

MODULE UN	
Remboursement des prestations sur base Sécurité Sociale	Barème du 1er janvier au 31 décembre 2020
HOSPITALISATION	
Frais médicaux pris à 80% par le régime obligatoire Forfait journalier hospitalier ou psychiatrique (illimité) Chambre particulière (dans la limite de 60 jours/an) Transport sanitaire ou ambulancier Accompagnement enfant <14 ans ou personne non-voyante (limités à 30 jours/an)	T.M. Frais réels 45 € / jour T.M. 50 € / jour
FRAIS MÉDICAUX	
Consultations / Visites de généralistes ou de spécialistes ayant adhéré OPTAM ou OPTAM-CO En cas de dépassement d'honoraires Consultations / Visites de généralistes ou de spécialistes hors OPTAM ou OPTAM-CO Auxiliaires médicaux (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, etc.) Analyses médicales (type BP, B, PR, autres...) Radiologie (ADE - ADI) et autres actes (K-ADA-ADC-ATM) en externe Actes techniques médicaux et actes de chirurgie Vaccins pris en charge par la Sécurité Sociale Pharmacie (toutes vignettes) Ostéopathie, diététique, podologie, acupuncture (maximum 6 séances par an) Psychomotricité (maximum 10 séances par an) Franchise actes techniques (si K ≥ 60 ou frais réels ≥ 120 €) Sevrage tabagique / Vaccins non remboursés par Sécurité Sociale	T.M. T.M. + 30% de la B.R. T.M. T.M. T.M. T.M. T.M. T.M. T.M. Forfait 30 € par séance Forfait 25 € par séance Forfait 18 € par acte Forfait 40 €
OPTIQUE	
- Equipement entrant dans le cadre du panier de soins «100% santé» (tel que défini par la réglementation en vigueur au 01/01/2020: verres et montures de classe A): - Verres complexes plus montures (tarifs libres) (Limités à un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue / Participation forfaitaire plafonnée à 100 € pour la monture) Verres progressifs ou spéciaux Traitement chirurgical de la vue permettant de se passer d'appareillage optique Lentilles (accord ou refus Sécurité Sociale)	Remboursement intégral des frais engagés Forfait 270 € Forfait 100 € Forfait 270 € Forfait 150 €
DENTAIRE	
Actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins «100% santé» (tel que défini par la réglementation en vigueur au 01/01/2020): Soins dentaires, actes techniques (chirurgie, radiologie, odontologie) Equipements hors «100% Santé», honoraires modérés ou libres: - Prothèse dentaire ou implantologie - Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale (généralement pour <16 ans) - Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale	Remboursement intégral (sans reste à charge) T.M. + forfait 100 € T.M. + forfait 330 € Forfait 385 € Forfait 185 €
CURES THERMALES	
Soins, transport Hébergement	T.M. T.M. + forfait 250 €

AUDIOLOGIE	
Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins «100% santé» (à compter du 01/01/2021), appareillages de classe 1 (base Séc. Soc.) Equipements hors «100% Santé»: - Appareil auditif (tarif par appareil) - Réparation, entretien, piles	Remboursement intégral (sans reste à charge pour l'assuré) Forfait 250 € T.M. + forfait 39 €
ACTES DE PREVENTION	
Ostéodensitométrie acceptée ou refusée par la Séc. Soc. (tous les 2 ans) Doppler pelvien Participation à une prise de licence sportive (une par famille) Dépistage VIH et/ou hépatite B	T.M. + forfait 45 € T.M. + forfait 90 € Forfait de 20 € Forfait de 15 €
MATERNITÉ	
Chambre particulière en maternité (dans la limite de 12 jours/grossesse) Soins d'obstétrique prescrits médicalement avec dépassement d'honoraires Forfait pour hospitalisation en service obstétrique et/ou amniocentèse Assistance médicale à la procréation	45 € / jour Forfait 130 € Forfait 160 € Forfait 160 €
APPAREILLAGE	
Acquisition d'un fauteuil roulant Réparation d'un fauteuil électrique Réparation d'un fauteuil mécanique Orthopédie Chaussure de compensation Prothèse mammaire suite à ablation Bas de contention Petit appareillage (accepté ou refusé par la Sécurité Sociale)	T.M. + forfait 250 € T.M. + forfait 155 € T.M. + forfait 77 € T.M. + forfait 77 € T.M. + forfait 77 € T.M. + forfait 77 € T.M. + forfait 50 € T.M. + forfait 77 €

Une Mutuelle santé simple, humaine, proche de vous, solidaire et démocratique: pas de questionnaire de santé, vous bénéficiez de garanties immédiates à l'adhésion sur les «Petits Risques» comme sur les «Gros Risques», chaque adhérent peut voter.

Mutuelle relevant du code de la mutualité SIREN n° 325 697 258 00029, adhérente à la FNIM (Fédération Nationale des Mutuelles Indépendantes). Mutuelle substituée auprès de la Mutuelle du Rempart (Toulouse).

☞ **Le choix du contrat est effectué pour une durée minimale de 12 mois.**

☞ **Les remboursements sont toujours limités à la dépense engagée.**

Cotisation mensuelle 2020 (TTC)

Adhérent (e)	Catégorie 1 < 60 ans	Catégorie 2 > 60 ans
Membre	85€	89€
Conjoint(e),	84€	87€
1 ^{er} enfant	26€	26€
2 ^{ème} enfant	23€	23€
3 ^{ème} enfant	22€	22€
A partir du 4 ^{ème} enfant	10€/enfant	10€/enfant

☞ **Forfaits Mutuelle d'Argenson :** Prestations maximales accordées dans la limite de la dépense engagée;

☞ **prestations annuelles de date à date** (sauf pour les lunettes/verres et monture, cures, chambre particulière, ostéopathie et ostéodensitométrie.

☞ **Prestations d'Assistance:** Garantie d'Assistance et de Protection Juridique Santé: avec vos conseillers mutualistes.

B.R. = base de remboursement S.S. / **T.M.** = Ticket modérateur

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée /

OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique.

MUTUELLE D'ARGENSON et SMFEP, 7-9 villa de Lourcine, 75014 Paris, 01 53 62 22 00

«La convention de substitution en vigueur au 1^{er} janvier 2019 stipule notamment que la Substituante se substitue à la Substituée dans les conditions de l'article L. 211-5 et que la Substituante se porte caution solidaire de l'ensemble des engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, souscrits par la Substituée, mentionnés à l'article R. 211-22. La convention précise également que, si l'agrément accordé à la Substituante lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.»

«En application du Règlement Général de Protection des Données en vigueur depuis le 25 mai 2018, j'autorise la Mutuelle d'Argenson à utiliser les données personnelles me concernant pour la gestion et l'exécution des contrats santé et prévoyance que j'ai souscrits. J'ai bien noté que je peux à tout moment retirer ou modifier ce consentement à l'adresse suivante: Délégué à la Protection des Données, Mutuelle d'Argenson, 7/9 villa Lourcine, 75014 Paris.»