

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2026

GRANDS NAVIGATEURS : MAGELLAN NR

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.

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	400%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	400%
Praticiens non conventionnés	70%	90% des FR limité à 400% BR
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	400%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO (liste disponible sur ameli.fr)	65%	100%
- Médicaments non pris en charge par le RO (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) avec prescription (1)	-	70 €/ an
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	400%
Séances de psychologues prises en charge par le RO (2)	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire (3)	60%	400%
Analyses non PEC RO	-	3% PMSS
Transports pris en charge par le RO (4)	55%	Frais réels
Orthopédie prise en charge par le RO	60%	350%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	80% à 100%	400%
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Hospitalisation secteur non conventionné	80% à 100%	
- Honoraires	80% à 100%	90% des FR limité à 400%
- Frais de séjour	80% à 100%	90% des FR limité à 400%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Forfait patient urgences et Forfait actes lourds	-	Oui
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire	-	110 €/ jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (5)	-	47 €/ jour
Forfait naissance ou d'adoption (6)	-	552 €
Optique (7)		
Equipements à tarifs libres (8)		
- Verres simples + monture	60%	RSS + 784 €
- Verres complexes + monture	60%	RSS + 784 €
- Verres très complexes + monture	60%	RSS + 784 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe + monture	60%	RSS + 784 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe + monture	60%	RSS + 784 €
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe + monture	60%	RSS + 784 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	0 à 60%	189 €/ an
Chirurgie réfractive	-	250 €/ oeil
Dentaire		
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé		
- Soins pris en charge par le RO	60%	450%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (9)		
- Inlays/Onlays pris en charge par le RO	60%	450%
- Prothèses prises en charge par le RO (10)	60%	450%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (11)	-	450%
Orthodontie prise en charge ou non par le RO (12)	0% à 100%	350%
Implantologie (13)	-	620 €/ an
Aides auditives		
Equipements à tarifs libres	60%	350%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : si prestations prises en charge par le RO	55% à 70%	17% PMSS
Prévention		
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2026 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : MAGELLAN NR

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être		
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits (14)	-	30 €/ an
- Médecines douces (15)		40€/séance (Max 5/an)
- Acupuncture	-	
- Chiropractie	-	
- Diététicien	-	
- Etiopathie	-	
- Ostéopathie	-	
- Pédicure-Podologue	-	
- Psychomotricien	-	
- Psychologie, psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Homéopathie prescrite non prise en charge par le RO	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- 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-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 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 remboursements 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. 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) Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.
- (2) La Mutuelle rembourse les soins selon les conditions prévues dans le dispositif «Mon Soutien Psy»
- (3) 90% des FR limité à 400% BR en secteur non conventionné.
- (4) Uniquement en cas d'hospitalisation.
- (5) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans, dans la limite de 30 jours/an.
- (6) Sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.
- (7) L'ensemble du poste optique est limité à 800€/an/bénéficiaire. La prestation "verres+monture" est majorée de 30% si le bénéficiaire du Contrat n'utilise pas son forfait pendant 2 années consécutives. Cette majoration intervient au cours de la 3ème année. Si ce bonus n'est pas utilisé, il sera reporté sur les années suivantes ; s'il est utilisé, un nouveau délai de 2 ans sera nécessaire pour en bénéficier de nouveau. L'année de référence sera l'année civile.
- 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.
- (8) Max monture : 232€.
- (9) Plafond annuel prothèses dentaires 1ère année : 1200€. Plafond annuel prothèses dentaires années suivantes : 1800€.
- (10) Prothèses dentaires fixes (plaques bases incluses).
- (11) Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire. La base de remboursement reconstituée est de 120,00€.
- (12) Pour l'orthodontie non PEC RO, Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et base de remboursement reconstituée : 193.50€.
- (13) Pilier + implants, parodontologie, Inlay-Onlay non pris en charge par le RO. En implantologie, les actes pris en charge par la Mutuelle peuvent ne pas être inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Seuls les piliers implantaires doivent être inscrits à cette classification pour être pris en charge. En parodontologie : Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire.
- (14) Substituts nicotiniques valables pour les produits suivants : gums, patchs, inhalateur, comprimés à sucer ou sublinguaux.
- (15) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué par séance 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 FINESS. 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 - 2026

GRANDS NAVIGATEURS : LA PEROUSE NR

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.

