

Conditions générales de la collectivité de soins solidaire de Chavornay

1. Adhésion

L'adhésion à la collectivité se fait en contractant :

- Soit le forfait d'adhésion n°1 « Je prends le temps », au prix de 1'140.- CHF/an comprenant :
 - La mise à disposition de 4 heures d'accompagnement unique personnalisé
 - Une cotisation d'affiliation spéciale à la collectivité, avec accès prioritaire à des heures de consultation supplémentaires offertes
 - Une contribution de solidarité de 200.- CHF, entièrement reversée dans notre fonds de solidarité constitué en association à but non lucratif (cf. points 14-18).
- Soit le forfait d'adhésion n°2 « Je vais à l'essentiel », au prix de 720.- CHF/ an, comprenant :
 - La mise à disposition de 2 heures d'accompagnement unique personnalisé
 - Une cotisation d'affiliation à la collectivité, avec accès à des heures de consultation supplémentaires offertes
 - Une contribution de solidarité de 200.- CHF, entièrement reversée dans notre fonds de solidarité constitué en association à but non lucratif (cf. points 14-18).
- Soit la participation économique et solidaire n°3, au prix de 198.- CHF/an, comprenant :
 - La mise à disposition sur l'année de 30 minutes de consultation pour le patient + 15 minutes pour les membres de la collectivité s'étant affiliés par un forfait.

Le prix du forfait ou de la participation n'est pas remboursé par les assurances, il est en complément de celles-ci.

L'adhésion est individuelle et le forfait valable pour une personne, à l'exception de l'offre spéciale famille, où le(s) parent(s) avec enfant(s) ou jeune(s) de -26 ans faisant ménage commun et qui ont le même médecin attitré peuvent partager et utiliser le temps d'un forfait conclu par un (des deux) parent(s). Cette offre n'est pas valable pour un forfait avec une aide financière ou avec la participation n°3.

2. Entrée en vigueur et durée de validité

Le contrat d'adhésion doit parvenir au cabinet au moins un mois avant la date d'adhésion souhaitée.

Une copie du contrat d'adhésion à la collectivité est renvoyée signée par le cabinet au patient à titre de confirmation d'inscription, avec un bulletin de versement. En cas d'indisponibilité ou de non-validation de l'inscription par le cabinet, ce dernier en informe le demandeur dans les 30 jours. Il ne sera pas répondu aux personnes qui ne sont pas patientes du cabinet.

Le contrat entre en vigueur à la date de début d'adhésion souhaitée indiquée par le patient dans le contrat, sous condition de validation par la signature du cabinet et de réception préalable d'au minimum la première mensualité.

L'adhésion est valable annuellement, avec une échéance de renouvellement au 1er mars. Le contrat d'adhésion est renouvelé tacitement annuellement au 1^{er} mars, pour les 12 mois suivants. Il peut être résilié en tout temps par chacune des parties, sans motif et sans préavis (cf. point 12 des conditions générales).

L'adhésion est possible uniquement au 1^{er} mars, 1^{er} juin, 1^{er} septembre ou 1^{er} décembre. En cas d'adhésion au 1^{er} mars, le forfait ou la participation est valable 12 mois. En cas d'adhésion à une autre échéance (1^{er} juin, 1^{er} septembre ou 1^{er} décembre), la durée du contrat, les frais et les prestations sont réduits prorata temporis jusqu'à la date de la prochaine échéance annuelle de renouvellement tacite au 1er mars. Exemple pour un contrat d'adhésion avec un forfait n°1 avec début d'adhésion au 1^{er} septembre, soit 6 mois jusqu'à la prochaine échéance de renouvellement au 1^{er} mars. Le montant dû est donc de 6/12 mensualités de 95.- CHF, soit 570.- CHF au lieu de 1'140.- CHF ; et les prestations sont réduites également de 50%, soit 2 heures d'accompagnement au lieu de 4 heures. Par la suite, une facture de 12 mensualités de 95.- CHF, soit 1'140.- CHF, sera envoyée avant l'échéance du 1^{er} mars suivant pour le renouvellement pour les 12 mois ultérieurs.

