



**Mon Gustave**  
le comparateur #malin



**Mutuelle Santé**

## **Conditions générales**

**Comparez les offres**

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

Les remboursements sont limités aux frais réels engagés.

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 les prestations versées par le 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.

<i>Sécurité sociale incluse sauf forfait</i>	
<b>NIVEAU 1 NON RESPONSABLE</b>	
<b>HOSPITALISATION <sup>(1)</sup></b>	
Forfait journalier hospitalier	FR
Honoraires secteur conventionné DPTAM / NON DPTAM	100% BR
Frais de séjour secteur conventionné	100% BR
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €	FR
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
Consultations, visites généralistes DPTAM / NON DPTAM	100% BR
Consultations, visites spécialistes DPTAM / NON DPTAM	100% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux DPTAM / NON DPTAM	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR
<b>Médicaments</b>	
Médicaments remboursés à 65%	100% BR
<b>Matériel médical remboursé par le RO</b>	
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII) <sup>(2)</sup>	100% BR
Orthopédie (COR) <sup>(2)</sup>	100% BR
<b>OPTIQUE - Renouvellement tous les 2 ans sauf mineur de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue (1 an)</b>	
Monture	50€ *
2 verres simples	60€ *
1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe	60€ *
2 verres complexes ou très complexes	60€ *
Lentilles remboursées par le RO	100% BR
<b>DENTAIRE</b>	
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR
Inlay onlay	100% BR*
Prothèses dentaires remboursées par le RO	100% BR*
Orthodontie remboursée par le RO	100% BR*
Plafond dentaire (hors soins dentaires)	500 € / an
<b>SERVICES</b>	
Tiers Payant	Oui
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	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.

\* Délai de carence de 90 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.**

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.