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	175%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	175%
Praticiens non conventionnés	70%	90% des FR limité à 175% BR
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	175%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	175%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO (liste disponible sur ameli.fr)	65%	100%
- Médicaments non pris en charge par le RO (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) avec prescription (1)	-	30 €/ an
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	175%
Séances de psychologues prises en charge par le RO (2)	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire (3)	60%	175%
Analyses non PEC RO	-	3% PMSS
Transports pris en charge par le RO (4)	55%	Frais réels
Orthopédie prise en charge par le RO	60%	175%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	80% à 100%	250%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	80% à 100%	250%
Frais de séjour	80% à 100%	250%
Hospitalisation secteur non conventionné	80% à 100%	
- Honoraires	80% à 100%	90% des FR limité à 250%
- Frais de séjour	80% à 100%	90% des FR limité à 250%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Forfait patient urgences et Forfait actes lourds	-	Oui
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire	-	20 €/ jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (5)	-	20 €/ jour
Forfait naissance ou d'adoption (6)	-	347 €
Optique (7)		
Equipements à tarifs libres (8)		
- Verres simples + monture	60%	RSS + 160 €
- Verres complexes + monture	60%	RSS + 160 €
- Verres très complexes + monture	60%	RSS + 160 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe + monture	60%	RSS + 160 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe + monture	60%	RSS + 160 €
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe + monture	60%	RSS + 160 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	0 à 60%	80 €/ an
Chirurgie réfractive	-	100 €/ oeil
Dentaire		
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé		
- Soins pris en charge par le RO	60%	175%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (9)		
- Prothèses prises en charge par le RO (10)	60%	150%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (11)	-	150%
- Inlays/Onlays pris en charge par le RO	60%	175%
Orthodontie prise en charge ou non par le RO (12)	0% à 100%	150%
Implantologie (13)	-	206 €/ an
Aides auditives		
Equipements à tarifs libres	60%	175%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : si prestations prises en charge par le RO	55% à 70%	6% PMSS
Prévention		
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2026 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : LA PEROUSE NR

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être		
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits (14)	-	30 €/ an
- Médecines douces (15)		21€/séance (Max 5/an)
- Acupuncture	-	
- Chiropractie	-	
- Diététicien	-	
- Etiopathie	-	
- Ostéopathie	-	
- Pédicure-Podologue	-	
- Psychomotricien	-	
- Psychologie, psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Homéopathie prescrite non prise en charge par le RO	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- 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-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 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 remboursements 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. 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) Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.
 - (2) La Mutuelle rembourse les soins selon les conditions prévues dans le dispositif «Mon Soutien Psy»
 - (3) 90% des FR limité à 175% BR en secteur non conventionné.
 - (4) Uniquement en cas d'hospitalisation.
 - (5) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans, dans la limite de 30 jours/an.
 - (6) Sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.
 - (7) L'ensemble du poste optique est limité à 600€/an/bénéficiaire. La prestation "verres+monture" est majorée de 30% si le bénéficiaire du Contrat n'utilise pas son forfait pendant 2 années consécutives. Cette majoration intervient au cours de la 3ème année. Si ce bonus n'est pas utilisé, il sera reporté sur les années suivantes ; s'il est utilisé, un nouveau délai de 2 ans sera nécessaire pour en bénéficier de nouveau. L'année de référence sera l'année civile.
- 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.
- (8) Max monture : 80€
 - (9) Plafond annuel prothèses dentaires 1ère année : 1200€. Plafond annuel prothèses dentaires années suivantes : 1200€
 - (10) Prothèses dentaires fixes (plaques bases incluses).
 - (11) Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire. La base de remboursement reconstituée est de 120,00€
 - (12) Pour l'orthodontie non PEC RO, Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et base de remboursement reconstituée : 193.50€
 - (13) Pilier-implants, parodontologie, Inlay-Onlay non pris en charge par le RO. En implantologie, les actes pris en charge par la Mutuelle peuvent ne pas être inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Seuls les piliers implantaires doivent être inscrits à cette classification pour être pris en charge. En parodontologie : Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire.
 - (14) Substituts nicotiniques valables pour les produits suivants : gums, patches, inhalateur, comprimés à sucer ou sublinguaux.
 - (15) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué par séance 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 FINESS. 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 - 2026

GRANDS NAVIGATEURS : CARTIER NR

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.

