

PRÉAMBULE

Contrat collectif santé à adhésion facultative N° 01 01 01 08 23 et 01 01 02 08 23

Souscrit par :

L'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS),
Association Loi 1901,
Déclaration Préfecture de Paris n° 546967 P,
Siège : 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris cedex 08
Ci-après désigné « l'Association »

Auprès de :

MUTUELLE pour la PREVOYANCE et les GARANTIES SOCIALES (M.P.G.S),
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
Immatriculée au R.N.M. sous le n° 434 869 103
Siège 19, rue de la Trémoille - 75008 Paris
Ci-après désigné « la Mutuelle »

Le contrat est souscrit dans le respect du code de la mutualité et des statuts, règlement intérieur et règlement mutualiste de la Mutuelle, le tout formant un tout indissociable.

Votre adhésion au contrat est :

- régie par les dispositions qui suivent dans le présent document. La loi applicable est la loi française, notamment par le Code de la mutualité. En accord avec l'Association, et vous-même, nous nous engageons à utiliser la langue française,
- constituée des éléments suivants :
 - o la présente Notice d'information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements,
 - o le certificat d'adhésion qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites,
 - o le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé assurées et le montant de la participation correspondante.

La gestion de votre adhésion est effectuée par :

- **OWLIANCE :**
Immeuble le central - 3ème étage - 410 clos de la courtine
- 93160 NOISY LE GRAND
- **ECA-Assurances**
BP 80531 - 75428 Paris Cedex 09
Téléphone : 0969 320 418 (appel non surtaxé)
Courriel : relationsclients@eca-assurances.com
www.eca-assurances.com

qui agissent en tant que mandataire de la Mutuelle. Ils sont désignés dans le texte ci-après, le « Délégué de gestion ».

SOMMAIRE

Titre I : Le contrat et votre adhésion.....	3
Article 1 - QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ET DE VOTRE ADHESION ?.....	3
Article 2 - LA NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT.....	3
Article 3 - QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?.....	3
Article 4 - LA DUREE DE VOTRE ADHESION.....	3
4.1 - La date d'effet, la durée et le renouvellement de votre adhésion.....	3
4.2 - La révision du contrat et de votre adhésion.....	4
4.3 - La résiliation de votre adhésion.....	4
Article 5 - LA DUREE DE LA GARANTIE.....	5
5.1 - Le début de la garantie et le délai d'attente.....	5
5.2 - La suspension de la garantie.....	5
5.3 - La cessation de la garantie.....	5
Article 6 - LA BASE DE VOTRE GARANTIE ET DE VOS REMBOURSEMENTS.....	5
Article 7 - VOS COTISATIONS.....	6
7.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations.....	6
7.2 - L'évolution de vos cotisations.....	6
7.3 - Le paiement de vos cotisations.....	6
7.4 - Le non paiement de vos cotisations.....	7
Article 8 - LA VIE DE VOTRE ADHESION.....	7
8.1 - A l'adhésion.....	7
8.2 - En cours d'adhésion.....	7
8.3 - Modification des modalités de garantie en cours d'adhésion.....	7
8.4 - Les autres documents à nous transmettre.....	8
8.5 - Vos déclarations.....	8
Article 9 - LA NOTICE D'INFORMATION.....	8
Titre II : Quelles sont les garanties prévues dans le contrat?.....	8
Article 10 - L'OBJET DE VOTRE GARANTIE.....	8
10.1 - Les personnes assurées.....	8
10.2 - Votre garantie Santé.....	8
10.3 - Le remboursement de vos dépenses de santé.....	9
10.4 - Le paiement de l'allocation Frais d'obsèques.....	9
Article 11 - QUELS SONT LES CAS OU LA GARANTIE NE S'EXERCE PAS ?.....	9
11.1 - Les exclusions générales.....	9
11.2 - Les exclusions relatives à la nature de l'établissement ou du service.....	10
11.3 - Les exclusions relatives aux hospitalisations et traitements suivants.....	10
Article 12 - LES SERVICES COMPLEMENTAIRES.....	10
Titre III : Comment obtenir vos remboursements ?.....	10
Article 13 - CE QUE VOUS DEVEZ DECLARER.....	10
13.1 - La télétransmission avec votre caisse d'assurance maladie.....	10
13.2 - Les documents que vous devez transmettre.....	11
13.3 - Contrôle des dépenses-Contrôle médical.....	12
13.4 - Arbitrage.....	12
Titre IV : Quelles sont les autres dispositions relatives à votre adhésion?.....	12
Article 14 - L'ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES DU CONTRAT.....	12
Article 15 - LES RECLAMATIONS - LA MEDIATION.....	12
Article 16 - LA PRESCRIPTION.....	12
Article 17 - DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION (LOI 78.17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIEE).....	13
Article 18 - LA SUBROGATION.....	13
Article 19 - AUTORITE DE CONTROLE.....	14
Article 20 - VOS POSSIBILITES DE RENONCIATION.....	14
Titre V : Lexique.....	15
ANNEXE : TABLEAU DES GARANTIES ECA-Tonussia.....	17

Titre I : Le contrat et votre adhésion**Article 1 - QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ET DE VOTRE ADHESION ?**

Votre adhésion au contrat ECA-TONUSSIA a pour objet de vous permettre de bénéficier, et, le cas échéant, les membres de votre famille, de la prise en charge totale ou partielle des dépenses de santé.

