



NOTICE D'INFORMATION



**APICIL
ALTO
EVOLUTION**

NOTICE D' INFORMATION

(NI-ALTO EVOLUTION 09/10)

Cette notice d'information (NI-ALTO Evolution 09/10) vous permettra de connaître les garanties de frais de santé souscrites par APICIL UPESE Association auprès de MICILS, mutuelle régie par le code de la mutualité et immatriculée au registre national des mutuelles sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est 38 rue François Peissel 69300 Caluire.

Elle comprend deux parties : la notice proprement dite et le tableau de garanties.

OBJET

La garantie frais médicaux a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer à l'adhérent âgé de plus de 55 ans, ainsi qu'à sa famille, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale.

Attention : le niveau Supra n'est accessible qu'aux souscripteurs de moins de 70 ans et les niveaux Eco et Opti ne le sont quant à eux qu'aux moins de 75 ans.

L'adhérent doit obligatoirement résider en France métropolitaine.

OUVERTURE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent au plus tôt le lendemain suivant la date de réception du certificat d'adhésion ou à partir de la date d'effet postérieure souhaitée apposée sur le bulletin d'adhésion.

L'ouverture des garanties est subordonnée à l'envoi du certificat d'adhésion signé, à la fourniture des pièces justificatives demandées et à l'encaissement du chèque d'acompte.

L'ouverture des garanties peut n'être que d'un mois si, après paiement par carte bancaire en ligne du premier mois de sa cotisation, l'internaute ne souhaite pas aller au-delà.

DUREE DU CONTRAT

Le contrat est conclu jusqu'au 31 décembre de l'année de souscription, puis il se renouvelle par tacite reconduction pour une période d'un an.

La résiliation du contrat peut se faire tous les ans, en envoyant à Micils un courrier recommandé au moins deux mois avant la date d'échéance du 31 décembre.

Une résiliation du contrat en cours d'année est possible uniquement dans le cas d'une souscription simultanée d'un autre contrat individuel de la gamme santé d'Apicil et ayant les mêmes niveaux de base que le présent contrat. Dans ce cas, si la souscription nouvelle se fait sur le même nom de niveau, l'assuré gardera l'antériorité du plafond des prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale (dans le cas contraire il sera fait application du point b de l'article relatif à la modularité).

SUSPENSION DES GARANTIES

En cas de non paiement des cotisations, les garanties sont suspendues 30 jours après envoi d'une lettre de mise en demeure restée sans effet. Cette suspension entraîne la suspension du bénéfice du crédit d'impôt.

Le contrat d'adhésion peut être résilié, 40 jours après l'envoi de ladite lettre de mise en demeure.

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la suspension des garanties,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- lorsque cesse, chez l'assuré ou les ayants droit, la condition pour être garanti,
- à la date d'effet de l'attribution de la CMU-C pour les bénéficiaires du crédit d'impôt.

TERRITORIALITE

Les garanties sont acquises aux assurés habitant habituellement (soit plus de 6 mois par an) sur le territoire de la France métropolitaine ou les départements d'outre-mer.

Toutefois, les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge directement ou indirectement par un régime obligatoire d'assurance maladie français et à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France (ces frais font normalement l'objet d'un décompte de sécurité sociale). Les remboursements sont alors effectués en euros.

En conséquence, les actes hors nomenclature ou ne rentrant pas dans le cadre légal effectués à l'étranger ne sont pas remboursés.

Tous les actes relatifs à l'exécution du contrat frais de santé seront notifiés au domicile de l'assuré figurant sur le bulletin d'affiliation.

Pour tout changement de domicile, l'assuré doit informer l'Institution par lettre recommandée avec avis de réception de son changement d'adresse. A défaut, les lettres recommandées adressées à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

EXCLUSION DES GARANTIES

1 - Les prestations sont accordées aux seuls bénéficiaires du contrat résidant habituellement en France.

