



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

IPID & Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

Garanties Santé Essentiel

LA GARANTIE SANTÉ À PETIT PRIX

100% HOSPITALISATION



Essentiel
100

Uniquement pour
vos frais d'hospitalisation

Essentiel
200⁺

Vos frais d'hospitalisation
+
Dépassements d'honoraires
+
Chambre particulière



Pas de limite d'âge



Pas de questionnaire médical



Pas de frais de dossier



- + Devis et adhésion 100% en ligne ou avec votre expert santé au 0977 400 400 (appel gratuit).
- + Pas d'avance de frais sur simple demande de prise en charge.
- + Une assistance incluse et un fond d'action sociale pour vous soutenir dans les moments difficiles.
- + Vous avez déjà une mutuelle ?
Bénéficiez de notre service résiliation 100% gratuit.

Une question concernant cette garantie santé ?
Nos conseillers sont à votre écoute et vous répondent



RAPPEL GRATUIT
& IMMÉDIAT
sur smatis.fr



0977 400 400
appel non surtaxé



TCHATTEZ DIRECTEMENT
AVEC NOS CONSEILLERS
sur smatis.fr

ESSENTIEL 200+

Date d'effet : 01/01/2021

ESSENTIEL 200+		
NON RESPONSABLE		
Remboursement RO*	Remboursement Complémentaire	Remboursement Total (dont RO*)

HOSPITALISATION**

HONORAIRES

Soins et actes médicaux ou chirurgicaux, appareillage et pharmacie	80 % BR	120 % BR	200 % BR
--	---------	----------	----------

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (1)

Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais réels	Frais réels
--------------------------------	-------	-------------	-------------

AUTRES PRESTATIONS

Frais de séjour	80 % BR	20 % BR	100 % BR
Chambre particulière, y compris maternité (par jour) (2)	Néant	60 €	60 €

TÉLÉCONSULTATION

Consultation de médecine générale par téléphone, 24h/24, 7j/7, partout dans le monde, n° de tél sans surcoût depuis la France au 36 33 et un programme de prévention digital My Easy Santé qui aide l'assuré à préserver et améliorer sa santé au quotidien		CF. NOTICES	CF. NOTICES
---	--	-------------	-------------

TRANSPORT

TRANSPORT MÉDICAL

Transport médical remboursé par le RO	65 % BR	35 % BR	100 % BR
---------------------------------------	---------	---------	----------

LEXIQUE

BR : Base de Remboursement du Régime Obligatoire - RO : Régime Obligatoire

LEGENDE

(1) Forfait Journalier Hospitalier limité à 60 jours en médecine et chirurgie. Limité à 30 jours en soins de suite et de réadaptation. Exclu en psychiatrie.

(2) Chambre particulière limitée à 60 jours par année civile en psychiatrie et en Soins de Suite et de Réadaptation SSR (structures de moyens séjours). Exclusion de la chambre particulière en ambulatoire.

Tous les forfaits et limites s'entendent par année d'adhésion et par bénéficiaire, sauf mention spécifique.

* Avant application, contribution forfaitaire de 1 € franchises et pénalités hors parcours de soins. Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel Smatis France intervient en complément. Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement Smatis France, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

** Hospitalisation exclue en établissements non conventionnés, Long Séjour, Etablissements spécialisés, gastroplastie (anneaux gastriques, by pass...)

Prise en charge de la participation Forfaitaire pour les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros en hospitalisation et pour les soins courants.

Contrat non responsable : les garanties ne respectent pas les conditions légales des contrats responsables et excluent le 100% Santé. La contribution forfaitaire de 1€ et les franchises médicales restent à la charge du patient

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

(calculés sur des prix estimés et non engagés, bases de remboursement en vigueur à la date d'édition du présent document)

ESSENTIEL 200+	Prix moyen praticqué ou tarif	Remboursement RO	Remboursement Complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles
HOSPITALISATION**					
H Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (sur la base du code BFGA427 transmis par l'UNOCAM)	355,00 €	271.70 €	83.30 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte
H Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent au DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte (sur la base du code BFGA427 transmis par l'UNOCAM)	431,00 €	271.70 €	159.30 €	0.00 €	Prix moyen national de l'acte
Forfait journalier hospitalier illimité en court séjour	20,00 €	0.00 €	20.00 €	0.00 €	Tarif réglementaire

L'ensemble des calculs ne prend pas en compte la participation des franchises.

Note de lecture des exemples :

Si un médecin spécialiste non adhérent à un DPTAM (OPTAM ou autres) facturait 50 euros sa consultation (tarif conventionnel de 23 euros + 27 euros de dépassements d'honoraires), le remboursement de l'assurance maladie obligatoire serait de 15,10 euros. Pour une garantie ou contrat à 150% de la Base de Remboursement (régime obligatoire inclus), le remboursement de l'assurance maladie complémentaire serait de 18,40 euros. Le reste à charge pour le patient serait donc de 16,50 euros (1 euro de participation forfaitaire +15,50 euros).

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : SMATIS FRANCE – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité N° SIREN 781166293

6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9


Produit : ESSENTIEL 200+





Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé "ESSENTIEL 200+" est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé d'hospitalisation restant à charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit ne respecte pas les conditions légales du contrat responsable et n'est pas éligible à la loi Madelin. Il propose également des options facultatives et des services associés.