Les prestations assurées de la formule de garantie que vous avez choisie sont définies sur votre Certificat d'adhésion.

Article 2 - LA NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT

Garanties « contrat solidaire » :

L'accès au contrat et à ses garanties est acquis quelque soit l'état de santé de l'assuré, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Garanties « contrat responsable »

Les garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif, relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé, dits «contrat responsable» défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets d'application et arrêtés.

En conséquence, elles ne remboursent pas :

. la contribution forfaitaire par acte médical prélevée par le Régime obligatoire

. les majorations de ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins coordonnés

. le dépassement d'honoraires autorisé des médecins spécialistes consultés hors du parcours de soins

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalable des adhérents.

Article 3 - QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?

Pour adhérer au contrat, vous devez être:

. membre de L'Association,

. assujetti à un Régime obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,

. âgé de moins de 66 ans.

Dispositions spécifiques au contrat N° 0101010823 (Contrat réservé aux seuls adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé):

Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du Régime obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non salariés non agricoles et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

Si elle est prévue dans les prestations du contrat vous serez assuré pour la garantie Allocation Frais d'obsèques.

Article 4 - LA DUREE DE VOTRE ADHESION**4.1 - La date d'effet, la durée et le renouvellement de votre adhésion**

Votre adhésion est parfaite dès la conclusion de l'adhésion et l'acquittement de tout ou partie de la cotisation.

La conclusion de votre adhésion s'effectue sur les bases de durée suivantes:

. Elle prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et, sauf accord particulier de la Mutuelle, au plus tôt le 1er jour suivant la réception de la demande d'adhésion et se poursuit jusqu'au 31 décembre suivant, sous réserve du paiement de vos cotisations.

. Elle est ensuite renouvelée annuellement par **tacite reconduction** le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par vous ou nous, dans les cas et selon les modalités précisées aux articles 4.2 et 4.3 ci après.

. A l'exception des garanties qu'il est prévu de faire cesser à un âge déterminé, et des situations visées aux articles L.221-7, L.221-14, et L.212-21 du code de la mutualité, l'adhésion est viagère dès sa prise d'effet.

4.2 - La révision du contrat et de votre adhésion

Les conditions des garanties sont définies en fonction de la législation sociale française en vigueur à la date d'émission de votre certificat d'adhésion.

En cas de modification de cette législation de nature à mettre en cause la portée des engagements réciproques, les présentes dispositions sont susceptibles d'aménagements.

Vous aurez alors la possibilité de résilier votre adhésion au plus tard dans les 30 jours suivants la date à laquelle ils auront été portés à votre connaissance. La demande de résiliation devra être adressée par lettre recommandée au Délégué de gestion. A défaut de réception de cette notification de la résiliation, les nouvelles conditions de garanties seront considérées comme acceptées de votre part.

Les révisions induites par les évolutions de la Loi du 13 août 2004 (Cf Art 2) ne sont pas concernées par ces dispositions.

4.3 - La résiliation de votre adhésion

• A l'initiative de l'adhérent :

Vous avez la possibilité de demander la résiliation de votre adhésion :

. A la date du premier anniversaire de votre adhésion ainsi qu'à chaque échéance annuelle, selon les dispositions de l'Article 4.1, moyennant un préavis de 2 mois.

. En cas d'augmentation de la prime résultant d'une révision du tarif dans les conditions prévues par l'article 8.2

. En cas de changement de Régime obligatoire ou de domicile si les garanties en relation avec la situation antérieure ne correspondent plus à votre nouvelle situation. La demande de résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la date de l'événement et prend effet un mois après la réception de votre notification.

Votre notification de résiliation doit être adressée par lettre recommandée à l'adresse suivante : ECA-Assurances - Renonciation - BP 80531 - 75428 Paris Cedex 09

• A l'initiative de la Mutuelle :

La résiliation peut intervenir de notre part en cas :

. d'aggravation du risque dans les conditions prévues à l'article 4.3 ci-dessus ;

. de non paiement de la prime (art. L.221-7 du Code de la mutualité). Les cotisations de l'année en cours nous sont toutefois dues dans leur intégralité ;

. de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle dans la déclaration du risque lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion (art. L.221-14 du Code de la mutualité).