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	175%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	175%
Praticiens non conventionnés	70%	90% des FR limité à 175% BR
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	175%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	175%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO (liste disponible sur ameli.fr)	65%	100%
- Médicaments non pris en charge par le RO (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) avec prescription (1)	-	40 €/ an
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	175%
Séances de psychologues prises en charge par le RO (2)	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire (3)	60%	175%
Analyses non PEC RO	-	3% PMSS
Transports pris en charge par le RO (4)	55%	Frais réels
Orthopédie prise en charge par le RO	60%	175%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	80% à 100%	400%
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Hospitalisation secteur non conventionné	80% à 100%	
- Honoraires	80% à 100%	90% des FR limité à 400%
- Frais de séjour	80% à 100%	90% des FR limité à 400%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Forfait patient urgences et Forfait actes lourds	-	Oui
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire	-	40 €/ jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (5)	-	20 €/ jour
Forfait naissance ou d'adoption (6)	-	347 €
Optique (7)		
Equipements à tarifs libres (8)		
- Verres simples + monture	60%	RSS + 240 €
- Verres complexes + monture	60%	RSS + 240 €
- Verres très complexes + monture	60%	RSS + 240 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe + monture	60%	RSS + 240 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe + monture	60%	RSS + 240 €
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe + monture	60%	RSS + 240 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	0 à 60%	120 €/ an
Chirurgie réfractive	-	150 €/ oeil
Dentaire		
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé		
- Soins pris en charge par le RO	60%	175%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (9)		
- Prothèses prises en charge par le RO (10)	60%	200%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (11)	-	150%
- Inlays/Onlays pris en charge par le RO	60%	175%
Orthodontie prise en charge ou non par le RO (12)	0% à 100%	150%
Implantologie (13)	-	310 €/ an
Aides auditives		
Equipements à tarifs libres	60%	175%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : si prestations prises en charge par le RO	55% à 70%	11% PMSS
Prévention		
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2026 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : CARTIER NR

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être		
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits (14)	-	30 €/ an
- Médecines douces (15)		25€/séance (Max 5/an)
- Acupuncture	-	
- Chiropractie	-	
- Diététicien	-	
- Etiopathie	-	
- Ostéopathie	-	
- Pédicure-Podologue	-	
- Psychomotricien	-	
- Psychologie, psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Homéopathie prescrite non prise en charge par le RO	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- 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-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 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 remboursements 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. 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) Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.
 - (2) La Mutuelle rembourse les soins selon les conditions prévues dans le dispositif «Mon Soutien Psy»
 - (3) 90% des FR limité à 175% BR en secteur non conventionné.
 - (4) Uniquement en cas d'hospitalisation.
 - (5) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans, dans la limite de 30 jours/an.
 - (6) Sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.
 - (7) L'ensemble du poste optique est limité à 600€/an/bénéficiaire. La prestation "verres+monture" est majorée de 30% si le bénéficiaire du Contrat n'utilise pas son forfait pendant 2 années consécutives. Cette majoration intervient au cours de la 3ème année. Si ce bonus n'est pas utilisé, il sera reporté sur les années suivantes ; s'il est utilisé, un nouveau délai de 2 ans sera nécessaire pour en bénéficier de nouveau. L'année de référence sera l'année civile.
- 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.
- (8) Max monture : 120€.
 - (9) Plafond annuel prothèses dentaires 1ère année : 1200€. Plafond annuel prothèses dentaires années suivantes : 1300€.
 - (10) Prothèses dentaires fixes (plaques bases incluses).
 - (11) Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire. La base de remboursement reconstituée est de 193,50€.
 - (12) Pour l'orthodontie non PEC RO, Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et base de remboursement reconstituée : 193.50€.
 - (13) Pilier + implants, parodontologie, Inlay-Onlay non pris en charge par le RO. En implantologie, les actes pris en charge par la Mutuelle peuvent ne pas être inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Seuls les piliers implantaires doivent être inscrits à cette classification pour être pris en charge. En parodontologie : Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire.
 - (14) Substituts nicotiniques valables pour les produits suivants : gums, patchs, inhalateur, comprimés à sucer ou sublinguaux.
 - (15) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué par séance 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 FINESS. 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 - 2026

GRANDS NAVIGATEURS : COLOMB NR

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.

