

<b>Formule COMPLÉMENTAIRE SANTÉ</b>		Barème du 1er janvier au 31 décembre 2024
<b>Remboursement des prestations sur base Sécurité Sociale</b>		
<b>FRAIS MÉDICAUX</b>		
Consultations généralistes ou spécialistes ayant adhéré OPTAM ou OPTAM-CO		T.M.
En cas de dépassement d'honoraires		T.M. + 20% de la B.R.
Consultations généralistes ou spécialistes (hors OPTAM ou OPTAM-CO)		T.M.
Auxiliaires médicaux (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, etc.)		T.M.
Analyses médicales (type BP, B, PR, autres...)		T.M.
Radiologie (ADE - ADI) et autres actes (K-ADA-ADC-ATM) en externe		T.M.
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie		T.M.
Vaccins pris en charge par la Sécurité Sociale		T.M.
Pharmacie (toutes vignettes)		T.M.
Ostéopathie, diététique, podologie, acupuncture (maxi 6 séances /an)		Forfait 30 € par séance
Psychomotricité (maximum 10 séances par an)		Forfait 25 € par séance
Franchise actes techniques (si K ≥ 60 ou frais réels ≥ 120 €)		Forfait 18 € par acte
Sevrage tabagique / Vaccins non remboursés par Sécurité Sociale		Forfait 40 €
<b>HOSPITALISATION</b>		
Frais médicaux pris à 80% par le régime obligatoire		T.M.
Forfait journalier hospitalier ou psychiatrique (illimité)		Frais réels
Chambre particulière (dans la limite de 60 jours/an)		45 € / jour
Transport sanitaire ou ambulancier		T.M.
<b>OPTIQUE</b>		
- <b>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):</b>		Remboursement intégral des frais engagés
Monture avec 2 verres simples		Forfait 230 €
<b>(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)</b>		
Verres complexes ou très complexes		Forfait 50 € / verre
Traitement chirurgical de la vue permettant de se passer d'appareillage optique		Forfait 230 €
Lentilles (accord Sécurité Sociale)		T.M + Forfait 150 €
Lentilles (refus Sécurité Sociale)		Forfait 150 €
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins «100% santé» (tel que défini par la réglementation en vigueur au 01/01/2020):</b>		Remboursement intégral (sans reste à charge pour l'assuré)
Soins dentaires, actes techniques (chirurgie, radiologie, odontologie)		T.M. + forfait 100 €
<b>Equipements hors «100% Santé», honoraires modérés ou libres:</b>		
- Prothèse dentaire ou implantologie		T.M. + forfait 250 €
- Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale (généralement pour <16 ans)		Forfait 380 €
- Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale		Forfait 180 €
<b>AUDIOLOGIE</b>		
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.)		Remboursement intégral (sans reste à charge pour l'assuré)
<b>Equipements hors «100% Santé»:</b>		
- Appareil auditif (par appareil)		T.M. + forfait 250 €
- Réparation, entretien, piles		T.M. + forfait 39 €

CURES THERMALES	
Soins, transport Hébergement	T.M. T.M. + forfait 250 €
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 40 € Forfait de 15 €
MATERNITÉ	
Chambre particulière en maternité (dans la limite de 12 jours/grossesse) Forfait hospitalisation en service obstétrique incluant ou non amniocentèse	45 € / jour Forfait 300 €
APPAREILLAGE	
Acquisition d'un fauteuil roulant Réparation d'un fauteuil roulant Orthopédie Chaussure de compensation Prothèse mammaire suite à ablation Bas de contention	T.M. + forfait 250 € T.M. + forfait 100 € T.M. + forfait 77 € T.M. + Forfait 77 € T.M. + forfait 77 € T.M. + forfait 50 €

**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.**

Cotisation mensuelle 2024 formule complémentaire santé (TTC)				<p>☞ Le choix du contrat est effectué pour une durée minimale de 12 mois. Les remboursements sont toujours limités à la dépense engagée.</p> <p>☞ Forfaits Mutuelle d'Argenson : Prestations <u>maximales</u> accordées dans la limite de la dépense annuelle engagée.</p> <p>☞ Prestations d'Assistance: Garantie d'Assistance et de Protection Juridique avec vos conseillers mutualistes.</p> <p>B.R. = base de remboursement S.S. / T.M. = Ticket modérateur</p> <p>OPTAM: option pratique tarifaire maîtrisée / OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique.</p>
Adhérent (e)	Juniors < 30 ans	Catégorie 1 < 60 ans	Catégorie 2 > 60 ans	
Membre participant	61€	91€	110€	
Conjoint(e), Concubin(e), PACS	57€	79€	104€	
1 <sup>er</sup> enfant	32€	32€	32€	
2 <sup>ème</sup> enfant	28€	28€	28€	
3 <sup>ème</sup> enfant	27€	27€	27€	
A partir du 4 <sup>ème</sup> enfant	10€/enfant	10€/enfant	10€/enfant	

Mutuelle d'Argenson et SMFEP, 7/9 villa de Lourcine, 75014 Paris, 01 53 62 22 00 [www.mutuelleargenson.fr](http://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<sup>er</sup> 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.
- Le délai de remboursement des prestations sera de 8 et 10 jours.