



Notice d'Information

COMPO

NOTICE D'INFORMATION (NI-COMPO 11-06)

Cette notice d'information (NI-COMPO 11-06) vous permettra de connaître les garanties de frais de santé souscrites par vous 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 au souscripteur dont l'âge à l'adhésion est inférieur ou égal à 59 ans pour l'ensemble des niveaux, 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.

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 bulletin d'adhésion ou à partir de la date d'effet postérieure souhaitée apposée sur le bulletin.

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

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 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.

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.

2- Tous les risques sont couverts dans la limite des garanties, toutefois, ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais non remboursés par la Sécurité Sociale (sauf les cas prévus au tableau de garanties),
- les dépassements d'honoraires non mentionnés sur le décompte de prestations de la Sécurité Sociale,
- les frais engagés en dehors de la période de garantie,
- les prothèses dentaires provisoires,
- les hospitalisations classées en long séjour par la Sécurité Sociale,
- les soins esthétiques, cures de sommeil, d'amaigrissement ou de désintoxication, non pris en charge par la Sécurité Sociale.

De plus, 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 etc...
- la maternité (sauf en cas de césarienne ou pour la prestation "chambre particulière")

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

En aucun cas Micils ne prendra en charge :

- la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 322-2 du code de la Sécurité Sociale (un euro au 1^{er} janvier 2006),
- la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non respect, par l'assuré, 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, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- la part d'honoraires des actes et prestations pour lesquels l'assuré ou le bénéficiaire n'a pas autorisé le professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel et/ou à le compléter, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable.

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.

Ces sommes peuvent être directement perçues par le bénéficiaire ou payées 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.

REMBOURSEMENTS

Si les remboursements d'une prestation sont limités à un montant « par an et par bénéficiaire », ou s'il existe un forfait par année, il faut entendre cette expression par année d'adhésion (de date à date). Cette règle est indépendante du paiement des cotisations qui s'entend, elle, par année civile.

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 trois des cinq niveaux : OPTI, SUPRA et TOP. 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 appliqué sur l'ensemble des remboursements à l'exception des postes suivants : frais de séjours d'hospitalisation conventionné, 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.

À 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 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 était souscrit ou pas, il y a 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 du 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 œuvre du service des prestations ou du montant des cotisations, Micils peut procéder à des contrôles de toutes natures, avant ou même après tout remboursement.

CONTROLE DE L'INSTITUTION

L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutualités (ACAM) est située au 61 rue Taitbout 75009 Paris (Tel : 01-55-50-41-00).

RECLAMATIONS

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

Groupe APICIL
Qualité client
BP 238
38, rue François Peissel
69648 CALUIRE Cedex

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 (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 l'ANPE à la date des soins et d'une attestation ASSEDIC de non indemnisation), ou jusqu'à la veille de leur 26^e anniversaire s'ils poursuivent des études supérieures (ils sont garantis, à compter de la date de rentrée scolaire jusqu'au 31 décembre de l'année suivante, sous réserve de production d'un certificat de scolarité d'études supérieures), 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 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.

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.

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.

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.

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.

PARTICIPATION MATERNITE

La prestation ne concerne que les restes à charge sur des actes effectués lors d'un séjour de maternité, du type périnéale ou césarienne (dépassements d'honoraires non pris en charge par la prestation "Honoraires chirurgicaux"). Elle est versée dans la limite du forfait annuel figurant sur le tableau de garantie.

Les justificatifs à fournir sont la ou les factures ou le reçu d'honoraires.

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 lunettes et sur présentation des deux prescriptions médicales lors de la deuxième demande de remboursement.

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).

La prestation prothèses dentaires non prise en charge par la Sécurité Sociale est exprimée en un pourcentage de la nomenclature dentaire Apicil (cf en fin de notice) 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), elle concerne exclusivement les piliers de bridge et les couronnes céramo-céramique.

Les plafonds sont identiques qu'il s'agisse de prothèses dentaires prises en charge, ou non, par la Sécurité Sociale.

La rubrique "Prothèse" englobe les remboursements de inlays-core.

4- LES PRESTATIONS ELARGIES

FRAIS DE SEJOUR NON CONVENTIONNES

Si la prestation est prévue au tableau de garanties, 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 annuel 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

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.

MATERNITE / ADOPTION

La prestation amniocentèse non remboursée par la Sécurité Sociale est un forfait exprimé en euros par an et par bénéficiaire.

La prestation allocation maternité est payée autant de fois qu'il y a de naissances. Il convient d'adresser à l'Assureur une copie du livret de famille ou un acte de naissance.

La prestation adoption : pour pouvoir ouvrir droit au règlement d'une indemnité forfaitaire, il doit s'agir d'une adoption plénire, par l'assuré, d'un enfant de moins de 5 ans, pendant la période de garantie. Il convient de fournir un extrait du jugement d'adoption plénire (ou du jugement d'adoption simple en vue d'adoption plénire).

La prestation FIV non remboursée par la Sécurité Sociale est un forfait exprimé en euros par an et par bénéficiaire.

SEANCES

Si la prestation est prévue au tableau de garanties, 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 étiopathie, 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 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.

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° Nom 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 détaillé 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.

NOMENCLATURE DENTAIRE APICIL (TNA) Janvier 2007

CONCERNE LES ACTES NON REMBOURSABLES PAR LA SS (pas d'accord, ni de refus) listés ci-dessous :

TRAVAUX DENTAIRES	BASES DE REMBOURSEMENT pour le calcul de nos prestations
Pilier de bridge	64,5 €
Couronne céramo-céramique	107,50 €
Orthodontie	193,50 € par semestre
● traitement actif (dans la limite des 4 premiers semestres)	
● contention (hors gouttière) (pour un an de contention)	161,25 €



38 rue François Peissel- BP 119 - 69646 Caluire et Cuire Cedex
www.apicil.com