



NOTICE D'INFORMATION (NI-NEO 09-09)

Cette notice d'information (NI-NEO 09-09) vous permettra de connaître les garanties de frais de santé que vous avez souscrites 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 et Cuire.

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 au souscripteur âgé de moins de 26 ans, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale.

Le souscripteur 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 et 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.

RENONCIATION

Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier le motif ni à supporter des pénalités.

Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu.
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.121-20-11 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).

DELAI D'ATTENTE

Il est de 9 mois pour l'orthodontie acceptée ou refusée par la Sécurité Sociale.

Ce délai d'attente peut être supprimé sur présentation du certificat de radiation ou d'appartenance à une complémentaire santé de moins de 2 mois d'un niveau équivalent ou supérieur.

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,

il n'y aura pas d'application de délai d'attente et l'assuré gardera l'antériorité du plafond des prothèses 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, la condition pour être garanti,
- à la date d'effet de l'attribution de la CMU-C pour les bénéficiaires du crédit d'impôt.

EXCLUSION DES GARANTIES

1- Les prestations sont accordées au seul bénéficiaire 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.

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

- les frais non remboursés par la Sécurité Sociale, tels que les prothèses dentaires provisoires, certains soins esthétiques, les 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.

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, tous séjours cumulés 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.

OPTION BUDGET

Il s'agit d'une option qui permet de bénéficier d'une réduction tarifaire. Elle ne s'applique que sur le niveau SUPRA. Il n'y a pas de renfort possible pour l'option budget.

Cette option budget engendre trois types de conséquences :

1- un service limité

Le tiers payant est limité à l'hospitalisation.

2- une gestion du risque renforcée

Les devis sur l'optique et le dentaire deviennent obligatoires pour bénéficier d'une prise en charge. Pour l'optique, l'obligation de devis concerne les verres, la monture ainsi que la chirurgie de la myopie et pour le dentaire, tous les actes sauf les soins.

3- une mise en place de franchises

Un mécanisme de franchise globale sera appliquée sur l'ensemble des remboursements à l'exception des postes suivants : frais de séjours d'hospitalisation conventionnés, honoraires d'hospitalisation, consultations et visites de médecins (généralistes ou spécialistes) dans le cadre du parcours de soins et enfin pharmacie, analyses et biologie prescrites dans le cadre du parcours de soins.

L'assiette de cette franchise sera les remboursements potentiels : ce qu'aurait remboursé MICILS en l'absence de franchise.

Cette franchise s'entend par année d'adhésion (de date à date) et par individu.

A titre d'exemple, le poste Optique prévoit une limitation du remboursement à une paire de lunettes par an et par bénéficiaire adulte. Dans le cadre de l'option Budget, la limitation reste active : si une première paire de lunettes a d'ores et déjà alimenté la franchise, l'achat d'une deuxième paire de lunettes pour un même bénéficiaire ne pourra donner lieu à remboursement, même après épuisement de la franchise.

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 1^{er} janvier du contrat et à condition 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 : si un délai d'attente était déjà applicable pour le niveau antérieur, celui-ci continuera à s'appliquer pour le délai qui reste à courir et 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 ait été souscrit ou pas, il y application du délai d'attente de 9 mois pour l'orthodontie prise en charge ou non par la Sécurité Sociale et 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, les conséquences sont les suivantes :

- Les délais d'attente, lorsqu'ils existent, sont réinitialisés.
- Les plafonds en 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 de même pour l'augmentation du renfort « optique-dentaire » (application du délai d'attente de 9 mois sur l'orthodontie et 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

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

L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) est située au 61 rue Taitbout 75009 PARIS (Tél : 01 55 50 41 00).

FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites 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 uniquement.

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.

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 (monture et verres) est un forfait par an.

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

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

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

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 : un pourcentage des frais réels journaliers et un maximum journalier de remboursement.

