



**Mon Gustave**  
le comparateur #malin



**Mutuelle Santé**

## **Conditions générales**

**Comparez les offres**

**[www.mongustave.fr](http://www.mongustave.fr)**

## Garanties Olea Niveau 5

| HOSPITALISATION  | RO                   | RO+RC                  |
|--|----------------------|------------------------|
| <b>Forfait Journalier Hospitalier</b>  |                      |                        |
| Forfait Journalier illimité en chirurgie et médecine   | -                    | OUI **                 |
| Forfait Journalier illimité en Psychiatrie   | -                    | OUI **                 |
| Forfait Journalier illimité en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, moyen séjour  | -                    | OUI **                 |
| <b>Honoraires</b>  |                      |                        |
| Soins - Honoraires (secteur conventionné) signataire OPTAM/OPTAMCO   | 80% ou 100% (a)      | 200%                   |
| Soins - Honoraires (secteur conventionné) non signataire OPTAM/OPTAMCO   |                      | 180%                   |
| Soins - Honoraires (secteur non conventionné) signataire OPTAM/OPTAMCO   |                      | 100%                   |
| Soins - Honoraires (secteur non conventionné) non signataire OPTAM/OPTAMCO   |                      | 100%                   |
| <b>Séjour et Autres frais</b>  |                      |                        |
| Frais de séjour - Secteur Conventionné   | 80% ou 100% (a)      | 200%                   |
| Frais de séjour - Secteur Non Conventionné   |                      | 100%                   |
| Chambre Particulière avec hébergement en chirurgie, médecine et maternité (1)  | -                    | Limité à 60,00€ / jour |
| Chambre Particulière avec hébergement en rééducation fonctionnelle, maison de repos et convalescence, psychiatrie (1)  | -                    | Limité à 60,00€ / jour |
| Chambre Particulière sans hébergement (limitée à 10 jours/an)  | -                    | Limité à 7,00€ / jour  |
| Frais d'accompagnement (Lit et repas hospitaliers) pour un enfant de moins de 16 ans en chirurgie et médecine (Maxi 20/an)   | -                    | Limité à 30,00€ / jour |
| Frais d'accompagnement (Lit et repas hospitaliers) pour un adulte de plus de 74 ans en chirurgie et médecine (Maxi 10/an)  | -                    | Limité à 30,00€ / jour |
| <b>Maternité</b>   |                      |                        |
| Forfait Naissance si adhésion de l'enfant le 1er jour du mois de naissance   | -                    | 150,00 €               |
| Forfait annuel examens d'amniocentèse refusé   | -                    | 150,00 €               |
| <b>SOINS</b>   | <b>RO</b>            | <b>RO+RC</b>           |
| <b>Honoraires paramédicaux</b>   |                      |                        |
| Auxiliaires médicaux   | 60%                  | 150%                   |
| <b>Honoraires médicaux</b>   |                      |                        |
| Consultations, Visites Généralistes signataire OPTAM/OPTAMCO - Secteur conventionné  | 70%                  | 150%                   |
| Consultations, Visites Généralistes non signataire OPTAM/OPTAMCO - Secteur conventionné  |                      | 130%                   |
| Consultations, Visites Généralistes - Secteur non conventionné   |                      | 100%                   |
| Consultations, Visites Spécialistes signataire OPTAM/OPTAMCO - Secteur conventionné  | 70%                  | 150%                   |
| Consultations, Visites Spécialistes non signataire OPTAM/OPTAMCO - Secteur conventionné  |                      | 130%                   |
| Consultations, Visites Spécialistes - Secteur non conventionné   |                      | 100%                   |
| Actes Techniques signataire OPTAM/OPTAMCO - Secteur conventionné   | 70%                  | 150%                   |
| Actes Techniques non signataire OPTAM/OPTAMCO - Secteur conventionné   |                      | 130%                   |
| Actes Techniques - Secteur non conventionné  |                      | 100%                   |
| Radiologie signataire OPTAM/OPTAMCO - Secteur conventionné   | 70%                  | 150%                   |
| Radiologie non signataire OPTAM/OPTAMCO - Secteur conventionné   |                      | 130%                   |
| Radiologie - Secteur non conventionné  |                      | 100%                   |
| <b>Analyses et examens de laboratoires</b>   |                      |                        |
| Analyses laboratoires  | 60%                  | 150%                   |
| <b>Médicaments</b>   |                      |                        |
| Pharmacie  | Entre 15% et 65% (a) | 100%                   |
| <b>Matériel Médical</b>  |                      |                        |
| Petit Appareillage et Orthopédie   | -                    | 150%                   |
| Grand Appareillage   | -                    | 150%                   |
| <b>Transport</b>   |                      |                        |
| Transport  | 65%                  | 100%                   |
| <b>AIDES AUDITIVES</b>   | <b>RO</b>            | <b>RO+RC</b>           |
| <b>Equipements 100% santé (3)</b>  |                      |                        |
| Audioprothèses Classe I Reste à charge nul (3)   | 60%                  | Frais engagés          |
| <b>Equipements à prix libre(3*)</b>  |                      |                        |
| Audioprothèses Classe II   | 60%                  | 100%                   |
| Forfait Annuel Audioprothèses Classe II (-20 ans)  | -                    | 600,00 €               |
| Forfait Annuel Audioprothèses Classe II (20 ans et +)  | -                    | 450,00 €               |
| Forfait Annuel piles et entretien  | -                    | 30,00 €                |
| <b>CURE THERMALE</b>   | <b>RO</b>            | <b>RO+RC</b>           |
| Soins et honoraires de surveillance  | 65% ou 70% (a)       | 100%                   |
| Forfait annuel hébergement (hors restauration) et transport  | -                    | 300,00 €               |
| <b>DENTAIRE (Forfait annuel par bénéficiaire)</b>  | <b>RO</b>            | <b>RO+RC</b>           |
| <b>Soins</b>   |                      |                        |
| Soins, Radios et Actes techniques  | 70%                  | 300%                   |
| Inlays/Onlays  | 70%                  | 100%                   |
| <b>Prothèses 100% santé (4)</b>  |                      |                        |
| Prothèses dentaires remboursées par RO - Panier 100% santé (3)   | 70%                  | Frais engagés          |
| <b>Prothèses (4*)</b>  |                      |                        |
| Prothèses dentaires remboursées par RO (Sauf Inlay-Core) - Hors Panier 100% santé  | 70%                  | 330%                   |
| Inlay-Core   |                      | 180%                   |
| Forfait Annuel Prothèses mobiles et fixes non remboursées par RO   | -                    | 125,00 €               |
| Forfait Annuel Implantologie, parodontologie   | -                    | 250,00 €               |
| Plafond Annuel Dentaire (Hors soins, radio et Actes techniques) par bénéficiaire   | -                    |                        |
| Années 1 et 2  |                      | 1 500,00 €             |
| Années 3 et suivantes  |                      | 1 750,00 €             |
| Lorsque le plafond annuel est atteint, le montant de la prise en charge des prothèses mobiles et fixes remboursées par le RO (Hors Panier 100%) santé est limité au ticket modérateur. |                      |                        |
| <b>Orthodontie</b>   |                      |                        |
| Orthodontie remboursée par RO  | 70 ou 100% (a)       | 300%                   |
| Forfait Annuel Orthodontie non remboursée par RO   | -                    | 300,00 €               |
| <b>OPTIQUE</b>   | <b>RO</b>            | <b>RO+RC</b>           |
| <b>Equipements 100% santé (5)</b>  |                      |                        |
| <b>Equipements de classe A Reste à charge nul</b>  | 60%                  | Frais engagés          |
| <b>Equipements et frais d'optique à prix libre (5)</b>   |                      |                        |
| <b>Equipements de classe B</b>   |                      |                        |
| Base de remboursement Régime Obligatoire   | -                    | 100%                   |
| Forfait Enfant (-16 ans) pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par an   |                      |                        |
| (a) Monture + Verres simples (2 verres)  | 60%                  | 200,00 €               |
| (c) Monture + Verres complexes ou Verres très complexe (2 verres)  | 60%                  | 300,00 €               |
|  |                      | -                      |
| Forfait Adulte (16 ans et +) pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 2 ans   |                      |                        |
| (a) Monture + Verres simples (2 verres)  | 60%                  | 270,00 €               |
| (c) Monture + Verres complexes ou Verres très complexe (2 verres)  | 60%                  | 460,00 €               |
| Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou 1 verre très complexe   | 60%                  | 335,00 €               |
| Forfait annuel Lentilles remboursées ou non***   | 60% ou Néant         | 75,00 €                |
| Forfait annuel chirurgie réfractive, laser, kératotomie  | -                    | 200,00 €               |
| <b>BIEN ETRE (Forfait annuel par bénéficiaire)</b>   |                      | <b>RC</b>              |

