

Formule SUPÉRIEURE		Barème du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024
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		T.M. T.M. + 70% de la B.R.
Consultations généralistes ou spécialistes hors OPTAM ou OPTAM-CO		T.M. + 50% de la B.R.
Auxiliaires médicaux (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, etc.)		T.M.
Analyses médicales (type BP, B, PR, autres...)		T.M. + 50% de la B.R.
Radiologie (ADE - ADI) et autres actes (K-ADA-ADC-ATM) en externe		T.M. + 50% de la B.R.
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie		T.M. + 50% de la B.R.
Vaccins pris en charge par la Sécurité Sociale		T.M.
Pharmacie (toutes vignettes)		T.M.
Ostéopathie, diététique, podologie, acupuncture (maximum 10 séances par 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 €
HOSPITALISATION		
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
Frais accompagnement enfant de moins de 14 ans / non-voyants (90j/an)		50 € / jour
Transport sanitaire ou ambulancier		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):		Remboursement intégral des frais engagés
- Monture avec 2 verres simples		Forfait 270 €
(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 complexes ou très complexes		Forfait 100 € / verre
Traitement chirurgical de la vue permettant de se passer d'appareillage optique		Forfait 470 €
Traitement de la cataracte		Forfait 150 €
Lentilles (accord Sécurité Sociale)		T.M + Forfait 215 €
Lentilles (refus Sécurité Sociale)		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):		Remboursement intégral (sans reste à charge pour l'assuré)
Soins dentaires, actes techniques (chirurgie, radiologie, odontologie)		T.M. + forfait 100 €
Equipements hors «100% Santé», honoraires modérés ou libres:		
- Prothèse dentaire ou implantologie		Forfait 660 €
- Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale (généralement pour <16 ans)		Forfait 760 €
- Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale		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.)		Remboursement intégral (sans reste à charge)
Equipements hors «100% Santé»:		
- Appareil auditif (par appareil)		T.M. + forfait 350 €
- Réparation, entretien, piles		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.

FORMULE SUPERIEURE Cotisation mensuelle 2024

Adhérent (e)	Catégorie 1 < 60 ans	Catégorie 2 > 60 ans
Membre participant	155€	166€
Conjoint(e), Concubin(e), PACS	150€	161€
1 ^{er} enfant	53€	53€
2 ^{ème} enfant	45€	45€
3 ^{ème} enfant	38€	38€
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.
- Le délai de remboursement des prestations sera de 8 à 10 jours.