DENTAIRE

Si les prestations sont prévues au tableau des garanties, des prestations implantologie et scellements de sillons non remboursées 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 étio-pathe, 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.

VACCINS DU VOYAGEUR 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.

CHIRURGIE DE LA MYOPIE

Si la prestation est prévue au tableau des 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 :

- le détartrage annuel des dents,
- le dépistage de l'hépatite B, sous réserve du respect du parcours de soins,
- 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 sur 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 L313-1 ;
- 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.





APICIL ASSISTANCE - NOTICE D'INFORMATION

► N° Azur 0 810 069 000

PRIX APPEL LOCAL

En France métropolitaine uniquement

IMPORTANT : PREALABLEMENT A TOUTE DEMARCHE OU ENGAGEMENT DE DEPENSES, VOUS DEVEZ CONTACTER APICIL ASSISTANCE POUR CONNAITRE LES MODALITES DE SON INTERVENTION. PRESTATIONS ACCORDEES SI LE BENEFICIAIRE EST L'ASSURE OU SI SON CONJOINT (OU CONCUBIN) EST GARANTI PAR LE CONTRAT FRAIS MEDICAUX

Aide à Domicile

- Si vous-même ou votre conjoint :
 - devez être **hospitalisé pour une durée supérieure à 48 heures**,
 - êtes **immobilisé** de manière imprévue à votre domicile **pour une durée supérieure à 5 jours** (sur prescription médicale à la suite d'une maladie soudaine ou accident corporel),
 - En cas de **séjour maternité supérieur à 8 jours** ou de **naissance simultanée de plusieurs enfants**,
 - En cas de **décès**.
- Le temps que vous puissiez vous organiser, le Groupe APICIL coordonne et prend en charge les services d'une Aide à Domicile pour vous aider à faire face aux obligations domestiques habituelles et vous soulager des tâches ménagères que votre état ne vous permet pas d'assumer.

NB : Le nombre d'heures allouées et la durée d'intervention de l'Aide à Domicile sont variables et dans tous les cas déterminés par le Groupe APICIL, après étude du dossier.

En complément de l'Aide à domicile, et pour vous assurer un accompagnement de tous les instants, le Groupe APICIL a signé une convention d'assistance auprès de :

INTER PARTNER ASSISTANCE

Le carat - 6 rue André Gide
92320 CHATILLON

Vous trouverez ci-dessous les dispositions de cette convention d'assistance.

A. EN CAS DE MALADIE, ACCIDENT OU BLESSURE

Vous pouvez bénéficier 24 h/24 des conseils et services suivants :

1. Ecoute médicale permanente :

- Conseils médicaux,
- Réservation d'un lit en milieu hospitalier,
- Organisation du transport « domicile / hôpital » en ambulance.

2. Acheminement de médicaments.

3. Aide à la recherche de prestataires qualifiés.

4. Transmission de messages urgents.

B. EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48 HEURES DE L'ASSURE OU DE SON CONJOINT

1. Garde d'enfant de moins de 16 ans

Nous organisons selon le cas :

- Soit le transfert, au domicile des parents, d'un proche résidant en France métropolitaine afin d'y assurer la garde des enfants (prise en charge du billet aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique) ;
- Soit le transfert accompagné des enfants chez un proche de leurs parents résidant en France métropolitaine (prise en charge du billet aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique) ;
- Soit la garde par une personne qualifiée au domicile des parents avec accompagnement possible à l'école en fonction de leur âge : 2 jours ouvrés consécutifs maximum à concurrence de 10 heures par jour.

2. Prise en charge des ascendants dépendants

Cette garantie s'exerce de la même façon que la garde d'enfant de moins de 16 ans, sous réserve que les ascendants dépendants résident habituellement au domicile du bénéficiaire.

3. Acheminement d'un proche parent résidant en France métropolitaine

Si aucun proche ne réside à proximité (moins de 50 km) :

Prise en charge du billet aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique et des frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner) à concurrence de 60 € par nuit et dans la limite de deux nuits.

