



BULLETIN D'ADHÉSION MNC

Année universitaire 2019-2020

Documents obligatoires :

Photocopie carte nationale d'identité ou passeport

1 Relevé d'Identité Bancaire pour vos remboursements

Si paiement par prélèvement(s) : 1 Relevé d'Identité Bancaire pour vos prélèvements (si différent du RIB des remboursements) et mandat SEPA (page 2 de ce bulletin)

Attestation de carte Vitale (à télécharger via votre compte ameli.fr, ou en accueil Caisse Primaire d'Assurance Maladie, ou dans les agences LMDE équipées d'une borne Assurance Maladie)

Devoir d'information et de conseil : Nous vous invitons, avant d'adhérer à une des garanties LMDE, à lire attentivement les documents contractuels. Votre conseiller est là pour vous aider dans la détermination de vos besoins et le choix de votre garantie adaptée à votre situation. Il vous a été transmis, avant votre adhésion ou votre demande de modification, toutes les informations et conseils pour que votre garantie soit adaptée à votre situation personnelle.

Nous vous avons conseillé la garantie :

Faculté de 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 date de signature du bulletin d'adhésion, pour y renoncer. Toutefois, en ce qui concerne les opérations en assurance vie, ce délai est porté à trente (30) jours calendaires révolus, à compter du jour où l'intéressé est informé que l'adhésion a pris effet, pour y renoncer. Vous pouvez renoncer depuis votre espace personnel MyLMDE. **Exemple de lettre de renonciation :** « Je soussigné ... (nom, prénom) demeurant ... (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhérent) à La Mutuelle Des Etudiants. (Date et signature de l'adhérent) » En cas de commencement d'exécution du contrat à l'initiative du membre participant pendant cette période, les éventuelles dépenses effectuées par LMDE en application du contrat seront déduites de la cotisation qui sera remboursée dans un délai de trente (30) jours à compter de la demande.

Choisissez votre garantie santé : les garanties prennent fin au 30 septembre 2019 (les tarifs sont indiqués en annexe).

Essentielle MNC		
13 mois À partir du 01/09/2019	12 mois À partir du 01/10/2019	9 mois À partir du 01/01/2020

Zen MNC		
13 mois À partir du 01/09/2019	12 mois À partir du 01/10/2019	9 mois À partir du 01/01/2020

Remplissez vos informations personnelles : * Mention facultative

MON IDENTITÉ Mme M.

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Nationalité :

Date de naissance : J J M M A A

Lieu de naissance :

Département : Pays :

BOURSIER Etes-vous boursier ? Oui Non

Si oui, échelon de bourse :

0 0 bis 1 2 3 4 5 6 7

MES ÉTUDES En quelle année d'études êtes-vous* ? BAC +

Établissement :

Ville :

Code Postal :

AYANT-DROIT

Je souhaite étendre le bénéfice de ma couverture à mon conjoint ou/et mes enfants. Je remplis l'annexe ayant-droit en page 4 de ce bulletin.

MES COORDONNÉES

Email :

Téléphone portable :

N° : Type de voie (rue, avenue...) :

Nom de la voie :

Complément d'adresse :

Code Postal :

Ville :

J'accepte de recevoir des informations commerciales,

de la part de LMDE : par SMS par email

de la part des partenaires de LMDE : par SMS par email

SÉCURITÉ SOCIALE ET MUTUELLE

Numéro de Sécurité sociale :

MODE DE PAIEMENT Je règle :

€ par prélèvement bancaire : Type de paiement : paiement en 1 seule fois paiement en plusieurs fois (récurrent / répétitif) ⁽¹⁾

en une seule fois par carte bancaire dans une agence LMDE. Joindre impérativement le ticket de carte bancaire à ce bulletin.

en une seule fois par chèque libellé à l'ordre de "La Mutuelle Des Étudiants". Je joins un chèque de €

(1) Les montants des prélèvements sont donnés à titre indicatif en page 3 de ce bulletin. Merci de vous référer à votre échéancier dès sa réception.

Joindre impérativement un RIB avec l'IBAN (compte-chèques uniquement) pour le(s) prélèvement(s) (si différent du RIB des remboursements) et remplir le mandat SEPA.

€ MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA : Tous les champs sont obligatoires

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez LMDE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LMDE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Votre référence unique du mandat et votre échéancier vous seront communiqués.

