



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des plafonds et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

		Sécurité sociale incluse sauf forfait
		NIVEAU 2 RESPONSABLE
HOSPITALISATION ⁽¹⁾		
Forfait journalier hospitalier		Illimité
Honoraires secteur conventionné DPTAM / NON DPTAM		150% BR* / 100% BR*
Frais de séjour secteur conventionné		150% BR
Chambre particulière (par jour) ou forfait ambulatoire		25€**
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie		90 / 60 / 30 jours
Frais accompagnant (par jour)		15 €**
Limitation : âge / durée		< 16 ans / 30 jours
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €		FR
Transport		100% BR
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites généralistes DPTAM / NON DPTAM		125% BR / 100% BR
Consultations, visites spécialistes DPTAM / NON DPTAM		150% BR* / 100% BR*
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux DPTAM / NON DPTAM		150% BR / 100% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		125% BR
Analyses et examens de laboratoire		125% BR
Médicaments		
Médicaments remboursés à 65%		100% BR
Médicaments remboursés à 30%		100% BR
Matériel médical remboursé par le RO		
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT) ⁽²⁾		100% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU, DVO) ⁽²⁾		100% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII) ⁽²⁾		100% BR
Orthopédie (COR) ⁽²⁾		100% BR
OPTIQUE		
Un équipement (monture + 2 verres)		
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans le Règlement mutualiste.		
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appareillage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Monture + Verres		Aucun reste à charge
Panier de soins libre - Équipement Classe B		
Monture		75 €
2 verres simples		90 €
1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe		90 €
2 verres complexes ou très complexes		90 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)		100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
Autres prestations optiques		
Lentilles remboursées ou non par le RO ⁽³⁾		25 €**

DENTAIRE	
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Aucun reste à charge	
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des PLV pour le panier modéré	
Inlay onlay	150% BR*
Inlay Core	150% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO	150% BR*
Orthodontie remboursée par le RO	150% BR*
Plafond dentaire (hors soins dentaires et panier de soins 100% Santé) ⁽⁴⁾	1000 €/an
AIDES AUDITIVES	
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de classe II sont limitées à 1 700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).	
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge
Panier de soins libre	
Aides auditives de Classe II remboursées par le RO dont piles, accessoires et frais de réparation	100% BR
PRÉVENTION	
Cures Thermales prises en charge par le RO	
Frais d'établissement et d'honoraires	100% BR
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR
GARANTIES +	
Maternité	50 €**
SERVICES	
Tiers Payant	Oui
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	Oui
Bilan retraite complet à partir de 55 ans ⁽⁵⁾	Oui

BR : Base de remboursement - **RO** : Régime obligatoire - **FR** : Frais réels - **DPTAM** : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

* Délai de carence de 60 jours. Prise en charge limitée à 100% de la BR pendant ce délai.

** Délai de carence de 60 jours.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.

(2) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.

(3) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR pour les lentilles remboursées par le RO.

(4) Au-delà du plafond, les actes remboursés par le RO seront pris en charge à hauteur de 100% BR.

(5) Suivi et accompagnement sur une durée maximum de 2 ans, hors régimes spéciaux.

Les cotisations sont fonction du régime d'assurance obligatoire, de la composition familiale, de l'âge des bénéficiaires.

L'âge est déterminé par différence de millésime. Gratuité à partir du 3ème enfant.