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	400%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	400%
Praticiens non conventionnés	70%	90% des FR limité à 400% BR
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	400%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO (liste disponible sur ameli.fr)	65%	100%
- Médicaments non pris en charge par le RO (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) avec prescription (1)	-	60 €/ an
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	400%
Séances de psychologues prises en charge par le RO (2)	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire (3)	60%	400%
Analyses non PEC RO	-	3% PMSS
Transports pris en charge par le RO (4)	55%	Frais réels
Orthopédie prise en charge par le RO	60%	275%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	80% à 100%	400%
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Hospitalisation secteur non conventionné	80% à 100%	
- Honoraires	80% à 100%	90% des FR limité à 400%
- Frais de séjour	80% à 100%	90% des FR limité à 400%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Forfait patient urgences et Forfait actes lourds	-	Oui
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire	-	80 €/ jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (5)	-	47 €/ jour
Forfait naissance ou d'adoption (6)	-	473 €
Optique (7)		
Equipements à tarifs libres (8)		
- Verres simples + monture	60%	RSS + 614 €
- Verres complexes + monture	60%	RSS + 614 €
- Verres très complexes + monture	60%	RSS + 614 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe + monture	60%	RSS + 614 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe + monture	60%	RSS + 614 €
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe + monture	60%	RSS + 614 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	0 à 60%	189 €/ an
Chirurgie réfractive	-	250 €/ oeil
Dentaire		
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé		
- Soins pris en charge par le RO	60%	350%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (9)		
- Prothèses prises en charge par le RO (10)	60%	350%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (11)	-	350%
- Inlays/Onlays pris en charge par le RO	60%	350%
Orthodontie prise en charge ou non par le RO (12)	0% à 100%	350%
Implantologie (13)	-	516 €/ an
Aides auditives		
Equipements à tarifs libres	60%	275%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : si prestations prises en charge par le RO	55% à 70%	15% PMSS
Prévention		
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2026 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : COLOMB NR

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être		
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits (14)	-	30 €/ an
- Médecines douces (15)		35€/séance (Max 5/an)
- Acupuncture	-	
- Chiropractie	-	
- Diététicien	-	
- Etiopathie	-	
- Ostéopathie	-	
- Pédicure-Podologue	-	
- Psychomotricien	-	
- Psychologie, psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Homéopathie prescrite non prise en charge par le RO	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- 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-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 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 remboursements 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. 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) Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.
 - (2) La Mutuelle rembourse les soins selon les conditions prévues dans le dispositif «Mon Soutien Psy»
 - (3) 90% des FR limité à 400% BR en secteur non conventionné.
 - (4) Uniquement en cas d'hospitalisation.
 - (5) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans dans la limite de 30 jours/an.
 - (6) Sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.
 - (7) L'ensemble du poste optique est limité à 800€/an/bénéficiaire. La prestation "verres+monture" est majorée de 30% si le bénéficiaire du Contrat n'utilise pas son forfait pendant 2 années consécutives. Cette majoration intervient au cours de la 3ème année. Si ce bonus n'est pas utilisé, il sera reporté sur les années suivantes ; s'il est utilisé, un nouveau délai de 2 ans sera nécessaire pour en bénéficier de nouveau. L'année de référence sera l'année civile.
- 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.
- (8) Max monture : 189€.
 - (9) Plafond annuel prothèses dentaires 1ère année : 1200€. Plafond annuel prothèses dentaires années suivantes : 1500€.
 - (10) Prothèses dentaires fixes (plaques bases incluses).
 - (11) Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire. La base de remboursement reconstituée est de 120,00€.
 - (12) Pour l'orthodontie non PEC RO, Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et base de remboursement reconstituée : 193.50€.
 - (13) Pilier-implants, parodontologie, Inlay-Onlay non pris en charge par le RO. En implantologie, les actes pris en charge par la Mutuelle peuvent ne pas être inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Seuls les piliers implantaires doivent être inscrits à cette classification pour être pris en charge. En parodontologie : Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire.
 - (14) Substituts nicotiniques valables pour les produits suivants : gums, patches, inhalateur, comprimés à sucer ou sublinguaux.
 - (15) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué par séance 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 FINESS. 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 - 2026

GRANDS NAVIGATEURS : MARCO POLO NR

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.

