



# Garanties Agir Santé Gamme Responsable 2015

# Garanties Agir Santé Gamme Responsable 2015

PRESTATIONS	AGIR ELEMENT'R	AGIR ECONOMIQUE'R	AGIR ENERGIE'R	AGIR EQUILIBRE'R	AGIR EXPANSION'R	AGIR EXCELLENCE'R	AGIR EXTREME'R
<b>HOSPITALISATION - SECTEUR CONVENTIONNE</b>							
Frais de séjour	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires (ADC, ADA, ATM, ACO, ADI et ADE) (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	100%	100%	100% + 225 €	100% + 450 €	100% + 750 €	100% + 1250 €	100% + 1750 €
Participation forfaitaire actes lourds (par acte)	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €
Forfait hospitalier illimité	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (limitée à 90 jours (dont 30 jours en psychiatrie) par année d'adhésion et par bénéficiaire)	30 €/nuitée	30 €/nuitée	40 €/nuitée	50 €/nuitée	70 €/nuitée	90 €/nuitée	110 €/nuitée
Lit accompagnant (enfant de moins de 16 ans) (limité à 90 jours par année d'adhésion et par bénéficiaire)	8 €/nuitée	8 €/nuitée	10 €/nuitée	15 €/nuitée	20 €/nuitée	30 €/nuitée	40 €/nuitée
Location télévision par nuitée (limitée à 15 jours par année d'adhésion et par bénéficiaire)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transport accepté par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>ACTES MEDICAUX - SECTEUR CONVENTIONNE</b>							
Consultations et visites généralistes signataires du Contrat d'Accès aux Soins	100%	100%	130%	160%	200%	250%	300%
Consultations et visites généralistes non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	100%	100%	110%	140%	180%	200%	225%
Consultations et visites spécialistes (hors psychiatrie) signataires du Contrat d'Accès aux Soins	100%	100%	130%	160%	200%	250%	300%
Consultations et visites spécialistes (hors psychiatrie) non signataires du Contrat d'Accès aux Soins	100%	100%	110%	140%	180%	200%	225%
Consultations et visites de psychiatres, neuropsychiatres et assimilés signataires du Contrat d'Accès aux Soins (notre remboursement est limité au paiement du ticket modérateur à partir de la 13 <sup>ème</sup> consultation. Le nombre de consultations s'entend par année d'adhésion et par bénéficiaire).	100%	100%	110%	140%	180%	200%	225%
Consultations et visites de psychiatres, neuropsychiatres et assimilés non signataires du Contrat d'Accès aux Soins (notre remboursement est limité au paiement du ticket modérateur à partir de la 13 <sup>ème</sup> consultation. Le nombre de consultations s'entend par année d'adhésion et par bénéficiaire).	100%	100%	110%	140%	180%	200%	225%
Actes de chirurgie, techniques médicales	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Auxiliaires médicaux	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Analyses	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
<b>PHARMACIE</b>							
Vignettes 30% (bleues)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vignettes 65% (blanches)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vignettes 15% (oranges)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccins remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>SOINS DENTAIRES - SECTEUR CONVENTIONNE</b>							
Soins dentaires	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
<b>DENTAIRE - SECTEUR CONVENTIONNE</b>							
<b>Les montants en € viennent en complément du remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie</b>							
Prothèses dentaires acceptées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (par prothèse et par bénéficiaire)	100%	100%	80 €	120 €	180 €	300 €	430 €
Autres prothèses et réparations de prothèses acceptées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (par prothèse ou réparation et par bénéficiaire)	100%	100%	40 €	45 €	50 €	60 €	70 €
Inlay core simple et à clavettes (par inlay et par bénéficiaire)	100%	100%	50 €	60 €	70 €	100 €	130 €
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (par semestre et par bénéficiaire)	100%	100%	60 €	120 €	200 €	400 €	500 €
Orthodontie refusée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie (par semestre et par bénéficiaire)	-	-	-	160 €	200 €	300 €	400 €
Implantologie (par implant et par bénéficiaire)	-	-	-	160 €	200 €	300 €	400 €
Parodontologie acceptée ou refusée (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	-	-	160 €	200 €	300 €	400 €
Blanchiment dentaire effectué chez un chirurgien dentiste (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	-	-	30 €	40 €	50 €	60 €
Plafond annuel par bénéficiaire 1 <sup>ère</sup> année	-	-	-	600 €	700 €	800 €	1 000 €
Plafond annuel par bénéficiaire 2 <sup>ème</sup> année et suivantes	-	-	-	900 €	1 000 €	1 200 €	1 500 €
<b>PROTHESES NON DENTAIRES</b>							
Accessoires, orthopédie, prothèses auditives et autres prothèses acceptées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Petit et grand appareillage	100%	100%	130%	160%	200%	300%	400%
Plafond annuel par bénéficiaire 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année	-	-	-	500 €	600 €	700 €	800 €
Plafond annuel par bénéficiaire 3 <sup>ème</sup> année et suivantes	-	-	-	600 €	800 €	1 000 €	1 200 €
Lorsque le plafond annuel est atteint, notre remboursement est limité au paiement du ticket modérateur.	-	-	-	-	-	-	-

