoire (b)	Si remboursement par un Régime Obligatoire
HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale ou chirurgicale (y compris IVG)	100% BR	Dispense d'avance de frais par AXA à concurrence de 150 000€ / assuré et par période de couverture prise en charge par AXA (a) ou 150 % de BR si absence de dispense d'avance de frais AXA (b)
Transport ambulance	100% BR	
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Généraliste et spécialiste (consultation et visite)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Honoraires paramédicaux (dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes)	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Analyses médicales et examens de laboratoire	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Médicaments	100% BR	100% BR
Imagerie médicale	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Matériel médical		
Petit appareillage, orthèses	100% BR	100% BR
Orthopédie et grand appareillage	100% BR	100% BR
DENTAIRE ET OPTIQUE		
Soins dentaires	100% BR	100% BR <u>ou</u> coefficient multiplicateur selon pays
Prothèses dentaires	100% BR	100% BR
Optique	100% BR	100% BR
ASSURANCES (a)		
Téléconsultation médicale	Inclus	Inclus
Responsabilité Civile	Inclus	Inclus
Assurance bagages	Inclus	Inclus
Assistance/rapatriement	Inclus	Selon les conditions générales remises avant la souscription par la Mutuelle

- (a) Contrat d'assurance pour l'assistance entre la Mutuelle et Inter Partner Assistance, Inter Partner Assistance, société anonyme de droit belge au capital de 130.702.613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique sous le n° de code 0487, immatriculée au registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro BCE : 0415.591.055, dont le siège social est situé 7 Boulevard du Régent, 1000 Brussels - Belgique, prise au travers de sa succursale française, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 8-10 rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff InterPartner Assistance intervient sous la dénomination commerciale axa assistance AXA ASSISTANCE.
- Le risque lié à cette garantie est porté par AXA France IARD - SA au capital de 214 799 030 €- RCS Nanterre 722 057 460 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. et AXA Assurances IARD Mutuelle – Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 dont le siège social est 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Entreprises régies par le Code des Assurances. Les ayants droit ne peuvent bénéficier de la garantie Responsabilité Civile "Vie étudiante" et "Vie privée".
- (b) Les pourcentages sont exprimés en fonction des bases de remboursement de la Sécurité sociale française et incluent le remboursement de la Sécurité sociale.

La liste des coefficients multiplicateurs par pays est consultable en annexe 10.

Complément Dentaire

Tableau 1 : Schéma des positions des dents



	Incisives, canines et 1ères prémolaires	2èmes prémolaires	Molaires
Couronne dentoportée métallique	Panier 100% Santé		
Couronne dentoportée céramique monolithique en zircon			
Couronne dentoportée céramique monolithique hors zircon	Panier à tarifs maîtrisés		
Couronne dentoportée céramo-métallique	Panier à honoraires libres		
Couronne dentoportée céramo-céramique			
Couronne sur implant			

Tableau 2: Panier 100 % Santé (extrait)

Libellé	Position	HLF
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (hors zircon)	Incisives, canines et 1ères prémolaires	515 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique	Incisives, canines et 1ères prémolaires	515 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircon) hors molaires	Incisives, canines, 1ères prémolaires, 2èmes prémolaires	453,20 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée métallique	Toutes dents	298,70 €
Pose d'une infrastructure coronoradiculaire avec ou sans clavette sur une dent [Inlay core]	Toutes dents, selon le matériau de la couronne ou pilier de bridge concerné	175 €
Pose d'une couronne dentaire transitoire liée aux couronnes du panier 100% Santé	Toutes dents, selon position et matériau de la couronne concernée	60 €
Pose d'une prothèse plurale [bridge] céramométal	Incisives	1 508,95 €
Pose d'une prothèse plurale [bridge] céramométal	Autre dent qu'une incisive	1 684,05 €
Pose d'une prothèse plurale [bridge] métal	Toutes dents	896,10 €
Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	Toutes dents	2300 €

Tableau 3 : Panier à tarifs maîtrisés (extrait)

Libellé	Position	HLF
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (hors zircone)	2èmes prémolaires + molaires	515 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique	2èmes prémolaires	515 €
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone)	Molaires	453,20 €
Pose d'une infrastructure coronaradiculaire avec ou sans clavette sur une dent [Inlay core]	2èmes prémolaires et/ou molaires, selon le matériau de la couronne ou pilier de bridge concerné	175 €
Pose d'une couronne dentaire transitoire liée aux couronnes du panier maîtrisé	2èmes prémolaires et/ou molaires, selon le matériau de la couronne concernée	60 €

Complément Optique

Le décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales classe les verres en catégories.

Le remboursement de la mutuelle dépend de la catégorie des verres.

Tableau 1 : Catégories de verres, codes LPP et PLV associés – Equipement 100% Santé (Classe A)

Unifocaux				Multifocaux				Progressifs			
Simple - A		Complexes - B		Complexes - B		Très complexes - C		Complexes - B		Très complexes - C	
code LPP	Prix Limite de Vente	code LPP	Prix Limite de Vente	code LPP	Prix Limite de Vente	code LPP	Prix Limite de Vente	code LPP	Prix Limite de Vente	code LPP	Prix Limite de Vente
2263287	32,50 €	2234050	37,50 €	2245190	45 €	2216885	60 €	2249229	75 €	2236362	90 €
2254911	37,50 €	2231235	42,50 €	2235977	50 €	2245875	65 €	2296803	80 €	2210061	95 €
2201814	47,50 €	2217525	52,50 €	2232648	60 €	2223626	75 €	2282913	90 €	2215957	105 €
2214840	47,50 €	2241392	52,50 €	2234357	60 €	2201754	75 €	2272748	90 €	2252177	105 €
2223394	97,50 €	2277266	102,50 €	2217229	60 €	2261087	75 €	2248030	130 €	2216359	145 €
2254727	97,50 €	2220384	102,50 €	2272398	100 €	2247093	115 €	2243511	130 €	2236066	145 €
2229362	32,50 €	2218559	37,50 €	2267240	45 €	2234475	60 €	2210635	75 €	2209342	90 €
2238444	37,50 €	2254584	42,50 €	2264884	50 €	2225648	65 €	2279934	80 €	2286118	95 €
2238823	47,50 €	2258406	52,50 €	2241009	60 €	2228931	75 €	2217376	90 €	2244203	105 €
2260509	47,50 €	2203871	52,50 €	2209193	60 €	2287514	75 €	2221917	90 €	2218950	105 €
2274380	97,50 €	2231258	102,50 €	2253248	60 €	2275847	75 €	2274730	130 €	2297910	145 €
2203316	97,50 €	2215905	102,50 €	2237829	100 €	2237775	115 €	2221604	130 €	2228411	145 €
		2255520	52,50 €			2288293	75 €			2268273	115 €
		2284071	57,50 €			2204563	80 €			2229209	120 €
		2266080	67,50 €			2292544	90 €			2295175	130 €
		2238409	67,50 €			2234245	90 €			2224270	130 €
		2293390	117,50 €			2256910	90 €			2299196	170 €
		2236586	117,50 €			2256560	130 €			2234334	170 €

code LPP	Prestation	BR	PLV	Part SS 60 %	Part Mutuelle
2226435	Prestation adaptation verres de classe A	10,00 €	10,00 €	6,00 €	100% PLV - Part SS et dans la limite de la dépense réelle
2232252	Prestation d'appairage niveau 1 verres de classe A	1,50 €	5,00 €	0,90 €	
2222503	Prestation d'appairage niveau 2 verres de classe A	3,00 €	10,00 €	1,80 €	

2206987	Prestation d'appairage niveau 3 verres de classe A	4,50 €	15,00 €	2,70 €	
---------	---	--------	---------	--------	--

Tableau 2 : Catégories de verres et codes LPP associés - Equipements à tarifs libres (Classe B)

Unifocaux						
A1	A2	A3	B1	B2	B3	B4
code LPP	code LPP	code LPP	code LPP	code LPP	code LPP	code LPP
2264803	2208756	2229824	2233033	2211190	2286800	2247041
2225329	2209460	2262678	2292053	2210983	2257447	2241529
2288353	2218542	2281598	2241162	2243920	2255856	2249152
2258895			2203486		2276048	
2293555			2234044		2224778	
2200335			2237947		2224287	

Multifocaux							Progressif						
B5	B6	B7	C1	C2	C3	C4	B5	B6	B7	C1	C2	C3	C4
code LPP	code LPP	code LPP	code LPP	code LPP	code LPP	code LPP	code LPP	code LPP	code LPP	code LPP	code LPP	code LPP	code LPP
2267552	2288695	2215213	2214515	2212025	2265412	2215503	2263494	2203948	2292277	2297263	2260691	2288502	2257750
2234788	2291674	2234021	2266989	2229155	2218849	2284697	2240323	2230750	2269692	2295525	2240850	2217809	2285099
2279650	2213711	2297530	2220088	2291065	2299925		2224732	2210434	2210109	2241742	2253834	2242760	
2226910	2259340	2222176	2268505	2282920	2243623		2222118	2208064	2226926	2269516	2245941	2270583	
			2251924							2219062			
			2205321							2202430			
			2264401							2256420			
			2267492							2293414			

code LPP	Prestation	BR	PLV	Part SS 60 %	Part Mutuelle
2209738	Prestation adaptation verres de classe B	0,05 €	10,00 €	0,03 €	100% BR

Tableau 3 : Planchers et plafonds par combinaison de verres avec monture

Le décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales fixe des planchers et des plafonds pour le remboursement d'un équipement optique (monture et/ou 2 verres) que la mutuelle doit respecter. Les planchers et plafonds dépendent de la catégorie des verres.

Sont concernées les formules ESSENTIELLE LMDE, ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE, ZEN LMDE, ZEN LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE

Verre 1	Verre 2	Plancher remboursement Sécurité sociale + mutuelle	Plafond remboursement Sécurité sociale + mutuelle
Verre unifocal simple A	Verre unifocal simple A	50 €	420 €
Verre unifocal simple A	Verre unifocal complexe B	125 €	560 €
Verre unifocal simple A	Verre multifocal ou progressif complexe B	125 €	560 €
Verre unifocal simple A	Verre multifocal ou progressif très complexe C	125 €	610 €
Verre unifocal complexe B	Verre unifocal complexe B	200 €	700 €
Verre unifocal complexe B	Verre multifocal ou progressif complexe B	200 €	700 €
Verre multifocal ou progressif complexe B	Verre multifocal ou progressif complexe B	200 €	700 €
Verre unifocal complexe B	Verre multifocal ou progressif très complexe C	200 €	750 €
Verre multifocal ou progressif complexe B	Verre multifocal ou progressif très complexe C	200 €	750 €
Verre multifocal ou progressif très complexe C	Verre multifocal ou progressif très complexe C	200 €	800 €

Tableau 4 : Cas d'application des périodicités pour les équipements d'optique médicale

Sont concernées les formules ESSENTIELLE LMDE, ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE, ZEN LMDE, ZEN LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE,

Assurés concernés	Assurés de 16 ans et plus	Assurés de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un <u>équipement complet</u> (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de <u>verres</u>
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; - 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. 	
Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicale particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des <u>verres</u>	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<i>Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique</i> <ul style="list-style-type: none"> - glaucome ; - hypertension intraoculaire isolée ; - DMLA et atteintes maculaires évolutives ; - rétinopathie diabétique ; - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; - cataracte évolutive à composante réfractive ; - tumeurs oculaires et palpébrales ; - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; - greffe de cornée datant de moins de 1 an ; - kératocône évolutif ; - kératopathies évolutives ; - dystrophie cornéenne ; - amblyopie ; - diplopie récente ou évolutive ; 	
	<i>Troubles de réfraction associés à une pathologie générale</i> <ul style="list-style-type: none"> - diabète ; - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; - hypertension artérielle mal contrôlée ; - sida ; - affections neurologiques à composante oculaire ; - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ; 	
	<i>Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours</i> <ul style="list-style-type: none"> - corticoïdes ; - antipaludéens de synthèse ; - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires. 	
Constatation de l'évolution de la réfraction	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

Complément Aides auditives

Le décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales classe les aides auditives en catégories.

Le remboursement de la mutuelle dépend de la catégorie de l'aide auditive.

Sont concernées les formules ESSENTIELLE LMDE, ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE, ZEN LMDE, ZEN LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE

Tableau 1 : Comparaison Equipement 100% Santé (Classe I) et hors 100% Santé (Classe II)

	Equipement 100% Santé (Classe I)	Equipement à tarifs libre (Classe II)
Type	Tous types : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Contours d'oreille classique ✓ Contours d'oreille à écouteur déporté ✓ Contour d'oreille à écouteur intra-auriculaire 	Tous types : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Contours d'oreille classique ✓ Contours d'oreille à écouteur déporté ✓ Contour d'oreille à écouteur intra-auriculaire
Réglages	Au moins 12 canaux de réglage pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif (ou dispositif de qualité équivalente) et système permettant l'amplification des sons extérieurs restitués à hauteur d'au moins 30 dB	Au moins 12 canaux de réglages permettant une amplification du son différente Par dérogation, le seuil requis peut être diminué à 8 canaux dès lors que l'aide auditive dispose d'une directivité microphonique adaptative, d'un réducteur de bruit impulsionnel, et d'au moins 5 options de la liste A
Options :	Au moins 3 parmi les options de la liste A (<i>Liste des options en Tableau 2</i>)	Au moins 6 options parmi les options de la liste A suivante ET 1 option parmi les options de la liste B OU Au moins 4 options parmi les options de la liste A suivante ET 2 option parmi les options de la liste B OU Au moins 3 options parmi les options de la liste A suivante ET 3 option parmi les options de la liste B (<i>Liste des options en Tableau 2</i>)
Essai	30 jours minimum d'essai de l'aide auditive avant achat	
Garantie	4 ans	
Prestation de suivi	2 fois par an	Selon audioprothésiste
Prix Limites de Vente (PLV) par aide auditive	+ de 20 ans : 950 € ≤ de 20 ans : 1400 €	Pas de Prix Limite de Vente
Plafond de prise en charge par aide auditive (Sécurité sociale + part mutuelle)	Prix Limite de Vente (PLV)	1700 €

Tableau 2 : Options de la liste A et de la liste B

Liste A :

La liste A est composée des options suivantes :

- un système générateur de signaux ajustables permettant la mise en place des thérapies sonores de traitement de la perception des acouphènes ;
- une connectivité sans fil permettant un échange de données avec des dispositifs de communication sans fil (fonction télécommande et/ou Bluetooth) ;
- un réducteur de bruit du vent qui permet une atténuation des basses fréquences générées par les turbulences à l'entrée du ou des microphones ;
- une synchronisation binaurale, permettant de synchroniser les traitements du son entre l'oreille droite et gauche le cas échéant ;
- une directivité microphonique adaptative (le nul de captation induit par la directivité en fonction de la localisation de la source de bruit s'adapte automatiquement en fonction de l'azimut de la source) ;
- une bande passante élargie $\geq 6\,000$ Hz permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences jusqu'à $6\,000$ Hz mesurée au coupleur 2cc selon la norme NF EN 60118-0:2015* ;
- une fonction « apprentissage de sonie » permettant l'enregistrement des modifications moyennes du volume apportées par l'utilisateur et d'appliquer ces changements soit automatiquement soit par l'intermédiaire de l'audioprothésiste ;
- un réducteur de réverbération assurant une gestion de la dégradation du signal liée aux réverbérations tardives (champs diffus) dans un local, au-delà de ce que peut permettre la directivité.

Liste B :

La liste B est composée des options suivantes :

- une bande passante élargie $\geq 10\,000$ Hz permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences de 0 à $10\,000$ Hz ;
- au moins 20 canaux de réglages permettant une amplification du son différente sur 20 plages de fréquences non chevauchantes différentes ;
- un réducteur de bruit impulsionnel permettant d'augmenter le confort d'écoute du patient en réduisant les bruits de durée inférieure à 300 ms ;
- une batterie rechargeable et son chargeur branché sur secteur associé, permettant de s'affranchir de l'utilisation de piles traditionnelles.