Toutefois, les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie française et s'ils ont fait l'objet d'un décompte de Sécurité Sociale. Les remboursements sont alors effectués en euros.

En conséquence, les actes hors nomenclature effectués à l'étranger ne sont pas remboursés.

2 - Tous les risques sont couverts dans la limite des garanties, toutefois, les prestations de Micils sont fournies dans les conditions prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale afférentes au contrat dit « responsable ». Aussi, ne donnent pas lieu à remboursement :

- la contribution forfaitaire prévue à l'article L.322-2 I du code de la Sécurité Sociale,
- la franchise annuelle prévue à l'article L.322-2 III du code de la Sécurité Sociale (franchises médicales concernant les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires),
- la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non-respect, par l'assuré ou un ayant droit, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- la part de majoration de participation prévue à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité Sociale (non prise en charge de la majoration du ticket modérateur) résultant du non-respect, par l'assuré ou un ayant droit, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- et d'une manière générale les prestations ou la part de prestations remettant en cause le caractère responsable du contrat au sens de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

De plus, ne donnent entre autre pas lieu à remboursement :

- les frais non remboursés par la Sécurité Sociale, tels que les prothèses dentaires provisoires, certains soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement ou de désintoxication (sauf les cas prévus au tableau des garanties),

- les frais engagés en dehors de la période de garantie.
- les dépassements d'honoraires non mentionnés sur le décompte de prestations de la Sécurité Sociale,
- la maternité (sauf s'il s'agit d'un cas de césarienne).

Enfin, dans le cadre de l'hospitalisation sont exclus :

- les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, équipement vidéo, blanchisserie, frais de dossier, ainsi que toutes dépenses à caractère somptuaire comme la mise à disposition d'un espace de vie confortable et spacieux,
- les frais de chambre particulière facturés lors de permission de sortie,
- les frais d'hébergement résultant d'une admission en secteur « long séjour » au sens de la Sécurité Sociale,

La durée d'hospitalisation en établissement psychiatrique et assimilé est limitée à 30 jours par an, tout séjour cumulé pour un même bénéficiaire.

FAIT GENERATEUR

Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est-à-dire entre la date d'effet figurant sur le contrat d'adhésion et la date de cessation des garanties, ouvrent droit à prestations.

- ainsi s'agissant du remboursement des frais, la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité Sociale est seule prise en considération (et non la date de prescription par le professionnel de santé). Il en ira de même pour les prothèses dentaires.

- en cas de prise en charge hospitalière, il sera procédé de la façon suivante : si la prise en charge est donnée alors que l'assuré est encore affilié mais que la durée du séjour à l'hôpital va au delà de la période de garantie (l'assuré n'étant plus affilié lors de son départ de l'hôpital), Micils lui demandera alors le remboursement des sommes afférentes à la période non garantie.

Pour les actes en série (soins infirmiers, kinésithérapie....) : en cas de cessation des garanties avant la fin des soins, ou si le traitement est engagé antérieurement à l'ouverture des garanties, la prise en charge se fera prorata temporis.

INDUS

Le bénéficiaire reste redevable des sommes perçues à tort, notamment lorsqu'il a perçu des remboursements de frais engagés en dehors de la période de garantie, qu'ils aient été perçus directement par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du tiers payant.

Ce principe s'applique quelle que soit la date de déclaration de sa radiation.

PRESCRIPTION

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Au-delà de ce délai, les frais ne donneront lieu à aucun remboursement.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

COTISATIONS

Le montant des cotisations est fonction de l'âge atteint lors du paiement de la cotisation.

Ce montant évolue en fonction de l'âge de l'assuré et de ses ayants droit. Le changement du montant de cotisations s'effectue au moment du changement à une tranche d'âge supérieure.

Les cotisations sont payables annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.

