

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2024
GRANDS NAVIGATEURS : CARTIER

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques (1)		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	175%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	155%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	175%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	155%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	175%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	175%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Analyses et examens de laboratoire	60%	175%
Transports pris en charge par le RO	55%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux (2)		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Hospitalisation secteur non conventionné	80% à 100%	
- Honoraires	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Hospitalisation à domicile	-	400%
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire (3)	-	40 €/ jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	20 €/ jour
Forfait naissance ou d'adoption (5)	-	250 €
Optique (6)		
Equipements 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (7)		
- Verres simples+monture	60%	240€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	468€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	633€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	354€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	436€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	550€ dont 100 € max monture
Autres prestations optiques 100% santé (8)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (9)	-	RSS + 120€/ an
Autres prestations optiques à tarifs libres (8)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	150 €/ oeil
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (8)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay)	60%	175%
Consultations - Actes de Stomatologie adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	60%	200%
Consultations - Actes de Stomatologie non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	60%	180%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)		
- Prothèses dentaires prises en charge RO ou non (présentes dans la nomenclature CCAM) (10)	0% à 60%	200%
- Implantologie/Parodontologie non prise en charge RO (11)	-	310 €/ an
- Implantologie/parodontologie prise en charge RO	60%	200%
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	150%
Orthodontie non prise en charge par le RO (12)	-	300 €/ an
Aides auditives (13)		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	60%	175%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	55% à 70%	11% PMSS / an

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2024 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : CARTIER

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels
Bien-être (14)		
- Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs non PEC RO, sevrage tabagique non PEC RO, Pharmacie non PEC RO (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%), homéopathie	-	50 €/ an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiothérapie, diététicien, psychomotricien, pédicure/podologue	-	125 €/ an
- Analyses non remboursées par le RO	-	
- Psychologue libéral, Psychothérapie	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de Remboursement; BRR : Base de Remboursement Reconstituée; CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux; DR : Dépense Réelle; FR : Frais Réels; MR : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie; NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels; OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de Chirurgie ou de gynécologie-Obstétrique; PEC RO : Pris En Charge par le Régime Obligatoire; NON PEC RO : Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; RO : Régime Obligatoire; RSS : Remboursement Sécurité Sociale; SMR : Service Médical Rendu; TA : Tarif d'Autorité; TM : Ticket Modérateur; AM : Alsace Moselle; HAM : Hors Alsace Moselle.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire.

(1) Pour les consultations et visites en secteur non conventionné, limité à 155% BR.

(2) y/c pour les séjours en maison de repos, de convalescence, et hospitalisation à domicile.

(3) La prise en charge de la chambre particulière est illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale en secteur conventionné, et limitée à 30 jours pour toutes les autres situations (psychiatrie...).

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans dans la limite de 30 jours par an.

(5) Sous condition d'adhésion de plus de 9 mois et sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) L'achat d'équipements optiques (monture, verres, lentilles) achetés sur internet peut être pris en charge au titre des garanties complémentaires Mutualia sur présentation :

- d'une prescription,

- d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français.

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(9) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(10) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non pris en charge par le RO" : Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronoradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique et par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronoradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009).

(11) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "parodontologie non prise en charge par le RO" : Bilan parodontal (HBQD001), Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003), pose d'un dispositif uni maxillaire de contention extra coronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018).

(12) Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

(13) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(14) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué et si elles sont non PEC RO. Pour les Professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADEL ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINISS. Pour les Professionnels de santé non réglementés : le praticien doit justifier son inscription à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif, du titre RNCP) de son aptitude professionnelle. Pour être remboursé, une facture acquittée au nom du bénéficiaire indiquant les dites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2024

GRANDS NAVIGATEURS : COLOMB

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques (1)		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	400%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	200%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	400%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	250%
Analyses et examens de laboratoire	60%	400%
Transports pris en charge par le RO	55%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux (2)		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Hospitalisation à domicile	-	400%
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire (3)	-	80 €/ jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	47 €/ jour
Forfait naissance ou d'adoption (5)	-	350 €
Optique (6)		
Equipements 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (7)		
- Verres simples+monture	60%	380€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	602€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	725€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	491€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	553€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	664€ dont 100 € max monture
Autres prestations optiques 100% santé (8)		
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	-	RSS + 189€/ an
Autres prestations optiques à tarifs libres (8)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	250 €/ oeil
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (8)		
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Consultations - Actes de Stomatologie adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	60%	350%
Consultations - Actes de Stomatologie non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	60%	200%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)		
- Prothèses dentaires prises en charge RO ou non (présentes dans la nomenclature CCAM) (9)	0% à 60%	350%
- Implantologie/Parodontologie non prise en charge RO (10)	-	516 €/ an
- Implantologie/parodontologie prise en charge RO	60%	350%
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	350%
Orthodontie non prise en charge par le RO (11)	-	500 €/ an
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors soins et hors dispositif 100% santé)		
- 1ère année d'adhésion	-	1000 €/ an
- 2ème année d'adhésion et suivantes	-	1400 €/ an
Aides auditives (12)		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	60%	250%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	55% à 70%	15% PMSS / an