ANNEXE 10 : « COEFFICIENTS MULTIPLICATEURS »

PAYS	Code Pays	Coefficient
ACORES-MADERES	319	2,3
AFGHANISTAN	212	-
AFRIQUE DU SUD	303	1,9
ALBANIE	125	-
ALGERIE	352	-
ALLEMAGNE	109	1,7
ANDORRE	130	1,2
ANGOLA	395	2,5
ANTIGUA ET BARBUDA	441	-
ANTILLES BRITANNIQUES	425	1,9
ANTILLES NEERLANDAISES	431	1,3
ARABIE SAOUDITE	201	1,97
ARGENTINE	415	3,42
ARMENIE	252	1,5
AUSTRALIE	501	1,98
AUTRICHE	110	1,43
AZERBAIDJAN	253	1,5
BAHAMAS	436	-
BAHREIN	249	1,97
BANGLADESH	246	-
BARBADE	434	-
BELGIQUE	131	1,5
BELIZE	429	-
BENIN	327	-
BHOUTAN	214	-
BIELORUSSIE	148	1,5
BIRMANIE	224	24
BOLIVIE	418	1,24
BOSNIE HERZEGOVINE	118	-
BOTSWANA	347	1,22
BRESIL	416	3,79
BRUNEI	225	-
BULGARIE	111	-
BURKINA FASO	331	-
BURUNDI	321	-
CAMBODGE	234	1,2
CAMEROUN	322	-
CANADA	401	2,87
CANARIE-PRESIDES	313	2
CAP VERT	396	-
CHILI	417	2,77
CHYPRE	254	1,5
COLOMBIE	419	2,41
COMORES	397	-
CONGO	324	1,5
COREE DU SUD	239	1,9
COSTA-RICA	406	1,65
COTE D'IVOIRE	326	1,2
CROATIE	119	-
CUBA	407	1,3
DANEMARK	101	1,9
DJIBOUTI	399	1,11
DOMINIQUE	438	-
EGYPTE	301	1,2
EMIRATS ARABES UNIS	247	3,5
EQUATEUR	420	-
ERYTHREE	317	-
ESPAGNE	134	1,8
ESTONIE	106	1,5
ETATS UNIS D'AMERIQUE	404	4,5
ETHIOPIE	315	1,3
FALKLAND OU MALOUINES (ILES)	427	1,9
FIDJI	508	1,3
FINLANDE	105	2,76
GABON	328	1,5
GAMBIE	304	-
GEORGIE	255	1,5
OHANA	329	1,1
GIBRALTAR	133	-
GRANDE BRETAGNE	132	3,42
GRECE	126	3,55
GRENADE	435	-
GROENLAND	430	1,2
GUATEMALA	409	1,2
GUINEE	330	-
GUINEE BISSAU	392	-
GUINEE EQUATORIALE	314	-
GUYANA	428	-
HAITI	410	1,5
HONDURAS	411	-
HONG-KONG	230	2,63
HONGRIE	112	1,6
ILE PITCAIRN	503	1,9
ILES BERMUDES	499	1,9
ILES CHAGOS	308	1,9
INDE	223	-
INDONESIE	231	1,2
IRAN	204	1,5
IRAQ	203	-
IRLANDE	136	1,6
ISLANDE	102	1,33

PAYS	Code Pays	Coefficient
LESOTHO	348	1,9
LETONIE	107	1,5
LIBAN	205	1,89
LIBERIA	302	-
LIBYE	316	1,76
LIECHTENSTEIN	113	-
LITUANIE	108	1,5
LUXEMBOURG	137	1,5
MACAO	232	2,3
MACEDOINE	156	-
MADAGASCAR	333	-
MALAISIE	227	1,12
MALAWI	334	-
MALDIVES	229	-
MALI	335	-
MALTE	144	1,07
MARIANNES	505	-
MAROC	350	-
MAURICE	390	-
MAURITANIE	336	-
MAYOTTE	976	1,5
MEXIQUE	405	3,16
MOLDAVIE	151	1,5
MONACO	138	-
MONGOLIE	242	1,5
MOZAMBIQUE	393	1,9
NAMIBIE	311	1,92
NAURU	507	-
NEPAL	215	1,5
NICARAGUA	412	1,7
NIGER	337	1,7
NIGERIA	338	1,2
NORVEGE	103	1,6
NOUVELLE CALEDONIE	988	1,9
NOUVELLE ZELANDE	502	1,3
OMAN	250	1,97
OUGANDA	339	-
OUZBEKISTAN	258	1,5
PAKISTAN	213	-
PANAMA	413	3,52
PAPOUASI ET NOUVELLE GUINEE	510	-
PARAGUAY	421	1,43
PAYS-BAS	135	1,3
PEROU	422	1,62
PHILIPPINES	220	1,28
POLOGNE	122	-
POLYNESIE FRANCAISE	987	2
PORTO-RICO	432	3,5
PORTUGAL	139	2,3
QATAR	248	1,97
REP. CENTRAFRICAINE	323	1,5
REP. POP. DE CHINE	216	3,5
REP. DEMOCRATIQUE DU CONGO	312	2
REPUBLIQUE DOMINICAINE	408	1,35
REPUBLIQUE TCHEQUE	116	1,1
ROUMANIE	114	1,7
RUSSIE	123	4
RWANDA	340	-
SAHARA OCCIDENTAL	389	-
SAINT CHRISTOPHE ET NIEVES	442	-
SAINT VINCENT	440	-
SAINTE LUCIE	439	-
SAINTE-HELENE ASCENSION	306	1,9
SAINT-MARIN	128	1,9
SALOMON	512	-
SALVADOR	414	1,7
SAMOA OCCIDENTALES	506	-
SAO TOME-ET-PRINCIPE	394	1,25
SENEGAL	341	1,39
SEYCHELLES	398	-
SIERRA-LEONE	342	-
SINGAPOUR	226	2,4
SLOVAQUIE	117	-
SLOVENIE	145	1,6
SOMALIE	318	-
SOUDAN	343	-
SRI LANKA	235	1,2
ST PIERRE ET MIQUELON	975	-
SUEDE	104	1,1
SUISSE	140	3,3
SURINAME	437	-
SWAZILAND	391	-
SYRIE	206	1,9
TADJIKISTAN	259	-
TAIWAN	236	1,53
TANZANIE	309	-
TCKAD	344	1,4
THAILANDE	219	1,49
TOGO	345	-
TONGA	509	-
TRINITE ET TOBAGO	433	-

ISRAEL	207	2,36
ITALIE	127	2
JAMAIQUE	426	-
JAPON	217	2,72
JORDANIE	222	1,91
KAZAKHSTAN	256	1,5
KENYA	332	1,5
KIRGHIZISTAN	257	-
KIRIBATI	513	-
KOWEIT	240	1,97
LAOS	241	1,6

TUNISIE	351	-
TURKMENISTAN	260	-
URUGUAY	423	1,4
VANUATU	514	1,7
VATICAN	129	1,9
VENEZUELA	424	2,26
VIET-NAM	243	2,3
WALLIS ET FUTUNA	986	1,5
YEMEN	251	1,4
YOUGOSLAVIE	121	1,6
ZAMBIE	346	1,9
ZIMBABWE	310	1,9

ANNEXE 11 : GARANTIE FORFAIT SPORT

La Mutuelle, dans le cadre de son activité de prévention et afin d'encourager la pratique d'une activité physique participant au bien-être de ses membres, garantit, le versement d'un forfait au membre participant ou à l'ayant droit de plus de 18 ans pour prendre en charge une partie de la cotisation relative à la pratique d'une activité sportive (licence sportive ou abonnement à un club sportif) ou à un abonnement annuel de location de vélos en libre service.

Sont exclus de la garantie les sports reconnus comme extrêmes ou réputés dangereux, dont le vol sur aile volante, ULM, parapente, parachute ascensionnel, saut à l'élastique, chute libre ; ainsi que les abonnements à des services de location de trottinettes électriques ou de vélos à assistance électrique en libre-service. Les abonnements non annuels, les séances unitaires, les activités de bien-être telles que les accès au spa, centres de balnéothérapie ou de thalassothérapie, les massages, modelages, les ateliers mémoires, la sophrologie, la relaxation et la méditation.

Article 1 – Population couverte – durée de la garantie

Tous les membres participants ou ayants droit de plus de 18 ans bénéficiant d'une des formules "VITALITE LMDE", "ESSENTIELLE LMDE", "ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE" "ZEN LMDE" ou "ZEN LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE" sont obligatoirement et automatiquement couverts par la garantie « forfait sport ».

La garantie « forfait sport » prend effet à la date de prise d'effet de la formule santé souscrite par le membre participant.

La garantie "forfait sport" prend fin, pour chaque membre participant et ayant droit de plus de 18 ans, à la date à laquelle il cesse d'être couvert par "VITALITE LMDE", "ESSENTIELLE LMDE", "ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE" "ZEN LMDE" ou "ZEN LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE".

Les membres participants et ayants droit de plus de 18 ans continuent de bénéficier de la garantie « forfait sport » tant qu'ils demeurent couverts par la garantie "VITALITE LMDE", "ESSENTIELLE LMDE", "ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE" "ZEN LMDE" ou "ZEN LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE".

En cas de suspension de "VITALITE LMDE", "ESSENTIELLE LMDE", "ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE" "ZEN LMDE" ou "ZEN LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE" la garantie "Forfait sport" est suspendue à la même date et pour la même durée.

Article 2 – Montant du forfait

Le montant non fractionnable du forfait versé par la mutuelle au titre de la garantie "forfait sport" est de 30 € par période et par membre participant ou ayant droit de plus de 18 ans, et dans la limite des frais réels exposés par l'assuré.

Ce montant non fractionnable est porté à 60 € par période :

- si le membre participant ou l'ayant droit de plus de 18 ans justifie que l'activité physique ou sportive au titre de laquelle il demande l'attribution du forfait, fait l'objet d'une prescription médicale,
- si le membre participant ou l'ayant droit de plus de 18 ans est reconnu en affection de longue durée pour l'une des affections suivantes :
 - o cancer,
 - o diabète de type 2,
 - o insuffisance respiratoire chronique grave,
 - o affections psychiatriques de longue durée.

Article 3 – Conditions et formalités

Le forfait sport est versé sur demande du membre participant, via son espace personnel MyLMDE, à condition de justifier :

- d'une licence sportive,
- ou d'un abonnement annuel à un club sportif (y compris abonnement en ligne avec un coach professionnel virtuel),
- ou d'un abonnement annuel à un service de location de vélos en libre-service,

Pour les membres participants ou ayants droit de plus de 18 ans justifiant d'une prescription médicale ou atteints d'une des affections mentionnées à l'article 2, le versement du forfait sport est étendu à l'activité physique adaptée.

Le versement du forfait est conditionné à la fourniture :

- d'une copie de la licence sportive,
- ou d'une copie de l'abonnement annuel en cours de validité en tant que membre d'un club sportif (y compris abonnement en ligne avec un coach professionnel virtuel),
- ou d'une copie de l'abonnement annuel à un service de location de vélos en libre-service,
- et du justificatif du paiement,

Le cas échéant :

- de la copie de la prescription médicale,
- de tout élément justifiant de l'affection de longue durée dont est atteint le membre participant ou l'ayant droit de plus de 18 ans,
- de tout justificatif d'activité physique adaptée

Article 4 – Cotisation

La cotisation du forfait sport en inclusion des formules "VITALITE LMDE", "ESSENTIELLE LMDE", "ESSENTIELLE LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE" "ZEN LMDE" ou "ZEN LMDE REGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE" est de 0,45 € TTC / mois par membre participant.

ANNEXE 12 : PREVENTION

Prévention plurielle est une mutuelle de livre III soumise au code de la Mutualité, dont le numéro SIREN est le 891 565 673 et dont le siège social est situé au 32 rue Blanche – 75009 Paris. Prévention plurielle fait partie du Groupe INTERIALE et est la première mutuelle de France dédiée uniquement à la prévention.

L'objet principal de Prévention plurielle **est de redonner à chaque adhérent le pouvoir d'agir sur sa propre santé, physique et mentale, en découvrant des moyens efficaces de l'améliorer et faire ainsi des choix éclairés.**

Actions de prévention santé :

Prévention plurielle s'inscrit dans une approche globale de la santé.

L'objectif des programmes de Prévention plurielle est d'adresser la santé au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé, à savoir « un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et ainsi, d'aider les membres participants et ayants droits à devenir acteurs de leur santé en agissant le plus tôt possible pour préserver ou augmenter leur capital santé.

Prévention plurielle met à disposition des membres participants, des programmes de prévention santé ayant pour objectif de devenir acteur de sa santé au quotidien. Les services sont accessibles depuis l'espace adhérent, en cliquant sur l'onglet « Prévention » ou directement par téléphone.

L'adhésion à Prévention plurielle inclut :

- une **plateforme digitale** proposant des **contenus pédagogiques sur toutes les thématiques de santé, sous forme d'articles, de vidéos, de podcasts, de programmes de prévention ;**
- **l'accès à des services mis à disposition par Prévention plurielle (dont Mapatho, deuxième avis)**
- un **accompagnement personnalisé via une plateforme téléphonique experte en accompagnement individuel santé accessible 24H/24 7J/7 dans la limite de six (6) entretiens par année civile.** Cette plateforme est **composée de professionnels de santé** formés aux techniques de coaching motivationnel et dotés d'expertises médico-sociales.

Cotisation obligatoire :

Les membres participants adhérent à la Mutuelle Prévention plurielle s'engagent au paiement d'une cotisation dont le montant est fixé annuellement par le Conseil d'administration de Prévention plurielle.

La cotisation globale est annuelle, elle est payable par avance à échéance annuelle par le membre participant.

Elle peut toutefois être fractionnée mensuellement, trimestriellement ou semestriellement, et dans ce cas être payable à terme échu. Le fractionnement est une facilité de paiement accordée gratuitement au membre participant ou à la personne chargée du paiement.

Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique sur compte bancaire, ou exceptionnellement par chèque sur accord de Prévention plurielle.

Le montant de la cotisation à Prévention plurielle est fixé à un Euro toutes taxes comprises (1€ TTC).

Tout retard dans le paiement de la cotisation entraîne la perte absolue des droits aux programmes de prévention sauf en cas de force majeure à soumettre à la décision du Conseil d'Administration de Prévention plurielle.

Les modalités de détermination et le montant de la cotisation sont fixés dans la présente documentation contractuelle.

Pour accéder aux programmes de prévention, les membres participants doivent être à jour de leur cotisation

Notice d'information relative aux garanties du *contrat* collectif n°7156252104

Responsabilité Civile Vie Privée – Vie Etudiante et Individuelle *Accident*

Cette notice d'information est établie conformément à l'article L112-2 du Code des assurances. Elle décrit les garanties, les exclusions, les obligations de l'*assuré*, les modalités d'examen des réclamations et comprend en annexe la fiche d'information relative au fonctionnement de la garantie dans le temps en assurance « Responsabilité Civile ».

Ces garanties ont été fixées au titre du *contrat* collectif (ci-après *contrat*) passé conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité entre **AXA France IARD**, Société Anonyme régie par le Code des Assurances, au capital de 214 799 030 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 722 057 460, **AXA Assurances IARD Mutuelle**, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers – SIREN 775699309 – dont les sièges sociaux sont sis 313, Terrasses de l'arche 93727 Nanterre Cedex, entreprises régies par le Code des assurances, (ci-après l'Assureur), et **INTERIALE** (ci-après « la Mutuelle »), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, SIREN 775 685 365, dont le siège social est sis 32 Rue Blanche, 75009 Paris, pour le compte de ses membres ayant adhéré aux garanties complémentaires santé « MINI LMDE » ou « VITALITE LMDE » ou « ESSENTIELLE LMDE » ou « ZEN LMDE » ou « FOREIGN STUDENT HEALTHCARE ».

Le *contrat* d'assurance est souscrit en coassurance entre AXA France IARD, et AXA Assurance IARD Mutuelle.

La notice d'information applicable en cas de sinistre est celle remise lors de l'adhésion de l'étudiant assuré aux garanties complémentaires santé LMDE

Les présentes garanties sont régies par le Code des assurances et le droit français.

Les mots en italique figurant dans cette Notice d'information valant CG ont pour seule signification celle précisée dans le chapitre « Lexique ».

Sommaire

Section	page	contenu
Étendues territoriales	2	
Responsabilité civile vie privée et vie étudiante	3	Ce que <i>nous</i> garantissons Ce que <i>nous</i> excluons
L'individuelle contre les accidents corporels	5	Ce que <i>nous</i> garantissons Ce que <i>nous</i> excluons
Défense et recours	7 7 7 8 8 9 9	Défense amiable ou judiciaire Recours amiable ou judiciaire Dispositions communes relatives au des honoraires pour les garanties Défense et Recours amiable ou judiciaire Plafond de remboursement des honoraires et des frais d'avocat Le règlement des cas de désaccord La subrogation Les limites territoriales
Les exclusions générales	10	
Indemnisation	11 11 12	Domages causés à un <i>tiers</i> Domages subis par l'étudiant <i>assuré</i> Versement de l'indemnité
Vie du contrat	13 13 14 14 14 14 15 15	Effet, durée et résiliation Sinistre Direction de l'action en responsabilité Prise en charge des frais de procès Dispositions spéciales Subrogation Prescription En cas de réclamation
Données à caractère personnel	18	
Lexique	19	
Annexe	20	Fonctionnement des garanties Responsabilité Civile dans le temps

L'autorité chargée du contrôle de l'*assureur* est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

Étendues territoriales

Les garanties

- « Responsabilité civile vie privée et vie étudiante », y compris pour les *dommages corporels*, matériels et immatériels causés à des *tiers* dans le cadre de stage d'études,
- « Individuelle contre les *accidents corporels* »

de votre *contrat* s'appliquent dans le monde entier.