En cas de crédit d'impôt, celui dont bénéficie l'assuré ainsi que ses ayants droit sera déduit du montant des cotisations sur présentation de l'original de l'attestation remise par la CPAM. En cas de modification du foyer en cours de contrat (par exemple : naissance d'un enfant, décès de l'assuré ou d'un ayant droit, etc...) le montant de la déduction s'en trouvera modifié à compter de l'événement qui y donne naissance, sur présentation des justificatifs.

MODULARITE

1- A l'adhésion

L'assuré peut moduler, lors de l'adhésion, certains postes de garanties. Cette modularité se traduit par :

- la possibilité de renforcer le poste « Optique-Dentaire ». Ce renfort ne peut s'effectuer que sur le niveau directement supérieur.
- la possibilité de supprimer totalement le poste « Prestations Elargies ».

2- En cours d'adhésion

La modification des garanties en cours d'adhésion n'est possible qu'au 1er janvier du contrat et d'avoir fait une demande envoyée à Micils au moins deux mois avant la date effective de la modification.

Il est possible de changer de garantie :

- en augmentant la garantie de un niveau ou en réduisant la garantie de un ou plusieurs niveaux (a).
- en augmentant la garantie de deux ou trois niveaux (b).

a) Dans le premier cas (modification de la garantie de un niveau seulement ; en passant par exemple de Eco à Opti) : aucun changement significatif : pour les plafonds en prothèses dentaires, il y a maintien de l'antériorité acquise sur le niveau initialement souscrit.

Il convient de préciser la possibilité suivante : augmentation de la garantie de un niveau et souscription simultanée du renfort « optique-dentaire ». Que le renfort était souscrit ou pas, l'assuré perd le bénéfice de l'antériorité par l'application du plafond de la première année du nouveau niveau.

b) En cas d'augmentation de garantie de plus de un niveau, la conséquence est qu'en matière de plafonds de prothèses dentaires, l'assuré perd le bénéfice de l'antériorité par l'application du plafond de la première année du nouveau niveau.

Il en ira du même pour l'augmentation du renfort « optique-dentaire » (application du plafond des prothèses dentaires de la première année du nouveau renfort).

Attention :

- Hormis lors de l'adhésion, il est impossible ensuite de supprimer le poste « Prestations Elargies ».
- En cas de suppression du renfort, il sera ensuite impossible de le re-souscrire ultérieurement.
- En cas de réduction de garantie, il sera ensuite impossible de revenir ultérieurement à un niveau supérieur.

CONTROLES

Dans la mise en oeuvre du service des prestations ou du montant des cotisations, Micils peut procéder à des contrôles de toutes natures, avant ou même après tout remboursement.

En cas de refus d'un bénéficiaire de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier sa situation médicale ou celle au regard de la Sécurité Sociale, le paiement des prestations sera refusé ou immédiatement suspendu.

RECOURS CONTRE TIERS RESPONSABLE

En cas d'accident, la Mutuelle est subrogée de plein droit dans les actions à entreprendre contre le tiers responsable dans la limite des prestations qu'elle a versées à un assuré ou à un ayant droit.

CONTROLE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) située au 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites tant par l'assuré servent de base à la garantie. A ce titre, elles constituent un élément essentiel du contrat, aussi la Mutuelle se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'assuré, la garantie accordée à celui-ci est nulle. Dans ces deux cas, les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle.

RECLAMATIONS

Toutes les réclamations relatives au contrat devront être envoyées à l'adresse suivante :

GROUPE APICIL
Service Qualité Client
38, rue François Peissel
69300 CALUIRE et CUIRE

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par la Mutuelle, le différend pourra être soumis au Tribunal compétent.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations vous concernant sont utilisées conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 Janvier 1978 modifiée. Elles sont destinées à MICILS et sont nécessaires au traitement des dossiers.

Elles sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat d'adhésion, et le cas échéant, à ses réassureurs. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant et demander de procéder aux rectifications nécessaires en adressant un courrier en ce sens au siège de la Mutuelle.

QUI BENEFICIE DES REMBOURSEMENTS ?