|   |  |                       |
|---|--|-----------------------|
| Plafond Annuel global pour l'ensemble des postes ci-dessous :   |  | 150,00 €              |
| Vaccin anti-grippe (sur présentation d'ordonnance)  |  | 7,00 € / an           |
| Vaccins non remboursés (sur présentation d'ordonnance)  |  | 50,00 € / an          |
| Analyses non remboursées et médicaments d'homéopathie (sur présentation d'ordonnance)   |  | 50,00 € / an          |
| Sevrage Tabagique (sur présentation d'ordonnance)   |  | 75,00 € / an          |
| Contraceptifs non remboursés (sur présentation d'ordonnance)  |  | 50,00 € / an          |
| Pédicure, podologue   |  | 30,00 € / an          |
| Actes d'ostéopathie (Maxi 2 séances / an)   |  | Maxi 50,00 € / séance |
| Actes d'acupuncture, d'étiopathie, de chiropractie, de Psychothérapie, de Sofrologie, de Psychomotricité (Maxi 4 séances / an)                    |  | Maxi 15,00 € / séance |
| Dépistage non remboursé: cancer du col de l'utérus, infections urinaires, cancer du côlon, polyarthrite rhumatoïde, ostéoporose, bilan allergique |  | 50,00 € / an          |
|   |  | 40,00 € / an          |
| <b>ALLOCATION OBSEQUES (versé pour un décès par dossier et par an)</b>  |  | <b>RC</b>             |
| Participation forfaitaire pour frais funéraires (2)   |  | 500,00 €              |
| <b>ACCIDENT (2)</b>   |  | <b>RC</b>             |
| Individuelle Décès Accident   |  | 750,00 €              |
| <b>PROTECTION JURIDIQUE (2)</b>   |  | <b>RC</b>             |
| Garanties de la Protection Juridique "PJ" (par année civile et par bénéficiaire):   |  |                       |
| - Assistance téléphonique   |  | OUI                   |
| - Gestion amiable de litiges  |  |                       |
| - Prise en charge des frais de procédure judiciaire   |  |                       |
| <b>Dépendance (2)</b>   |  | <b>RC</b>             |
| Autonomie Santé :   |  |                       |
| Capital en cas de Dépendance Totale   |  | 500,00 €              |
| <b>ASSISTANCE</b>   |  | OUI                   |
| <b>TELE-CONSULTATION</b>  |  | OUI                   |
| <b>DOUBLE-AVIS</b>  |  | OUI                   |
| <b>CLUB AVANTAGE</b>  |  | OUI                   |