Les pays dans lesquels s'exercent la garantie « Défense et Recours » figurent dans les dispositions relatives à cette garantie.

Responsabilité civile vie privée et vie étudiante

Ce que nous garantissons

Les conséquences pécuniaires de la responsabilité encourue par l'étudiant *assuré* s'il cause un dommage corporel, matériel ou immatériel consécutif à un *tiers* par *accident* en qualité de simple particulier, **en dehors de toute activité professionnelle** au cours :

- des activités scolaires qui comprennent les études notamment lors de travaux effectués en atelier ;
- du trajet normal effectué entre le domicile et l'établissement d'enseignement ou les lieux des activités énoncées ci-avant ;
- de la vie de tous les jours de l'étudiant *assuré* y compris pendant les vacances ;
- de la pratique de l'activité de baby-sitting (rémunérée ou non) ;
- de stages en milieu professionnel **d'une durée ne dépassant pas 12 mois**, rémunérés ou non, et y compris à l'occasion de stages médicaux et paramédicaux

Jusqu'à la quatrième année : médecine, orthophonie, orthoptie, kinésithérapie, Dentaire, école d'infirmiers, puéricultrices, Aide-soignants, Manipulateurs radios.

Jusqu'à la cinquième année d'études : Psychologie, Pharmacie, et Sages femmes.

Jusqu'à la 6ème année d'études : Ostéopathie, Préparation au concours et aux diplômes d'ergothérapeute et de Psychomotriciens

Nous garantissons également

- Les dommages causés par les biens mobiliers et les animaux domestiques dont l'étudiant *assuré* est responsable à l'**exception des équidés et des chiens relevant des catégories 1 et 2 au sens de la loi relative aux animaux dangereux (article 211-12 du Code rural)**.
- Les personnes aidant bénévolement l'étudiant *assuré* pour la responsabilité qu'elles peuvent encourir à l'égard des *tiers* du fait de cette aide. **Cette extension intervient uniquement en cas d'absence ou d'insuffisance de garantie du contrat d'assurance souscrit par la personne procurant cette aide à l'étudiant assuré.**

Les exclusions RC

Outre les exclusions communes, sont exclus au titre de la garantie Responsabilité civile :

Les conséquences de la faute de l'étudiant *assuré* si elle est intentionnelle (cette exclusion ne s'applique pas aux dommages causés à un *tiers* par des personnes dont l'étudiant *assuré* est civilement responsable),

- **Les dommages causés lors de la pratique :**

- de la chasse, y compris la destruction d'animaux nuisibles lorsqu'elle relève du champ d'application de la RC chasse,
- de toute activité sportive exercée dans des associations, clubs, fédérations qui ont *assuré* leurs adhérents conformément à l'article L321-1 du Code du sport,
- d'activités ne relevant pas de la vie privée ou de la vie étudiante qu'elles soient :
 - exercées ou non à titre temporaire,
 - exercées à titre lucratif ou syndical,
 - liées à une fonction publique ou d'organisation de manifestations ouvertes au public,

- **Les dommages résultant :**

- d'obligations contractuelles réalisées à titre onéreux (à l'exclusion du baby-sitting),
- de toute activité professionnelle, y compris les *accidents* du travail,
- de l'accomplissement d'actes médicaux effectués dans le cadre des études de médecine, en tant qu'interne ou remplaçant,
- de l'organisation et de la participation à toutes épreuves, concours, courses ou compétition, ainsi qu'à toutes épreuves préparatoires nécessitant une autorisation préalable ou soumise à une obligation d'assurance,
- de l'activité de l'étudiant *assuré* en qualité de tuteur ou curateur familial,

- **Les dommages causés par :**

- l'étudiant *assuré* aux biens, objets ou animaux lui appartenant,
- les équidés ou les animaux non domestiques appartenant ou gardés par l'étudiant *assuré*,
- les chiens relevant des catégories 1 et 2 au sens de la loi relative aux animaux dangereux (article 211-12 du Code rural),
- tout voilier de plus de 6 m ou tout bateau à moteur de plus de 6 CV ou tout véhicule nautique à moteur tels que jet ski, jet à bras, scooter et moto des mers,
- tout véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance automobile dont l'étudiant *assuré* est propriétaire, gardien ou locataire y compris :
 - les remorques attelées ou non attelées si leur poids est supérieur à 750 kg,
 - les caravanes,
 - tout autre appareil terrestre lorsqu'il est attelé à un véhicule,
 - les appareils de navigation aérienne et engins aériens,

- **Les dommages causés aux biens confiés, loués ou empruntés par l'étudiant *assuré*,**

- **Les dommages causés dans le cadre des stages d'études lorsqu'ils ont pour origine des actes prohibés par la réglementation en vigueur ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire.**

L'individuelle contre les *accidents* corporels

Ce que *nous* garantissons

Lorsque l'étudiant *assuré* est victime d'un dommage corporel à la suite d'un *accident* couvert par le présent *contrat* :

- le versement d'un capital en cas de décès, en cas d'*incapacité permanente* totale ou partielle.

Ce capital est également versé en cas de :

- poliomyélite ou méningite cérébro-spinale d'origine microbienne diagnostiquée au plus tôt un mois après la date d'effet du *contrat* ;
- maladie consécutive à l'*accident* corporel ou à une vaccination obligatoire.

Nous garantissons également les dommages résultant de la conduite de cyclomoteurs d'une cylindrée inférieure à 50 cm³, contrairement aux exclusions générales de ce *contrat*.

Les indemnités en cas de décès et d'*incapacité permanente* se cumulent avec celles que l'étudiant *assuré* pourrait recevoir du responsable de l'*accident*, d'un autre *assureur* ou de la Sécurité sociale.

Sont exclus au titre de la garantie individuelle contre les accidents corporels

- **Les dommages consécutifs à :**
 - l'usage, par l'étudiant *assuré*, de stupéfiants non prescrits médicalement,
 - un état alcoolique, à savoir lorsque le taux d'alcoolémie est punissable d'au moins une contravention de la quatrième classe,
 - au suicide ou à la tentative de suicide de l'étudiant.
- **Les activités sportives pratiquées à titre professionnel.**
- **La pratique des sports *aériens*.**

Défense et recours

Défense amiable ou judiciaire

Ce que *nous* garantissons

Nous nous engageons à exercer toutes interventions amiables ou judiciaires en vue de *vous* défendre, à nos frais, en cas d'action mettant en cause une responsabilité *assurée* et garantie par ce *contrat*.

Recours amiable ou judiciaire

Ce que *nous* garantissons

Nous nous engageons à exercer, à nos frais, tout recours amiable ou judiciaire contre un *tiers* afin d'obtenir la réparation financière, dans le cadre de votre vie privée et de votre vie étudiante, des dommages matériels ou corporels que *vous* subissez y compris les recours lorsque l'étudiant *assuré*, non conducteur d'un véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance, est victime d'un dommage corporel causé par l'un de ces véhicules.

Nous ne pouvons exercer votre recours qu'à la condition que le *tiers* responsable soit une personne identifiée qui n'est pas définie comme une personne *assurée*.

Le montant du recours doit être supérieur à 450 €.

Outre les exclusions communes, sont exclus au titre de la garantie Défense Recours :

- les recours *vous* opposant à un professionnel avec lequel *vous* avez contracté si *vous* subissez un préjudice lié à l'exécution de ce *contrat* ;

Dispositions communes relatives au remboursement des honoraires pour les garanties Défense et Recours amiable ou judiciaire

Pour ces deux garanties le montant de notre garantie est limité à 15 000 €.

Lorsqu'il est fait appel à un avocat pour *vous* assister ou *vous* représenter en justice, *vous* disposez toujours du libre choix de l'avocat.

À ce titre :

- *Vous* pouvez saisir directement un avocat de votre connaissance. Dans ce cas, *vous* devez *nous* en informer au préalable et *nous* communiquer ses coordonnées.

- *Vous* pouvez également, si *vous* le souhaitez et en formulez la demande par écrit, choisir l'avocat dont *nous* pouvons *vous* proposer les coordonnées.

Dans tous les cas, *vous* négociez avec lui le montant de ses frais et honoraires dans le cadre d'une convention d'honoraires et devez *nous* tenir informés du suivi.

Plafond de remboursement des honoraires et des frais d'avocat

En cas de sinistre garanti, les frais et honoraires d'avocat sont pris en charge dans la limite des montants exprimés dans le tableau ci-après. Ces montants s'imputent sur les plafonds de garantie en vigueur au jour de la déclaration de sinistre.

Les montants indiqués ci-dessous s'entendent TTC et sont calculés sur une TVA de 20 %. Ils comprennent les frais de secrétariat, de déplacements et de photocopies. Ces montants peuvent varier en fonction de la TVA en vigueur au jour de la facturation.		
	Montant TTC	
• Assistance à expertise, assistance à mesure d'instruction • Recours précontentieux en matière administrative	358 €	Par intervention
• Intervention amiable non aboutie	309 €	Par affaire ⁽¹⁾
• Intervention amiable aboutie avec protocole d'accord signé par les parties	526 €	
• Médiation ou conciliation ayant abouti et constatée	526 €	Par affaire ⁽¹⁾
• Ordonnance, quelle que soit la juridiction, de référé	599 €	Par ordonnance
• Tribunal de police	479 €	Par affaire ⁽¹⁾
• Tribunal judiciaire	1 309 €	Par affaire ⁽¹⁾
• Toutes autres juridictions de première instance (y compris le juge de l'exécution)	955 €	Par affaire ⁽¹⁾
• Appel en matière pénale	1 069 €	Par affaire ⁽¹⁾
• Appel toutes autres matières	1 430 €	Par affaire ⁽¹⁾
• Cour d'assises • Cour de cassation et Conseil d'Etat	2 376 €	Par affaire ⁽¹⁾ (y inclus les consultations)

(1) par affaire, on entend la saisine d'une juridiction par des parties qui s'opposent sur des mêmes faits, afin que leurs positions soient tranchées et ce, quels que soient les développements procéduraux mis en œuvre devant cette juridiction.

La prise en charge des frais et honoraires d'avocats s'effectue dans la limite des montants TTC figurant au tableau ci-dessus, selon les modalités suivantes :

- soit *nous* réglons directement l'avocat qui a été saisi sur justificatifs de la procédure engagée, de la décision rendue et sur présentation d'une délégation d'honoraires que *vous* avez signée ;
- soit, à défaut de cette délégation, *vous* réglez toutes taxes comprises les frais et honoraires de l'avocat saisi et *nous vous* remboursons sur présentation de la décision rendue, du protocole signé ou des démarches effectuées d'une part et d'une facture acquittée d'autre part.

Lorsque *vous* avez avec plusieurs personnes un même litige contre un même adversaire et que *vous* avez confié à un même avocat la défense de ces intérêts communs, *nous vous* remboursons au prorata du nombre d'intervenants dans ce litige dans la limite des montants définis ci-dessus. Quand le litige est porté devant des juridictions étrangères, le montant retenu est celui de la juridiction française équivalente. À défaut, le plafond applicable est celui du niveau de juridiction concerné.

Le règlement des cas de désaccord

En cas de désaccord entre *vous* et *nous* sur les mesures à prendre, *vous* pourrez soumettre cette difficulté à l'appréciation d'un conciliateur. Sa désignation est faite d'un commun accord ou à défaut par le président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile.

Si contre notre avis ou celui du conciliateur, *vous* engagez une procédure contentieuse et obtenez

une solution plus favorable que celle proposée par le conciliateur ou par nous, *nous* prenons en charge les frais et honoraires que *vous* avez exposés pour cette procédure, dans les limites prévues dans le tableau figurant ci-dessus.

La subrogation

La partie adverse peut être tenue à *vous* verser des indemnités au titre des dépens ou en application des dispositions de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile ou son équivalent devant les autres juridictions. Le Code des Assurances *nous* permet alors de récupérer ces sommes dans la limite des frais et honoraires que *nous* avons engagés dans votre intérêt. Ce principe de récupération de somme s'appelle subrogation. Néanmoins, si *vous* justifiez de frais restés à votre charge, que *vous* avez payés dans l'intérêt de la procédure, *vous* récupérez ces indemnités en priorité.

Les limites territoriales

Notre garantie s'applique aux faits et événements survenus dans les pays énumérés ci-après :

France et Départements d'Outre-mer, Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Grande-Bretagne, Grèce, Irlande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Saint-Marin, Vatican, Suède et Suisse.

Les exclusions communes

Outre les exclusions spécifiques à chacune des garanties, ne sont pas garantis :

- Les pertes et dommages ou leurs aggravations causés ou provoqués par faute intentionnelle ou dolosive de l'étudiant assuré, ou avec sa complicité (cette exclusion ne s'applique pas aux dommages causés à un tiers par des personnes dont l'assuré est civilement responsable);
- les dommages ou leur aggravation causés par :
 - tout véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance automobile, y compris les remorques et caravanes attelées ou dételées et quel que soit leur poids, ou tout autre appareil terrestre lorsqu'il est attelé à un véhicule dont vous êtes propriétaire, gardien ou locataire
 - les pertes et dommages occasionnés soit par la guerre étrangère, soit pas la guerre civile, soit par des émeutes ou par des mouvements populaires. L'assuré doit prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que le fait de guerre étrangère ; il appartient à l'assureur de prouver que le sinistre résulte de la guerre civile, d'émeutes ou de mouvements populaires.
- Les dommages résultant de votre participation à une bagarre (sauf en cas de légitime défense), une révolution ou une mutinerie militaire.
- Le paiement des amendes, de leurs accessoires et des pénalités ;

Indemnisation

Dommmages causés à un tiers

Nous procédons pour le compte du responsable du sinistre au paiement des indemnités dues aux tiers.

Aucune reconnaissance de responsabilité ou transaction ne doit être réalisée sans notre accord.

Dommmages subis par l'étudiant assuré

Incapacité permanente totale ou partielle

Le taux d'*incapacité permanente* est :

- déterminé dès que l'état de la victime est consolidé, après examen de notre médecin.

En cas de désaccord sur ses conclusions, vous devez accepter de soumettre le différend à un médecin désigné selon notre choix commun.

En cas de difficulté sur ce choix, la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance ;

- fixé d'après le « Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » Concours médical, édition 2001, de manière définitive sans révision possible et compte tenu des possibilités d'aggravation des séquelles.

Le taux d'incapacité devra être déterminé en France, même si l'*accident* est survenu hors de ce pays.

Le montant de l'indemnité est égal au capital garanti multiplié par le taux d'incapacité retenu.

Taux d'invalidité retenu	Indemnisation perçue par l'assuré (calcul)
9 %	0 €
11 %	$0,11 \times 20\,000 = 2\,200 \text{ €}$
40 %	$0,40 \times 35\,000 = 14\,000 \text{ €}$
65 %	$0,65 \times 85\,000 = 55\,250 \text{ €}$
85 %	$0,85 \times 200\,000 = 70\,000 \text{ €}$

Pour le montant du capital garanti servant au calcul de l'indemnisation, reportez-vous au tableau page 14.

Le montant du capital garanti croît avec l'importance de l'*incapacité permanente* et est indiqué au tableau des garanties.

La lésion de membres ou d'organes déjà infirmes au moment de l'*accident* n'est indemnisée que pour la différence entre l'état avant et après cet *accident*. Il ne doit pas être tenu compte d'un état antérieur d'infirmité pouvant affecter d'autres membres ou organes.

En cas d'incapacités multiples relevant d'un même *accident*, l'incapacité principale étant évaluée compte tenu des dispositions ci-dessus, les autres incapacités sont estimées successivement d'après la capacité restante, après déduction des précédentes.

L'indemnité est payée dès la date de consolidation, c'est-à-dire le moment à partir duquel l'état de la victime est considéré comme stabilisé, de façon définitive et permanente et qu'il n'est plus possible d'attendre de la poursuite des soins une amélioration.

