

Formule SUPÉRIEURE		Barème du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023
Remboursement des prestations sur base Sécurité Sociale		
FRAIS MÉDICAUX		
Consultations généralistes ou spécialistes ayant adhéré OPTAM ou OPTAM-CO En cas de dépassement d'honoraires Consultations généralistes ou 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 10 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. + 70% de la B.R. T.M. + 50% de la B.R. T.M. T.M. + 50% de la B.R. T.M. + 50% de la B.R. T.M. + 50% de la B.R. T.M. T.M. Forfait 30 € par séance Forfait 25 € par séance Forfait 18 € par acte Forfait 40 €	
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) Frais accompagnement enfant de moins de 14 ans / non-voyants (90j/an) Transport sanitaire ou ambulancier	T.M. Frais réels 45 € / jour 50 € / jour T.M.	
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 (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 Traitement de la cataracte Lentilles (accord ou refus Sécurité Sociale)	Remboursement intégral des frais engagés Forfait 270 € Forfait 470 € Forfait 470 € Forfait 150 € Forfait 215 €	
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 pour l'assuré) T.M. + forfait 100 € Forfait 660 € Forfait 760 € Forfait 365 €	
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 (par appareil) - Réparation, entretien, piles	Remboursement intégral (sans reste à charge) T.M. + forfait 350 € T.M. + forfait 77 €	

ACTES DE PRÉVENTION	
Scellement des sillons sur les 1 ^{ère} et 2 ^{ème} molaires avant 14 ans	T.M.
Ostéodensitométrie acceptée ou refusée par la Séc. Soc. (tous les 2 ans)	T.M. + forfait 70 €
Doppler pelvien	T.M. + forfait 90 €
Participation à une prise de licence sportive (une par famille)	Forfait de 80 €
Dépistage VIH et/ou hépatite B	Forfait de 15 €
Participation aux frais de cure pour conduites addictives	Forfait de 200 €
MATERNITÉ	
Chambre particulière en maternité (dans la limite de 12 jours/grossesse)	68 € / jour
Soins d'obstétrique prescrits médicalement avec dépassement d'honoraires	Forfait 244 €
Forfait hospitalisation en service obstétrique incluant ou non amniocentèse	Forfait 305 €
Assistance médicale à la procréation	Forfait 305 €
CURES THERMALES	
Soins, transport	T.M.
Hébergement	T.M. + forfait 405 €
APPAREILLAGE	
Acquisition d'un fauteuil roulant	T.M. + forfait 305 €
Réparation d'un fauteuil	T.M. + forfait 305 €
Orthopédie	T.M. + forfait 153 €
Chaussure de compensation	T.M. + forfait 155 €
Prothèse mammaire suite à ablation	T.M. + forfait 155 €
Bas de contention	T.M. + forfait 50 €
Petit appareillage (accepté ou refusé par la Sécurité Sociale)	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.

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

☞ Les remboursements sont toujours limités à la dépense engagée.

Cotisation mensuelle 2023 Formule Supérieure (TTC)

Adhérent (e)	Catégorie 1 < 60 ans	Catégorie 2 > 60 ans
Membre participant	139€	150€
Conjoint(e), Concubin(e), PACS	135€	145€
1 ^{er} enfant	48€	48€
2 ^{ème} enfant	41€	41€
3 ^{ème} enfant	34€	34€
A partir du 4 ^{ème} enfant	10€/enfant	10€/enfant

☞ **Forfaits Mutuelle d'Argenson** : Prestations maximales

Accordées dans la limite de la dépense annuelle engagée.

☞ **Prestations d'Assistance** : Garantie d'Assistance et de

Santé : contactez nos 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

Mutuelle d'Argenson et SMFEP, 7/9 villa de Lourcine, 75014 Paris, 01 53 62 22 00 www.mutuelleargenson.fr
Mutuelle relevant du code de la mutualité SIREN n° 325 697 258 00029, Mutuelle substituée auprès de
la Mutuelle du Rempart, 1 rue d'Austerlitz, 31000 Toulouse

- 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, le souscripteur autorise la Mutuelle d'Argenson à utiliser les données personnelles le concernant pour la gestion et l'exécution des contrats santé et prévoyance souscrits. Il peut 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.
- En application de l'arrêté du 6 mai 2020, il est précisé que le montant des prestations versées par la Mutuelle d'Argenson est de 80% du montant total des cotisations encaissées. Le montant des frais de gestion au titre de ces garanties est de 7,5% du Chiffre d'Affaires, auxquels s'ajoutent 13,27% de taxes sur les contrats d'assurance.
- e délai de remboursement des prestations sera de 8 à 10 jours.