. de fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues. La résiliation prendra effet 10 jours après sa notification.

La notification vous sera communiquée par lettre recommandée adressée par le Délégué de gestion à votre dernier domicile connu. La date d'envoi constituera le point de départ du préavis.

• Elle intervient de plein droit :

. En cas de fixation de votre domicile hors France métropolitaine. Vous devrez alors en informer le Délégué de gestion par lettre recommandée, adressée dans les trois mois qui suivent la date d'installation. La résiliation prendra effet à la fin du mois suivant la réception de votre notification.

. En cas de décès de l'adhérent. Si vous n'êtes pas seul assuré, l'adhésion continuera de produire ses effets à l'égard des autres assurés, à charge pour eux d'exécuter les obligations dont vous étiez tenu, jusqu'à l'échéance principale suivante. A cette date, une nouvelle adhésion leur sera proposée.

. En cas de retrait de notre agrément de Mutuelle,

. En cas de perte de la qualité d'adhérent de l'Association ou de la résiliation des contrats par nous ou l'Association, votre adhésion sera maintenue jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Il vous sera ensuite proposé un maintien de garantie dans le cadre d'un contrat individuel au tarif en vigueur pour ce type de contrat.

Article 5 - LA DUREE DE LA GARANTIE

5.1 - Le début de la garantie et le délai d'attente

. **Le début de la garantie** : La garantie débute à l'égard de l'assuré, après expiration du délai d'attente éventuel, décompté à partir de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion ou l'avenant d'adhésion.

Lorsque l'adhérent demande, postérieurement à son adhésion, l'extension de sa garantie pour un membre de sa famille, jusqu'alors non assuré dans le cadre de l'adhésion, la date d'effet de la garantie de ce nouvel assuré débutera, au plus tôt après expiration du délai d'attente éventuel, le premier jour qui suit la réception de la demande par le Délégué de gestion.

. **Le délai d'attente** : La garantie ne comporte pas de délai d'attente pour l'ensemble des prestations assurées, sauf :

- 10 mois pour le Forfait naissance en cas de maternité de l'assurée,
- 6 mois pour l'allocation Frais d'obsèques,
- 12 mois pour les traitements par psychothérapie et psychanalyse, les consultations, visites et hospitalisations liées aux affections neuropsychiatriques, à l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou à l'éthylisme nécessitant un traitement en milieu hospitalier.

5.2 - La suspension de la garantie

Votre adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de :

- non paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le code de la mutualité,
- séjour de plus de 2 mois hors du territoire français métropolitain.

En cas de suspension l'adhésion et les garanties reprennent effet le lendemain du jour où :

- les cotisations arriérées, celles venant à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés, en cas de non paiement,
- l'assuré revient vivre en France métropolitaine après en avoir séjourné en dehors plus de 2 mois.

La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à un accident, une maladie ou une maternité survenu pendant cette période.

5.3 - La cessation de la garantie

Toutes les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion, à l'exception de certaines garanties qui peuvent cesser en fonction de l'âge de l'assuré.

La garantie cesse à l'égard de chacun des assurés,

- au plus tard en même temps que celle de l'adhérent, sauf en cas de décès;
- et, au plus tôt, dès qu'il ne répond plus à la définition des personnes assurées selon les dispositions de l'article 10.1.

Article 6 - LA BASE DE VOTRE GARANTIE ET DE VOS REMBOURSEMENTS

Sauf dispositions spécifiques mentionnées sur le certificat d'adhésion ou le tableau des garanties, les garanties et prestations assurées correspondantes sont généralement exprimés en pourcentage des bases de

remboursement du Régime obligatoire et pour les prestations forfaitaires en Euros ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Lorsque la garantie fait référence à un plafond mensuel de la Sécurité sociale, celui-ci correspond au plafond en vigueur à la date à laquelle sont exposés les frais.

Les montants des remboursements et des prestations assurées sont mentionnés sur le tableau des garanties joint au certificat d'adhésion.

Selon les garanties, elles peuvent prévoir, en fonction de la durée de la période de garantie, sous la forme de bonus fidélité, une majoration de la prestation initialement prévue, ou de nouvelles prestations assurées.

Article 7 - VOS COTISATIONS

7.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations

. En début d'adhésion, le montant de votre cotisation est mentionné sur le certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge des assurés. Il prend en compte également les modalités de prise en charge et les bases de remboursement en vigueur du régime obligatoire respectif dont relève l'assuré lors de la prise d'effet des garanties et le cas échéant du lieu de votre domicile.