Décès

En cas de décès, *nous* versons aux ayants droit de l'étudiant *assuré* le capital indiqué au tableau page 14.

Si l'*accident* entraîne, dans les vingt-quatre mois, le décès de l'étudiant *assuré* et si la victime a déjà bénéficié de l'indemnité pour incapacité permanente, *nous* versons le capital diminué de cette indemnité.

Ce que *nous* ne garantissons pas

- La participation forfaitaire et la franchise pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé prévues à l'article L 322-2 du Code de la Sécurité Sociale, appliquée aux personnes majeures au 1er janvier de l'année en cours.

Versement de l'indemnité

Nous nous engageons à verser l'indemnité qui est due dans les trente jours qui suivent l'accord amiable ou une décision judiciaire exécutoire.

Ce délai court à partir du jour où *vous* avez fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au paiement.

En cas d'opposition, le délai court à partir du jour où cette opposition est levée.

Limites de garanties et franchise

Garantie Responsabilité civile de l'étudiant en cas de dommages causés aux <i>tiers</i> ⁽¹⁾	
Dommages corporels	20 000 000 €
Dommages matériels et immatériels consécutifs	1 500 000 € dont 300 000 pour les <i>dommages immatériels</i> 300 000 € pour les dommages matériels et immatériels consécutifs causés aux biens confiés lors de stages d'études rémunérés ou non
Franchise	150 € par sinistre en cas de dommages matériels et immatériels consécutifs
Garantie des <i>dommages corporels</i> causés à l'étudiant	

Incapacité permanente (le taux d'invalidité s'applique sur ces montants) ⁽²⁾	
– jusqu'à 9 %	néant
– de 10 % à 29 %	20 000 €
– de 30 % à 59 %	35 000 €
– de 60 % à 79 %	85 000 €
– de 80 % à 100 %	200 000 €
Décès	4 000 €
Défense et recours	
Défense et recours	15 000 €

(1) Dans tous les cas, la garantie Responsabilité civile est limitée à 20 000 000 € tous dommages confondus, sauf lorsque le présent tableau indique un plafond de garantie inférieur.

(2) Le montant de l'indemnité est égal au capital garanti multiplié par le taux d'incapacité retenu, reportez-vous page 9 pour un exemple de calcul.

Vie des garanties

Effet, durée et résiliation des garanties

Quand les garanties prennent-elles effet ?

La prise d'effet des garanties n'interviendra qu'à compter du 1^{er} octobre de l'année d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle, à 0h00.

Quand les garanties prennent-elles fin ?

Les garanties cessent de produire leurs effets à la date de résiliation ou d'expiration du contrat complémentaire santé LMDE et au plus tard le 30 septembre 2026 pour une adhésion à compter du 1^{er} avril 2025 et le 30 septembre 2027 pour une adhésion à compter du 1^{er} avril 2026.

Sinistre

Dans quel délai devez-vous nous déclarer le sinistre ?

Vous devez nous déclarer le sinistre dès que vous en avez connaissance et au plus tard dans les cinq jours ouvrés.

Si l'assuré ne respecte pas ce délai, sauf cas fortuit ou de force majeure, l'assureur sera en droit d'opposer une déchéance de garantie s'il établit que ce retard lui a causé un préjudice.

Comment et à qui devez-vous déclarer le sinistre ?

• Vous devez déclarer le sinistre, par courrier électronique à l'adresse sinistrelmde@groupe-satec.com ou par écrit et de préférence par lettre recommandée, au bureau de notre représentant : Groupe SATEC – Immeuble Le Hub – 4 place du 8 mai 1945 – CS 90168 – 92532

LEVALLOIS PERRET Cedex- Tel : 01.42.80.15.03.- Fax : 01.42.80.59.32 - SAS de Courtage d'Assurances au capital de 36 344 931,66 € indirectement détenu à plus de 10% par AXA France Assurance - RCS Nanterre 784 395 725 Registre des Intermédiaires d'Assurance n° 07000665 - Site orias : <http://www.orias.fr/>

• *Vous* devez, à cette occasion, préciser :

- la date, les circonstances et les causes connues ou supposées du sinistre ;
 - la nature et si possible le montant approximatif des dommages ;
 - les noms et adresses des personnes lésées ;
 - les références de votre *contrat* et l'existence éventuelle d'autres *contrats* couvrant le même risque ;
 - les noms et adresses de l'auteur du sinistre ainsi que ceux des victimes ou des témoins.
- Par la suite, *vous* devrez *nous* transmettre tous documents nécessaires à l'expertise ou concernant le sinistre (lettre, convocation, assignation) dès que *vous* les recevez.

• *Vous* devez en plus dans le cadre de la garantie individuelle :

- *nous* transmettre le certificat du médecin appelé à donner les premiers soins ;
- *nous* fournir toutes les pièces justificatives des frais de traitement ou d'hospitalisation.

Si *vous* ne respectez pas les obligations prévues ci-avant, sauf cas fortuit ou force majeure, *nous* pouvons *vous* réclamer une indemnité correspondant au préjudice que *nous* avons subi.

Si de mauvaise foi, *vous* faites de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, ou employer sciemment comme justifications des moyens frauduleux ou des documents mensongers, *vous* êtes entièrement déchu de tout droit à garantie pour ce sinistre.

Direction de l'action en responsabilité

***Vous* ne devez accepter aucune reconnaissance de responsabilité, ni transiger sans notre accord.**

En cas d'action en responsabilité dirigée contre vous

- Devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives, *nous* seuls avons la direction de la procédure et la faculté d'exercer les voies de recours dans la limite de notre garantie. Toutefois, lorsque cette dernière est dépassée *vous* avez la faculté de *vous* associer à notre action.
- Devant les juridictions pénales, *nous* *vous* proposons les services d'un avocat pour assumer votre défense. Mais *vous* êtes libre de refuser et d'organiser vous-même votre défense. S'il y a constitution de partie civile, la direction du procès *nous* incombe. Dans ce cas, un seul défenseur est souhaitable mais rien ne s'oppose à ce que *vous* désigniez à vos frais un avocat qui s'associe à la défense.

Prise en charge des frais de procès

Nous prenons en charge les frais de procès et les autres frais de règlement.

Toutefois, lorsque les dommages-intérêts auxquels *vous* êtes condamné sont d'un montant supérieur à celui de la garantie, chacun de *nous* supporte ces frais dans la proportion de l'indemnité à sa charge.

Dispositions spéciales

Si à la suite d'un manquement à vos obligations, postérieurement au sinistre, *vous* perdez tout droit à indemnité, *nous* indemnisons les personnes envers lesquelles *vous* êtes responsables.

Toutefois, *nous* conservons la possibilité d'agir en remboursement des sommes ainsi payées à votre place.

Subrogation

Nous nous substituons à *vous*, à concurrence de l'indemnité payée, dans l'exercice de vos droits et actions à l'encontre de tout *tiers* responsable des dommages.

Si par votre fait ces droits et actions ne peuvent plus être exercés, notre garantie cesse de *vous* être acquise pour la partie non récupérable.

Cependant, *nous* ne pouvons exercer aucun recours contre vos enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe et généralement toutes personnes vivant habituellement chez vous, sauf cas de malveillance commise par l'une de ces personnes.

Prescription

Conformément aux dispositions prévues par l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un *contrat* d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un *contrat* d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq 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, que du jour où l'*assureur* en a eu connaissance.
- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'*assuré* contre l'*assureur* a pour cause le recours d'un *tiers*, le délai de la prescription ne court que du jour où ce *tiers* a exercé une action en justice contre l'*assuré* ou a été indemnisé par ce dernier.

3. la prescription est portée à dix ans dans les *contrats* d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les *contrats* d'assurance contre

les *accidents* atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droits de l'*assuré* décédé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par l'*assureur* du droit à garantie de l'*assuré*, ou toute reconnaissance de dette de l'*assuré* envers l'*assureur*.

Elle est également interrompue :

- par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par :
 - l'*assureur* à l'*assuré* en ce qui concerne l'action en paiement de la prime ;
 - l'*assuré* à l'*assureur* en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, les parties au *contrat* d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

En cas de réclamation

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours au processus de la médiation.

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas *Vous* devez formaliser par écrit votre réclamation afin que *nous* puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser à votre interlocuteur habituel de la Mutuelle via votre espace personnel MyLMDE ou par email à contact-lmde@meservices.fr ou au service clients avec lequel *vous* êtes en relation

Ou, à tout moment au service Réclamations de l'*assureur* à l'adresse suivante :

AXA France – Direction des partenariats IARD – Service Réclamations - 313 Terrasse de L'Arche – 92727 NANTERRE CEDEX

Nos engagements

Un accusé de réception *vous* sera adressé dans un délai maximum de dix jours.
Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée *vous* sera adressée dans un délai maximum de soixante-jours.

La saisine du médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- soit à réception de notre réponse argumentée si elle ne *vous* donne pas satisfaction,
- soit, en l'absence de réponse de notre part, deux mois après votre première réclamation écrite,
- et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre

première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire :

- par voie électronique sur le site mediation-assurance.org
- ou par courrier, à l'adresse suivante : Le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.

Les deux parties, vous-même et l'Assureur, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

Données à caractère personnel

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un *contrat* d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci.

Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données *vous* concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées).

Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre *contrat*, ce à quoi *vous* consentez en le signant.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités (comme AXA Banque) qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle *vous* avez signé votre *contrat*.

Lors de la souscription de votre *contrat*, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du *contrat* souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances).

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. *Nous* pourrions ainsi *vous* solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si *vous nous* avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou *vous* opposer à leur traitement. Si *vous* avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, *vous* pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre *contrat*.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, *vous* pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

Sanctions internationales

1. Définitions

Pour les besoins de la présente Section, on entend par « Sanctions Internationales » toutes mesures restrictives financières ou commerciales décidées par un Etat ou une Organisation Internationale /

Supranationale à l'encontre d'autres États, de territoires, de personnes (physiques ou morales) et/ou d'entités (de droit public ou privé).

Ces Sanctions Internationales peuvent notamment prendre les formes suivantes :

- interdictions ou restrictions d'importations ou d'exportations (embargos) ;
- confiscations, saisies, gels de biens ou d'avoirs ;
- interdictions ou restrictions de certaines activités industrielles, commerciales ou de services en particulier financiers dont assurantiels.

Les Sanctions Internationales sont évolutives tant par leur nature que dans leurs domaines d'application.

Elles sont publiques et peuvent être consultées sur les sites internet des Etats et des Organisations

Internationales / Supranationales.

2. Conséquences pour l'Assureur

Dans l'exercice de ses activités, l'Assureur est soumis de plein droit aux législations et réglementations d'ordre public édictées par la France, l'Union Européenne et le pays dans lequel l'Assureur a son siège social, y compris dans le domaine des Sanctions Internationales qui peuvent lui interdire d'exécuter les obligations résultant d'un contrat d'assurance telles que :

- couvrir un risque, et/ou ;
- payer une somme d'argent ou fournir une prestation.

Par ailleurs, le non-respect par l'Assureur d'autres Sanctions Internationales peut exposer ce dernier, ses

Employés ou les sociétés du groupe auquel il appartient, à des risques de sanctions réglementaires, administratives, civiles, et/ou pénales. Par conséquent, l'Assureur doit également veiller à la conformité de ses activités avec les Sanctions Internationales édictées par les Etats-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, l'ONU et le pays du siège social de la société mère du groupe de l'Assureur.

3. Effets sur l'exécution du contrat

3.1. Suspension de l'obligation de couverture d'un risque

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs Sanctions Internationales visées au paragraphe 2

ci-dessus, l'exécution de l'obligation de l'Assureur de couvrir un risque en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en vigueur. Cette suspension cesse à compter du jour où lesdites Sanctions

Internationales cessent d'affecter l'obligation de l'Assureur. Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension ne pourra donner lieu à garantie.

3.2. Suspension de l'obligation de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation

Lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs Sanctions Internationales visées au paragraphe 2

ci-dessus, l'exécution de l'obligation de l'Assureur de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation en application du présent contrat est suspendue, dès leur entrée en vigueur. Cette suspension s'applique notamment dans le cadre d'un sinistre ou d'un remboursement total ou partiel de prime. Toute somme

contractuellement due par l'Assureur et dont le paiement aurait été reporté du fait des Sanctions

Internationales redeviendra exigible à compter du jour où lesdites Sanctions Internationales cessent d'affecter l'obligation de l'Assureur. Il en est de même, lorsque cela est possible, de la fourniture de la prestation qui avait été ainsi suspendue. L'Assureur devra informer l'Assuré, par écrit motivé, de tout refus de prise en charge d'un sinistre en raison de l'existence d'une ou plusieurs Sanctions Internationales.

Lexique

Accident

Toute atteinte corporelle ou matérielle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, à la condition qu'elle ne soit pas provoquée intentionnellement par l'*assuré*.

Assuré ou Vous

L'étudiant résidant en France Métropolitaine ou dans les Départements d'Outre-Mer adhérent aux garanties LMDE citées en préambule qui est nommément désigné sur l'attestation remise par la Mutuelle, et lui seul.

Assureur ou Nous

AXA France IARD, Société Anonyme régie par le Code des Assurances, au capital de 214 799 030 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 722 057 460, AXA Assurances IARD Mutuelle, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers – Siren 775699309 – Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'arche 93727 Nanterre Cedex, entreprises régies par le Code des Assurances

Collatéraux

Personnes issues d'un auteur commun mais sans lien de descendance directe (frère, sœur, oncle, tante, neveu, cousin ...).

Contrat

Le contrat collectif passé entre l'*Assureur* et la Mutuelle pour le compte des adhérents aux garanties LMDE citées en préambule.

Dommmages corporels

Toute atteinte à l'intégrité physique des personnes.

Dommmages matériels

Toute détérioration destruction ou disparition d'un bien ou toute atteinte physique à un animal.

Dommmages immatériels consécutifs

Tout préjudice consécutif à un dommage corporel ou matériel garanti.

Incapacité permanente

Réduction permanente des capacités physiques ou mentales de l'étudiant *assuré*.

Tiers

Toute personne autre que :

- l'*assuré* et son conjoint,
- leurs ascendants, descendants et leur conjoint
- leurs *collatéraux* et leur conjoint pour les seuls dommages matériels qu'ils peuvent subir
- l'entourage de l'*assuré* à savoir toutes les personnes vivant en permanence au foyer de l'assuré
- les personnes dont l'*assuré* ou son conjoint a la tutelle ou la curatelle.

Annexe

Fiche relative au fonctionnement des garanties « Responsabilité civile » dans le temps

Annexe de l'article A. 112 du Code des assurances.

Avertissement

La présente fiche d'information *vous* est délivrée en application de l'article L 112-2 du Code des assurances.

Elle a pour objet d'apporter les informations nécessaires à une bonne compréhension du fonctionnement de la garantie de Responsabilité civile dans le temps.

Elle concerne les *contrats* souscrits ou reconduits postérieurement à l'entrée en vigueur le 3 novembre 2003 de l'article 80 de la loi n° 2003-706. Les *contrats* souscrits antérieurement font l'objet de dispositions particulières précisées dans la même loi.

En comprendre les termes

Fait dommageable

Fait, acte ou événement à l'origine des dommages subis par la victime et faisant l'objet d'une réclamation.

Réclamation

Mise en cause de votre responsabilité, soit par lettre adressée à l'*assuré* ou à l'assureur, soit par assignation devant un tribunal civil ou administratif. Un même sinistre peut faire l'objet de plusieurs réclamations, soit d'une même victime, soit de plusieurs victimes.

Période de validité de la garantie

Période comprise entre la date de prise d'effet de la garantie et, après d'éventuelles reconductions, sa date de résiliation ou d'expiration.

Période subséquente

Période se situant après la date de résiliation ou d'expiration de la garantie. Sa durée est précisée par le *contrat*. Elle ne peut être inférieure à 5 ans.

Si votre *contrat* garantit exclusivement votre responsabilité civile vie privée, reportez-vous au I ci-après. Sinon, reportez-vous I et au II ci-après.

I – Le *contrat* garantit votre Responsabilité Civile Vie Privée

En dehors de toute activité professionnelle, la garantie est déclenchée par le fait dommageable. L'*assureur* apporte sa garantie lorsqu'une réclamation consécutive à des dommages causés à autrui est formulée et que votre responsabilité ou celle des autres personnes garanties par le *contrat* est engagée, dès lors que le fait à l'origine de ces dommages est survenu entre la date

de prise d'effet et la date de résiliation ou d'expiration de la garantie.

