



**Mon Gustave**  
le comparateur #malin



**Mutuelle Santé**

**IPID & Conditions générales**

**Comparez les offres**

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



À partir de 18 ans  
Âge limite de souscription

NIVEAU 1 90 ans	NIVEAU 2 90 ans	NIVEAU 3 85 ans	NIVEAU 4 85 ans	NIVEAU 5 85 ans	NIVEAU 6 85 ans
F1	F2	F3	F4	F5	F6

### HOSPITALISATION & MATERNITÉ <sup>(1)</sup>

Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrique (hors chirurgie dentaire) dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
		F1	F2	F3	F4	F5	F6
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	Dès la 3 <sup>ème</sup> année	100%	125%	150%	175%	200%	250%
	Dès la 3 <sup>ème</sup> année	125%	150%	175%	225%	275%	325%
Hors OPTAM ou OPTAM CO*		100%	100%	125%	150%	175%	200%
Frais de séjour Hospitalier	En secteur conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	En secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier <sup>(2)</sup>		Rembst intégral					
Frais de transport (sauf cures et maternité)		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation à domicile		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière <sup>(3)</sup>		-	40€ / jour	60€ / jour	70€ / jour	80€ / jour	100€ / jour
Lit d'accompagnement, téléphone, internet, télévision (maxi 15 jours par an)		15€ / jour					

### MÉDECINE COURANTE

Médecins spécialistes et généralistes - Radiologie - Imagerie - Actes techniques médicaux dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO	1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
		F1	F2	F3	F4	F5	F6
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	Dès la 3 <sup>ème</sup> année	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Dès la 3 <sup>ème</sup> année	125%	150%	175%	225%	275%	325%
Médecins spécialistes et généralistes - Radiologie - Imagerie - Actes techniques médicaux hors OPTAM ou OPTAM CO		100%	100%	125%	150%	200%	200%
Analyses - examen de laboratoires		100%	100%	125%	150%	200%	200%
Auxiliaire médicaux		100%	100%	125%	150%	200%	200%
Médecine naturelle : ostéopathe, chiropracteur, étiope, homéopathe, acupuncteur, mésothérapeute, réflexologue, pédicure, podologue, diététicien, nutritionniste, naturopathe, sophrologue, tabacologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, psychologue, sexologue (maxi 50€ / séance)		50€ / an	100€ / an	100€ / an	150€ / an	150€ / an	200€ / an

### PHARMACIE

Médicaments et homéopathie remboursés	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits non remboursés (y compris vaccins, contraceptifs)	30 € / an	30 € / an	40 € / an	40 € / an	50 € / an	50 € / an

### OPTIQUE

Optique 100% SANTÉ*	Verres et monture classe A <sup>(a)</sup>	Rembst intégral					
	Verres classe A <sup>(a)</sup>	Rembst intégral					
Optique Hors 100% SANTÉ							
Forfait Optique, équipement complet entrant dans le cadre du panier libre <sup>(b)</sup> - Renouvellement tous les 2 ans <sup>(c)</sup>	2 verres simples, ou 1 complexe ou 1 très complexe - 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année	100%	150 €	200 €	300 €	350 €	400 €
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	Dès la 3 <sup>ème</sup> année	100%	200 €	250 €	350 €	400 €	420 €
Forfait Optique, équipement complet entrant dans le cadre du panier libre <sup>(b)</sup> - Renouvellement tous les 2 ans <sup>(c)</sup>	2 verres complexes ou très complexes - 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année	100%	250 €	300 €	400 €	500 €	600 €
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	Dès la 3 <sup>ème</sup> année	100%	300 €	350 €	450 €	550 €	650 €
Forfait annuel pour lentilles prescrites remboursées ou non par le RO		50€	50€	100€	100€	150€	150€
Chirurgie réfractive de l'œil, forfait par an et par œil		-	200€	250€	300€	350€	400€



Âge limite de souscription

NIVEAU 1 90 ans	NIVEAU 2 90 ans	NIVEAU 3 85 ans	NIVEAU 4 85 ans	NIVEAU 5 85 ans	NIVEAU 6 85 ans
F1	F2	F3	F4	F5	F6