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2024 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : COLOMB

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels
Bien-être (13)		
- Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs non PEC RO, sevrage tabagique non PEC RO, Pharmacie non PEC RO (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) , homéopathie	-	60 €/ an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiothérapie, diététicien, psychomotricien, pédicure/podologue	-	175 €/ an
- Analyses non remboursées par le RO	-	
- Psychologue libéral, Psychothérapie	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de Remboursement; **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée; **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux; **DR** : Dépense Réelle; **FR** : Frais Réels; **MR** : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie; **NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels; **OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins; **OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de Chirurgie ou de gynécologie-Obstétrique; **PEC RO** : Pris En Charge par le Régime Obligatoire; **NON PEC RO** : Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire; **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; **RO** : Régime Obligatoire; **RSS** : Remboursement Sécurité Sociale; **SMR** : Service Médical Rendu; **TA** : Tarif d'Autorité; **TM** : Ticket Modérateur; **AM** : Alsace Moselle; **HAM** : Hors Alsace Moselle.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire.

(1) Pour les consultations et visites en secteur non conventionné, limité à 200% BR.

(2) y/c pour les séjours en maison de repos, de convalescence, et hospitalisation à domicile.

(3) La prise en charge de la chambre particulière est illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale en secteur conventionné, et limitée à 30 jours pour toutes les autres situations (psychiatrie...).

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans dans la limite de 30 jours par an.

(5) Sous condition d'adhésion de plus de 9 mois et sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) L'achat d'équipements optiques (monture, verres, lentilles) achetés sur internet peut être pris en charge au titre des garanties complémentaires Mutualia sur présentation :

- d'une prescription,

- d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français.

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(9) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non pris en charge par le RO" : Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronaradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique et par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronaradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009).

(10) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "parodontologie non prise en charge par le RO" : Bilan parodontal (HBQD001), Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003), pose d'un dispositif uni maxillaire de contention extra coronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018).

(11) Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

(12) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(13) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué et si elles sont non PEC RO. Pour les Professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADELI ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINISS. Pour les Professionnels de santé non réglementés : le praticien doit justifier son inscription à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif, du titre RNCP) de son aptitude professionnelle. Pour être remboursé, une facture acquittée au nom du bénéficiaire indiquant les dites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2024

GRANDS NAVIGATEURS : LA PEROUSE

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques (1)		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	175%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	155%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	175%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	155%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	175%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	150%
Analyses et examens de laboratoire	60%	175%
Transports pris en charge par le RO	55%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux (2)		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	250%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	250%
Hospitalisation à domicile	-	250%
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire (3)	-	20 €/ jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	20 €/ jour
Forfait naissance ou d'adoption (5)	-	200 €
Optique (6)		
Equipements 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (7)		
- Verres simples+monture	60%	240€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	468€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	633€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	354€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	436€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	550€ dont 100 € max monture
Autres prestations optiques 100% santé (8)		
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (9)	-	RSS + 80€/ an
Autres prestations optiques à tarifs libres (8)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	100 €/ oeil
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (8)		
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Consultations - Actes de Stomatologie adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	60%	150%
Consultations - Actes de Stomatologie non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	60%	130%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)		
- Prothèses dentaires prises en charge RO ou non (présentes dans la nomenclature CCAM) (10)	0% à 60%	150%
- Implantologie/Parodontologie non prise en charge RO (11)	-	206 €/ an
- Implantologie/parodontologie prise en charge RO	60%	150%
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	150%
Orthodontie non prise en charge par le RO (12)	-	200 €
Aides auditives (13)		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	60%	150%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	55% à 70%	6% PMSS / an

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2024 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : LA PEROUSE