La déclaration de sinistre doit être adressée à l'*assureur* dont la garantie est ou était en cours de validité au moment où le fait dommageable s'est produit.

II – Le *contrat* garantit la Responsabilité Civile du fait d'une Activité Professionnelle

Le *contrat* d'assurance doit préciser si la garantie est déclenchée par le « fait dommageable » ou si elle l'est par « la réclamation ». Lorsque le *contrat* contient à la fois des garanties couvrant votre responsabilité civile du fait d'activité professionnelle et des garanties couvrant votre Responsabilité civile « Vie Privée », ces dernières sont déclenchées par le fait dommageable (cf. I). Certains *contrats*, pour lesquels la loi prévoit des dispositions particulières dérogent cependant à cette disposition ; c'est le cas par exemple en matière d'assurance décennale obligatoire des activités de construction.

1 - Comment fonctionne le mode de déclenchement « par le fait dommageable » ?

L'*assureur* apporte sa garantie lorsqu'une réclamation consécutive à des dommages causés à autrui est formulée et que votre responsabilité ou celle des autres personnes garanties par le *contrat* est engagée, dès lors que le fait à l'origine de ces dommages est survenu entre la date de prise d'effet et la date de résiliation ou d'expiration de la garantie.

La déclaration de sinistre doit être adressée à l'*assureur* dont la garantie est ou était en cours de validité au moment où le fait dommageable s'est produit.

2 - Comment fonctionne le mode de déclenchement « par la réclamation » ?

Quel que soit le cas, la garantie de l'*assureur* n'est pas due si l'*assuré* avait connaissance du fait dommageable au jour de la souscription de celle-ci.

2.1 Premier cas : la réclamation du tiers est adressée à l'*assuré* ou à l'*assureur* pendant la période de validité de la garantie souscrite.

L'*assureur* apporte sa garantie, même si le fait à l'origine du sinistre s'est produit avant la souscription de la garantie.

2.2 Second cas : la réclamation est adressée à l'*assuré* ou à l'*assureur* pendant la période subséquente.

Cas 2.2.1 : l'*assuré* n'a pas souscrit de nouvelle garantie de responsabilité déclenchée par la réclamation couvrant le même risque. L'*assureur* apporte sa garantie.

Cas 2.2.2 : l'*assuré* a souscrit une nouvelle garantie de responsabilité déclenchée par la réclamation auprès d'un nouvel *assureur* couvrant le même risque.

C'est la nouvelle garantie qui est mise en œuvre, sauf si l'*assuré* avait connaissance du fait dommageable au jour de la souscription de celle-ci, auquel cas, c'est la garantie précédente qui intervient.

Aussi, dès lors qu'il n'y a pas d'interruption entre deux garanties successives et que la réclamation est adressée à l'*assuré* ou à son *assureur* avant l'expiration du délai subséquent de la garantie initiale, l'un des deux assureurs est nécessairement compétent et prend en charge

la réclamation.

Lorsque la garantie initiale est déclenchée pendant la période subséquente, le plafond de l'indemnisation ne peut être inférieur à celui de la garantie déclenchée pendant l'année précédant la date de sa résiliation ou de son expiration.



Annexe 14: NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT D'ASSISTANCE N° 0804881

PREAMBULE

En qualité de Bénéficiaire du contrat frais de santé souscrit auprès de **INTERIALE**, Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 685 365, Numéro TVA intracommunautaire FR14775685365, dont le siège social est situé 32 Rue Blanche, 75009, Vous bénéficiez au titre de votre couverture frais de santé de la prise en charge par cette dernière des coûts du service de téléconsultation médicale organisée par **INTER PARTNER ASSISTANCE** (ci-après « AXA »), Société Anonyme de droit français, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre, dont le siège social est situé 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff.

Ainsi, vous bénéficiez gratuitement de l'accès au service de Téléconsultation médicale dans les conditions et selon les modalités définies ci-après.

Inter Partner Assistance est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit français au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (APCR) située 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris.

1 OBJET

La présente notice d'information a pour objet de définir les conditions et modalités de mise en œuvre du Dispositif de Téléconsultation.

2 MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Pour mettre en œuvre une garantie d'assistance de la présente Notice d'information, le bénéficiaire doit appeler le numéro suivant :

01 55 92 25 45

(Numéro de téléphone non surtaxé, hors frais éventuels d'itinérance, le coût de l'appel est à la charge du Bénéficiaire).

Lors de cet appel, il sera demandé au Bénéficiaire de lui communiquer des pièces justificatives, qui devront être envoyées par courrier à l'adresse suivante :

AXA

Service régulation médicale

CMS – A l'attention du médecin conseil

8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff.

L'organisation, par le Bénéficiaire lui-même ou par son entourage, de l'un des services d'assistance sans l'accord préalable d'AXA matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

3 DÉFINITIONS

Dans le corps de la présente Notice d'information, les mots ou expressions commençant par une majuscule ont la signification qui suit :

- **Autorité médicale** : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.
- **Bénéficiaire** : Désigne toute personne assurée par INTERIALE et bénéficiant au titre d'une garantie « Frais de santé » de la prise en charge par l'Assureur du Dispositif de Téléconsultation (à titre direct ou d'ayant droit) et qui figure à ce titre dans le Fichier des Bénéficiaires. « Domicile » : lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire. Il est situé en France.
- **Dispositif de Téléconsultation** : Désigne le dispositif élaboré par AXA et s'appuyant sur des technologies de l'information et de la communication pour fournir des Prestations Médicales et notamment permettre à des médecins salariés d'AXA de dispenser des Téléconsultations.
- **Equipe médicale** : structure d'assistance médicale adaptée à chaque cas particulier.
- **France** : France métropolitaine et départements-régions d'outremer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, Réunion).

4 GARANTIE TELECONSULTATION MEDICALE

La garantie Téléconsultation médicale porte sur une prestation de télé médecine organisée par AXA conformément au décret n°201061229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé médecine.

Cette garantie a pour objet de permettre à un Bénéficiaire de bénéficier des consultations à distance par notre Equipe médicale, l'ensemble des frais correspondant étant directement pris en charge par le Souscripteur.

Cette garantie n'a pas vocation à se substituer aux

organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence.

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, chaque Bénéficiaire peut contacter notre Equipe médicale, afin de bénéficier d'une prestation de Téléconsultation.

Un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE) réceptionnera son appel. Après l'avoir informé des modalités de fourniture de la prestation de Téléconsultation et avoir recueilli son consentement, l'IDE enregistrera sa demande et le mettra en relation avec un Médecin qui procédera à la Téléconsultation.

A l'issue de la Téléconsultation, notre Equipe médicale lui apportera une réponse médicale adaptée à sa situation pathologique. Cette réponse pourra s'effectuer sous forme :

- de conseils au Bénéficiaire ;
- d'orientation vers son médecin traitant ;
- d'orientation vers un des spécialistes suivants, dans le respect du parcours de soins : un gynécologue, un ophtalmologue, un psychiatre ou un neuropsychiatre si le Bénéficiaire a entre 16 et 25 ans, un stomatologue.
- d'une prescription écrite médicamenteuse ;
- de mise en relation avec des médecins spécialistes ;
- de mise en relation avec des professionnels de santé (diététiciens et psychologues) ;
- de livraison de médicaments ;
- de prise de rendez-vous pour une consultation physique ;
- d'une prescription écrite d'examens complémentaires.

Notre Equipe médicale est seule décisionnaire de la suite à donner à l'issue de la Téléconsultation. Dans le cas où l'Équipe Médicale d'AXA identifierait une urgence médicale, le Bénéficiaire sera réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

A la suite de la Téléconsultation et avec son autorisation, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant, si notre Équipe Médicale estime qu'il y a un intérêt médical à cette transmission.

Dans certain cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic. Le cas échéant, notre Équipe Médicale réorientera le Bénéficiaire vers son médecin traitant.

Lorsqu'il s'agit d'une Téléconsultation pour un enfant

mineur ou pour un majeur sous tutelle du Bénéficiaire, l'appel doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

La Téléconsultation est accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, le bénéficiaire peut solliciter une téléconsultation médicale immédiate ou sur rendez-vous de 8h à 18H.

• Orientation

Notre Equipe médicale peut aider un Bénéficiaire à exercer son libre choix en matière médicale en lui conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé, dans le respect du parcours de soins.

• Télé conseil médecins spécialistes

Notre Equipe médicale peut mettre en relation un Bénéficiaire avec des Médecins spécialistes partenaires et prendre en charge cette consultation pour lui proposer un conseil médical à distance (par téléphone et sur rendez-vous uniquement) et lui prescrire une éventuelle ordonnance médicale.

Cette prestation est accessible uniquement sur acceptation du Bénéficiaire.

• Télé conseil bien-être

Notre Equipe médicale peut mettre en relation un Bénéficiaire avec des professionnels de santé et prendre en charge une consultation avec un diététicien. Cette prestation est accessible uniquement sur acceptation du Bénéficiaire.

• Livraison de médicaments

L'Equipe Médicale d'AXA organise et prend en charge la livraison des médicaments prescrits dans le cadre d'une téléconsultation médicale délivrée par AXA auprès du Bénéficiaire.

Cette prestation est accessible uniquement après prescription d'une ordonnance lors d'une téléconsultation médicale. Elle est limitée aux départements géographiques suivants 75, 92, 93, 94.

Ce service est accessible de 8H30 à 22H30 en semaine et de 8H30 à 18H les week-ends et jours fériés dans le 75. Il est accessible de 8H30 à 19H30 en semaine et de 8H30 à 18H les week-ends et jours fériés dans les autres départements.

4.1 CLAUSES DE RESPONSABILITE

4.1.1 RESPONSABILITE D'ASSISTANCE

L'engagement d'AXA repose sur une obligation de

moyens et non de résultat.

En outre, AXA ne saurait être tenue responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :
de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques ;
d'un cas de Force majeure ou du fait d'un tiers ;
de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation.

4.1.2 RESPONSABILITE DU BENEFICIAIRE

Le Bénéficiaire est responsable de l'exactitude et de l'actualisation des renseignements demandés pour permettre à AXA d'assurer la prestation dans de bonnes conditions.

5 EXCLUSIONS

Sont exclues de la Téléconsultation :

- ✗ Les Téléconsultations lorsque Notre Equipe médicale identifie une situation relevant des services d'urgence médicale ;**
- ✗ Les prescriptions pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques ;**
- ✗ Les prescriptions d'arrêt de travail ;**
- ✗ Les certificats médicaux.**

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement les frais non justifiés par des documents originaux.

6 LIMITES D'ENGAGEMENTS

Seules les demandes d'assistance formulées pendant la période de garantie du Contrat sont prises en compte.
Les garanties d'assistance accordées avant la cessation du Contrat sont poursuivies jusqu'à leur terme.

7 RESPONSABILITÉ D'AXA

L'engagement d'AXA repose sur une obligation de moyens. AXA s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour mettre en œuvre le Dispositif de téléconsultation médicale.

AXA ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un Bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

8 EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ

AXA ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution du Dispositif de Téléconsultation causés par un cas de Force majeure

rendant impossible l'exécution des engagements contractuels.

AXA ne sera pas tenue de fournir une prestation dans le cas où la fourniture d'une telle prestation exposerait AXA à une quelconque sanction ou restriction en vertu d'une résolution des Nations Unies ou en vertu des sanctions, lois ou embargos commerciaux et économiques de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des Etats-Unis d'Amérique.

9 FAUSSE DÉCLARATION DES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU SINISTRE

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du sinistre (date, nature, cause, circonstance ou conséquences du sinistre) connus du Bénéficiaire l'expose en cas de mauvaise foi à la déchéance des garanties du Contrat.

10 SUBROGATION

AXA est subrogée dans les droits et actions de toute personne physique ou morale, bénéficiaire de tout ou partie des garanties figurant à la présente convention, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par elle en exécution du Contrat.

11 RÉCLAMATIONS ET DIFFÉRENDS

En cas de réclamation concernant la mise en œuvre des garanties du Contrat, le Bénéficiaire peut s'adresser à l'adresse : AXA - Service Gestion Relation Clientèle - 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff, ou sur le site internet à partir de la rubrique « contact » : www.axa-assistance.fr/contact.

AXA s'engage à accuser réception sous dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Une réponse sera adressée dans un délai maximum de deux (2) mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire peut faire appel au Médiateur, personnalité indépendante en écrivant à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09, ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet : www.mediation-assurance.org.

Ce recours est gratuit. L'avis du Médiateur ne s'impose pas et laissera toute liberté au Bénéficiaire pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent. Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la Charte quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet.

12 PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Bénéficiaire contre l'assureur 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 Bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants-droit du Bénéficiaire décédé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires de droit commun visée ci-après :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de la saisine de la juridiction est annulé par le fait d'un vice de procédure ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie du Bénéficiaire, ou toute reconnaissance de dette du Bénéficiaire envers l'assureur ;

La prescription est également interrompue par des causes spécifiques au contrat d'assurance visées ci-après :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur au Bénéficiaire en ce qui concerne l'action en paiement de la souscription ou par le Bénéficiaire à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la

date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

La prescription est également suspendue lorsque la partie est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

13 COLLECTE ET TRAITEMENT DES DONNÉES PAR AXA

En qualité de responsable de traitement, les informations concernant les Bénéficiaires sont collectées, utilisées et conservées par les soins de INTERIALE pour la souscription et la gestion du présent Contrat, et par les soins d'AXA pour la gestion administrative du Dispositif de Téléconsultation, conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles et conformément à sa leur politique de protection des données personnelles respectives.

Ainsi, dans le cadre de ses activités, AXA pourra :

- a) Utiliser les informations du Bénéficiaire ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans les présentes Conditions Générales. En utilisant les services d'AXA, le Bénéficiaire consent à ce qu'AXA utilise ses données à cette fin ;
- b) Transmettre les données personnelles du Bénéficiaire et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA, au personnel d'AXA, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre du Bénéficiaire, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements, et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;

- c) Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques du Bénéficiaire dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus ;
- d) Procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;
- e) Obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien du Bénéficiaire, afin de fournir les services proposés dans le cadre de son contrat d'assistance et valider sa demande ;
- f) Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA et autres communications relatives au service clients ;
- g) Utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

AXA est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, AXA met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la Loi en la matière.

Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA ou à un tiers partenaire, y compris pour une utilisation à des fins de prospection commerciale. Si le Bénéficiaire ne souhaite pas que ses données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA ou à un tiers pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, il peut s'y opposer en écrivant au : Délégué à la Protection des données - AXA, ou par email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com.

Certains des destinataires de ces données sont situés en dehors de l'union européenne, et en particulier les destinataires suivants : AXA Business Services situé en Inde et AXA Assistance Maroc Services situé au Maroc.

Pour toute utilisation des données personnelles du Bénéficiaire à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA solliciter son consentement.

Le Bénéficiaire peut revenir à tout moment sur son consentement.

En souscrivant au présent contrat et en utilisant ses services, le Bénéficiaire reconnaît qu'AXA peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où le Bénéficiaire fournit à AXA des informations sur des tiers, le Bénéficiaire

s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA (voir ci-dessous).

Le Bénéficiaire peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du site AXA- voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

Si le Bénéficiaire souhaite connaître les informations détenues par AXA à son sujet, ou s'il a d'autres demandes concernant l'utilisation de ses données, il peut écrire à l'adresse suivante : Délégué à la protection des données - AXA - 8-10, rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff, ou par email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com.

L'intégralité de notre politique de confidentialité est disponible sur le site : axa-assistance.fr ou sous format papier, sur demande.

14 LOI APPLICABLE ET JURIDICTION COMPETENTE

L'interprétation et l'exécution du Contrat sont soumises au droit français et notamment au Code des assurances. Tout litige se rapportant à la présente convention et qui n'aura pu faire l'objet d'un accord amiable entre les parties ou le cas échéant, d'un règlement par le médiateur, sera porté devant la juridiction compétente.

15 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Inter Partner Assistance est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit français au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (APCR) située 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris.

ANNEXE 15 : RESEAU DE SOINS ITELIS

La présente convention a pour objet de définir, pour l'ensemble des services, les caractéristiques des prestations accordées dans les garanties ZEN LMDE, ESSENTIELLE LMDE les limites d'intervention et les exclusions, ainsi que les modalités de mise en œuvre.

1 – GENERALITES

BENEFICIAIRES DES SERVICES

Les bénéficiaires des prestations de services d'Itelis « les Bénéficiaires » sont les personnes physiques (les assurés principaux) affiliées à un régime complémentaire santé ainsi que les membres de leur famille qui bénéficient des prestations du dit régime (les ayants droit).