3. Modalités de paiement

Pour la participation n°3, le patient verse d'avance en une fois le montant total de 198.- CHF des 12 mensualités de 16.50 CHF. Pas de paiement mensuel possible pour cette adhésion n°3.

Pour les forfaits n°1 et n°2, le patient verse d'avance 12 mensualités de 95.- CHF, respectivement 60.- CHF, selon le forfait d'adhésion choisi. En général, les 12 mensualités, d'un montant total de 1'140.- CHF, respectivement 720.- CHF, sont versées d'avance en une fois (un remboursement des mensualités payées d'avance est prévu en cas de résiliation, cf. point 12.). Un bulletin de versement est envoyé à cet effet. Dans l'alternative, un virement de 95.- CHF, respectivement 60.- CHF, avant le début de chaque mensualité peut être établi sous forme d'ordre

permanent avec le même bulletin de versement (des instructions sont fournies avec la facture). Sur demande, des bulletins de versement mensuels pour versement au guichet postal peuvent être transmis, pour un prix annuel de $12 \times 3.50 = 42.-$ CHF. Le prix du bulletin de versement de 3.50 CHF est alors inclus dans les factures mensuelles qui sont émises (p.ex. facture de 98.50 CHF/mois pour le forfait n°1 et de 63.50 CHF/mois pour le forfait n°2). Aucune aide ni aucun rabais n'est accordé sur le prix des bulletins de versement.

Pour valider une adhésion au minimum la première mensualité doit avoir été versée d'avance.

Le non-paiement d'une mensualité dans les 15 jours après un deuxième rappel équivaut à une résiliation tacite du contrat par le patient.

4. Prestations couvertes par le forfait

Seul le temps de consultation effectué par le médecin attitré du patient à la conclusion du forfait ou de la participation est couvert par le prix de l'adhésion. Tout le reste, notamment les examens médicaux (laboratoire, radiologie, ...), n'est pas couvert par le forfait et est facturé séparément en tarif LAMal (cf. ci-après).

5. Modalités de mise à disposition du temps du forfait

Pour chaque forfait d'adhésion n°1 ou n°2, le médecin attitré du patient met à disposition 4 heures, respectivement 2 heures, de plages de consultation pour un an. Pour la participation n°3, le médecin attitré du patient met à disposition 30 minutes pour le patient ayant souscrit, et 15 minutes pour les autres membres de la collectivité ayant conclu un forfait n°1 ou n°2. Chaque médecin du cabinet proposant les offres de la collectivité répartit sur l'ensemble de ses jours de travail de l'année le nombre total d'heures de consultation conclues par l'ensemble des patients membres de la collectivité qui lui sont attitrés.

Le temps est mis à disposition des membres de la collectivité avec l'ordre décroissant de priorité suivant :

- Pour les membres n'ayant pas encore utilisé le temps imparti de leur forfait d'adhésion (4 heures, 2 heures, 30 minutes).
- Pour les membres ayant exprimé le plus de besoin en prenant le forfait d'adhésion n°1.
- Pour les membres ayant choisi le forfait d'adhésion n°2.
- Les membres ayant choisi la participation d'adhésion n°3 ne peuvent pas bénéficier de plus de temps mis à disposition de la collectivité que les 30 minutes par an qu'ils ont souscrites.

6. Décompte du temps, dépassement du temps et consultation manquée

Un décompte annuel du temps de travail effectué pour chaque patient est établi. Est comptabilisé le temps de consultation avec le patient en présentiel, par téléphone ou échanges par courriel, ainsi que le temps en absence du patient, comprenant la tenue du dossier, la lecture et la rédaction de rapports, ordonnances et courriers, ainsi que les échanges concernant le patient avec d'autres professionnels de la santé (médecins spécialistes, physiothérapeutes, CMS, etc.).