NOM ET ADRESSE DU DEBITEUR (TITULAIRE DU COMPTE)

Nom : Prénom :
Adresse :
Code Postal : [] Ville :
Pays :

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

Nom du créancier : LMDE : La Mutuelle des Étudiants
N°ICS : FR41ZZZ451971
Adresse du créancier : 32 rue Blanche • 75009 Paris
Type de paiement : paiement récurrent / répétitif (un ou plusieurs paiements pendant la période d'adhésion)

ZONE RÉSERVÉE A LMDE

RUM :

COORDONNEES DU COMPTE

N° d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number) :

Code International d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code) :

À Signature du titulaire : Signature du co-titulaire (si nécessaire) :
le / /

Les informations demandées par LMDE, à l'exception de celles signalées par un astérisque, sont obligatoires pour le traitement de votre dossier qui à défaut ne peut être effectué. Elles sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le membre participant bénéficie de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission, y compris en dehors de l'Union européenne. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne dont les données personnelles sont conservées par la mutuelle dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression sur les informations les concernant. Toute personne peut exercer ces droits par courrier accompagné d'un titre d'identité, adressé au siège social de la Mutuelle à l'attention de la Direction juridique, 32 rue Blanche - 75009 Paris.

Date d'effet de la garantie : Pour les garanties 13 mois, le droit aux prestations santé prend effet le 01/09/19, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/20. Pour les garanties 12 mois, le droit aux prestations santé prend effet le 01/10/19, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/20. Pour les garanties 9 mois, le droit aux prestations santé prend effet le 01/01/20, sauf dérogations, pour expirer le 30/09/20. Le droit aux garanties («responsabilité civile vie privée – vie étudiante et individuelle accident», «protection juridique», «téléconsultation médicale» et la prestation «réseau de soins») en inclusion de certaines formules de garantie, garanties spéciales et certains packs de garanties LMDE, prendront effet au plus tôt le lendemain de la réception du bulletin d'adhésion, à 0h00.

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. 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. JURIDICA, la filiale spécialisée en assurance de protection juridique d'AXA France : Société Anonyme au capital de 14 627 854,68 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Versailles sous le numéro 572 079 150, dont le siège social est 1, place Victorien Sardou - 78160 Marly-le-Roi. Inter Partner Assistance, société anonyme de droit belge au capital de 31 702 613 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 Avenue Louise 166 BP 1 – 1050-BRUXELLES – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 316 139 500 RCS Nanterre et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon. Inter Partner Assistance intervient sous la marque AXA ASSISTANCE. 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 n° 310 499 959 dont le siège social est sis 313 Terrasse de l'Arche, 92727 Nanterre. 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 : Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 € dont le siège social est situé 218 avenue Jean Jaurès, 75019 Paris, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro - 440 358 471, mandataire d'assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n°10058758. IMA ASSURANCES Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris CS 40 000 79033 Niort cedex 9 - Immatriculée au RCS de Niort n° 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

Extrait de la convention de substitution conclue entre LMDE et Intériale, SIREN 775 685 365, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, sise **32 rue Blanche 75009 PARIS** : «Intériale se substitue intégralement à LMDE pour la constitution, dès lors que ses statuts l'y autorisent, des garanties d'assurance maladie, accident, offertes aux membres participants de la cédante ainsi qu'à leurs ayants droit, ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches d'assurance 1 et 2, sans exception ni réserve.» Si l'agrément accordé à Intériale lui était retiré, le bulletin d'adhésion sera résilié le quarantième jour à midi à compter de la date de publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur.

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque connus du Souscripteur l'expose aux sanctions prévues par les Codes de la mutualité et des assurances, c'est-à-dire : réduction d'indemnité ou nullité du Contrat (articles L. 221-14 et L. 221-15 du Code de la mutualité et L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances). 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.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement mutualiste LMDE, et des conditions générales des produits d'assurance, et des conventions LMDE - IMA qui m'ont été remis avant la signature du présent bulletin d'adhésion.

À le / /
Signature du titulaire :

CADRE RÉSERVÉ À LMDE

Numéro d'adhérent : []
Numéro d'établissement : []
Canal : [] Code agence : []
Code vendeur : []

NOMBRE ET MONTANTS DES PRELEVEMENTS ESSENTIELLE MNC

Durée	Date d'effet	Cotisation adulte ou enfant de - 18 ans ESSENTIELLE MNC Avec impatriation	Prélèvements <i>(paiement en plusieurs fois)</i>	
			Nombre	Montants
13 mois	01/09/2019	264,01 €	12	21,61 €
12 mois	01/10/2019	264,01 €	12	21,61 €
9 mois	01/01/2020	198,00 €	9	21,61 €

NOMBRE ET MONTANTS DES PRELEVEMENTS ZEN MNC

Durée	Date d'effet	Cotisation adulte ou enfant de - 18 ans ZEN MNC Avec impatriation	Prélèvements <i>(paiement en plusieurs fois)</i>	
			Nombre	Montants
13 mois	01/09/2019	496,17 €	13	38,17 €
12 mois	01/10/2019	457,99 €	12	38,17 €
9 mois	01/01/2020	343,49 €	9	38,17 €



