



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

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>
	NIVEAU 1 NON RESPONSABLE
HOSPITALISATION ⁽¹⁾	
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
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
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
Médicaments	
Médicaments remboursés à 65%	100% BR
Matériel médical remboursé par le RO	
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII) ⁽²⁾	100% BR
OPTIQUE - Renouvellement tous les 2 ans sauf mineur de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue (1 an)	
Monture	50 €*
2 verres simples	60 €*
1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe	60 €*
2 verres complexes ou très complexes	60 €*
DENTAIRE	
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR
Inlay onlay	100% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO	100% BR*
Plafond dentaire (hors soins dentaires)	300 €/an
SERVICES	
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.