Vous pouvez bénéficier sur le temps de votre forfait de consultations avec notre CMA Nathalie Betrix ou avec Doula Valérie (offres de massages exclues), avec 2 fois plus de temps de consultation (p.ex. 1 heure de consultation pour 30 minutes décomptées)

Le cabinet n'est pas tenu d'informer le patient que le temps de son forfait est épuisé, mais il le fait dans la mesure du possible à la fin de la consultation menant à un dépassement du temps du forfait, ou -notamment dans le cas où cette dernière consultation est en l'absence du patient- à la consultation en présentiel ou téléphonique suivante.

Une fois le temps du forfait épuisé, dans le cas d'une adhésion par un forfait n°1 ou n°2 le patient peut soit :

1. Bénéficier gratuitement de plages de consultation mises à disposition pour les membres de la collectivité (cf. point 5) et laissées libres car non utilisées, **uniquement dans la limite des disponibilités.**
2. Financer du temps d'accompagnement unique et personnalisé hors LAMal (non remboursé par les assurances) supplémentaire au tarif préférentiel communautaire de son forfait, soit tous avantages inclus 225.- CHF/h pour le forfait n°1 et 250.- CHF/h pour le forfait n°2 (au lieu de 350.-CHF/h).
3. Compléter avec des soins de base au tarif LAMal.

En cas d'indisponibilité de la possibilité n°1, et si le patient n'a pas fait part de sa volonté de faire usage de la possibilité n°2 (y compris dans les cas où il n'aurait pas été possible pour le cabinet de l'informer), le dépassement de temps du forfait est facturé par défaut au tarif LAMal.

Dans le cas d'une adhésion par une participation n°3, une fois le temps contractuel annuel de 30 minutes épuisé, le temps supplémentaire est facturé au tarif LAMal.

Dans le cadre de notre offre spéciale famille, le(s) parent(s) avec enfant(s) ou jeune(s) de -26 ans faisant ménage commun et qui ont le même médecin attitré peuvent exceptionnellement partager et utiliser le temps d'un

forfait conclu par un (des deux) parent(s). Cette offre est non valable pour un forfait avec une aide financière ou avec la participation n°3. Le temps utilisé par les proches (autre parent ou enfant ou jeune de -26 ans ayant le même médecin attitré et faisant ménage commun) est alors décompté, selon les mêmes modalités ci-dessus, sur le forfait du parent ayant conclu le forfait.

Pour toute consultation manquée ou annulée moins de 24 heures ouvrables à l'avance, un montant de 75.- CHF sera facturé.

7. Temps de consultation non utilisé à l'échéance de la durée du forfait

Le temps de consultation non utilisé à l'échéance de la durée du forfait (4 heures par an pour le forfait n°1, 2 heures par an pour le forfait n°2, 30 minutes par an pour la participation n°3) n'est pas utilisable ultérieurement (puisque mis à la disposition des autres membres de la collectivité).

8. Prestations du cabinet non couvertes par le forfait ou la participation / facturation au tarif LAMal

Ne sont pas couvertes par le forfait ou la participation d'adhésion et sont facturés par le cabinet au tarif LAMal (pouvant être remboursé selon les conditions de l'assurance de base) :

- Tous les examens effectués par le cabinet. Cela comprend notamment les examens de laboratoire effectués au cabinet, les radiographies effectuées au cabinet, les examens paracliniques effectués au cabinet (ECG, spirométrie, MAPA, Apnealink, ...).
- Les médicaments, vaccins et matériel médical (pansements, attelles, ...) utilisés dans le cadre des consultations et fournis par le cabinet.
- Les éventuelles consultations effectuées par les autres médecins du cabinet que le médecin attitré du patient dans le contrat d'adhésion.

