



**Mon Gustave**  
le comparateur #malin



**Mutuelle Santé**

## **Conditions générales**

**Comparez les offres**

**[www.mongustave.fr](http://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 planchers 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 à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. 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	
	ÉCLA' RESPONSABLE	
<b>HOSPITALISATION <sup>(1)</sup></b>		
Forfait journalier hospitalier	Illimité	
Honoraires secteur conventionné DPTAM / NON DPTAM	300% BR* / 200% BR*	
Honoraires secteur non conventionné	200% BR*	
Frais de séjour secteur conventionné	300% BR	
Frais de séjour secteur non conventionné	200% BR*	
Chambre particulière (par jour) ou forfait ambulatoire	75 €**	
<b>Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie</b>	90 / 60 / 30 jours	
Frais accompagnant (par jour)	40 €**	
<b>Limitation : durée</b>	30 jours	
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €	FR	
Transport	200% BR	
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations, visites généralistes DPTAM / NON DPTAM	250% BR / 200% BR	
Consultations, visites spécialistes DPTAM / NON DPTAM	300% BR* / 200% BR*	
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux DPTAM / NON DPTAM	300% BR / 200% BR	
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute	300% BR	
Analyses et examens de laboratoire	250% BR	
<b>Médicaments</b>		
Médicaments remboursés à 65%	100% BR	
Médicaments remboursés à 30%	100% BR	
Médicaments remboursés à 15%	100% BR	
Médicaments non remboursés par le RO	100 €**	
<b>Matériel médical remboursé par le RO</b>		
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT) <sup>(2)</sup>	200% BR	
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU, DVO) <sup>(2)</sup>	200% BR	
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII) <sup>(2)</sup>	200% BR	
Orthopédie (COR) <sup>(2)</sup>	200% BR	
<b>OPTIQUE</b>		
<b>Un équipement (monture + 2 verres)</b>		
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.		
<b>Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)</b>		
Monture + Verres	Aucun reste à charge	
<b>Panier de soins libre - Équipement Classe B</b>		
Monture	100 €	
2 verres simples	200 €	
1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe	300 €	
2 verres complexes ou très complexes	400 €	
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	200% BR	
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)	200% BR	
<b>Équipement mixte</b>	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 »
<b>Équipement mixte</b>	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)
<b>Autres prestations optiques</b>		
Lentilles remboursées ou non par le RO <sup>(3)</sup>	150 €**	
Chirurgie réfractive	200 €** / œil	

DENTAIRE	
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR
<b>Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de vente (PLV)</b>	Aucun reste à charge
<b>Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des PLV pour le panier modéré</b>	
Inlay onlay	250% BR*
Inlay Core	250% BR
Orthodontie remboursée par le RO	250% BR*
Prothèses dentaires remboursées par le RO	400% BR*
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	200 €**
Parodontologie (maladie parodontale)	100 €**
Implants (dans la limite de 3 implants / an)	200 € / implant**
Plafond dentaire (hors soins dentaires et panier de soins 100% Santé) <sup>(4)</sup>	2000 € / an
AIDES AUDITIVES	
<b>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).</b>	
<b>Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)</b>	
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge
<b>Panier de soins libre</b>	
Aides auditives de Classe II remboursées par le RO dont piles, accessoires et frais de réparation	150% BR*
PRÉVENTION	
Diététicien, ostéopathe, homéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur, pédicure-podologue <sup>(5)</sup> , étiope <sup>(6)</sup>	40 € / séance** 3 séances / an
Vaccins prescrits non remboursés par le RO	100 €**
<b>Cures Thermales prises en charge par le RO</b>	
Frais d'établissement et d'honoraires	100% BR
Frais de transport et d'hébergement	150 €**
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR
GARANTIES +	
Maternité	200 €**
Allocation obsèques (délai de carence de 9 mois)	750 €
SERVICES	
Assistance	Oui
Tiers Payant	Oui
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	Oui
Bilan retraite complet à partir de 55 ans <sup>(7)</sup>	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 30 jours. Prise en charge limitée à 100% de la BR pendant ce délai.

\*\* Délai de carence de 30 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) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

(6) Pour des actes réalisés par un étiope enregistré au répertoire national des étiope.

(7) 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.