. En cours d'adhésion :

Les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2% par an jusqu'à l'âge de 65 ans, et de 3% à partir de 66 ans. Lors du premier renouvellement, cette revalorisation ne sera toutefois appliquée que si **l'adhésion à une durée effective minimale de 12 mois**.

En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.

Votre cotisation peut évoluer en cas de changement:

- du lieu de votre domicile,
- du régime obligatoire d'un des assurés.

Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, nous prenons en compte l'âge de l'assuré au 31 décembre de l'année en cours. Les modalités pratiques du calcul de l'âge sont expliquées au lexique.

La cotisation du troisième enfant et des suivants est gratuite à condition que les deux premiers enfants assurés paient une cotisation en «qualité» d'enfant. La qualité d'enfant au sens de la cotisation s'acquiert en devenant assuré avant l'âge de 19 ans et se perd à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de 20 ans.

7.2 - L'évolution de vos cotisations

Lors de chaque échéance principale votre cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés, évoquée ci-dessus à l'article 7.1 :

. évoluera en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

. pourra également évoluer :

- en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions au contrat.
- pour tenir compte du contexte évoqué à l'article 4.2 suite à une modification de la réglementation postérieure à la souscription de votre adhésion.

7.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance au Délégué de gestion. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement), sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.

7.4 - Le non paiement de vos cotisations

A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, nous pourrions, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi.

Article 8 - LA VIE DE VOTRE ADHESION**8.1 - A l'adhésion**

Lors de la demande d'adhésion, pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat ECA-TONUSSIA, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

Pour être assuré, chacune des personnes à assurer doit être, lors de la prise d'effet de la garantie :

- . assujettie à un régime obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit et pouvoir bénéficiaire à ce titre des prestations en nature,
- . et, âgée de moins de :
 - 65 ans pour l'adhérent et son conjoint,
 - 20 ans pour les enfants à charge.

Pour la détermination de l'âge de l'assuré, nous prenons celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

8.2 - En cours d'adhésion

Vous devrez :

- . nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :
 - toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
 - les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime obligatoire,
 - les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine et des DOM-TOM.

Si les éléments modifiés constituent :

- une aggravation de risque (hors problème de santé), nous pourrions, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation.

Si vous refusez nos nouvelles conditions de garantie, vous devrez nous en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification.

Nous procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant préavis de 10 jours.

- une diminution de risque, nous pourrions diminuer la prime en conséquence. A défaut, vous pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

. procéder aux déclarations prévues pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour les assurés lors de l'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.221-14 (nullité de l'adhésion) et L.221-15 (réduction des indemnités) du code de la mutualité.

8.3 - Modification des modalités de garantie en cours d'adhésion

Vous pouvez demander une modification des garanties de votre adhésion lors du renouvellement annuel sous réserve d'en effectuer la demande au moins un

mois avant l'échéance annuelle. Elle prendra effet à la date du renouvellement et concernera l'ensemble des personnes assurées. Cette modification peut porter sur :

. Une diminution ou une augmentation des garanties (l'assuré ayant atteint l'âge de 65 ans ne peut plus demander à bénéficier d'une augmentation de garantie);

. La suppression d'une personne assurée. Un changement de fractionnement de la cotisation.

8.4 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandées.

8.5 - Vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues au Délégué de gestion par courrier postal, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire le Délégué de gestion (ou nous) en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

Article 9 - LA NOTICE D'INFORMATION

Conformément à la législation, nous vous remettons, préalablement à votre adhésion au contrat, une notice d'information qui constitue le présent document. Cette notice d'information vous précise les modalités d'application et du fonctionnement de votre adhésion au contrat.

Titre II : Quelles sont les garanties prévues dans le contrat?

Article 10 - L'OBJET DE VOTRE GARANTIE

La garantie permet aux assurés d'obtenir le remboursement de tout ou partie de leurs dépenses médicales et chirurgicales consécutives à une maladie, un accident ou une maternité ainsi que de celles relatives à des actes de prévention.

Elle prévoit également le versement d'une indemnité en cas de décès d'un assuré avant l'âge de 85 ans.

La garantie Santé est complétée par la mise en œuvre d'un ensemble de services.

10.1 - Les personnes assurées

Bénéficiaire, en tant qu'assuré, des remboursements de la garantie Santé et des services associés proposés:

. Vous même en tant qu'adhérent,

. et le cas échéant, votre conjoint et les enfants à charge pour lesquels vous aurez demandé la garantie dans les conditions prévues aux articles 8.1 et 8.2.

Les personnes assurées sont désignées sur le certificat d'adhésion ou, le cas échéant, sur l'avenant d'adhésion.

10.2 - Votre garantie Santé

Notre participation en tant qu'Assureur, telle que prévue au sens du présent contrat, intervient sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé au certificat d'assurance pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants qui sont indiqués.

Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.