Le laboratoire effectué au cabinet ne peut légalement être facturé au tarif LAMal qu'avec une consultation également facturée en LAMal. Une consultation minimale de 5 minutes au tarif LAMal sera ainsi facturée avec chaque laboratoire effectué au cabinet. Ce temps, de toute façon nécessaire pour l'interprétation et la transmission des résultats, sera retranché du temps comptabilisé sur le forfait ou la participation du patient.

9. Prestations externes au cabinet

Toutes les prestations externes, comprenant notamment les médicaments et les examens médicaux externes (laboratoire externe, radiologie externe, ...) prescrits par les médecins du cabinet ne sont pas couvertes par le forfait ou la participation. Il en va de même pour les prescriptions de physiothérapie, ergothérapie, diététique, etc. et les consultations médicales en dehors du cabinet (médecins spécialistes, services d'urgences, ...). Ces prestations sont financées selon le mode standard : LAMal, éventuelles assurances complémentaires, solde non remboursé (franchise, quote-part, prestations non assurées) à charge du patient. Toute prétention de participation du cabinet à des frais médicaux non expressément couverts par le forfait ou la participation selon le présent contrat est exclue.

10. Modalités de prises de RDV, urgences et limites de disponibilités et ressources du cabinet

Après discussion avec le patient, c'est le médecin ou l'assistante médicale sous sa responsabilité qui juge des consultations nécessaires (degré d'urgence, durée et fréquence des consultations). Le cabinet fait son possible pour pouvoir répondre aux besoins en soins de premier recours des patients adhérents. Il le fait toutefois dans la mesure de ses disponibilités, et l'adhésion à la collectivité de soins solidaire de Chavornay ne confère en aucun cas une garantie de pouvoir être reçu par un médecin du cabinet dans un délai donné. En tout temps, en cas d'urgence notamment, le cabinet peut référer le patient à un service d'urgence ou une policlinique, s'il n'a pas la disponibilité ou les ressources nécessaires. Toute prétention de participation du cabinet à des frais médicaux externes au cabinet, y compris si c'est le cabinet qui a réorienté ou adressé le patient, est exclue.

11. Aide financière pour forfait

Si vous avez besoin d'une aide financière pour payer votre forfait, vous pouvez nous en faire la demande écrite, lors de l'adhésion ou ultérieurement, en nous retournant le *formulaire de demande d'aide* qui est à renvoyer par courriel à medicavo@svmed-hin.ch ou courrier postal à Medicavo Sàrl, Rue du Levant 7-9, 1373 Chavornay.

La demande d'aide doit être renouvelée chaque début d'année avant le 1^{er} février en remplissant un nouveau formulaire de demande d'aide si vous en avez toujours besoin.

Une aide n'est pas possible pour la participation n°3.

Aucune aide ne sera accordée rétroactivement.

Aucune justification à la demande d'aide n'est requise.

En fonction du degré d'aide nécessaire, les réductions suivantes sont possibles (sous conditions ci-après) :

Pour le forfait n°1 de 4 heures à 1'140.- CHF/an : une réduction de 300.- CHF, 600.- CHF ou 900.- CHF. Une participation minimale de 240.- CHF/an, ou 20.- CHF/mois est demandée, dans l'idée que chacun contribue financièrement à la collectivité à sa mesure.

Pour le forfait n°2 de 2 heures à 720.- CHF/an : une réduction de 300.- CHF ou 600.- CHF. Soit une participation minimale de 120.- CHF/an ou 10.- CHF/mois.

Par une réduction de par exemple 600.- CHF, on entend l'exonération du montant de solidarité de 200.- CHF + un apport venant du fonds de solidarité pour le reste, soit 400.- CHF dans cet exemple.

L'aide est accordée à la seule condition que le fonds de solidarité prévu à cet effet soit suffisant. L'aide octroyée l'est jusqu'à la prochaine échéance de renouvellement du contrat (1^{er} mars) et est garantie jusqu'à cette date. Si le fonds est ou devient insuffisant, chaque réduction accordée est diminuée d'un montant égal, de façon à atteindre l'équilibre.