# Garanties Agir Santé Gamme Responsable 2015

## PRESTATIONS

	AGIR ELEMENT'R	AGIR ECONOMIQUE'R	AGIR ENERGIE'R	AGIR EQUILIBRE'R	AGIR EXPANSION'R	AGIR EXCELLENCE'R	AGIR EXTREME'R
--	-------------------	----------------------	-------------------	---------------------	---------------------	----------------------	-------------------

### OPTIQUE Les montants en € viennent en complément du remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie

Monture acceptée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €
Verres unifocaux (les 2) acceptés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100 €	110 €	150 €	190 €	260 €	350 €
Verres multifocaux (les 2) acceptés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	170 €	180 €	220 €	250 €	300 €	390 €
Lentilles acceptées ou refusées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, lentilles de vue jetables	100%	110 €	140 €	170 €	210 €	300 €	390 €
Opération des yeux par laser (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	-	130 €	170 €	200 €	250 €	350 €	450 €
Plafond annuel par bénéficiaire 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année	-	200 €	220 €	270 €	310 €	370 €	470 €
Plafond annuel par bénéficiaire 3 <sup>ème</sup> année et suivantes	-	200 €	220 €	300 €	350 €	410 €	510 €
Limitation à 1 équipement (monture + verres) par période de 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (limitation ramenée à 1 an). Tous les montants du poste optique (y compris le plafond annuel) sont limités à 75% de leur valeur pour les enfants de moins de 18 ans (sauf pour les garanties AGIR Economique'R et AGIR Energie'R)	-	-	-	-	-	-	-
Si, lors d'une année, l'adhérent et/ou le conjoint n'utilisent pas du tout le plafond annuel alloué pour le poste optique, ce plafond sera majoré de 50%. Cette majoration de 50% sera reportée sur les années suivantes. Pour plus de détails sur les modalités de ce report, consulter le renvoi des garanties.	-	-	-	-	-	-	-

### CURE

Cure thermique acceptée par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cure de thalassothérapie (sur facture acquittée et pour un séjour en métropole de 6 jours minimum)	-	-	-	-	80 €	120 €	160 €

### BIEN-ETRE

Acupuncture	-	-	-	-	-	-	-
Ostéopathie	-	-	-	-	-	-	-
Chiropractie	-	-	-	-	-	-	-
Etiopathie	-	-	-	-	-	-	-
Sophrologie	-	30 €	40 €	50 €	75 €	100 €	150 €
Kinésiologie	-	-	-	-	-	-	-
Homéopathie	-	-	-	-	-	-	-
Naturopathie	-	-	-	-	-	-	-
Aromathérapie	-	-	-	-	-	-	-
Phytothérapie	-	-	-	-	-	-	-

### ACTES MEDICAUX FEMININS

Amniocentèse	-	-	-	-	-	-	-
Procréation médicalement assistée	-	30 €	40 €	50 €	75 €	100 €	150 €
Contraception (stérilet, pilules, patch)	-	-	-	-	-	-	-
Péridurale refusée	-	-	-	-	-	-	-