Ils sont désignés dans le fichier des bénéficiaires décrit dans l'annexe 2 du contrat cadre 2016 181 001 et ses avenants.

A chaque intervention, une vérification en termes d'éligibilité sera effectuée auprès de l'organisme gestionnaire du contrat.

COUVERTURE GEOGRAPHIQUE

France métropolitaine et tout ou partie des DOM

CADRE JURIDIQUE

Les services mis à disposition sont gérés par Itelis, Itelis est une marque d'Isea. Isea, SA à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 €. Immeuble « Le Diapason » - 218 avenue Jean Jaurès – 75916 PARIS CEDEX 19 – 440 358 471 RCS Paris.

CNIL

Les informations recueillies par Itelis sont strictement confidentielles et ne peuvent faire l'objet d'aucune utilisation par des tiers. Le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès et de rectification éventuelle conformément à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978 (Informatique et Libertés) modifiée par la loi du 6 août 2004, par courrier auprès de la société Itelis.

2 – LIMITES D'INTERVENTION - RESPONSABILITES

Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie (confidentialité et respect du secret de la profession).

L'usage qui est fait des avis fournis par Itelis est sous l'entière responsabilité du Bénéficiaire.

Itelis n'est en aucun cas responsable des conséquences médicales concernant les actes réalisés par les professionnels de santé affiliés à son réseau.

3 – DESCRIPTION DES SERVICES ACCORDES

Itelis met à la disposition des bénéficiaires la compétence de conseillers santé et d'experts (Chirurgiens-Dentistes, Opticiens, Audioprothésistes), afin de les aider à mieux analyser l'offre qui leur est faite pour **la réalisation de prothèses dentaires y compris pour les interventions d'implantologie, pour l'achat de prothèses auditives, d'équipements optiques ou de Chirurgie Réfractive.**

3.1 - INFORMATIONS A CARACTERE GENERAL

Itelis communique des informations, à caractère général, dans les domaines Optique, Dentaire,

Audioprothèse, de l'Implantologie et de la Chirurgie Réfractive.

Cette mission d'information s'inscrit dans une démarche de prévention dans les domaines Optique, Dentaire, Audioprothèse, de l'Implantologie et de la Chirurgie Réfractive conformément aux besoins des bénéficiaires.

Ces informations sont uniquement téléphoniques et ne peuvent se substituer aux praticiens habituels tels que les ORL, Chirugiens-Dentistes, les Ophtalmologues. En aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite et ne pourront donner lieu à une quelconque prescription.

3.2 – ANALYSE DES DEVIS

La mission du service consiste à analyser dans les domaines Dentaire, Optique, Audioprothèse à la demande des bénéficiaires, des devis préalablement complétés par les praticiens (en dehors des réseaux de professionnels de santé partenaires d'Itelis) ou des factures afin d'évaluer de manière objective :

- la conformité technique des actes ou équipements par rapport à la prescription médicale (par exemple l'adéquation entre le type de verre et l'âge du bénéficiaire)
- la cohérence des prix demandés au regard de la moyenne des prix pratiqués, à partir de bases de données tarifaires et selon les caractéristiques techniques de la prestation.

L'objectif est de s'assurer de la bonne conformité technique des actes / équipements, de réduire dans la mesure du possible le reste à charge du bénéficiaire et/ou le montant de la participation de l'assureur en donnant au bénéficiaire les éléments qui vont lui permettre de discuter avec son praticien. Il s'agit d'améliorer le niveau d'information du bénéficiaire par une information spécialisée, personnalisée et pratique. Itelis mettra à la disposition du gestionnaire les informations issues de l'analyse réalisée sur le tarif et l'équipement proposé par le praticien. Le délégataire de gestion de l'assureur met à disposition l'information auprès de l'assuré par les moyens de son choix.

A la demande des bénéficiaires, les experts d'Itelis pourront également intervenir le cas échéant auprès des professionnels de santé afin de s'accorder sur les tarifs de la prestation par téléphone.

Dans ce cadre, Itelis est amenée à faire réaliser par le délégataire de gestion une simulation de remboursement du régime obligatoire et de la complémentaire santé en se fondant sur les formules de garanties contractuelles.

3.3 - ACCES AU RESEAU DE PROFESSIONNELS DE SANTE

Le Bénéficiaire dispose d'un accès à un réseau de professionnels de santé partenaires dans les domaines Optique, Dentaire, Audioprothèse, de l'Implantologie et de la Chirurgie Réfractive.

Le bénéficiaire dispose, sur demande auprès de son centre de gestion, des coordonnées de Chirugiens-Dentistes, d'Audioprothésistes, d'Opticiens, d'Implantologues et d'Ophtalmologistes pratiquant la Chirurgie Réfractive d'au moins 3 professionnels de santé à proximité du lieu choisi par le bénéficiaire. Les coordonnées sont accessibles aux assurés à partir de la plateforme digitale dont le lien est référencé sur le site web du délégataire de gestion.

Le bénéficiaire bénéficie des engagements suivants :

Auprès des Opticiens partenaires

- un choix de professionnels important (magasins sous enseigne et indépendants),
- des tarifs négociés et préférentiels sur certains équipements d'optique,
- un devis clairement défini et chiffré,
- un large choix de montures de toutes matières et de toutes formes, des verres aux normes CE provenant des meilleurs fabricants,
- la garantie d'adaptation sans franchise de 15 jours pour la monture, 3 mois pour les verres
- le contrat lentilles avec garantie d'adaptation de 6 mois,
- la garantie casse pendant deux ans, sans franchise (limité à une fois pour chaque pièce de l'équipement pendant 2 ans),
- l'accueil, les conseils et les compétences techniques de professionnels diplômés d'Etat,

- les opérations gratuites d'entretien courant,
- le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat,
- le service de mobilité.

Auprès des Chirurgiens-Dentistes partenaires

- un réseau de professionnels sur toute la France,
- des tarifs négociés sur une grille de prestations définies,
- un devis clairement défini et chiffré,
- une qualité d'accueil, d'écoute et de conseils, notamment en matière de prévention bucco-dentaire,
- un confort maximum lors des séances de soins, ainsi que le respect des règles d'hygiène et de sécurité,
- le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat.

Auprès des Audioprothésistes partenaires

- un réseau d'Audioprothésistes sur toute la France,
- un large choix de produits aux normes CE provenant des meilleurs fabricants,
- des tarifs négociés sur une grille de prestations définies (ou avec des remises),
- des tarifs préférentiels sur le petit équipement,
- le tiers payant à hauteur de la garantie du contrat,
- des garanties après-vente (adaptation, déménagement et dépannage en cas de casse, d'inadaptation ou d'utilisation impossible de l'équipement).

Auprès des Chirurgiens-Dentistes spécialisés en Implantologie partenaires

- un réseau sélectif de cabinets spécialisés,
- des tarifs négociés pour un acte complet (implant, pilier, couronnes).

Auprès des centres d'Ophtalmologie spécialisés en Chirurgie Réfractive partenaires

- engagement de qualité en relation avec le type de chirurgie (plateaux techniques adaptés, chirurgiens expérimentés, accueil personnalisé),
- des tarifs négociés sur les techniques les plus utilisées,
- un réseau sélectif de centres spécialisés.

3.4 – TRAITEMENT DES DEVIS ET DISPENSES D'AVANCE DE FRAIS DANS LE

RESEAU Itelis

A – En Optique

Itelis gère les demandes de dispense d'avance de frais, ou le cas échéant une demande de simulation de remboursement sur devis, pour les actes réalisés par des professionnels de santé partenaires (cf. point 3.3). La prestation consiste, à partir d'une demande dématérialisée (Optique) remplie par le professionnel de santé, à vérifier la conformité de l'acte par rapport à la prescription médicale et à contrôler le respect des obligations conventionnelles du professionnel de santé.

Le Délégué de gestion identifie les droits, les garanties d'assurance du bénéficiaire, fournit à Itelis le

niveau de remboursement obligatoire et complémentaire (ainsi que le reste à charge) et réserve, le cas échéant, les fonds correspondants dans son outil de gestion.

En fonction de ces éléments, Itelis établit une prise en charge ou une simulation de remboursement et la communique au professionnel de santé.

La facturation est adressée informatiquement à la Mutuelle pour règlement à l'Opticien.

Les informations sont véhiculées dans le cadre d'échanges de flux informatisés définis entre Itelis et la Mutuelle.

B – En Dentaire

Le professionnel de santé partenaire Itelis adresse une demande d'avance de frais ou de devis accompagnée de la copie de la carte de Tiers Payant du bénéficiaire à Itelis qui en contrôle la conformité par rapport au protocole de partenariat signé avec celui-ci.

Itelis soumet une demande conforme à la Mutuelle qui :

- Contrôle les droits du bénéficiaire
- Valorise la demande en indiquant le montant de prise en charge du régime complémentaire et le cas échéant le reste à charge de l'assuré
- Au final un accord ou un refus motivé est adressé à Itelis

La facturation est adressée à la Mutuelle pour règlement du professionnel de santé Partenaire Itelis par celui-ci.

Itelis émet un accord ou un refus d'avance de frais au demandeur. Les informations sont véhiculées dans le cadre d'échanges par flux informatisés définis entre Itelis et la Mutuelle.

C – En Audioprothèse

Le professionnel de santé partenaire Itelis adresse une demande d'avance de frais ou de devis à Itelis qui en contrôle la conformité par rapport au protocole de partenariat signé avec celui-ci.

Itelis soumet une demande conforme à la Mutuelle qui :

- Contrôle les droits du bénéficiaire
- Valorise la demande en indiquant le montant de prise en charge du régime complémentaire et le cas échéant le reste à charge de l'assuré
- Au final un accord ou un refus motivé est adressé à Itelis

Itelis émet un accord ou un refus d'avance de frais au demandeur. Les informations sont véhiculées dans le cadre d'échanges par mail entre Itelis et la Mutuelle.

La facturation est adressée à la Mutuelle pour règlement du professionnel de santé Partenaire Itelis par celui-ci.

4 – ENGAGEMENT

Ce service garantit le respect des intérêts des Bénéficiaires. Les conseillers santé Itelis sont encadrés par des experts (chirurgiens-dentistes, opticiens, audioprothésistes diplômés).

Toutefois, il faut noter que ce service ne fait pas de consultation médicale par téléphone et son rôle n'est pas de remettre en cause les choix thérapeutiques des praticiens, mais d'éclairer le Bénéficiaire.

Ce service respecte le choix final du Bénéficiaire, il n'a qu'un rôle consultatif.

A réception du dossier complet du Bénéficiaire (simple devis ou prise en charge), le service réalise l'étude dans un délai de :

- 2 jours ouvrés dans le cadre du réseau Optique (prise en charge / calcul du reste à charge), pour les dossiers n'ayant pas donné lieu à un traitement en temps réel (Taux d'automatisation minimum requis de 98% des dossiers).
- 5 jours ouvrés dans le cadre du réseau Audioprothèse (prise en charge / calcul du reste à charge) pour les dossiers n'ayant pas donné lieu à un traitement en temps réel via la connexion automatisée.
- 5 jours ouvrés dans le cadre du réseau Dentaire, (prise en charge / calcul du reste à charge) pour les dossiers n'ayant pas donné lieu à un traitement en temps réel via la connexion automatisée.
- 5 jours ouvrés dans le cadre du réseau Implantologie (prise en charge / calcul du reste à charge) pour les dossiers n'ayant pas donné lieu à un traitement en temps réel via la connexion automatisée.
- 5 jours ouvrés dans le cadre du réseau Chirurgie réfractive (prise en charge / calcul du reste à charge)
- 5 jours ouvrés concernant les analyses discrétionnaires de devis hors réseau Optique, Audioprothèse (Professionnels de santé non partenaires Itelis) à la réception du devis normalisé ne demandant pas d'intervention d'expert Itelis. Ces délais pourront être réduits en cas d'interfaçage entre le système informatique d'Itelis et celui de la Mutuelle via le service d'évaluation et de contrôle automatique en optique.

Ces délais pourront être réduits en cas d'interfaçage entre le système informatique d'Itelis et celui du délégataire de gestion.

5 – MODALITES D'ACCES

L'accueil du service est assuré du lundi au vendredi de 9h à 19h à destination des équipes de gestion de la Mutuelle.

ANNEXE 16: CONDITIONS GENERALES AXA ASSISTANCE CONTRAT ASSISTANCE PACK LMDE INTERNATIONAL

CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT d'assistance N°0803451 PACK LMDE INTERNATIONAL

A QUOI CORRESPOND VOTRE CONTRAT D'ASSISTANCE PACK LMDE INTERNATIONAL ?

Le Contrat d'assistance **PACK LMDE INTERNATIONAL** est un Contrat d'assurance régi par le Code des assurances français.

QUI SONT LES ACTEURS/INTERVENANTS DE VOTRE CONTRAT ?

Pour les garanties d'assistance :

Le Contrat d'assistance PACK LMDE INTERNATIONAL est **assuré** par **INTER PARTNER Assistance (IPA)**, société anonyme de droit belge au capital de 130.702.613 euros, entreprise d'assurance non-vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487), immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 7 Boulevard du Régent, 1000 Brussels - Belgique, **prise au travers de sa succursale française** immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 8-10 rue Paul Vaillant Couturier 92240 Malakoff. INTER PARTNER Assistance intervient, dans le cadre de ce contrat, sous la dénomination commerciale AXA Assistance.

Il est **souscrit par l'intermédiaire** d'Intérieure (« la Mutuelle »), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, inscrite sous le numéro SIREN 775 685 365 et dont le siège social est situé 32 rue Blanche 75009 Paris.

DE QUOI EST COMPOSE VOTRE CONTRAT ?

Votre Contrat d'assistance PACK LMDE INTERNATIONAL est composé :

- des présentes Conditions Générales qui détaillent les garanties, leurs conditions de mise en œuvre et leurs limites, ainsi que le fonctionnement du Contrat.
- et du Bulletin d'adhésion, qui personnalisent le Contrat avec les informations personnelles que vous avez communiquées au moment de la souscription et des éventuelles modifications apportées en cours de contrat.

QUEL EST L'OBJET DE VOTRE CONTRAT ?

Le Contrat d'assistance PACK LMDE INTERNATIONAL a pour objet de vous apporter une aide immédiate lorsque vous vous trouvez en difficulté au cours d'un Voyage.

QUI DEVEZ-VOUS CONTACTER EN CAS DE SINISTRES ?

Pour bénéficier des garanties d'assistance de votre Contrat, vous **devez contacter immédiatement AXA Assistance**, avant de prendre l'initiative d'avancer des frais **au :**

+33 1 70 95 94 60

(24 heures sur 24 et 7 jours sur 7).

Article 1. Définitions

Pour une meilleure compréhension, les mots ou expressions commençant par une majuscule ont la signification qui suit, dans les présentes Conditions Générales :

- « **Assurés[s]** » : désigne le Souscripteur et ses ayants droit.
- « **Atteinte corporelle** » : Accident corporel ou Maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie de l'Assuré ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation majeure de son état de santé si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués immédiatement.