En février, avant l'échéance annuelle de renouvellement des forfaits d'adhésion au 1^{er} mars, le montant des réductions qu'il est possible d'accorder pour l'année à venir est établi. Si le montant total des demandes d'aide est inférieur au fonds à disposition, le montant de l'aide demandée est octroyé. Si le montant total des demandes d'aide est supérieur au fonds à disposition, chaque réduction accordée est diminuée d'un montant égal, de façon à atteindre l'équilibre. Exemple : 100 demandes d'aide pour la prochaine période annuelle, d'un montant annuel total de 60'000.- CHF, montant du fonds à disposition pour l'année 50'000.- CHF. Il manque 10'000.- CHF, divisés par 100 demandes = diminution de 100.- CHF sur chaque aide (soit par exemple 200.- CHF de réduction au lieu de 300.- CHF demandés, ou 800.- CHF de réduction au lieu de 900.- CHF demandés).

Le cabinet informe le patient en cas de diminution de l'aide qui peut lui être accordée au moment de l'envoi de la facture de son forfait (qui est adaptée en fonction) à l'occasion de l'adhésion ou de son renouvellement au 1^{er} mars de chaque année. Si le patient n'est pas ou plus en mesure de payer son forfait à la suite d'une réduction de l'aide qu'il est possible de lui accorder pour la prochaine période contractuelle, il doit alors résilier son forfait (sans pénalité, cf. conditions de résiliation ci-dessous)

Les demandes d'aide reçues en cours d'année (après le 1^{er} février pour le 1^{er} mars de l'année) sont traitées trimestriellement pour la prochaine échéance (1^{er} juin, 1^{er} septembre ou 1^{er} décembre, la demande doit parvenir au cabinet au moins 30 jours avant pour traitement à la date d'échéance donnée). Aucune demande d'aide reçue en cours d'année n'est accordée même partiellement si le fonds de solidarité est insuffisant. De plus, une aide accordée en cours d'année (y compris dans le cas d'une nouvelle adhésion en cours d'année, soit au 1^{er} juin, 1^{er} septembre ou 1^{er} décembre) ne peut pas dépasser le montant de l'aide maximale déterminée pour l'année en cours selon les modalités ci-dessus.

12. Résiliation

Le contrat de soin peut être résilié en tout temps par chacune des parties, sans motif et sans préavis.

En cas de résiliation, les mensualités versées, déduction faite de 300.- CHF/h de consultation déjà effectuées (selon décompte du temps, cf. point 6.), sont remboursées au prorata des mois non entamés au moment de la notification de la résiliation. Exemple : Forfait n°1 conclu au 1^{er} mars, résiliation notifiée le 16 juin. 12 mensualités de 95.- CHF versées d'avance soit 1'140.- CHF. 2 heures de consultations comptabilisées depuis le 1^{er} mars x 300.- CHF/h = 600.- CHF. $1'140 - 600 = 540$.- CHF à rembourser au prorata des 8 mois non entamés sur 12 soit $540 \times (8/12) = 360$.- CHF remboursés au patient.

En cas de paiement mensuel : si le montant du temps de consultation déjà effectué pour le patient (selon décompte du temps, cf. point 6.) multiplié par le tarif horaire de 300.- CHF/h dépasse le montant des mensualités déjà versées, le solde est dû. Exemple : Forfait n°1 conclu au 1^{er} mars, résiliation notifiée le 16 juin. 4 mensualités de 95.- CHF versées soit 380.- CHF. 2 heures de consultations comptabilisées depuis le 1^{er} mars x 300.- CHF/h = 600.- CHF. Le solde de $600 - 380 = 220$.- CHF est dû au cabinet par le patient.