 QU'EST-CE-QUI EST ASSURÉ ?
<p>Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.</p> <p>LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Hospitalisation : soins et actes médicaux ou chirurgicaux, appareillage et pharmacie, frais de séjour et forfait journalier hospitalier✓ Prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €✓ Téléconsultation Médicale (cf. conditions générales d'utilisation "Téléconsultation médicale") <p>LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS*</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Tiers-payant, réseau de soins Itelis, Assistance, Fonds d'action social, Espace adhérent✓ Bonus coup-dur * jusqu'au 31/12/2020 <p>A compter du 01/01/2021 :</p> <ul style="list-style-type: none">✓ My Easy Santé (application pour préserver sa forme et sa santé)✓ Hospiway (préparer au mieux son hospitalisation ou celle d'un proche)✓ Protection Juridique (droit de la vie privée, les recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale) <p>*soumis à condition (cf. notice d'information)</p> <p><i>Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat.</i></p>

 QU'EST-CE-QUI N'EST PAS ASSURÉ ?
<ul style="list-style-type: none">X les soins reçus en dehors de la période de validité du contratX les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travailX les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :<ul style="list-style-type: none">- en établissements non conventionnés- en centres de long séjour- en établissements spécialisés- lors de gastroplastie (anneaux gastriques, By pass....)- en établissements de cures thermalesX les médicaments à Service Médical Rendu (SMR) fort, modéré et faible (remboursés de 15% à 65% par le RO)X les soins courants et prescriptions médicalesX les frais optiquesX les frais dentairesX l'appareillage auditifX les garanties de confort : médecines douces, cures thermales, contraception...X la chambre particulièreX les frais d'accompagnant

 Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?
<p>LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DE LA GARANTIE :</p> <ul style="list-style-type: none">! la participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boîtes de médicaments et actes paramédicaux et la franchise de 2 € sur les transports sanitaires! la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins! la garantie ne répond pas aux obligations du contrat responsable <p>PRINCIPALES RESTRICTIONS :</p> <ul style="list-style-type: none">! Hospitalisation : Limitation du Forfait Journalier Hospitalier à 60 jours en médecine et chirurgie ; et limitation à 30 jours en soins de suite et de réadaptation <p>Délais d'attente</p> <p>Sauf présentation d'un certificat de radiation délivré par l'organisme complémentaire précédant dans un délai de 6 mois à compter de la date d'adhésion :</p> <p>Pour les personnes âgées de 65 ans et plus :</p> <ul style="list-style-type: none">- délai d'attente de 3 mois pour la garantie Hospitalisation en cas de maladie (pas de délai d'attente en cas d'accident)- dans le cas d'un ajout d'un ayant droit âgé de + de 65 ans, délai d'attente pour l'ayant droit ajouté sur le contrat quel que soit l'âge de l'adhérent principal



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ en France métropolitaine, dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer, ainsi que dans les pays membres de l'Union Européenne
- ✓ dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ les garanties d'assistance s'appliquent uniquement à la France.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)

À la souscription du contrat :

- remplir avec exactitude le formulaire de souscription sous peine de nullité du contrat
- fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- régler la cotisation selon les modalités de règlement et la fréquence indiquées sur le bulletin d'adhésion.

En cours de contrat :

- fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire
- informer l'assureur des événements suivants dès que vous en avez connaissance :
 - => changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité
 - => changement de profession : dans ce cas, vous devez fournir sur la demande de l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification de votre contrat et de vos cotisations

En cas de sinistre :

- fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur pour percevoir les prestations



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Vous devez régler vos cotisations à la date de signature de votre bulletin d'adhésion. Vos cotisations sont annuelles et sont payables d'avance. Vous avez la possibilité de fractionner leur règlement qui peut être mensuel, trimestriel ou semestriel, selon le moyen de paiement défini lors de votre adhésion : par chèque ou prélèvement automatique. Votre avis d'échéance détaille le montant de vos cotisations suivant la périodicité et le mode de règlement que vous aurez choisis.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Votre contrat prend effet :

- à la date précisée sur votre bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet de votre contrat ne peut pas être rétroactive à votre demande d'adhésion. La prise d'effet de votre adhésion est matérialisée par la signature de votre bulletin d'adhésion. Le contrat est renouvelé tacitement à son échéance fixée au 31 décembre de chaque année, sauf dénonciation ou résiliation.

Votre contrat prend fin :

- en cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile: vous pouvez, si vous le souhaitez, renoncer à votre adhésion en nous adressant une lettre recommandée. Vous disposez, pour ce faire, d'un délai de 14 jours calendaires qui commence à courir à compter du jour où votre contrat a pris effet ou, si cette date est postérieure, à compter du jour où vous avez reçu l'ensemble de la documentation contractuelle
- en cas de fausses déclarations intentionnelles
- en cas de résiliation de votre contrat auprès de l'assureur
- en cas de défaut de paiement de vos cotisations.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance de votre contrat, soit au 31 décembre de chaque année, en nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, au moins deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre ;
- lorsque l'avis d'échéance annuel de vos cotisations vous est adressé moins de 15 jours avant votre délai de préavis pour résilier votre contrat ou après cette date, vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de votre avis d'échéance pour dénoncer votre contrat ;
- en cas de changement de votre situation : changement de domicile, changement de régime, changement de situation matrimoniale, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle, dont vous devez nous fournir les justificatifs. La fin de votre adhésion interviendra dans ce cas dans les 3 mois suivant la date de l'évènement ou de sa révélation. Elle prendra effet le premier jour du mois suivant la notification ;
- à compter du 1er décembre 2020, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de votre garantie, à tout moment, par lettre ou support durable, seul(e) ou avec votre nouvel assureur si vous le souhaitez, sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après la confirmation de la réception de votre notification.