La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond :

- . à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du régime obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci) ;

- . aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le régime obligatoire.

En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

10.3 - Le remboursement de vos dépenses de santé

- . Nos remboursements viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis.

- . Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties assurées joint au certificat d'adhésion.

- . S'il en est fait mention dans le tableau des garanties de la formule assurée, notre garantie peut prévoir le versement de prestations ou d'allocations forfaitaires en cas de maternité ou de décès.

Vous ne pourrez percevoir pour vous-même ou pour les membres de votre famille assurés, un remboursement supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur le bordereau ou la feuille de soins de la Sécurité sociale et le cas échéant, ou les factures des professionnels de santé lorsque les frais en cause garantis ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire.

Cette limitation ne s'applique pas à l'indemnité forfaitaire prévue en cas de maternité ou de décès.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

A l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

10.4 - Le paiement de l'allocation Frais d'obsèques

En cas de décès d'un assuré, cette allocation est versée à son conjoint, à défaut ses enfants, à défaut ses héritiers, ou si elle est différente de ces derniers, à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques, dans la limite des frais réellement engagés. Le paiement est effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français, sur transmission au Délégué de gestion du bulletin de décès et de la facture des frais d'obsèques.

Article 11 - QUELS SONT LES CAS OU LA GARANTIE NE S'EXERCE PAS ?

11.1 - Les exclusions générales

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion, ainsi que les accidents ou maladies et leurs suites qui résultent :

- . de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record ;

- . de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie d'un assuré ;

- . d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente ;

- . de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense) ;

. des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

11.2 - Les exclusions relatives à la nature de l'établissement ou du service

Nous ne garantissons pas les frais engagés pour le séjour dans les établissements ou services suivants:

- . hélio-marins ou de thalassothérapie ;
- . les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour ;
- . de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices de vieillards ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes.

11.3 - Les exclusions relatives aux hospitalisations et traitements suivants

Nous ne garantissons pas :

- . les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil du Délégué de gestion indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime obligatoire de l'assuré ;
- . tout frais non consécutif à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique ;
- . les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- . les interventions ayant pour but de remédier à des maladies ou infirmités congénitales, ainsi que leurs suites, sauf pour les nouveau-nés sous réserve que l'enfant nous ait été déclaré dans les 30 jours suivant sa naissance.
- . Les consultations et visites de psychiatre ou de neuropsychiatre au delà de 6 consultations par an et par assuré ;
- . Par ailleurs, les frais d'hospitalisation pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques seront limitées pour chaque assuré à 90 jours pour toute la durée de vie de l'adhésion.

Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés ci-dessus la garantie prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

Article 12 - LES SERVICES COMPLEMENTAIRES

Si elle est prévue dans le tableau des garanties, une carte de tiers payant peut être délivrée à l'adhérent par le Délégué de gestion lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, le Délégué de gestion pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

Titre III : Comment obtenir vos remboursements ?

Article 13 - CE QUE VOUS DEVEZ DECLARER

13.1 - La télétransmission avec votre caisse d'assurance maladie

Dans les départements où nous avons signé un accord avec une caisse d'assurance maladie (Caisse Primaire d'Assurance Maladie pour les salariés,

Bureau RAM-GAMEX pour les Indépendants et Exploitants Agricoles), les assurés pourront bénéficier d'un système simplifié pour le remboursement de leurs dépenses de santé.

Directement relié aux services informatiques des différentes caisses, le Délégué de gestion effectuera un traitement simultané du calcul de la participation complémentaire au remboursement des frais exposés et effectuera le paiement correspondant. Ainsi, les assurés ne transmettront pas le décompte des prestations du Régime obligatoire.

Si vous même et les membres de votre famille bénéficiaires ne souhaitent pas bénéficier de cette possibilité, vous devez le préciser par écrit au Délégué de gestion.

13.2 - Les documents que vous devez transmettre

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, le Délégué de gestion pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles figurant dans le tableau ci-dessous.

Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec sa Caisse d'Assurance Maladie, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à nous transmettre pour obtenir le remboursement des dépenses de santé sont mentionnées dans le tableau ci-après.

Les demandes de remboursements doivent parvenir au Délégué de gestion dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

Ce délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

Les frais	Les documents et justificatifs à transmettre
L'hospitalisation	L'original du décompte de la Sécurité sociale* ou les originaux des factures de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation des actes.
Les frais de transport	L'original du décompte de la Sécurité sociale.*
Le dentaire	L'original du décompte de la Sécurité sociale*. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime obligatoire, l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.
L'optique	L'original du décompte de la Sécurité sociale* ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien.
La médecine courante	L'original du décompte de la Sécurité sociale.*
La pharmacie	L'original du décompte de la Sécurité sociale ou la facture détaillée du pharmacien.*
Les prothèses et les appareillages (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques, etc)	L'original du décompte de la Sécurité sociale* La facture détaillée.
La maternité	Un extrait d'acte de naissance de l'enfant de l'adhérent pour obtenir le paiement de l'indemnité forfaitaire de

La maternité (suite)	maternité, ou la copie du livret de famille, la copie du livret de famille pour obtenir le versement d'un forfait pour chaque naissance ou adoption.
La prévention	La prescription médicale et la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.