En cas d'aide financière accordée sur le forfait, le calcul du solde dû au cabinet se fait avec le tarif standard, et l'éventuel solde dû par le patient est réduit au prorata de l'aide accordée. Exemple pour un forfait n°1 à 1'140.- CHF/an, avec une aide de 900.- CHF/an : Forfait conclu au 1^{er} mars, résiliation notifiée le 16 juin. 4 mensualités au tarif standard de 95.- CHF qui auraient dû théoriquement être versées, soit 380.- CHF. 2 heures de consultations comptabilisées depuis le 1^{er} mars x 300.- CHF/h = 600.- CHF. Solde de $600 - 380 = 220$.- CHF, réduit au prorata de l'aide accordée de $900/1'140=79\%$, soit 46.20 CHF dû au cabinet par le patient.

Le non-paiement d'une mensualité dans les 15 jours après un deuxième rappel équivaut à une résiliation tacite du contrat par le patient.

En cas de décès du patient, le contrat est résilié automatiquement à la date du décès dès le moment où le cabinet en est informé. Un éventuel remboursement selon les modalités ci-dessus lors d'une résiliation est possible sur

demande, uniquement au conjoint survivant s'il y en a un. Un éventuel solde dû au cabinet par le patient défunt est abandonné.

13. Cas accidents / assurance LAA

Pour l'assurance accident (LAA), seule la validation d'une facture adressée directement à l'assurance LAA peut garantir qu'elle couvrira les coûts liés au cas accident (indemnités journalières, examens ou consultations externes ultérieures, etc.). Afin d'éviter des défauts de couverture de cas LAA, pour les patients assurés pour les accidents par la LAA, le temps de consultation est facturé directement à l'assurance du patient, jusqu'à la limite de maximum 20 minutes par consultation, selon les conditions de la LAA. Ce temps n'est bien sûr pas comptabilisé dans le temps de consultation du forfait ou de la participation. Si le temps de la consultation dépasse le temps maximum de 20 minutes fixé par les conditions LAA, le temps supplémentaire est alors comptabilisé sur le forfait ou la participation, selon les conditions du point 6 des présentes conditions générales.

Pour les patients assurés pour les accidents par la LAMal, les conditions sont les mêmes que lors d'un cas maladie, telles que décrites aux points 4 à 9 des présentes conditions générales.

Fonds de solidarité

14. But du fonds

Notre fonds de solidarité permet selon les ressources mises ainsi à disposition de participer au financement du forfait de soins pour ceux qui en signalent le besoin (cf. point 11).

Le fonds est constitué en association à but non lucratif, nommée « Fonds de solidarité de la collectivité de soins de Chavornay », dont le siège est à Chavornay.

Le fonds associatif a selon ses statuts (disponibles sur notre site internet) pour but premier de fournir une aide financière pour le paiement de leur forfait de soins aux adhérents de la collectivité de soins solidaire de Chavornay qui en expriment le besoin, ceci en fonction des ressources disponibles dans le fonds. Si les ressources sont supérieures aux demandes d'aide, l'association a pour but subsidiaire de réduire le montant de l'ensemble des forfaits de la collectivité de soins.

Le fonds ne peut ainsi être utilisé que pour octroyer des aides et rabais sur les forfaits de la collectivité de soins solidaire de Chavornay. Est expressément exclu un soutien financier du fonds associatif pour des prestations médicales pouvant être remboursées par les assurances, que ce soit l'assurance obligatoire de soins ou les assurances maladies complémentaires.

15. Principes fondamentaux du fonds

La demande d'aide est le seul critère d'octroi. L'aide demandée est accordée à la seule condition que le fonds de solidarité soit suffisant à cet effet. Si le fonds est insuffisant, l'ensemble des aides demandées sont réduites d'une même manière et proportionnellement aux montants disponibles dans le fonds, selon les modalités décidées par le comité.

Le comité de l'association a la prérogative pour modifier le ou les points des présentes conditions générales de la collectivité de soins solidaire de Chavornay réglant les modalités d'affectation des aides et réductions octroyées par le fonds associatif.

La constitution de réserves est admise, afin de lisser les fluctuations à court terme et favoriser l'octroi des demandes d'aide sollicitées par rapport aux réductions sur l'ensemble des forfaits, mais que pour un temps limité. Ainsi, la totalité d'une réserve doit être utilisée pour les buts de l'association dans un délai maximal de 3 ans suivant sa constitution.