- l'assuré,
- le conjoint de l'assuré, à charge ou non à charge, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme,
- à défaut de conjoint, le concubin de l'assuré à charge ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production d'un certificat de concubinage notoire ou à défaut d'une attestation sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun de moins de 3 mois (facture EDF, France Télécom, quittance de loyer...) sur lequel figurent les noms des deux concubins. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité Sociale fait foi,
- à défaut de conjoint, le partenaire avec qui l'assuré a conclu un PACS à charge ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production de l'attestation d'engagement établie par le greffe du tribunal. Le domicile doit être commun. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité Sociale fait foi,
- les enfants célibataires de l'assuré à charge fiscale ou sociale, légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés, non salariés,
 - de moins de 21 ans (chômeurs immatriculés personnellement à la Sécurité Sociale : ils sont garantis sur production, lors de chaque demande de remboursement, d'un justificatif de leur inscription à Pôle Emploi à la date des soins et d'une attestation Pôle Emploi de non indemnisation),
 - ou jusqu'à la veille de leur 26^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études supérieures sous réserve de la production d'un certificat de scolarité d'études supérieures. Lorsque ces bénéficiaires arrêtent leurs études, ils sont garantis jusqu'au 31 décembre sans que la garantie puisse aller au-delà du 26^{ème} anniversaire.

Dans tous les cas, les enfants en contrat de formation seront considérés

comme ayants droit sous réserve de production d'un certificat de formation et à condition que leur rémunération mensuelle brute soit strictement inférieure à 55 % du SMIC,

- les enfants infirmes majeurs de l'assuré, titulaires de la carte d'invalidité et considérés comme étant à charge de l'assuré au sens de la législation fiscale en vigueur (ils sont garantis sous réserve de production d'une copie de leur carte d'invalidité définie par l'article L 241-3 du code de l'action sociale et des familles, et sous réserve d'un taux d'incapacité supérieur à 80 %),
- les ascendants de l'assuré à charge fiscale ou au sens de la législation de la Sécurité Sociale,
- les autres personnes à charge de l'assuré reconnues comme ayants droit de celui-ci par la Sécurité Sociale.

L'assuré sera tenu de déclarer à Micils, dans le mois qui suit l'événement, toute naissance ou tout décès d'un ayant droit dans la mesure où cet événement a un impact ou sur le montant de la cotisation brute ou sur le montant du crédit d'impôt. Il en va de même si l'assuré ou l'un de ses ayants droit quitte définitivement la France métropolitaine ou un département d'outre-mer.

Toute modification relative aux bénéficiaires des garanties doit être notifiée à la Mutuelle.

Les garanties des ayants droit cessent lorsqu'ils ne remplissent plus les conditions pour en être bénéficiaires.

QUEL EST LE MONTANT DES REMBOURSEMENTS ?

La nature des garanties et le niveau de leur remboursement sont précisés dans le tableau de garanties qui complète cette notice.

Si les remboursements d'une prestation sont limités à un montant « par an et par bénéficiaire », il faut entendre cette expression par année d'adhésion (de date à date) sauf s'il en est disposé autrement sur le tableau des garanties.

Nos remboursements, ajoutés à ceux dont l'assuré ou sa famille a bénéficié de la part de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme complémentaire, **ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées.**

Les garanties de même nature que l'assuré a contractées auprès de plusieurs organismes produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir le remboursement en s'adressant à l'organisme de son choix.

QUELQUES PRECISIONS SUR LES PRESTATIONS

Les justificatifs qui seront adressés à Micils devront être des documents originaux.

En tout état de cause, MICILS pourra demander toute pièce utile au remboursement des prestations.

1- L'HOSPITALISATION

HONORAIRES

Quand un dépassement d'honoraires n'apparaît pas sur la facture hospitalière, il est nécessaire de nous adresser le reçu d'honoraires du praticien.

