

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2026

SURCO HOSPI+

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels
La garantie est non responsable au sens du cahier des charges posé par les articles L871-1 et R.871-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale.

Mutualia

Hospitalisation	
Honoraires médicaux et chirurgicaux	
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	100%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	100%
Hospitalisation secteur non conventionné	
- Honoraires	100%
- Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire (1)	30 € / jour

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-ACO : Option Pratique TARifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité d'Anesthésie-réanimateurs, 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 hors remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. 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 les établissements conventionnés). 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 prestations forfaitaires (hors équipements optiques (monture et verres) et audioprothèses) et les plafonds en euros ainsi que les limites en jours s'entendent par bénéficiaire et par année(s) civile(s), ils se renouvellent au 1er janvier suivant la fin de périodicité précisée.

(1) 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...)