Par Accident corporel, on entend toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure, imprévisible et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Par Maladie, on entend toute altération soudaine et imprévisible de la santé de l'Assuré constatée par une Autorité médicale.
- « **Autorité médicale** » : désigne toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où l'Assuré se trouve.
- « **Contrat** » : désigne le présent contrat d'assurance et d'assistance composé des Conditions générales et du Bulletin d'adhésion telles que définies en préambule.
- « **Domicile** » : lieu de résidence principale et habituelle du Souscripteur tel que déclaré sur le Bulletin d'adhésion. Il est situé en France.
- « **Equipe médicale** » : structure d'assistance médicale qu'AXA Assistance met à disposition et adapte à chaque cas particulier.
- « **Etranger** » : tout pays en dehors du pays de Domicile de l'Assuré.
- « **Evènements garantis** » : désigne les évènements fortuits couverts par le présent Contrat.
- « **Force Majeure** » : Evénement échappant au contrôle du débiteur, qui ne pouvait être raisonnablement prévu lors de la conclusion du contrat et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, qui empêche l'exécution de son obligation par le débiteur.
- « **Frais de séjour** » : Frais d'hôtels (petit-déjeuner inclus) et de taxi nécessaires à la mise en œuvre des prestations qu'AXA Assistance organise et prend en charge au titre du présent Contrat. Toute solution de logement provisoire qu'AXA Assistance n'aurait pas organisée ne peut donner lieu à un quelconque dédommagement.
- « **France** » : désigne la France métropolitaine et les DOM.
- « **Hospitalisation** » : séjour imprévu, d'une durée supérieure à 24 heures (une nuité minimum), dans un établissement de soins public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical à la suite d'une Atteinte corporelle. Le séjour est considéré comme imprévu lorsqu'il n'a pas été programmé plus de cinq (5) jours avant le début de l'Hospitalisation.
- « **Information Confidentielle** » : sauf dispositions expresses contraires dans le Contrat, toute information ou donnée de nature financière, technique ou commerciale, soit identifiée comme étant confidentielle, soit à caractère manifestement sensible, soit dont la connaissance peut conférer un avantage à l'autre Partie, divulguée par une des Parties à l'autre, à l'occasion de l'exécution du Contrat, ou encore toute information concernant les Assurés. Ne sont pas considérées comme confidentielles les informations pour lesquelles la Partie destinataire peut apporter la preuve qu'elles étaient dans le domaine public préalablement à leur divulgation ou après celle-ci mais dans ce cas en l'absence de toute faute qui lui soit imputable ; ou qu'elles sont déjà connues ou en possession de celle-ci, cette connaissance préalable pouvant être démontrée par l'existence de documents appropriés dans ses dossiers ; ou qu'elles ont été reçues d'un tiers de manière licite, sans restriction ni violation du Contrat ; ou qu'elles ont été publiées par un tiers sans contrevenir aux dispositions du Contrat ; ou qu'elles sont le résultat de développements internes entrepris de bonne foi par des membres de son personnel n'ayant pas eu accès à ces Informations Confidentielles ; ou que la divulgation a été autorisée par écrit par l'autre Partie.

- « **Membre de la famille** » : désigne les ascendants, descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée à l'Assuré par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs de l'Assuré.
- « **Proche** » : désigne toute personne physique nommément désignée par l'Assuré ou l'un de ses ayants droit et domiciliée en France.
- « **Souscripteur** » : désigne la personne physique inscrite dans un établissement d'enseignement supérieur en France et affiliée auprès de la Mutuelle ou auprès d'un régime de sécurité sociale français et ayant souscrit une garantie complémentaire santé « Pack LMDE Europe », « Pack LMDE Monde », Le Souscripteur s'engage à payer les primes afférentes au présent Contrat.
- « **Structure médicale** » : structure publique ou privée adaptée à chaque cas particulier et définie par notre Equipe médicale.
- « **Téléconsultation** » : consultation médicale par téléphone.
- « **Territorialité** » : Les garanties s'exercent dans le monde entier sauf stipulations contractuelles contraires.
- « **Titre de transport** » : Dans le cadre des transports publics de voyageurs, il désigne le document qui permet à l'Assuré de justifier du paiement du transport.
- « **Voyage** » : désigne le Voyage qui se déroule à l'Etranger, y compris les stages d'études et séjours linguistiques et touristiques. La durée du Voyage ne peut excéder neuf (9) mois consécutifs.
- « **Zone géographique** » : La zone géographique correspond à la zone de Voyage de l'Assuré, elle est précisée sur le Bulletin d'adhésion.

Les zones géographiques sont définies de la façon suivante :

- La **Zone (E)** désigne **l'Europe et le Bassin Méditerranéen** : France, Principautés d'Andorre et de Monaco, Albanie, Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Kosovo, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Islande, Norvège, Liechtenstein, Suisse, Algérie, Égypte, Jordanie, Liban, Biélorussie, Bosnie Herzégovine, Israël, Macédoine, Maroc, Moldavie, Monténégro, Serbie, Tunisie, Turquie, Ukraine.
- La **Zone (M)** désigne le **Monde entier**.

Article 2. Garanties d'assistance aux personnes

2.1 Rapatriement médical

L'Equipe médicale d'AXA Assistance contacte les médecins traitants sur place et prend les décisions les plus adaptées à l'état de santé de l'Assuré en fonction des informations recueillies et des seules exigences médicales.

Si l'Equipe médicale d'AXA Assistance recommande le rapatriement de l'Assuré vers une Structure médicale ou son Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge sa réalisation.

Si l'Assuré est hospitalisé dans une Structure médicale hors du secteur hospitalier de son Domicile, AXA Assistance organise et prend en charge son transfert vers son Domicile.

Le choix de la destination de rapatriement, du lieu d'Hospitalisation, de la date, de la nécessité d'un accompagnement et des moyens utilisés pour le rapatriement relèvent exclusivement de la décision de l'Equipe médicale d'AXA Assistance.

Tout refus de la solution proposée par l'Equipe médicale d'AXA Assistance entraîne la déchéance des garanties d'assistance médicales.

2.2 Envoi d'un médecin auprès de l'Assuré à l'Etranger

Si les circonstances l'exigent, l'Equipe médicale d'AXA Assistance peut décider d'envoyer un médecin auprès de l'Assuré afin de mieux juger des mesures à prendre en vue de son rapatriement.

2.3 Frais de séjour supplémentaires

Si l'Assuré est hospitalisé ou que l'Equipe médicale d'AXA Assistance préconise une prolongation de son séjour sur place en raison de son état de santé, AXA Assistance organise et prend en charge les Frais de séjour supplémentaires :

- De l'Assuré et d'un Proche ou d'un Membre de la famille assuré qui reste auprès de lui en cas d'immobilisation sur place ;
- D'un Proche ou Membre de la famille qui reste auprès de l'Assuré s'il est hospitalisé.

La prise en charge d'AXA Assistance s'effectue jusqu'à la date du rapatriement de l'Assuré sans pouvoir excéder **cinq (5) nuits consécutives à concurrence de 80 € TTC par nuit et par Assuré.**

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie Visite d'un proche.

2.4 Visite d'un Proche

Si l'Assuré est hospitalisé plus de **trois (3) jours consécutifs (hospitalisation sans franchise en jours d'hospitalisation s'il s'agit d'un enfant mineur ou si le pronostic vital est engagé)**, AXA Assistance organise et prend en charge le transport aller/retour et les frais de séjour sur place d'un Membre de sa famille ou d'un Proche (**2 titres de transport s'il s'agit d'un enfant mineur**) afin qu'il se rende auprès de lui.

La prise en charge d'AXA Assistance s'effectue jusqu'à la date du rapatriement sans pouvoir excéder **cinq (5) nuits consécutives à concurrence de 80 € TTC par nuit et par Assuré.**

2.5 Retour anticipé

Si la présence de l'Assuré est requise à la suite du décès ou de l'Hospitalisation de plus de trois (3) jours dans son Pays de Domicile d'un Membre de sa famille (Hospitalisation sans franchise si le pronostic vital est engagé ou si elle concerne un enfant mineur), AXA Assistance organise et prend en charge le trajet aller/retour de l'Assuré étant entendu **que le trajet aller doit se faire dans un délai de huit (8) jours à compter de la date d'Hospitalisation ou de décès.**

2.6 Rapatriement en cas de décès

AXA Assistance organise et prend en charge le rapatriement du corps de l'Assuré ou de ses cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans son pays de Domicile.

AXA Assistance prend en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport.

Les frais de cercueil liés au transport sont en pris en charge **à hauteur de 1 500 € TTC.**

Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille du défunt.

2.7 Présence d'un Proche en cas de décès

Si l'Assuré était seul sur place et que la présence d'un Membre de la famille ou d'un Proche s'avère nécessaire pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, AXA Assistance organise et prend en charge son transport aller/retour ainsi que ses Frais de séjour sur place pour une durée de **trois (3) nuits consécutives à concurrence de 80 € TTC par nuit et par Assuré.**

2.8 Envoi de médicaments à l'Etranger

Si, à l'Etranger, l'Assuré ne trouve pas les médicaments prescrits avant le départ par son médecin traitant et indispensables à son état de santé, AXA Assistance organise et prend en charge les frais d'expédition jusqu'à son lieu de Voyage.

Le coût des médicaments et les frais de dédouanement restent à la charge de l'Assuré.

AXA Assistance procède à l'avance des frais de médicaments et de dédouanement en contrepartie d'une

garantie que l'Assuré ou un tiers aura déposée.

2.9 Envoi de lunettes, lentilles ou prothèses auditives à l'Etranger

En cas de bris, perte ou vol à l'étranger de vos lunettes, lentilles de contact ou prothèses auditives, AXA Assistance organise leur réfection et prend en charge les frais d'expédition vers le lieu de Voyage de l'Assuré.

Les frais de réfection et de dédouanement restent à la charge de l'Assuré.

AXA Assistance peut éventuellement procéder à l'avance des frais de réfection, dans ce cas, l'Assuré est tenu :

- de restituer immédiatement à AXA Assistance le montant remboursé en cas de remboursement qui lui est directement adressé ;
- de rembourser les fonds avancés dans les trente (30) jours à compter de la date d'expédition ;
- en tout état de cause, de rembourser AXA Assistance dans un délai de soixante (60) jours à compter de la date de versement.

2.10 Assistance psychologique

En cas de traumatisme survenu à l'Etranger à la suite d'une agression physique ou d'un événement familial grave, AXA Assistance peut mettre l'Assuré en relation avec un psychologue clinicien. AXA Assistance peut aussi organiser et prendre en charge **trois (3) consultations de 30 minutes avec un psychologue clinicien dans un délai de six (6) mois à compter de la survenance du traumatisme. La demande d'assistance psychologique doit être formulée dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de survenance du traumatisme.**

2.11 Exclusions spécifiques aux garanties d'assistance médicale

Outres les exclusions générales applicables à toutes les garanties, sont exclus et ne pourront donner lieu à notre intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les six (6) mois avant la date de demande d'assistance ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récidives) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- les interruptions volontaires de grossesse ;
- la chirurgie esthétique ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;
- les transports répétitifs nécessités par son état de santé.

Article 3. Assurance frais de recherche et de secours

3.1 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le remboursement des frais de recherche et de secours engagés pour localiser l'Assuré et l'évacuer au centre d'accueil le plus proche, par des sociétés dûment agréées, habilitées et dotées des moyens nécessaires.

3.2 Avance de frais de recherche et de secours

AXA Assistance procédera à l'avance de ces frais pour le compte de l'Assuré, à concurrence des plafonds définis au paragraphe « Erreur ! Source du renvoi introuvable. Plafond de garantie ».

3.3 Effet et durée de la garantie

La garantie prend effet à la date de départ (00H00) et cesse automatiquement ses effets à la date de retour (23h59) indiquées par le Souscripteur.

3.4 Plafond de garantie

La prise en charge d'AXA Assistance ne peut excéder **3 500 euros par Assuré**.

3.5 Procédure de déclaration

3.5.1 Eléments nécessaires à la déclaration de sinistre

La déclaration doit comporter les informations suivantes :

- Les noms, prénoms et adresse de l'Assuré ;
- Le numéro de Contrat ;
- La date, les causes et les circonstances du sinistre.

3.5.2 Eléments nécessaires à la constitution du dossier d'indemnisation

AXA Assistance adresse à l'attention de l'Assuré ou à celle de l'un de ses ayants droit le dossier d'indemnisation à constituer.

Celui-ci devra être retourné à AXA Assistance en joignant une copie du Contrat ainsi que les factures originales acquittées des frais de recherche et de secours.

3.6 Exclusions spécifiques à la garantie

Outre les exclusions communes applicables à toutes les garanties, ne pourront donner lieu ni à avance, ni à remboursement, ni à prise en charge :

- **Les frais de recherche et des secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que l'Assuré pratique ;**
- **Les frais de recherche et de secours engendrés par la pratique d'un sport professionnel, la participation à une expédition ou une compétition.**

3.7 Remboursement

Le remboursement est adressé directement à l'Assuré ou à ses ayants droit ou à toute autre personne si l'Assuré en fait la demande par écrit. Le remboursement s'effectue en euros sur la base du taux de change en vigueur à la date du paiement.

Article 4. Avance des frais d'hospitalisation à l'étranger pour le compte de la Mutuelle

En cas d'Hospitalisation, et si l'Assuré ou l'un de ses ayants droit en fait la demande, AXA Assistance peut avancer les frais d'hospitalisation pour le compte de la Mutuelle **à concurrence de 150 000 euros par Assuré et par période de garantie.**

Cette prestation est acquise uniquement aux Assurés bénéficiaires d'une garantie complémentaire santé « Pack LMDE Europe, « Pack LMDE Monde ».

Cette prestation est acquise selon les conditions et limites prévues dans les présentes.

Article 5. Accès au réseau de soins AXA Assistance à l'étranger

Le réseau de soins est constitué de Structures médicales et hospitalières à l'Etranger référencées par AXA Assistance sur des critères de compétences techniques et humaines propres à chaque pays.

L'Assuré dont l'état nécessite des actes et examens de laboratoire, des soins médicaux et traitements ambulatoires ou une Hospitalisation à l'Etranger, doit contacter AXA Assistance par téléphone directement ou par l'intermédiaire d'une personne agissant en son nom.

L'Equipe médicale d'AXA Assistance l'orientera vers la structure adaptée à sa situation et à sa pathologie. Le cas échéant, l'Equipe médicale d'AXA Assistance recherchera une place dans la structure hospitalière retenue en accord avec l'Assuré et dans la mesure des disponibilités.

Article 6. Garantie d'assistance juridique à l'étranger

Si l'Assuré fait l'objet de poursuites judiciaires à la suite d'une infraction non intentionnelle à la législation locale survenue hors de son pays de Domicile et intervenue au cours de la vie privée, c'est-à-dire pour des faits sans relation avec l'exercice d'une activité professionnelle, AXA Assistance s'engage à mettre en œuvre les prestations ci-après à son profit :

6.1 Avance de caution pénale

AXA Assistance procède à l'avance, sur présentation d'un dépôt de garantie ou signature d'une reconnaissance de dette, de l'éventuelle caution pénale qui serait exigée par les autorités judiciaires locales pour la libération de l'Assuré ou pour lui permettre d'éviter une incarcération, ceci **à concurrence de 15 000 € TTC par Assuré.**

Cette avance sera remise directement à l'autorité judiciaire locale ou à tout organisme ou personne désignée par elle.

L'Assuré est tenu :

- de désigner directement AXA Assistance comme destinataire des fonds en cas de remboursement de la caution décidée par l'autorité judiciaire et, en cas de remboursement qui lui est directement adressé, de restituer immédiatement à AXA Assistance le montant remboursé ;
- de rembourser les fonds avancés dans les trente (30) jours de la décision judiciaire devenue exécutoire ;
- en tout état de cause, de rembourser AXA Assistance dans un délai de soixante (60) jours à compter de la date de versement.

6.2 Frais d'avocat

AXA Assistance prend en charge les frais d'avocat dans **la limite de 3 000 € TTC par Assuré.**

Article 7. Informations et conseils médicaux

7.1 Information et conseils médicaux

L'Equipe médicale d'AXA Assistance peut communiquer à l'Assuré des informations et conseils médicaux, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. AXA Assistance donne tout renseignement d'ordre général dans les domaines suivants :

- Vaccinations ;
- Diététique ;
- Hygiène de vie ;

- Alimentation ;
- Préparation aux voyages.

L'intervention de l'Equipe médicale d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives. L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle est la demande, AXA Assistance conseille à l'Assuré de consulter son médecin traitant.

Article 8. Garantie d'assurance bagages

8.1.1 Définitions spécifiques

Bagages : désigne les sacs de voyage, les valises et leur contenu.

Les Objets précieux suivants sont assimilés aux Bagages : les bijoux, les fourrures, argenterie, orfèvrerie en métal précieux, caméras et tout appareil photographique, radiophonique, d'enregistrement ou de reproduction du son ou de l'image ainsi que leurs accessoires.

8.1.2 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet d'indemniser l'Assuré du préjudice matériel qui résulte de la perte des Bagages de l'Assuré par le transporteur, de leur vol ou de leur destruction totale ou partielle.

Cette garantie a pour objet de rembourser les frais de première nécessité en cas de retard de livraison des Bagages supérieur à 6 heures sur le trajet aller.

8.1.3 Conditions d'application de la garantie

En cas de vol, la garantie est acquise pour autant que les Bagages soient sous la surveillance directe de l'Assuré, remisés dans une consigne fermée à clé.

En cas de perte ou de destruction et/ou de retard de livraison par le transporteur, la garantie est acquise pour autant que les Bagages soient enregistrés auprès du transporteur.

8.1.4 Effet et durée

La garantie prend effet à la date de départ de l'Assuré et cesse automatiquement ses effets au moment du retour de l'Assuré à son Domicile.

Les dates de départ (00h00) et de retour (23h59) de voyage sont celles indiquées sur les Titres de transport.