De plus, il est nécessaire de nous adresser une facture détaillée faisant apparaître la nature des actes et des prestations.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

CHAMBRE PARTICULIERE

La prestation est un forfait qui s'exprime en euros par jour et par bénéficiaire, sans limitation du nombre de jours, excepté pour les séjours en maisons de repos et psychiatrie limités à 30 jours.

LIT D'ACCOMPAGNANT

La prestation est un forfait qui s'exprime en euros par jour et par

bénéficiaire, avec un maximum de 15 jours par an.

FRAIS DE TRANSPORT

Il s'agit de tout transport médicalisé.

2- LES FRAIS MEDICAUX COURANTS

Pour les consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes, nous invitons le bénéficiaire, dans son intérêt, à respecter le parcours de soins (cf. le paragraphe "Exclusions des garanties").

3- L'OPTIQUE ET LE DENTAIRE

OPTIQUE

La prestation optique (de monture et de verres) est un forfait par an et par bénéficiaire.

Les prestations "monture" et "verres adultes" sont limitées à une paire de lunettes par an et par bénéficiaire.

Pour les bénéficiaires de moins de 18 ans, les prestations "monture" et "verres enfants" sont limitées à deux paires de lunettes par an.

Sous réserve d'acceptation par « APICIL Santé Conseil », un deuxième remboursement de paire de lunettes pour adulte reste possible au cours de la même année, et quel que soit l'âge du bénéficiaire, dans le cas d'une évolution de la vue nécessitant un changement de verres et sur présentation des deux prescriptions médicales lors de la deuxième demande. Le motif « casse » ne donne pas lieu à une 2^{ème} participation.

1. si application du système Noémie

Pour les lunettes faisant l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale, le bénéficiaire devra envoyer à Micils la facture détaillée de l'opticien si le détail du prix de la monture et des verres n'est pas porté sur le décompte Sécurité Sociale.

Pour les lentilles non prises en charge par la Sécurité Sociale, il devra envoyer la facture détaillée des frais engagés ainsi que la prescription médicale de moins de 2 ans.

2. si pas d'application de Noémie

Il faudra envoyer le décompte de Sécurité Sociale ainsi que la facture détaillée.

Les verres unifocaux complexes sont conventionnellement assimilés aux verres progressifs pour le calcul du remboursement.

La prestation lentilles est un forfait annuel qui s'apprécie par an et par bénéficiaire. Cette rubrique inclut tous les types de lentilles : les lentilles remboursées ou non remboursées par la Sécurité Sociale ou les lentilles jetables.

3. Bonus fidélité

Le forfait annuel par bénéficiaire correspondant à la monture sera majoré de 20 %, en cas de non consommation de prestations Optique (verres et/ou monture) au cours des deux années d'adhésion précédant cette majoration.

DENTAIRE

Pour tous les travaux dentaires, et dans l'intérêt du bénéficiaire, nous l'invitons à demander préalablement à nos services, un devis.

En cas de non prise en charge par la Sécurité Sociale, le bénéficiaire doit nous adresser la note d'honoraires détaillée et acquittée.

Inlay onlay

La prestation inlay onlay est un forfait annuel qui s'apprécie par bénéficiaire.

Prothèses dentaires

La prestation prothèses dentaires prise en charge par la Sécurité Sociale est exprimée en un pourcentage de la base de remboursement dans la limite d'un montant annuel en euros (ces montants peuvent être amenés à changer en fonction du nombre d'années dans le contrat).

Sauf pour le niveau UNO, le plafond est alloué en fonction du niveau choisi et s'apprécie par an et par bénéficiaire.

La rubrique "Prothèses dentaires" englobe les remboursements de inlays-core.

La prestation prothèses dentaires non prise en charge par la Sécurité

Sociale est un forfait annuel qui s'apprécie par bénéficiaire.

4- LES PRESTATIONS ELARGIES

FRAIS DE SEJOUR NON CONVENTIONNES

Les frais de séjour dans des établissements non conventionnés seront remboursés dans la double limite prévue au tableau de garanties (sauf pour UNO) : un pourcentage des frais réels journaliers et un maximum journalier de remboursement.