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	125%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	125%
Praticiens non conventionnés	70%	90% des FR limité à 125% BR
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	125%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	125%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO (liste disponible sur ameli.fr)	65%	100%
- Médicaments non pris en charge par le RO (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) avec prescription (1)	-	30 €/ an
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	125%
Séances de psychologues prises en charge par le RO (2)	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire (3)	60%	175%
Analyses non PEC RO	-	3% PMSS
Transports pris en charge par le RO (4)	55%	Frais réels
Orthopédie prise en charge par le RO	60%	150%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	80% à 100%	250%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	80% à 100%	250%
Frais de séjour	80% à 100%	250%
Hospitalisation secteur non conventionné	80% à 100%	
- Honoraires	80% à 100%	90% des FR limité à 250%
- Frais de séjour	80% à 100%	90% des FR limité à 250%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Forfait patient urgences et Forfait actes lourds	-	Oui
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire	-	20 €/ jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (5)	-	20 €/ jour
Forfait naissance ou d'adoption (6)	-	200 €
Optique (7)		
Equipements à tarifs libres (8)		
- Verres simples + monture	60%	RSS + 100 €
- Verres complexes + monture	60%	RSS + 100 €
- Verres très complexes + monture	60%	RSS + 100 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe + monture	60%	RSS + 100 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe + monture	60%	RSS + 100 €
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe + monture	60%	RSS + 100 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	0 à 60%	50 €/ an
Chirurgie réfractive	-	100 €/ oeil
Dentaire		
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé		
- Soins pris en charge par le RO	60%	150%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (9)		
- Prothèses prises en charge par le RO (10)	60%	150%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (11)	-	150%
- Inlays/Onlays pris en charge par le RO	60%	150%
Orthodontie prise en charge ou non par le RO (12)	0% à 100%	150%
Implantologie (13)	-	206 €/ an
Aides auditives		
Equipements à tarifs libres	60%	150%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : si prestations prises en charge par le RO	55% à 70%	100 €/ an
Prévention		
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2026 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : MARCO POLO NR

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être		
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits (14)	-	30 €/ an
- Médecines douces (15)		21 €/séance (Max 5/an)
- Acupuncture	-	
- Chiropractie	-	
- Diététicien	-	
- Etiopathie	-	
- Ostéopathie	-	
- Pédicure-Podologue	-	
- Psychomotricien	-	
- Psychologie, psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Homéopathie prescrite non prise en charge par le RO	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- 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-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 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 remboursements 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. 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) Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.
 - (2) La Mutuelle rembourse les soins selon les conditions prévues dans le dispositif «Mon Soutien Psy»
 - (3) 90% des FR limité à 175% BR en secteur non conventionné.
 - (4) Uniquement dans le cadre d'une hospitalisation.
 - (5) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans, dans la limite de 30 jours/an.
 - (6) Sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.
 - (7) L'ensemble du poste optique est limité à 600€/an/bénéficiaire. La prestation "verres+monture" est majorée de 30% si le bénéficiaire du Contrat n'utilise pas son forfait pendant 2 années consécutives. Cette majoration intervient au cours de la 3ème année. Si ce bonus n'est pas utilisé, il sera reporté sur les années suivantes ; s'il est utilisé, un nouveau délai de 2 ans sera nécessaire pour en bénéficier de nouveau. L'année de référence sera l'année civile.
- 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.
- (8) Max monture : 50€.
 - (9) Plafond annuel prothèses dentaires 1ère année : 1200€. Plafond annuel prothèses dentaires années suivantes : 1200€.
 - (10) Prothèses dentaires fixes (plaques bases incluses).
 - (11) Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire. La base de remboursement reconstituée est de 120,00€.
 - (12) Pour l'orthodontie non PEC RO, Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et base de remboursement reconstituée : 193.50€.
 - (13) Pilier + implants, parodontologie, Inlay-Onlay non pris en charge par le RO. En implantologie, les actes pris en charge par la Mutuelle peuvent ne pas être inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Seuls les piliers implantaires doivent être inscrits à cette classification pour être pris en charge. En parodontologie : prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire.
 - (14) Substituts nicotiniques valables pour les produits suivants : gums, patches, inhalateur, comprimés à sucer ou sublinguaux.
 - (15) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué par séance 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 FINESS. 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 - 2026

GRANDS NAVIGATEURS : VASCO NR

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.