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels
Bien-être (14)		
- Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs non PEC RO, sevrage tabagique non PEC RO, Pharmacie non PEC RO (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%), homéopathie	-	50 €/ an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiothérapie, diététicien, psychomotricien, pédicure/podologue	-	105 €/ an
- Analyses non remboursées par le RO	-	
- Psychologue libéral, Psychothérapie	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de Remboursement; **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée; **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux; **DR** : Dépense Réelle; **FR** : Frais Réels; **MR** : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie; **NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels; **OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins; **OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de Chirurgie ou de gynécologie-Obstétrique; **PEC RO** : Pris En Charge par le Régime Obligatoire; **NON PEC RO** : Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire; **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; **RO** : Régime Obligatoire; **RSS** : Remboursement Sécurité Sociale; **SMR** : Service Médical Rendu; **TA** : Tarif d'Autorité; **TM** : Ticket Modérateur; **AM** : Alsace Moselle; **HAM** : Hors Alsace Moselle.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire.

(1) Pour les consultations et visites en secteur non conventionné, limité à 155% BR.

(2) Y/c pour les séjours en maison de repos, de convalescence, et hospitalisation à domicile.

(3) La prise en charge de la chambre particulière est illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale en secteur conventionné, et limitée à 30 jours pour toutes les autres situations (psychiatrie...).

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans dans la limite de 30 jours par an.

(5) Sous condition d'adhésion de plus de 9 mois et sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) L'achat d'équipements optiques (monture, verres, lentilles) achetés sur internet peut être pris en charge au titre des garanties complémentaires Mutualia sur présentation :

- d'une prescription,

- d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français.

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(9) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(10) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non pris en charge par le RO" : Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronoradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique et par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronoradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009).

(11) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "parodontologie non prise en charge par le RO" : Bilan parodontal (HBQD001), Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003), pose d'un dispositif uni maxillaire de contention extra coronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018).

(12) Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

(13) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(14) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué et si elles sont non PEC RO. Pour les Professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADEL ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINISS. Pour les Professionnels de santé non réglementés : le praticien doit justifier son inscription à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif, du titre RNCP) de son aptitude professionnelle. Pour être remboursé, une facture acquittée au nom du bénéficiaire indiquant les dites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2024

GRANDS NAVIGATEURS : MAGELLAN

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques (1)		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	400%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	200%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	400%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	300%
Analyses et examens de laboratoire	60%	400%
Transports pris en charge par le RO	55%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux (2)		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Hospitalisation à domicile	-	400%
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire (3)	-	110 €/ jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	47 €/ jour
Forfait naissance ou d'adoption (5)	-	400 €
Optique (6)		
Equipements 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (7)		
- Verres simples+monture	60%	380€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	602€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	725€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	491€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	553€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	664€ dont 100 € max monture
Autres prestations optiques 100% santé (8)		
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (9)	-	RSS + 189€/ an
Autres prestations optiques à tarifs libres (8)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	250 €/ oeil
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (8)		
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Consultations - Actes de Stomatologie adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	60%	450%
Consultations - Actes de Stomatologie non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	60%	200%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)		
- Prothèses dentaires prises en charge RO ou non (présentes dans la nomenclature CCAM) (10)	0% à 60%	450%
- Implantologie/Parodontologie non prise en charge RO (11)	-	620 €/ an
- Implantologie/parodontologie prise en charge RO	60%	450%
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	350%
Orthodontie non prise en charge par le RO (12)	-	600 €/ an
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors soins et hors dispositif 100% santé)		
- 1ère année d'adhésion	-	1200 €/ an
- 2ème année d'adhésion et suivantes	-	1600 €/ an
Aides auditives (13)		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	60%	300%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	55% à 70%	17% PMSS / an

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2024 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : MAGELLAN

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels
Bien-être (14)		
- Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs non PEC RO, sevrage tabagique non PEC RO, Pharmacie non PEC RO (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) , homéopathie	-	70 €/ an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiothérapie, diététicien, psychomotricien, pédicure/podologue	-	200 €/ an
- Analyses non remboursées par le RO	-	
- Psychologue libéral, Psychothérapie	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de Remboursement; BRR : Base de Remboursement Reconstituée; CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux; DR : Dépense Réelle; FR : Frais Réels; MR : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie; NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels; OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins; OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de Chirurgie ou de gynécologie-Obstétrique; PEC RO : Pris En Charge par le Régime Obligatoire; NON PEC RO : Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; RO : Régime Obligatoire; RSS : Remboursement Sécurité Sociale; SMR : Service Médical Rendu; TA : Tarif d'Autorité; TM : Ticket Modérateur; AM : Alsace Moselle; HAM : Hors Alsace Moselle.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire.