### PREVENTION

Vaccins prescrits mais non remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	-	-	-	-	-
Médicaments remboursables par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie mais non prescrits	-	-	-	-	-	-	-
Bas de contention	-	-	-	-	-	-	-
Analyses de laboratoire prescrites mais non remboursées par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	-	-	-	-	-
Densitométrie osseuse	-	-	-	-	-	-	-
Aide à l'arrêt du tabac	-	-	-	-	-	-	-
Pedicurie - Podologie	-	30 €	40 €	50 €	75 €	100 €	150 €
Préservatifs féminins et masculins	-	-	-	-	-	-	-
Bilan diététique chez un médecin nutritionniste	-	-	-	-	-	-	-
Bilan allergique	-	-	-	-	-	-	-
Ergothérapie	-	-	-	-	-	-	-
Bilan psychomoteur chez un psychomotricien	-	-	-	-	-	-	-
Diagnostic et surveillance de l'hypertension	-	-	-	-	-	-	-
Glucomètre	-	-	-	-	-	-	-

### ASSISTANCE A DOMICILE OUI (voir conditions)

Les pourcentages indiqués ci-dessus sont appliqués aux tarifs fixés (base de remboursement, tarif de convention) par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.  
Les prestations ci-dessus incluent le remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie (sauf pour certains montants exprimés en Euros) et sont limitées aux frais réels engagés.  
Les garanties s'inscrivent dans le cadre des contrats dits «responsables» et «solidaires».

## Renvoi des Garanties Agir Santé - Gamme Responsable 2015

**Pour tous les actes non conventionnés, hors hospitalisation, notre remboursement est limité au paiement du ticket modérateur calculé sur la base du tarif de convention.**

**L'hospitalisation dans les cliniques et hôpitaux non conventionnés n'est pas remboursée.**

**Le changement de garantie ne peut s'effectuer qu'à la date anniversaire du contrat. Lors du changement de garantie, la durée d'adhésion à la garantie précédemment souscrite n'est pas prise en compte.**

### HOSPITALISATION

**Pour les frais de séjours**, prise en charge des dépassements en fonction des conventions en vigueur avec les cliniques et établissements hospitaliers conventionnés.

**Pour les dépassements d'honoraires**, un montant par an\* et par bénéficiaire.

**Le forfait hospitalier** est pris en charge dans sa totalité à sa valeur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours. **Maisons d'accueil spécialisées - moyens et longs séjours - placements à l'année et temporaires exclus.**

**La chambre particulière** (hors frais de location de télévision) est prise en charge, en fonction des conventions en vigueur avec les établissements hospitaliers, pour une durée de 90 jours par an\* et par bénéficiaire (dont 30 jours par an\* et par bénéficiaire en psychiatrie). **Maisons d'accueil spécialisées - moyens et longs séjours - placements à l'année et temporaires exclus.**

**La nuitée** s'entend pour un séjour comportant au moins une nuit de 22h00 à 6h00.

**Repos ou convalescence suite à une hospitalisation** : en cas de séjour dans un **établissement de suite**, les dépenses afférentes aux frais de séjour, au forfait hospitalier ainsi qu'à la chambre particulière sont prises en charge selon les niveaux prévus dans chaque garantie dès lors que le séjour est immédiatement consécutif à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ou débute moins de 48h après le terme de l'hospitalisation.

**Le lit de l'accompagnant** est pris en charge pour une durée de 90 jours par an\* et par bénéficiaire. Uniquement sur facture de l'hôpital ou de la clinique en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans.

**Les frais de location de télévision**, lors d'une hospitalisation médicale, chirurgicale ou maternité, sont pris en charge, sur présentation d'une facture acquittée, pour une durée de 15 jours par an\* et par bénéficiaire. **Maisons d'accueil spécialisées - moyens et longs séjours - placements à l'année et temporaires exclus.**

En cas d'adhésion à une garantie AGIR sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé, il sera fait application d'un délai d'attente de **3 mois**, sauf en cas d'accident, et, en cas d'adhésion aux garanties AGIR Excellence'R et AGIR Extrême'R ce délai d'attente passe à **9 mois**.

On entend par accident, l'intervention violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, non intentionnelle de la part d'un assuré, caractérisée par l'existence d'une lésion de ce dernier, survenant après la date de prise d'effet de la garantie.

La radiation doit dater de moins de 2 mois.