DENTAIRE

Si les prestations sont prévues au tableau de garanties, des prestations implantologie, parodontologie, scellements de sillons non remboursés par la Sécurité Sociale peuvent être prises en charge.

Le forfait s'exprime en euros par an et par bénéficiaire.

IMPLANTOLOGIE DENTAIRE

Si la prestation est prévue au tableau des garanties, elle concerne exclusivement l'implant. Les frais annexes (frais chirurgicaux, prothèses dentaires, faux moignons) ne sont pas couverts au titre de cette garantie.

SEANCES

Seules des séances de professionnels reconnus et diplômés peuvent être remboursées. Les documents justificatifs servant de base au remboursement devront faire apparaître les qualités citées plus haut.

Il s'agit uniquement de séances d'un ostéopathe, d'un chiropracteur, d'un étiope, d'un diététicien, d'un psychologue, d'un pédicure ou d'un podologue.

La prestation est un forfait par séance avec un plafond annuel en euros.

PHARMACIE PRESCRITE NON REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE

Si la prestation est prévue au tableau de garanties, le forfait s'exprime en euros par an et par bénéficiaire.

VACCINS PRESCRITS NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE

Si la prestation est prévue au tableau de garanties, le forfait s'exprime en euros par an et par bénéficiaire.

Ces vaccins sont les vaccins du voyageur (prescrits par un médecin dans le cadre d'un voyage à l'étranger) et le vaccin anti grippe à l'exclusion de tout autre vaccin qui pourrait être couvert par les prestations liées à la prévention.

CURE THERMALE

Si la prestation est prévue au tableau de garanties, en cas d'interruption de la cure du fait de l'assuré avant la fin de la date déterminée par la Sécurité Sociale, l'allocation sera alors proratisée en fonction du nombre de jours de cure par rapport au nombre de jours attribués par la Sécurité Sociale.

Lorsque la cure thermique se déroule dans le cadre d'une hospitalisation, le forfait cure thermique ne sera pas versé. Les prestations relèveront de la rubrique hospitalisation.

CHIRURGIE DE LA MYOPIE

Si la prestation est prévue au tableau de garanties, le forfait s'exprime en euros par œil, par an et par bénéficiaire.

PREVENTION

Votre contrat prend en charge 100 % de la base de remboursement des prestations suivantes liées à la prévention :

- détartrage annuel,
- dépistage de l'hépatite B, sous réserve du respect du parcours de soins,
- ainsi que les vaccins dont la liste est établie par voie d'arrêté pris application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité Sociale, sous réserve du respect du parcours de soins.

DEMARCHAGE A DOMICILE

Lorsque l'adhérent personne physique a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail les dispositions

suivantes du code de la consommation s'appliquent :

Article L. 121-23

Les opérations visées à l'article L. 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont l'exemplaire doit être remis au client au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- 1° Noms du fournisseur et du démarcheur ;
- 2° Adresse du fournisseur ;
- 3° Adresse du lieu de conclusion du contrat
- 4° Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou proposés ;
- 5° Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;
- 6° Prix global à payer et modalités de paiement; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ;
- 7° Faculté de renonciation prévue à l'article L. 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté, et de façon apparente, le texte intégral des articles L. 121-23, L. 121-24, L.121-25 et L. 121-26.

Article L.121-24

Le contrat visé à l'article L. 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L. 121-25.

Un décret en Conseil d'Etat précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire. Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence. Tous les exemplaires du contrat doivent être signés et datés de la main même du client.

Article L. 121-25

Dans les sept jours, fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement est nulle et non avenue.

Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L. 121-27.

Article L. 121-26

Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L. 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur dispose d'un droit de résiliation permanent, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir.

En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L. 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

Les dispositions du deuxième alinéa s'appliquent aux souscriptions à domicile proposées par les associations et entreprises agréées par l'Etat ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 129-1 du code du travail sous forme d'abonnement.