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	250%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	250%
Praticiens non conventionnés	70%	90% des FR limité à 250% BR
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	250%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	70%	250%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO (liste disponible sur ameli.fr)	65%	100%
- Médicaments non pris en charge par le RO (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) avec prescription (1)	-	50 €/ an
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	250%
Séances de psychologues prises en charge par le RO (2)	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire (3)	60%	250%
Analyses non PEC RO	-	3% PMSS
Transports pris en charge par le RO (4)	55%	Frais réels
Orthopédie prise en charge par le RO	60%	225%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-ACO	80% à 100%	400%
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Hospitalisation secteur non conventionné	80% à 100%	
- Honoraires	80% à 100%	90% des FR limité à 400%
- Frais de séjour	80% à 100%	90% des FR limité à 400%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Forfait patient urgences et Forfait actes lourds	-	Oui
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire	-	60 €/ jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (5)	-	40 €/ jour
Forfait naissance ou d'adoption (6)	-	394 €
Optique (7)		
Equipements à tarifs libres (8)		
- Verres simples + monture	60%	RSS + 425 €
- Verres complexes + monture	60%	RSS + 425 €
- Verres très complexes + monture	60%	RSS + 425 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe + monture	60%	RSS + 425 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe + monture	60%	RSS + 425 €
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe + monture	60%	RSS + 425 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	0 à 60%	189 €/ an
Chirurgie réfractive	-	200 €/ oeil
Dentaire		
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé		
- Soins pris en charge par le RO	60%	250%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (9)		
- Prothèses prises en charge par le RO (10)	60%	250%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (11)	-	250%
- Inlays/Onlays pris en charge par le RO	60%	250%
Orthodontie prise en charge ou non par le RO (12)	0% à 100%	250%
Implantologie (13)	-	413 €/ an
Aides auditives		
Equipements à tarifs libres	60%	225%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : si prestations prises en charge par le RO	55% à 70%	12% PMSS
Prévention		
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2026 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : VASCO NR

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être		
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits (14)	-	30 €/ an
- Médecines douces (15)		30€/séance (Max 5/an)
- Acupuncture	-	
- Chiropractie	-	
- Diététicien	-	
- Etiopathie	-	
- Ostéopathie	-	
- Pédicure-Podologue	-	
- Psychomotricien	-	
- Psychologie, psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Homéopathie prescrite non prise en charge par le RO	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- 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-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 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 remboursements 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. 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) Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.
 - (2) La Mutuelle rembourse les soins selon les conditions prévues dans le dispositif «Mon Soutien Psy»
 - (3) 90% des FR limité à 300% BR en secteur non conventionné.
 - (4) Uniquement en cas d'hospitalisation.
 - (5) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans, dans la limite de 30 jours/an.
 - (6) Sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.
 - (7) L'ensemble du poste optique est limité à 600€/an/bénéficiaire. La prestation "verres+monture" est majorée de 30% si le bénéficiaire du Contrat n'utilise pas son forfait pendant 2 années consécutives. Cette majoration intervient au cours de la 3ème année. Si ce bonus n'est pas utilisé, il sera reporté sur les années suivantes ; s'il est utilisé, un nouveau délai de 2 ans sera nécessaire pour en bénéficier de nouveau. L'année de référence sera l'année civile.
- 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.
- (8) Max monture : 189€.
 - (9) Plafond annuel prothèses dentaires 1ère année : 1200€. Plafond annuel prothèses dentaires années suivantes : 1400€.
 - (10) Prothèses dentaires fixes (plaques bases incluses).
 - (11) Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire. La base de remboursement reconstituée est de 120,00€.
 - (12) Pour l'orthodontie non PEC RO, Prestations inscrites à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et base de remboursement reconstituée : 193.50€.
 - (13) Pilier + implants, parodontologie, Inlay-Onlay non pris en charge par le RO. En implantologie, les actes pris en charge par la Mutuelle peuvent ne pas être inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Seuls les piliers implantaires doivent être inscrits à cette classification pour être pris en charge. En parodontologie : Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire.
 - (14) Substituts nicotiniques valables pour les produits suivants : gums, patchs, inhalateur, comprimés à sucer ou sublinguaux.
 - (15) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué par séance 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 FINESS. 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.