* ou l'original du décompte de remboursement de votre régime complémentaire, dans le cas où vous auriez déjà obtenu un remboursement de ce dernier.

13.3 - Contrôle des dépenses-Contrôle médical

Nous nous réservons la possibilité de demander aux assurés:

- . tous renseignements ou documents dont nous jugerions utiles de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil du Délégué de gestion.
- . de se faire examiner par un médecin de notre choix.

L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

13.4 - Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'assuré et nous, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3ème médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3e médecin et des frais de sa nomination.

Titre IV : Quelles sont les autres dispositions relatives à votre adhésion?

Article 14 - L'ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES DU CONTRAT

La garantie ne concerne que les assurés résidant durablement en France métropolitaine ou les DOM-TOM.

Toutefois, la garantie Santé portant sur le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation, de votre contrat est acquise dans le monde entier pour les assurés, à partir du moment où le Régime obligatoire intervient.

Article 15 - LES RECLAMATIONS - LA MEDIATION

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application des garanties ou à la gestion de votre adhésion, vous pouvez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé au Délégué de gestion.

Si un différend persistait après la réponse apportée par le Délégué de gestion, vous aurez la faculté de demander l'avis d'un médiateur indépendant, si la Mutuelle maintient la position. Les coordonnées du Médiateur vous seront communiquées par la Mutuelle sur simple demande adressée à son siège social.

Article 16 - LA PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité : **Article L221-11 :**

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci. La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article 221-12

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 adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L221-12-1 :

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 17 - DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION (LOI 78.17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIEE)

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et libertés » modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est la Mutuelle. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du Service clients du Délégué de gestion ou du service Client de la Mutuelle dont les coordonnées respectives sont mentionnées en entête du présent document. Les données personnelles seront utilisées pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents concernant les produits d'assurances par Swisslife Prévoyance et Santé, destinataire de l'information, avec ses mandataires, l'Association le cas échéant, les organismes de réassurances. Cependant, si vous souhaitez ne pas être sollicité, nous vous invitons à le faire savoir par courrier simple au Délégué de gestion par simple courrier à l'adresse précitée.

Article 18 - LA SUBROGATION

Conformément aux dispositions du code de la mutualité, l'assuré bénéficiaire des prestations nous donne subrogation pour exercer son recours, en cas de sinistre, contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des prestations et indemnités versées en application des garanties prévues dans le cadre de l'adhésion.

Article 19 - AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée d'assurer le contrôle de la Mutuelle garantissant les risques couverts au titre du présent contrat est : ACP - 61 rue Taitbout - 75009- Paris

Article 20 - VOS POSSIBILITES DE RENONCIATION

- En cas de vente par démarchage à domicile
Si votre adhésion est effectuée lors d'un démarchage à votre domicile, vous disposez d'un délai de 14 jours pour renoncer à votre souscription dans les conditions exposées dans la note annexée qui vous sera remise avec le dossier d'adhésion.

- En cas de vente à distance
Si votre adhésion est souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (articles L221-18 du code de la mutualités et L121-20-8 du code de la consommation), elle peut être exécutée immédiatement et intégralement dès sa conclusion, à votre demande expresse. Dans ce cadre, et conformément aux textes précités, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour vous rétracter à compter de la date de conclusion de votre adhésion (envoi des documents contractuels par le Délégué de gestion). Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée au Délégué de gestion. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci-après. La cotisation dont vous êtes redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de votre adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle rétractation.

En cas de rétractation :

Si des prestations ont été versées, vous vous engagez à nous rembourser les montants perçus dans un délai de 30 jours ;

Si des cotisations ont été perçues, le Délégué de gestion vous les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs,

Je soussigné (Nom et Prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à la souscription de mon adhésion au contrat (numéros du contrat et d'adhésion), que j'ai signée le (date).

(si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

(Signature de l'adhérent)

Titre V : Lexique

Pour vous faciliter la lecture de ce document, nous avons défini ci-après certains termes fréquemment utilisés dans le texte de la présente notice d'information ou le tableau des garanties.

Accident

Par accident il faut entendre toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent

Il s'agit de la personne physique ou morale, membre de l'Association qui signe le certificat d'adhésion au contrat, acquitte les cotisations, et ainsi fait accéder aux garanties du dit contrat.