### ACTES MÉDICAUX

**Les visites avec déplacements** non médicalement justifiées sont prises en charge à 100% du TC.

**Pour les dépassements d'honoraires, dans le cas où le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ne transmet pas l'information précisant si le médecin a signé le Contrat d'Accès aux Soins**, la Mutuelle appliquera, par défaut, le remboursement prévu pour celui

qui n'a pas signé ce contrat. Dès réception de cette précision la Mutuelle procédera au paiement du complément dû selon la garantie souscrite.

**Pour les consultations et visites de psychiatres, neuropsychiatres et assimilés** notre remboursement est limité au **paiement du ticket modérateur à partir de la 13<sup>ème</sup> consultation**. Le nombre de consultations s'entend par an\* et par bénéficiaire.

### DENTAIRE

**Pour les prothèses dentaires et les inlays core simples et à clavettes**, un montant par bénéficiaire et par prothèse (couronne fixe, couronne sur implant, dent à tenon, plaque base métallique, intermédiaire de bridge, prothèse amovible et inlay) dans la limite du plafond annuel\*. En complément du montant remboursé par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, notre participation s'effectue sur la base d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque prothèse.

**Pour les autres prothèses et réparations de prothèses acceptées**, un montant par bénéficiaire et par prothèse dans la limite du plafond annuel\*. En complément du montant remboursé par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, notre participation s'effectue sur la base d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque prothèse ou réparation.

**Pour l'orthodontie acceptée ou refusée**, un montant par semestre\* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel\*. En complément du montant remboursé par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ou sur la base de son refus, notre participation s'effectue au regard d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix du traitement.

**Pour l'implantologie**, un montant par bénéficiaire et par implant dans la limite du plafond annuel\*. Notre remboursement s'effectue sur la base du refus du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque implant.

**Pour la parodontologie acceptée ou refusée**, un montant par an\* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel\*. En complément du montant remboursé par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ou sur la base de son refus, notre participation s'effectue au regard d'une facture acquittée détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque acte.

**Pour le blanchiment dentaire**, un montant par an\* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel\* et sur présentation d'une facture acquittée d'un chirurgien dentiste.

En cas d'adhésion aux garanties AGIR Excellence'R et AGIR Extrême'R sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé, il sera fait application d'un délai d'attente de **6 mois**. La radiation doit dater de moins de 2 mois.

**Le plafond annuel\*** s'applique aux prothèses dentaires, aux autres prothèses et réparations de prothèses, aux inlays core simples et à clavettes, à l'orthodontie acceptée, à l'orthodontie refusée, à l'implantologie, à la parodontologie acceptée, à la parodontologie refusée et au blanchiment dentaire.

## OPTIQUE

**Montants par an\* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel\*.** Ces montants sont limités à 75% de leur valeur pour les enfants de moins de 18 ans (sauf pour les garanties AGIR Economique'R et AGIR Energie'R).

Limitation à 1 équipement (monture + verres) par période de 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (limitation ramenée à 1 an).

La monture doit obligatoirement être achetée chez un opticien.

Pour les lentilles de vue jetables, la facture acquittée doit préciser leur nomenclature exacte et être accompagnée de la prescription médicale. Toutes les autres lentilles sont exclues de nos prestations. Les enfants de moins de 12 ans n'ont pas droit à la prestation « lentilles de vue jetables ».

En cas d'adhésion aux garanties AGIR Excellence'R et AGIR Extrême'R sans présentation d'un certificat de radiation d'une autre complémentaire santé, il sera fait application d'un délai d'attente de **6 mois**. La radiation doit dater de moins de 2 mois.

**Si, lors d'une année\*, l'adhérent et/ou son conjoint n'utilisent pas du tout le plafond annuel\* alloué pour le poste optique, ce plafond sera majoré de 50%. Cette majoration de 50% sera reportée sur les années\* suivantes jusqu'à épuisement de cette somme.** Ce report ne bénéficie qu'à l'adhérent et/ou à son conjoint (les autres ayants droit en sont exclus) et n'est possible **qu'1 fois pour toute la durée d'adhésion à cette gamme santé.**

**Cette majoration de 50% peut être utilisée pour un ou plusieurs des postes suivants : optique, dentaire, prothèses non dentaires, bien-être, actes médicaux féminins et prévention, et s'ajoute aux montants prévus dans chacun des postes.**

**Le plafond annuel\* s'applique à l'ensemble du poste optique.**

## BIEN-ÊTRE

**Les montants s'entendent par an\* et par bénéficiaire,** sur présentation d'une facture acquittée, avec ou sans participation du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

Les actes d'acupuncture, d'ostéopathie, de chiropractie et d'étiopathie doivent être effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.