RO : Régime Obligatoire      RC : Régime Complémentaire

(a) En fonction de la nature des soins

**\*\* Forfait journalier : tarif en vigueur défini par le Ministère de la Santé.**

(1) Chambre particulière avec hébergement limitée à 30 jours / an en rééducation fonctionnelle, maison de repos et convalescence, psychiatrie.

Exclue en moyen séjour.

(2) Garanties révisées par des conditions générales spécifiques

(3) tels que définis réglementairement.

Dans la limite du prix de vente (PLV) fixé par les textes officiels à la date des soins

(3\*) tels que définis réglementairement.

Dans la limite du plafond du contrat responsable

\*\*\* Sur présentation d'ordonnance ou lettre de refus de votre Régime Obligatoire.

(4) tels que définis réglementairement.

Dans la limite du prix de facturation fixé par les textes officiels à la date des soins

(4\*) tels que définis réglementairement.

La mutuelle met à disposition un service d'accompagnement dédié aux soins dentaires, chargé de vous assister dans vos demandes de prestations.

La mutuelle se réserve le droit de soumettre et de conditionner son remboursement à un contrôle médical et/ou administratif de toutes prestations.

Pour toutes précisions complémentaires, nous vous invitons à contacter nos services.

(5) tels que définis réglementairement.

Pour les enfants de - de 16 ans, le forfait s'applique par période d'une année suivant la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique, sauf pour les verres dans les conditions fixées par les textes officiels.

Pour les adultes ou enfants à partir de 16 ans, le forfait s'applique par période de 2 ans suivant la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique.

Le renouvellement anticipé des verres uniquement au terme d'une période minimale d'un an sera admis en cas d'une évolution de la correction, suivant la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique.

En dehors de ce cas, le renouvellement anticipé pour les verres uniquement est possible dans les conditions fixées par les textes et sous réserve de présentations des pièces justificatives nécessaires.

**Un verre est dit simple si c'est un :**

verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;

verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

**Un verre est dit complexe si c'est un :**

verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;

verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;

verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

**Un verre est dit très complexe si c'est un :**

verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;

verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Les remboursements indiqués ci-dessus sont calculés en pourcentage de la base du remboursement sécurité sociale et comprennent ceux effectués par le régime obligatoire.

Le remboursement des dépenses par le régime complémentaire ne peut en aucun cas être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Les garanties s'expriment soit en euros, soit en pourcentage.

Forfaits annuels par bénéficiaire par année civile.

Les avenants de changement de Niveau ne sont pas possibles en cours d'année

Frais de télévision en chirurgie et médecine : envoyez les justificatifs à la mutuelle : 1.52 € / jour (maxi : 152.45 € par an)

**ASSISTANCE : 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 sur simple appel téléphonique. En cas d'hospitalisation : aide à domicile, assistance en cas d'accident, prise en charge complémentaire ou avance des dépenses de santé engagées à l'étranger**

Les garanties du contrat santé ci-dessus respectent l'ensemble des règles des contrats solidaires et responsables.

Il bénéficie du Tiers Payant généralisé, à hauteur du tarif de responsabilité, pour les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables.

En cas de refus d'un médicament générique ou de non-respect du parcours des soins coordonnés, le Tiers Payant est facultatif.

Il respecte la réglementation liée au parcours de soins.

La franchise appliquée sur les actes médicaux lourds sera remboursée par la Mutuelle.

ACTES DE PREVENTION : Ostéodensitométrie, Vaccinations : Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite tous âges.