Age

On entend par âge, l'âge atteint par l'adhérent ou l'assuré au 31 décembre de l'année considérée. Dans ce cadre, le calcul de l'âge est obtenu par la différence entre le millésime de l'année considérée et celui de l'année de naissance.

Exemple : Vous êtes né le 21 février 1960. L'âge pris en considération au cours de l'année 2007 sera de 47 ans (2007 - 1960 = 47).

Année d'assurance

Période comprise entre deux échéances principales.

Année (...de Bonus de fidélité)

Période de **12 mois** de garantie dans l'option choisie. La première débutant à partir de la date d'effet fixée pour chaque assuré.

Assuré

Toute personne qui bénéficie de la garantie souscrite dans le cadre de l'adhésion, y compris l'adhérent.

Base de Remboursement - BR -

L'ensemble des tarifs de base utilisés par le Régime obligatoire pour le calcul de ses remboursements.

Bonus de fidélité

Majoration de la prestation qui selon la durée de vie de l'option souscrite, s'ajoute à la prestation de base initiale.

Conclusion (...de l'adhésion)

L'adhésion est conclue par l'envoi, au domicile de l'adhérent, des conditions contractuelles (Certificat d'adhésion et Notice d'information) par le Gestionnaire.

Conjoint

Est considéré comme conjoint l'époux ou l'épouse de l'adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité ou son (sa) concubin(e) notoire.

Date de conclusion du contrat

Date d'édition du certificat d'adhésion (ou de signature en cas de démarchage à domicile) ou des conditions particulières.

Délai d'attente

Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie.

Dépassement d'honoraires

Partie des honoraires dépassant les tarifs de référence du Régime obligatoire.

Enfant (...à charge)

Il s'agit de votre ou vos enfants fiscalement à votre charge, ou celle de votre conjoint. La garantie cesse à leur égard à la fin de l'année suivant leur 21^{ème} anniversaire ou jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou se trouvent sous contrat d'apprentissage.

Hospitalisation

Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces évènements.

Nous

Il s'agit de nous même, l'Assureur.

Nomenclature (...des actes de la Sécurité sociale)

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles servent de base pour les calculs des remboursements des Régime obligatoire et complémentaire. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie(TNB).

Régime Obligatoire - RO

Le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale auprès duquel est affilié l'assuré.

Tarif de convention-Tarif de responsabilité

Il s'agit des tarifs servant de base au calcul du remboursement du régime obligatoire.

Tarif d'autorité

Tarif servant de base au calcul du remboursement du Régime obligatoire pour les actes pratiqués par des professionnels de santé relevant du secteur non conventionné.

Ticket modérateur - TM

Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le Régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Vous

Il s'agit de vous, adhérent, souscripteur de l'adhésion au contrat.

ANNEXE : TABLEAU DES GARANTIES ECA-Tonussia

Le tableau ci-après indique les remboursements dans la limite de 100% des frais réels. **Garantie Tonussia 300 limitée les 6 premiers mois d'adhésion à la garantie Tonus 200.

Les prestations sont exprimées en pourcentage des tarifs de convention y compris les remboursements du Régime Obligatoire dans la limite des dépenses réellement engagées.