4. Garde et/ou transfert des animaux domestiques (chiens et chats)

Nous prenons en charge leur garde dans un établissement spécialisé à concurrence de 30 jours et dans la limite de 230 €.

C. EN CAS D'IMMOBILISATION IMPREVUE (*) AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS

En cas de complications nettes et imprévisibles d'état de grossesse avant le 6^{ème} mois entraînant une immobilisation au domicile d'une durée supérieure à 5 jours consécutifs :

Nous organisons la garde d'enfant de moins de 16 ans, selon le cas :

- Soit le transfert, au domicile des parents, d'un proche résidant en France métropolitaine afin d'y assurer la garde des enfants (prise en charge du billet aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique) ;
- Soit le transfert accompagné des enfants chez un proche de leurs parents résidant en France métropolitaine (prise en charge du billet aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique) ;
- Soit la garde par une personne qualifiée au domicile des parents avec accompagnement possible à l'école en fonction de leur âge : 2 jours ouvrés consécutifs maximum à concurrence de 10 heures par jour.

() Par immobilisation imprévue, on entend l'obligation de demeurer au domicile sur prescription médicale à la suite d'une maladie soudaine ou d'un accident corporel.*

D. EN CAS DE DECES

Nous organisons la garde d'enfant, selon le cas :

- Soit le transfert, au domicile des parents, d'un proche résidant en France métropolitaine afin d'y assurer la garde des enfants (prise en charge du billet aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique) ;
- Soit le transfert accompagné chez un proche de leurs parents résidant en France métropolitaine (prise en charge du billet aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique) ;
- Soit la garde par une personne qualifiée au domicile des parents, avec accompagnement possible des enfants à l'école en fonction de leur âge : 2 jours ouvrés consécutifs maximum à concurrence de 10 heures par jour.

NB : LA PRESTATION EST ACCORDEE SI LE BENEFICIAIRE EST UN ENFANT DE MOINS DE 16 ANS, GARANTI PAR LE CONTRAT « FRAIS MEDICAUX » (enfant de l'assuré ou de son conjoint vivant au domicile de l'assuré).

E. EN CAS D'HOSPITALISATION ELOIGNEE (+ de 50 km du domicile) D'UN ENFANT

Nous organisons la présence d'un membre de la famille (résidant en France métropolitaine) à son chevet :

- Prise en charge du billet aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique et des frais d'hôtel (chambre et petit déjeuner) à concurrence de 60 € par nuit et dans la limite de 7 nuits par hospitalisation.

F. EN CAS D'IMMOBILISATION IMPREVUE (*) DE L'ENFANT AU DOMICILE

1. Garde d'enfant « malade »

Nous organisons et prenons en charge la garde à domicile de l'enfant :

- Soit par une personne qualifiée pendant 2 jours ouvrés consécutifs maximum à concurrence de 10 heures par jour ;
- Soit par un membre de la famille dont nous organisons l'acheminement depuis sa résidence en France métropolitaine (prise en charge du billet aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique).

NB : La prestation s'applique à concurrence de trois interventions par foyer et par an.

2. Répétiteur scolaire

Nous recherchons et mettons à la disposition de l'enfant immobilisé un répétiteur scolaire afin d'assurer un soutien pédagogique à domicile. Cette garantie s'exerce si l'enfant se trouve dans l'incapacité de reprendre ses cours pour une période de plus de 15 jours.

La prestation s'applique à compter du 16^{ème} jour à raison de 2 heures de cours par journée d'absence et à concurrence de 5 semaines consécutives (vacances scolaires et jours fériés exclus).