ANNEXE AU BULLETIN D'ADHÉSION

AYANT-DROIT : JE SOUHAITE ÉTENDRE LE BÉNÉFICE DE MA COUVERTURE À MON CONJOINT OU / ET ENFANT(S) (- 18 ANS)

AYANT-DROIT 1

Nom : Prénom :
Date de naissance : Numéro de Sécurité sociale :

AYANT-DROIT 2

Nom : Prénom :
Date de naissance : Numéro de Sécurité sociale :

AYANT-DROIT 3

Nom : Prénom :
Date de naissance : Numéro de Sécurité sociale :

AYANT-DROIT 4

Nom : Prénom :
Date de naissance : Numéro de Sécurité sociale :

AYANT-DROIT 5

Nom : Prénom :
Date de naissance : Numéro de Sécurité sociale :

AYANT-DROIT 6

Nom : Prénom :
Date de naissance : Numéro de Sécurité sociale :

AYANT-DROIT 7

Nom : Prénom :
Date de naissance : Numéro de Sécurité sociale :

AYANT-DROIT 8

Nom : Prénom :
Date de naissance : Numéro de Sécurité sociale :

REMBOURSEMENTS DES PRESTATIONS*
ESSENTIELLE MNC OU ZEN MNC ▶
avec une mutuelle Essentielle MNC ou Zen MNC 12 mois⁽¹⁾
du 01/10/2019 au 30/09/2020

TRSS⁽¹⁾
Taux de Remboursement
de la Sécurité sociale

Sécurité sociale
+
ESSENTIELLE MNC
21,61 € / mois

Sécurité sociale
+
ZEN MNC
38,17 € / mois

SOINS COURANTS



Consultations visites généralistes (DPTAM**)	70 %	100 %	150 %
Consultations visites généralistes (hors DPTAM**)	70 %	100 %	130 %
Consultations visites spécialistes (DPTAM**)	70 %	100 %	150 %
Consultations visites spécialistes (hors DPTAM**)	70 %	100 %	130 %
Actes techniques médicaux (DPTAM**)	70 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (hors DPTAM**)	70 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	60 % ou 70 %	100 %	100 %
Imagerie médicale (DPTAM**)	70 %	100 %	100 %
Imagerie médicale (hors DPTAM**)	70 %	100 %	100 %
Auxiliaires médicaux	60 %	100 %	100 %
Consultations psychologues	-	10 € x 5/an	20 € x 5/an

PHARMACIE



Pharmacie 65 %	65 %	100 %	100 %
Pharmacie 30 %	30 %	100 %	100 %
Pharmacie 15 %	15 %	-	100 %
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	90 €/an	90 €/an

HOSPITALISATION



Honoraires médicaux (DPTAM**)	80 %	100 %	150 %
Honoraires médicaux (hors DPTAM**)	80 %	100 %	130 %
Honoraires chirurgicaux (DPTAM**)	80 %	100 %	100 %
Honoraires chirurgicaux (hors DPTAM**)	80 %	100 %	100 %
Frais de séjour, durée illimitée	80 %	100 %	100 %
Frais de transport	65 %	100 %	100 %
Forfait TV, internet	-	-	6 €/jour
Forfait journalier hospitalier, durée illimitée	-	18 €/jour	18 €/jour
Forfait journalier hospitalier psychiatrique, durée illimitée	-	13,50 €/jour	13,50 €/jour
Prise en charge de la franchise de 18 € pour les actes médicaux > ou = 120 €	-	frais réels/acte	frais réels/acte

OPTIQUE ⁽²⁾



Monture + verres simples	60 %	100 % + 50 €/2ans	100 % + 200 €/2ans
Monture + verres complexes/très complexes	60 %	100 % + 200 €/2ans	100 % + 250 €/2ans
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	60 %	100 %	100 % + 50 €/an
Matériel pour amblyopie	60 %	100 %	100 %

DENTAIRE



Soins dentaires et prothétiques	70 %	100 %	130 %
Inlay / Onlay / Inlay core	70 %	100 %	130 %
Prothèses dentaires fixes remboursées par la Sécurité sociale	70 %	100 %	100 % + 250 €/an
Rebasage, réparation, adjonction ou remplacement de dents ou crochets	néant ou 70 %	néant ou 100 %	néant ou 100 %
Prothèses amovibles remboursées par la Sécurité sociale	70 %	100 %	100 %
Orthodontie et autres actes liés à l'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale	70 % ou 100 %	100 %	100 %
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	-	250 €/an
Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale	-	-	250 €/an
Implantologie remboursée par la Sécurité sociale	70 %	-	100 %