8.1.5 Montant de l'Indemnité et plafond de la garantie

(a) Assurance « Perte, vol, destruction, détérioration Bagages » :

(i) Calcul de l'indemnité

Le montant de l'indemnisation de l'Assuré est calculé :

- En cas de vol, de perte par le transporteur ou de destruction totale des Bagages de l'Assuré : sur la base de la valeur de remplacement, vétusté déduite ;

- En cas de destruction partielle des Bagages de l'Assuré, sur la base du coût de la réparation dans la limite de la valeur de remplacement, vétusté déduite.

(ii) Plafond de garantie

L'Assuré est indemnisé à concurrence des plafonds suivants :

Plafonds par Assuré et par évènement	
Vol, destruction ou perte des Bagages	2 000 € TTC par Assuré
Dont Objets précieux	1 000 € TTC par Assuré
Franchise	30 € par Assuré

(b) Assurance « Retard de livraison de bagages » :

L'Assuré est indemnisé à concurrence des plafonds suivants, quel que soit le nombre de Bagages :

Plafond par Assuré	
Retard de livraison supérieur à 6 heures	150 € TTC

8.1.6 Exclusions spécifiques

Outres les exclusions générales applicables au présent contrat, sont exclus :

- Les effets vestimentaires que l'Assuré porte sur lui lors de la survenance du sinistre, les objets ou vêtements dérobés isolément, ainsi que les autoradios ;
- Les espèces, billets de banque, titres et valeurs de toute nature, billets de séjour, documents manuscrits, papiers d'affaires, passeports et autres pièces d'identité ;
- Les parfums, denrées périssables et d'une manière générale la nourriture ;
- Les perles fines, pierres précieuses ou semi-précieuses, lorsqu'elles ne sont pas montées en bijoux,
- Tableaux, objets d'arts ;
- Les prothèses de toute nature, les lunettes et verres de contact ;
- Les biens confiés à des tiers ou qui sont sous la responsabilité d'un tiers tels que dépositaires hôteliers ;
- Les vols commis sans effraction dans tout local à usage d'habitation ne respectant pas les trois conditions suivantes : clos, couvert et fermé à clé ;
- Les vols de toute nature ou destructions dans des hangars, bateaux, tentes, caravanes auvents ou avancées de caravanes, remorques ;
- Les vols commis sans effraction dans tout véhicule non fermé à clé et non clos et commis entre 21 heures et 7 heures ;
- Les vols, ou destructions de Bagages laissés sans surveillance dans un lieu public ;
- La destruction due à l'usure normale ou naturelle ;
- La destruction résultant du coulage de liquides, matières grasses, colorantes, corrosives, inflammables ou explosives faisant partie du contenu des Bagages ;
- La détérioration résultant d'éraflures, de rayures, de déchirures ou de tâches ;

- **La destruction des objets fragiles tels que verreries, glaces, porcelaines, terres cuites ; plâtres, statues, céramiques, faïences, cristaux, albâtres, cires, grès, marbre et tous objets similaires ;**
- **La saisie, l'embargo, la confiscation, la capture, la destruction ou le séquestre, ordonnés par toute autorité publique.**

8.1.7 Procédure de déclaration de sinistre

La déclaration doit se faire dans les cinq (5) jours ouvrables ou dans les deux (2) jours ouvrables en cas de vol suivant la connaissance du sinistre. Passé ce délai, si AXA Assistance subi un quelconque préjudice du fait d'une déclaration tardive, l'Assuré perdra tout droit à indemnité.

(c) Eléments nécessaires à la déclaration de sinistre

La déclaration doit comporter les informations suivantes :

- Les noms, prénoms et adresse de l'Assuré ;
- Le numéro du contrat ;
- La date, la cause et les circonstances du vol, de la perte ou de la destruction du retard de livraison des Bagages.

(d) Eléments nécessaires à la constitution du dossier d'indemnisation

AXA Assistance adresse à l'attention de l'Assuré, ou à l'un de ses ayants droit, le dossier d'indemnisation à constituer. Il devra être retourné à AXA Assistance complété en joignant une copie du Contrat et les documents permettant de justifier l'existence des Bagages volés, perdus ou détérioré, ainsi que leur valeur (facture, etc.) ou le retard dans la livraison des Bagages :

En cas de vol des Bagages : le récépissé du dépôt de plainte ou de déclaration de vol établi par les autorités locales compétentes et effectué dans les **48 heures suivant le sinistre**.

En cas de perte des Bagages : l'original du constat des irrégularités faites auprès du transporteur.

En cas de détérioration des Bagages : l'original du constat d'avaries fait auprès du transporteur.

En cas de retard dans la livraison des Bagages :

- Le ticket d'enregistrement des Bagages livrés avec retard par le transporteur ;
- L'original du constat des irrégularités faites auprès du transporteur ;
- L'original du justificatif de la livraison tardive.

8.1.8 Récupération des Bagages volés ou perdus

L'Assuré doit aviser immédiatement AXA Assistance de la récupération de tout ou partie des Bagages volés ou perdus.

Si la récupération a lieu :

- **Avant le paiement de l'indemnité**, l'Assuré doit reprendre possession desdits Bagages. L'indemnisation se limite aux détériorations éventuelles et au remboursement des frais engagés pour récupérer lesdits Bagages ;

- **Après le paiement de l'indemnité**, l'Assuré a trente (30) jours à compter de la récupération pour choisir entre la reprise et le délaissement de tout ou partie des Bagages retrouvés. Passé ce délai, les Bagages deviendront la propriété d'AXA Assistance.

Si l'Assuré reprend les Bagages, AXA Assistance révisé le montant de l'indemnité en fonction de leur valeur au jour de la récupération et l'Assuré devra restituer à AXA Assistance l'éventuel excédent d'indemnité perçu.

8.1.9 **Indemnité**

Le remboursement est adressé directement à l'Assuré ou à ses ayants droit ou à toute autre personne si l'Assuré en fait la demande à l'écrit.

Article 9. Exclusions communes à toutes les garanties

Outres les exclusions spécifiques applicables à chacune des garanties, sont exclus et ne pourront donner lieu à intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- **Les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique ;**
- **Les frais médicaux, les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.**
- **les frais courants tels que repas ou boissons que l'Assuré aurait normalement supportés pendant votre séjour ;**
- **les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le séjour ;**
- **le coût des communications téléphoniques, excepté celles réalisées dans le cadre de la mise en place des garanties d'assistance de ce contrat.**

De plus, ne pourront donner lieu à notre intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit toutes conséquences :

- **de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;**
- **d'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'Assuré ;**
- **des frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité que vous pratiquez ;**
- **des dommages que l'Assuré a causés ou subis lors de la pratique des sports suivants : bobsleigh, alpinisme ou varappe ;**
- **de la participation de l'Assuré en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre ou aérienne (à moteur ou non) ainsi que la pratique des sports de neige ou de glace à un titre non-amateur ;**
- **du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;**
- **d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs ;**
- **d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique ;**
- **la guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;**
- **la mobilisation générale ;**
- **toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités ;**
- **tout acte de sabotage ou de terrorisme ;**

- **tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire ;**
- **toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes ;**
- **les cataclysmes naturels ;**
- **les épidémies, tout risque infectieux ou chimique ;**
- **tous les cas de force majeure.**

Article 10. Limitation de responsabilité

L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultat. AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un Bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance. AXA Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

Article 11. Circonstances exceptionnelles :

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de Force Majeure.

Article 12. Fausse Déclaration

12.1 Fausse déclaration des éléments constitutifs du risque

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque connus du Souscripteur l'expose aux sanctions prévues par le Code des assurances, c'est-à-dire : réduction d'indemnité ou nullité du Contrat (articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances). Les primes déjà payées demeurent acquises à AXA Assistance.

12.2 Fausse déclaration des éléments constitutifs du sinistre

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du sinistre (date, nature, cause, circonstances ou conséquences) connus du Souscripteur l'expose, en cas de mauvaise foi, à la déchéance des garanties du Contrat.

Article 13. PRIME

13.1 Débiteur de la prime

Le Souscripteur, tel que défini sur les Bulletins d'adhésion, s'engage à payer la prime d'assurance afférente aux garanties du présent Contrat.

13.2 Paiement de la prime

La prime d'assurance dont le montant est précisé dans les Bulletins d'adhésion, est réglée soit par carte bancaire, soit par prélèvement automatique effectué par la Mutuelle pour le compte d'AXA Assistance, sur le compte bancaire désigné à cet effet par le Souscripteur.

13.3 Défaut de paiement

En cas de défaut de paiement de la prime ou d'une fraction de la prime dans les 10 jours qui suivent son échéance, la Mutuelle enverra une relance au Souscripteur par lettre recommandée. Si dans les 30 jours qui suivent son envoi, la(les) prime(s) ou la(les) fraction(s) de prime due(s) n'est toujours pas payée, les garanties seront suspendues et si la prime n'est toujours pas réglée dans les 10 jours qui suivent la date de suspension des garanties, AXA Assistance pourra résilier le Contrat.

13.4 Modification de la prime

AXA Assistance s'engage à informer le Souscripteur d'une modification de la prime dans les trois (3) mois qui précèdent la date d'échéance du Contrat.

Article 14. VIE DU CONTRAT

14.1 Durée du Contrat et tacite reconduction

Le Contrat est conclu pour une durée maximale de douze (12) mois à compter de la date de la souscription définie ci-dessous, sauf cessation dans l'un des cas prévus à l'article 14.6.

14.2 Date de souscription

La date de souscription du Contrat est celle indiquée dans le Bulletin d'adhésion et correspond à la date de conclusion du Contrat, c'est-à-dire :

- En cas de demande de souscription par téléphone, à la date du contact téléphonique au cours duquel le Souscripteur a donné son consentement à la souscription au présent Contrat ;
- En cas de souscription via le site internet, la souscription est conclue à la date de signature électronique de la demande de souscription au présent Contrat, les informations précontractuelles (notamment celles visées à l'article L 221-18 du Code de la mutualité) ainsi que les Conditions Générales ayant été lues préalablement. Le Souscripteur doit enregistrer sur un support durable les documents précités pour s'y référer en cas de besoin.
- En cas de demande de souscription en face à face, la souscription est conclue à la date de signature du Bulletin d'adhésion.

14.3 Date d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet à compter de la Date de souscription telle que définie ci-dessus, sous réserve de l'encaissement effectif de la première prime et des portions de prime lorsque le paiement est fractionné. Les garanties cessent en même temps que la Cessation du Contrat par l'un des cas prévus à l'article 14.6.

14.4 Modifications de votre Contrat

Le Souscripteur doit informer la Mutuelle depuis l'espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître les modalités de résiliation » de tout changement de nom et/ou des informations personnelles du Souscripteur et/ou de coordonnées du compte bancaire sur lequel la prime est prélevée.

14.5 Cessation du Contrat

Le Contrat prend fin dans les cas suivants.

- En cas de résiliation du contrat de complémentaire santé LMDE ;
- En cas d'utilisation par le Souscripteur de sa faculté de renonciation via la messagerie de son espace personnel MyLMDE, la date d'envoi du courrier électronique faisant foi ;

- En cas de résiliation par AXA Assistance pour non-paiement de la prime (en application des dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances) dans les conditions définies à l'article 13.3 ;
- En cas de décès du Souscripteur, ses ayants droits devant informer la Mutuelle par la messagerie de son espace personnel MyLMDE dans l'onglet « Connaître les modalités de résiliation » **ou** directement par mail à l'adresse : contact-lmde@meservices.fr ;
- Dans tous les autres cas prévus par la réglementation applicable.

14.6 Prescription

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur 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 l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires de droit commun visée ci-après :

- toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de la saisine de la juridiction est annulé par le fait d'un vice de procédure ;
- tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'assuré, ou toute reconnaissance de dette de l'assuré envers l'assureur ;

La prescription est également interrompue par des causes spécifiques au contrat d'assurance visées ci-après :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la souscription ou par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

La prescription est également suspendue lorsque la partie est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

14.7 Cumuls d'assurances

Conformément aux dispositions de l'article L.121-4 du Code des assurances, quand plusieurs assurances sont contractées sans fraude, chacune d'elle produit ses effets dans les limites des garanties de chaque contrat et dans le respect des dispositions de l'Article L.121-1 du Code des assurances.

14.8 Subrogation d'AXA Assistance dans les droits et actions de l'Assuré

Conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances, AXA Assistance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'Assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à l'indemnisation d'AXA Assistance.

Article 15. DISPOSITIONS DIVERSES

15.1 Langue

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du Contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

15.2 Langue

La langue utilisée pendant la durée du présent Contrat est la langue française.

15.3 Protection des données personnelles

En qualité de responsable de traitement, les informations concernant les Assurés sont collectées, utilisées et conservées par les soins d'AXA Assistance pour la souscription, la passation, la gestion et l'exécution du présent Contrat, conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles et conformément à sa politique de protection des données personnelles telle que publiée sur son site internet.

Ainsi, dans le cadre de ses activités, AXA Assistance pourra :

- a. Utiliser les informations de l'Assuré ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans les présentes Conditions générales. En utilisant les services d'AXA Assistance, l'Assuré consent à ce qu'AXA Assistance utilise ses données à cette fin ;
- b. Transmettre les données personnelles de l'Assuré et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA Assistance, au personnel d'AXA Assistance, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre de l'Assuré, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements, et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;
- c. Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques de l'Assuré dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus ;
- d. Procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;
- e. Obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien de l'Assuré, afin de fournir les services proposés dans le cadre de son Contrat d'assistance et valider sa demande ; et
- f. Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA Assistance et autres communications relatives au service clients.
- g. Utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. AXA Assistance est soumise aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, AXA Assistance met en oeuvre un traitement de surveillance des Contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la Loi en la matière.

Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA ou à un tiers partenaire, y compris pour une utilisation à des fins de prospection commerciale. Si l'Assuré ne souhaite

pas que ses données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA ou à un tiers pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, il peut s'y opposer en écrivant au :

Délégué à la Protection des données

AXA Assistance

8-10 rue Paul Vaillant Couturier

92240 Malakoff Email : dpo.axapartnersFrance@axa-assistance.com

Certains des destinataires de ces données sont situés en dehors de l'union européenne, et en particulier les destinataires suivants : AXA Business Services situé en Inde et AXA Assistance Maroc Services situé au Maroc.

Pour toute utilisation des données personnelles de l'Assuré à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA Assistance sollicitera son consentement. L'Assuré peut revenir à tout moment sur son consentement.

En souscrivant au présent Contrat et en utilisant ses services, l'Assuré reconnaît qu'AXA Assistance peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA Assistance utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'Assuré fournit à AXA Assistance des informations sur des tiers, l'Assuré s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA Assistance (voir ci-dessous).

L'Assuré peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du site AXA Assistance – voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

Si l'Assuré souhaite connaître les informations détenues par AXA Assistance à son sujet, ou s'il a d'autres demandes concernant l'utilisation de ses données, il peut écrire à l'adresse suivante :

Délégué à la protection des données

AXA Assistance

8-10 rue Paul Vaillant Couturier

92240 Malakoff Email : dpo.axapartnersFrance@axa-assistance.com

L'intégralité de notre politique de confidentialité est disponible sur le site : axa-assistance.fr ou sous format papier, sur demande.

15.4 Réclamation et médiation

En cas de désaccord concernant la gestion du contrat, le Souscripteur s'adresse en priorité à leur interlocuteur privilégié afin de trouver des solutions adaptées aux difficultés rencontrées.

Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, le Souscripteur peut adresser leur réclamation par courrier à l'adresse suivante :

AXA Assistance - Service Gestion Relation Clientèle

8-10 rue Paul Vaillant Couturier

92240 Malakoff

Ou sur le site internet à partir de la rubrique « contact » :

www.axa-assistance.fr/contact

Axa Assistance s'engage à accuser réception sous dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai.

Une réponse sera adressée dans un délai maximum de deux (2) mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire.

Après épuisement des voies de recours internes ci-dessus énoncées et si un désaccord subsiste, le Souscripteur peut faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

Ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet : www.mediation-assurance.org

Ce recours est gratuit. L'avis du Médiateur ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Assuré pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet.

La Charte de « la Médiation de l'Assurance » est également consultable sur le lien suivant :

www.mediation-assurance.org/medias/mediation-assurance/Charte_V2.pdf

15.5 Autorité de contrôle

Inter Partner Assistance (AXA Assistance) est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 1000 Bruxelles – Belgique – TVA BE 0203.201.340 – RPM Bruxelles (www.bnb.be).

La succursale française d'Inter Partner Assistance et INTERIALE sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09