() Par immobilisation imprévue, on entend l'obligation de demeurer au domicile sur prescription médicale à la suite d'une maladie soudaine ou d'un accident corporel.*

G. EN CAS DE BESOIN...

1. Allo Infos Juridiques / Vie Pratique

Nous sommes à la disposition des bénéficiaires pour répondre à toutes questions d'ordre juridique ou « vie pratique » relevant de leur vie privée, de 9 heures à 18 heures et du lundi au samedi (hors jours fériés) :

- Droits des consommateurs,
- Famille, mariage, divorce,
- Formalités, carte, permis,
- Salaire et Travail,
- Vacances, loisirs,
- Justice, défense et recours,
- Informations vie pratique,
- Impôts, fiscalités,
- Enseignement, formation,
- Assurances sociales, allocations retraites,
- ...

H. GARANTIES « PREVENTION SANTE »

1. INFO SANTE PLUS...

- **Santé au quotidien** : maladies infantiles, allergies, diététique, vaccination, petits bobos...
- **Hygiène de vie** : facteurs de risques (tabac, alcool, drogues, pollution, alimentation, sports, stress...), contre-indications courantes (activité, lieu de vie, climat...), hygiène corporelle (bucco-dentaire etc.)...
- **Pathologies** : informations générales (nature, symptômes, traitements...), maladies « orphelines »...
- **Prévention des maladies graves** : quels dépistages, quand et pour quels risques (cancers, problèmes cardio vasculaires...), sensibilisation à certains risques (exposition au soleil...) et conseil appropriés...
- **Techniques nouvelles** : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, médecines douces, trithérapie, transplantations et greffes d'organes, chirurgie ophtalmique...
- **Examens médicaux** : nature des différents types d'examens et analyses (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographies, scintigraphies etc), indications, normes...
- **Coordonnées utiles** : centres de consultation (pour complément d'avis médical...) et établissements spécialisés (rééducation, désintoxication, thermalisme etc.), associations de malades...
- **Données administratives** : aides au maintien au domicile des personnes âgées, prise en charge de la dépendance, structures d'accueil médicalisées...

2. Accompagnement Médico-social

En cas de grave problème de santé ou de décès dans la cellule familiale :

- Bilan de situation individuel réalisé par une Assistante Sociale (en relais de la prestation Aide ménagère le cas échéant) et accompagnement dans les démarches auprès des organismes appropriés.
- Ecoute et soutien psychologique par téléphone (3 entretiens avec un clinicien) et possibilité de mise en relation avec un psychologue en ville (sans prise en charge).

3. Assistance Maternité

Nous mettons à la disposition des (futurs) parents :

- Un Service « Allo Infos » spécialisé portant sur tous domaines susceptibles de les intéresser avant et après la naissance : médical, paramédical, social, administratif, organisationnel...
- En cas de « naissance multiple » : visite d'une Auxiliaire de Puériculture (2 heures) dans la semaine suivant le retour au domicile de la maman pour l'aider à s'organiser et lui rappeler les principes essentiels relatifs aux soins et à la santé des bébés.

4. Téléassistance Médicalisée

Mise à disposition gratuite (3 mois) d'un Service de Téléassistance Médicalisée (PREVIFIL) pendant la convalescence de l'adhérent Senior (plus de 70 ans) à la suite d'une hospitalisation prolongée (durée supérieure à 10 jours).

NB : S'il le souhaite, le bénéficiaire a la possibilité de conserver le service au-delà de la période de prêt dans le cadre d'un abonnement à tarif préférentiel.

EXCLUSIONS GENERALES

- **Les interventions relatives à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier ;**
- **Les états de grossesse au-delà du 6^{ème} mois, sauf en cas de complications nettes et imprévisibles ;**
- **Les interruptions volontaires de grossesse ;**
- **Les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique ;**
- **Les cures, séjours en maison de repos ou centre de rééducation ;**
- **Les tentatives de suicide et leurs conséquences ;**
- **Les dommages corporels provoqués intentionnellement par l'assuré, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, un pari ou un défi ;**
- **Les dommages corporels provoqués par la guerre étrangère ou civile, émeutes et mouvements populaires, acte de terrorisme ou sabotage.**