## ACTES MÉDICAUX FÉMININS

**Les montants s'entendent par an\* et par bénéficiaire.** Les actes doivent être médicalement prescrits, sur présentation d'une facture acquittée, avec ou sans participation du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie. La contraception couvre les moyens suivants : le stérilet, les pilules, le patch.

## PRÉVENTION

**Les montants s'entendent par an\* et par bénéficiaire,** sur présentation d'une facture acquittée, avec ou sans participation du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

Pour les médicaments remboursables par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie mais non prescrits, le pharmacien devra indiquer le taux de remboursement (15%, 30% ou 65%) sur la facture acquittée.

Pour les vaccins et les analyses de laboratoire non remboursés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, la prescription médicale doit être jointe à la facture acquittée.

**L'âge se calcule toujours par différence entre l'année en cours et l'année de naissance.**

Les prestations décrites dans le tableau de garanties et dans le renvoi des garanties incluent le remboursement des Régimes Obligatoires Français d'Assurance Maladie (sauf pour certains montants exprimés en Euros) et sont limitées pour tous les risques aux frais réels engagés et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers par la Mutuelle.

**Cependant, dans le cadre de la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, la Mutuelle ne prend pas en charge :**

- les participations forfaitaires à charge de l'assuré, définies à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale, pour l'ensemble des actes auxquels elles s'appliquent,
- la minoration du remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie en cas de refus d'accès au dossier médical personnel (prévue à l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale),
- la minoration du remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie en l'absence de choix d'un médecin traitant ou lors d'une consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale),
- en cas de non respect du parcours de soins coordonnés, la fraction des dépassements d'honoraires correspondant aux dépassements autorisés pour les praticiens conventionnés (article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale) dans les limites conventionnelles en vigueur.

\*La limite annuelle, pour toutes les prestations, s'entend par année d'adhésion c'est-à-dire la période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée sur le bulletin d'adhésion ou de modification pour chaque bénéficiaire.

Gratuité de la cotisation pour le 3<sup>ème</sup> et le 4<sup>ème</sup> enfant. Le 5<sup>ème</sup> enfant et les suivants sont payants. Pour la naissance du 1<sup>er</sup> enfant, du 2<sup>ème</sup>, du 5<sup>ème</sup> et des suivants, les 3 premiers mois de cotisation du nouveau né sont offerts à condition qu'il soit inscrit à la Mutuelle dans les 3 mois qui suivent sa naissance.

Les garanties de cette gamme s'exercent en France. Pour les prestations réalisées à l'étranger (actes, soins, séjours, honoraires, transports ou achats de produits...), la Mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie au titre des « soins à l'étranger ».

La Mutuelle peut également intervenir en complément d'un régime étranger d'assurance maladie, soit dans le cadre de l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie, soit au titre de conventions bilatérales.

La Mutuelle n'intervient pas sur des prestations facturées à l'étranger (exception faite des lentilles de vue jetables pour lesquelles la Mutuelle intervient à hauteur du montant défini au tableau des garanties et selon les conditions mentionnées au renvoi des garanties) qui ont pour objet la mise en application de forfaits ou de remboursements non soumis à prise en charge par le Régime Obligatoire Français d'Assurance Maladie.

Les prestations sont toujours versées en France.

Les personnes résidant à l'étranger ou dans les collectivités ou pays d'outre-mer (COM et POM) ne peuvent pas être affiliées au contrat, à l'exception des salariés expatriés couverts par la Caisse des français à l'étranger conformément aux dispositions de l'article L.762-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Les pourcentages indiqués dans le tableau des garanties sont appliqués aux tarifs fixés (base de remboursement = BR, tarif de convention = TC, tarif de responsabilité = TR, tarif forfaitaire de responsabilité = TFR) par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours. Toute évolution des règles de remboursement des Régimes Obligatoires Français d'Assurance Maladie (CCAM, tarification à l'activité, baisse de remboursement...) pourra entraîner des modifications de nos prestations.