GARANTIES ECA-TONUSSIA	TONUS +	TONUS 100	TONUS 200	TONUS 300
GARANTIE HONORAIRES et SOINS MEDICAUX COURANTS (y compris maternité)				
Consultations et Visites médecins généraliste et spécialiste, auxiliaires médicaux, laboratoire, actes techniques médicaux, imagerie, radiologie, échographie, examen	100%	100%	125%	150%
Bonus fidélité 2 ^{ème} année		+ 10%	+ 10%	+ 20%
Bonus fidélité 3 ^{ème} année		+ 20%	+ 20%	+ 40%
Bonus fidélité 4 ^{ème} année et suivantes		+ 30%	+ 30%	+ 50%
Consultation et visite psychiatre, psychologue, neuropsychiatre*		100%	100%	100%
PHARMACIE - Médicaments remboursés par le RO				
Médicaments et vaccins remboursés par le RO	100%	100%	100%	100%
Vaccins non pris en charge par le RO		30 € / an	30 € / an	50 € / an
Tiers payant	oui	oui	oui	oui
GARANTIE EN SECTEUR HOSPITALIER (y compris maternité) en secteur conventionné				
Honoraires, séjour, transport	100%	100%	200%	200%
Bonus fidélité 2 ^{ème} année		+ 25%	+ 25%	+ 50%
Bonus fidélité 3 ^{ème} année		+ 50%	+ 50%	+ 75%
Bonus fidélité 4 ^{ème} année et suivantes		+ 75%	+ 75%	+ 100%
Forfait hospitalier**	100% FR (maxi 30j/an)	100% FR (maxi 30j/an)	100% FR (maxi 90j/an)	100% FR sans limitation
Bonus fidélité 2 ^{ème} année		+ 30 jours	sans limitation	
Bonus fidélité 3 ^{ème} année et suivantes		+ 60 jours	sans limitation	
Chambre particulière hors maternité**		35 €/j (maxi 30j/an)	35 €/j (maxi 90j/an)	50 €/j sans limitation
Bonus fidélité 2 ^{ème} année et suivantes		maxi + 30 jours	+15 €/j et sans limitation	+ 25€ / jour
Chambre particulière maternité**			50€ /jour	50€ /jour
AUTRE GARANTIE EN SECTEUR HOSPITALIER				
Honoraires, séjour, transport, Forfait hospitalier en secteur non conventionné				100%
Chambre particulière en secteur non conventionné		35 €/j (maxi 30 j/an)	35 €/j (maxi 90 j/an)	50 €/j sans limitation
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)			16 €/j (maxi 15 j/an)	16 €/j (maxi 15 j/an)
GARANTIE OPTIQUE				
Verres	100%	100%	100 € / an	150 € / an
Montures	100%	100%	50 € / an	100 € / an
Lentilles avec ou sans participation du RO			100 € / an	150 € / an
Bonus fidélité 2 ^{ème} année	+ 50 € / an	+ 30 € / an	+ 25 € / an	+ 50 € / an
Bonus fidélité 3 ^{ème} année	+ 75 € / an	+ 50 € / an	+ 50 € / an	+ 50 € / an
Bonus fidélité 4 ^{ème} année et suivantes	+ 125 € / an	+ 75 € / an	+ 75 € / an	+ 50 € / an
Chirurgie réfractive (opération des yeux non prise en charge par le RO:Kératotomie.etc.)			250 €/an	300 € / an

Les prestations sont exprimées en pourcentage des tarifs de convention y compris les remboursements du Régime Obligatoire dans la limite des dépenses réellement engagées.

GARANTIES ECA-TONUSSIA	TONUS +	TONUS 100	TONUS 200	TONUS 300
GARANTIE DENTAIRE				
Soins, prothèses, orthodontie remboursés par le RO	100%	100%	200%	200%
Soins, prothèses, orthodontie non remboursés par le RO			100%	100%
Bonus fidélité 2 ^{ème} année	+ 25%	+ 25%	+ 25%	+ 25%
Bonus fidélité 3 ^{ème} année	+ 50%	+ 50%	+ 35%	+ 35%
Bonus fidélité 4 ^{ème} année et suivantes	+ 75%	+ 75%	+ 50%	+ 50%
Implantologie, Parodontologie (après la 2 ^{ème} année)			300 € / an	500 € / an
Plafond annuel de remboursement sur l'ensemble de la Garantie dentaire:				
1 ^{ère} année			600 €	800 €
2 ^{ème} année			800 €	1 000 €
3 ^{ème} année et suivantes			1 000 € / an	sans limitation
GARANTIE PROTHESES ORTHOPEDIQUES ET AUDITIVES				
Prothèses non dentaires, Orthopédie, et Auditives remboursées par le RO	100%	100%	200%	200%
GARANTIE CURE THERMALE				
Soins pris en charge par le RO	100%	100%	200%	200%
PRESTATIONS FORFAITAIRE				
Forfait de naissance ou adoption***				100 €
Allocation Frais d'obsèques**** (Sauf adhésion au contrat Madelin)			500 €	1 500 €
AUTRES GARANTIES SANS PRISE EN CHARGE DU REGIME OBLIGATOIRE				
Bonus fidélité de 2 ^{ème} année et suivantes : Ostéopathie, chiropracteur, acupuncture				+ 50 € / an
Nutritionniste, diététicien				+ 30 € / an
Médecine douce, homéopathie			+ 50 € / an	+ 50 € / an
Automédication courante, trousse du voyageur				+ 30 € / an
Patch anti-tabac, sevrage tabagique			+ 50 € / an	+ 50 € / an
Pillule contraceptive de 3 ^{ème} génération			+ 50 € / an	+ 50 € / an

A l'exception de celles exprimées sous la forme de forfait en euros, les prestations sont exprimées en pourcentage des bases de remboursement du RO. Ces pourcentages incluent le remboursement du RO. Les prestations sont servies dans la limite des dépenses réellement engagées, y compris l'Allocation frais d'obsèques (sauf Forfait naissance ou adoption).

* Psychiatre, psychologue, neuropsychologue : délai d'attente 12 mois

** Forfait de naissance ou adoption : délai d'attente 10 mois

*** Allocation frais d'obsèques : délai d'attente 6 mois

RO: Régime obligatoire d'assurance maladie dont relève l'assuré