## DENTAIRE (par an et par bénéficiaire)

100%SANTÉ* Dentaire - Condition selon décret en 2020 <sup>(a)</sup>		Rembst intégral					
Dentaire Hors 100%SANTÉ*							
Soins dentaires remboursé par le RO		100%	150%	200%	250%	275%	300%
Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie remboursés par le RO	1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année	100%	150%	200%	250%	275%	300%
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b> Dès la 3 <sup>ème</sup> année	150%	200%	250%	300%	325%	350%
Orthodontie remboursée par le RO	1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b> Dès la 3 <sup>ème</sup> année	150%	175%	200%	250%	300%	350%
Dentaire non remboursé par le RO (implants non remboursés, orthodontie pour adulte, parodontologie)		-	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Plafond <sup>(d)</sup> de remboursement sur le poste dentaire (hors soins) y compris les prestations en 100% santé* - au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur		-	800 €/an	1 000 €/an	1 000 €/an	1 200 €/an	1 200 €/an

## APPAREILLAGE ET PROTHÈSE

Prothèses et appareillages (autres que dentaires et audio)		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément pour petit appareillage		-	50 €/an	75 €/an	100 €/an	125 €/an	150 €/an

## APPAREILLAGE AUDITIF

100%SANTÉ* Prothèses Auditives - Conditions selon décret en 2020 <sup>(a)</sup>		Rembst intégral					
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé* (classe I <sup>(d)</sup> remboursement renforcé) - Renouvellement tous les 4 ans <sup>(e)</sup>							
Hors 100% Santé : - Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100% santé* (Appareil de classe II à prix libre) - Renouvellement tous les 4 ans <sup>(e)</sup> - Remboursement maximum 1700€ par oreille à appareiller <sup>(d)</sup> .		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait appareil auditif (par an)	1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b> Dès la 3 <sup>ème</sup> année	100 €	300 €	400 €	500 €	600 €	700 €

## PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE

Cure thermale prise en charge par le RO		100%	125%	150%	175%	200%	250%
Forfait supplémentaire cure thermale remboursée par le RO (Y compris transport et hébergement)		-	100 €	150 €	175 €	200 €	250 €
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006)		100%	100%	100%	100%	100%	100%

## SERVICES INCLUS

Assistance accompagnement		oui	oui	oui	oui	oui	oui
Tiers payant		oui	oui	oui	oui	oui	oui
Télémedecine		oui	oui	oui	oui	oui	oui
Réseaux de soins		oui	oui	oui	oui	oui	oui
Décompte en ligne		oui	oui	oui	oui	oui	oui

## Lexique

- OPTAM ou OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

- Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00

- Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verres multifocal ou progressif

- Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphère-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00

## LE RÉSEAU DE SANTÉ

**SANTÉCLAIR** mon repère santé

Notre réseau de soins qui offre la garantie de la **qualité au meilleur prix !**



### Réseau Optique

3350 partenaires et 45 centres de chirurgie réfractive



### Réseau Dentaire

2 600 partenaires et 50 chirurgiens en Implantologie dentaire



### Réseau Audioprothèse

800 centres

# 6 J/7

## Une plateforme téléphonique ouverte 6j/7

pour vous renseigner :

lundi au vendredi : 9h - 19h30

samedi : 9h - 17h

## LES AVANTAGES SANTÉCLAIR :

Exclusivité  
**SANTÉCLAIR**

- **Jusqu'à -40%\*** sur tous les verres et traitements des 3 grands verriers Carl Zeiss Vision, Essilor et Seiko Optical.
- **-15 à -20%\*** sur les prothèses dentaires et l'orthodontie.
- **Environ -35%\*** sur l'intégralité des gammes d'appareils auditifs.
- **-15%\*** sur les consultations de 380 diététiciennes et 360 ostéopathes et chiropracteurs.
- **-5%** de remise sur le **coaching sportif** (cours individuel ou semi-collectif, à domicile, en extérieur ou en salle de sport).

\* Par rapport au prix moyen du marché. Comparaison entre les tarifs négociés chez les professionnels de santé partenaires Santéclair et les tarifs pratiqués par les professionnels de la santé non partenaires Santéclair en 2017-2018.

## LES SERVICES SANTÉCLAIR :



Analyse de devis



Géolocalisation des partenaires



Téléconsultation  
(5x / pers. / an)



Calcul du reste à charge



Prise de RDV en ligne



Coaching nutrition



Conseil en automédication



Service de deuxième avis médical



Coaching sommeil

# Assurance Complémentaire Santé

## Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : SwissLife Prévoyance et Santé – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances – 322 215 021 RCS Nanterre

Distributeur et co-concepteur : AFI ASSURANCES - SAS - RCS B 404 414 583 - Société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 027 969 dont le siège social est situé au 12 rue du Bois Guillaume - 91000 ÉVRY COURCOURONNES

Produit : RELAXEO 2

**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 contrat RELAXEO 2 est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la 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 respecte les conditions légales des contrats responsables. Il peut être souscrit dans le cadre de la loi Madelin pour les personnes éligibles.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, 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. Certaines prestations évoluent sous la forme de bonus fidélité à partir de la 3<sup>ème</sup> année d'assurance

#### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

##### Hospitalisation et maternité :

✓ Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, lit accompagnant.