(1) Pour les consultations et visites en secteur non conventionné, limité à 200% BR.

(2) Y/c pour les séjours en maison de repos, de convalescence, et hospitalisation à domicile.

(3) La prise en charge de la chambre particulière est illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale en secteur conventionné, et limitée à 30 jours pour toutes les autres situations (psychiatrie...).

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans dans la limite de 30 jours par an.

(5) Sous condition d'adhésion de plus de 9 mois et sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) L'achat d'équipements optiques (monture, verres, lentilles) achetés sur internet peut être pris en charge au titre des garanties complémentaires Mutualia sur présentation :

- d'une prescription,

- d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français.

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(9) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(10) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non pris en charge par le RO" : Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronoradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique et par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronoradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009).

(11) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "parodontologie non prise en charge par le RO" : Bilan parodontal (HBQD001), Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003), pose d'un dispositif uni maxillaire de contention extra coronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018).

(12) Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

(13) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(14) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué et si elles sont non PEC RO. Pour les Professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADELI ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINISS. Pour les Professionnels de santé non réglementés : le praticien doit justifier son inscription à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif, du titre RNCP) de son aptitude professionnelle. Pour être remboursé, une facture acquittée au nom du bénéficiaire indiquant les dites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2024

GRANDS NAVIGATEURS : MARCO POLO

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques (1)		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	125%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	105%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	125%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	105%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	125%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	125%
Analyses et examens de laboratoire	60%	125%
Transports pris en charge par le RO	55%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux (2)		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	250%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	250%
Hospitalisation à domicile	-	250%
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire (3)	-	20 €/ jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	20 €/ jour
Forfait naissance ou d'adoption (5)	-	150 €
Optique (6)		
Equipements 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (7)		
- Verres simples+monture	60%	205€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	302€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	428€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	254€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	316€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	365€ dont 100 € max monture
Autres prestations optiques 100% santé (8)		
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (9)	-	RSS + 50€/ an
Autres prestations optiques à tarifs libres (8)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	100 €/ oeil
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (8)		
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Consultations - Actes de Stomatologie adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	60%	150%
Consultations - Actes de Stomatologie non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	60%	130%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)		
- Prothèses dentaires prises en charge RO ou non (présentes dans la nomenclature CCAM) (10)	0% à 60%	150%
- Implantologie/Parodontologie non prise en charge RO (11)	-	206 €/ an
- Implantologie/parodontologie prise en charge RO	60%	150%
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	150%
Orthodontie non prise en charge par le RO (12)	-	120 €/ an
Aides auditives (13)		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	60%	125%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	55% à 70%	5% PMSS / an

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2024 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : MARCO POLO

Régime
obligatoire (RO)

Régime obligatoire + Mutualia

Prévention	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels
Bien-être (14)		
- Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs non PEC RO, sevrage tabagique non PEC RO, Pharmacie non PEC RO (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%), homéopathie	-	50 €/ an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiothérapie, diététicien, psychomotricien, pédicure/podologue	-	105 €/ an
- Analyses non remboursées par le RO	-	
- Psychologue libéral, Psychothérapie	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de Remboursement; BRR : Base de Remboursement Reconstituée; CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux; DR : Dépense Réelle; FR : Frais Réels; MR : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie; NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels; OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de Chirurgie ou de gynécologie-Obstétrique; PEC RO : Pris En Charge par le Régime Obligatoire; NON PEC RO : Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; RO : Régime Obligatoire; RSS : Remboursement Sécurité Sociale; SMR : Service Médical Rendu; TA : Tarif d'Autorité; TM : Ticket Modérateur; AM : Alsace Moselle; HAM : Hors Alsace Moselle.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire.

(1) Pour les consultations et visites en secteur non conventionné, limité à 105% BR.

(2) Y/c pour les séjours en maison de repos, de convalescence, et hospitalisation à domicile.

(3) La prise en charge de la chambre particulière est illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale en secteur conventionné, et limitée à 30 jours pour toutes les autres situations (psychiatrie...).

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans dans la limite de 30 jours par an.

(5) Sous condition d'adhésion de plus de 9 mois et sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) L'achat d'équipements optiques (monture, verres, lentilles) achetés sur internet peut être pris en charge au titre des garanties complémentaires Mutualia sur présentation :

- d'une prescription,

- d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français.