Toute personne est éligible pour adhérer à la collectivité de soins solidaire de Chavornay et est donc susceptible de pouvoir toucher des aides du fonds de solidarité. Les adhésions à la collectivité de soins, qui est rattachée au cabinet médical Medicavo Sàrl, peuvent toutefois être limitées en fonction des disponibilités de ce dernier. En cas de disponibilité limitée, Medicavo Sàrl sélectionne les demandes en fonction de critères qu'elle établit et publie.

16. Apports du fonds

Le fonds est alimenté par :

- une contribution annuelle de solidarité de 200.- CHF sur chaque forfait
- des dons du cabinet
- la possibilité pour tout un chacun de faire des dons

17. Utilisation du fonds

La constitution du fonds en association à but non lucratif garantit qu'il est utilisé exclusivement et intégralement pour les patients, selon les buts et principes fondamentaux de l'association. En priorité pour répondre aux demandes de soutien (cf. point 11). En cas d'excédent, pour réduire le montant des forfaits l'année d'après (cf. point 20). Aucun frais administratif ou de gestion ne sont prélevés dessus.

Une aide ou une réduction via le fonds ne sont pas possibles sur le prix de l'adhésion « participation économique et solidaire n°3 ».

18. Publication de la comptabilité du fonds

La comptabilité du fonds de solidarité est publiée trimestriellement sur notre site internet, avec les apports, les montants utilisés et le solde disponible.

19. Affectation des excédents pour la réduction des forfaits

Si les apports du fonds de solidarité sont supérieurs aux demandes de soutien, le surplus sera utilisé pour réduire le montant des forfaits l'année d'après. Seuls les forfaits précédemment conclus et qui sont renouvelés à l'échéance du 1^{er} mars sont concernés par cette réduction, les forfaits nouvellement conclus pour l'année en cours en étant expressément exclus. Aucune réduction ne sera accordée rétroactivement, ni n'est exigible en cas de résiliation / non-renouvellement du forfait.

Les dons sont affectés prioritairement au financement du forfait de soins pour ceux qui en signalent le besoin. Ainsi, les dons ne peuvent être utilisés pour réduire le montant des forfaits renouvelés pour l'année suivante que s'ils dépassent à eux seuls les demandes de soutien, après déduction d'une réserve de 50% du montant excédentaire. Exemple : dons sur l'année 20'000.- CHF, demande de soutien 18'000.- CHF. Excédent 20'000-18'000 = 2'000.- CHF, après déduction réserve de 50% : 1'000.- CHF. S'il y a 200 forfaits renouvelés pour l'année suivante 1'000/200 = réduction de 5.- CHF annuels par forfait renouvelé sur l'année suivante.

Si les dons seuls ne couvrent pas les demandes de soutien, les contributions de solidarité de 200.- CHF sur les forfaits sont alors utilisés prioritairement à cet effet. Si l'ensemble de ces contributions dépassent les demandes d'aide, le solde, après déduction d'une réserve de 25%, sera utilisé pour réduire le montant des forfaits renouvelés pour l'année suivante. Exemple : dons sur l'année 20'000.- CHF, demande de soutien 50'000.- CHF, total contributions de solidarité 40'000.- CHF. Excédent : 20'000+40'000-50'000 = 10'000.- CHF, après déduction réserve de 25% : 7'500.- CHF. S'il y a 200 forfaits renouvelés pour l'année suivante 7'500/200 = réduction de 37.50 CHF annuels par forfait renouvelé sur l'année suivante.

20. Droit applicable et for

Le présent contrat est soumis au droit suisse.

Les tribunaux du lieu du siège de la société Medicavo Sàrl, à savoir Chavornay, sont compétents pour connaître des litiges relatifs à l'interprétation et/ou l'exécution du présent contrat.