##### Frais dentaires :

✓ Soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses remboursés par la Sécurité Sociale

##### Frais optique :

✓ Lunettes (monture et verres), lentilles (remboursées ou non par la Sécurité Sociale).

##### Soins courants - Pharmacie - Bien-être :

✓ Honoraires, hospitalisation à domicile, honoraires paramédicaux, laboratoires, pharmacie, matériel médical (prothèses orthopédiques, mammaires, capillaires et autres prothèses remboursées par la Sécurité Sociale, fournitures et accessoires remboursés par la Sécurité sociale), cures thermales, médecines douces non remboursées par la Sécurité Sociale, actes de prévention non remboursés par la Sécurité Sociale (au choix de l'assuré).

Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale.

##### Aides Auditives :

✓ Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale ;

##### Garanties accessoires

✓ Assistance accompagnement ;

✓ Télémedecine ;

#### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

✓ Service Tiers Payant

✓ Prise en charge hospitalière, optique, dentaire via le réseau de professionnel de santé

✓ Espace personnel client



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.



### Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

#### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

! La majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins. La participation forfaitaire de 1,00€ et les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transports.

! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

#### PRINCIPALES RESTRICTIONS

##### ! Hospitalisation :

Prestation limitée au Ticket modérateur pendant les 60 premiers jours suivant la date de prise d'effet du contrat et à 30 jours /an en cas d'hospitalisation en maison de convalescence et de soins de suite et de rééducation dans la mesure où elle intervient dans la continuité d'une hospitalisation garantie.

Forfait journalier hospitalier : exclusion en gériatrie, unités de soins de longue durée et établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Chambre particulière :

✓ limitée à 30 jours/an et par assuré en hospitalisation médicale et chirurgicale.

✓ Limitée à 30 jours/an et par assuré pour les séjours de rééducation, convalescence et réadaptation fonctionnelle suite à une hospitalisation,

✓ Non garantie lors d'une hospitalisation en ambulatoire et les séjours en secteurs de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique et gériatrie.

! **Frais optiques** : la prise en charge est limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Monture prise en charge à hauteur de 100,00 €

! **Dentaire** : Plafonds de remboursement y compris les prestations en 100% santé (hors soins) pour les niveaux 2 à 6

**Non exhaustif. La liste complète des exclusions et des limitations se trouve dans la documentation précontractuelle et contractuelle**



## Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger, à partir du moment où le régime français intervient.
- ✓ Dans les 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.



## Quelles sont mes obligations ?

**Sous peine de nullité de l'adhésion ou de non garantie**

**Lors de l'adhésion :**

- Remplir avec exactitude la proposition d'assurance fournie par l'assureur,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Remplir les conditions d'adhésion

**En cours de contrat**

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité Sociale (si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si l'assureur n'a pas directement réglé auprès du professionnel de santé)
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'assuré en a connaissance :
  - Changement de situation : adresse ou fixation hors de France métropolitaine, composition familiale (naissance, mariage, décès), situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
  - Changement de profession : l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au contrat, auprès de l'assureur ou de son représentant dans les dix jours à compter de l'échéance.
- Paiement fractionné (mensuel, trimestriel ou semestriel) possible sans frais.
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel) ou par prélèvement automatique.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet de l'adhésion au contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion.
- L'adhésion produira ses effets le lendemain à midi du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt à la date fixée au certificat d'adhésion. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant de l'adhésion.
- L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



## Comment puis-je résilier mon contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- A l'expiration d'un délai d'un an, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois ; puis, ce délai d'un an passé, à la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.
- À tout moment, après un an d'adhésion. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation.
- En cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées au certificat d'adhésion ou en cas de diminution du risque, si l'Assureur refuse de réduire ses cotisations en conséquence (article L. 113-4 du Code des assurances).
- En cas de révision des cotisations ou de modification du contrat suite à une évolution réglementaire.

Dans tous les cas, votre demande doit parvenir au siège d'AFI assurances, 12 rue du bois Guillaume, 91055 EVRY CEDEX, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique à [satisfactionclient@afiassurances.fr](mailto:satisfactionclient@afiassurances.fr) ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.