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(9) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(10) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non pris en charge par le RO" : Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronoradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique et par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronoradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009).

(11) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "parodontologie non prise en charge par le RO" : Bilan parodontal (HBQD001), Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003), pose d'un dispositif uni maxillaire de contention extra coronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018).

(12) Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

(13) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(14) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué et si elles sont non PEC RO. Pour les Professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADELI ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINISS. Pour les Professionnels de santé non réglementés : le praticien doit justifier son inscription à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif, du titre RNCP) de son aptitude professionnelle. Pour être remboursé, une facture acquittée au nom du bénéficiaire indiquant les dites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2024

GRANDS NAVIGATEURS : VASCO

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques (1)		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	250%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	250%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	200%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	250%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	200%
Analyses et examens de laboratoire	60%	250%
Transports pris en charge par le RO	55%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux (2)		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Hospitalisation à domicile	-	400%
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire (3)	-	60 €/ jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	47 €/ jour
Forfait naissance ou d'adoption (5)	-	300 €
Optique (6)		
Equipements 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (7)		
- Verres simples+monture	60%	275€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	522€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	690€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	399€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	483€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	606€ dont 100 € max monture
Autres prestations optiques 100% santé (8)		
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (9)	-	RSS + 189€/ an
Autres prestations optiques à tarifs libres (8)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	200 €/ oeil
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (8)		
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Consultations - Actes de Stomatologie adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	60%	250%
Consultations - Actes de Stomatologie non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	60%	200%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)		
- Prothèses dentaires prises en charge RO ou non (présentes dans la nomenclature CCAM) (10)	0% à 60%	250%
- Implantologie/Parodontologie non prise en charge RO (11)	-	413 €/ an
- Implantologie/parodontologie prise en charge RO	60%	250%
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	250%
Orthodontie non prise en charge par le RO (12)	-	400 €
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors soins et hors dispositif 100% santé)		
- 1ère année d'adhésion	-	800 €/ an
- 2ème année d'adhésion et suivantes	-	1200 €/ an
Aides auditives (13)		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	60%	200%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	55% à 70%	12% PMSS / an

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2024 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : VASCO

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels
Bien-être (14)		
- Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs non PEC RO, sevrage tabagique non PEC RO, Pharmacie non PEC RO (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%), homéopathie	-	50 €/ an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiothérapie, diététicien, psychomotricien, pédicure/podologue	-	150 €/ an
- Analyses non remboursées par le RO	-	
- Psychologue libéral, Psychothérapie	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de Remboursement; **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée; **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux; **DR** : Dépense Réelle; **FR** : Frais Réels; **MR** : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie; **NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels; **OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins; **OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de Chirurgie ou de gynécologie-Obstétrique; **PEC RO** : Pris En Charge par le Régime Obligatoire; **NON PEC RO** : Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire; **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; **RO** : Régime Obligatoire; **RSS** : Remboursement Sécurité Sociale; **SMR** : Service Médical Rendu; **TA** : Tarif d'Autorité; **TM** : Ticket Modérateur; **AM** : Alsace Moselle; **HAM** : Hors Alsace Moselle.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire.

(1) Pour les consultations et visites en secteur non conventionné, limité à 200% BR.

(2) y/c pour les séjours en maison de repos, de convalescence, et hospitalisation à domicile.

(3) La prise en charge de la chambre particulière est illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale en secteur conventionné, et limitée à 30 jours pour toutes les autres situations (psychiatrie...).

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans dans la limite de 30 jours par an.

(5) Sous condition d'adhésion de plus de 9 mois et sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) L'achat d'équipements optiques (monture, verres, lentilles) achetés sur internet peut être pris en charge au titre des garanties complémentaires Mutualia sur présentation :

- d'une prescription,

- d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français.

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(9) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(10) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non pris en charge par le RO" : Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronoradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique et par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronoradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009).

(11) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "parodontologie non prise en charge par le RO" : Bilan parodontal (HBQD001), Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003), pose d'un dispositif uni maxillaire de contention extra coronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018).

(12) Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

(13) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(14) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué et si elles sont non PEC RO. Pour les Professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADEL ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINISS. Pour les Professionnels de santé non réglementés : le praticien doit justifier son inscription à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif, du titre RNCP) de son aptitude professionnelle. Pour être remboursé, une facture acquittée au nom du bénéficiaire indiquant les dites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.