

Formule SURCOMPLEMENTAIRE SANTE Remboursement des prestations d'adhérent(e) d'un autre OCAM (après intervention du Régime Obligatoire et du contrat «complémentaire santé»)	Barème du 1er janvier au 31 décembre 2025
FRAIS MÉDICAUX	
Consultations / Visites de généralistes ou de spécialistes ayant adhéré OPTAM ou OPTAM-CO en cas de dépassement d'honoraires Idem hors OPTAM ou OPTAM-CO Ostéopathie, diététique, podologie, acupuncture (maximum 6 séances par an) Actes techniques médicaux, radiologie, échographie (en cas de dépassement) Sevrage tabagique / Vaccins non remboursés par Sécurité Sociale	60% de la B.R. 40% de la B.R. Forfait 30 € par séance Forfait 30 € 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 30 jours/an) Frais accompagnement enfant <14ans OU adulte non-voyant (limités à 30 jours/an)	Remboursement du reste à charge après intervention de la complémentaire Frais réels 50 € / jour 50 € / jour
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): 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 - Soins dentaires, actes techniques (chirurgie, radiologie, odontologie)	Remboursement intégral (sans reste à charge) Forfait 400 € Forfait 385 € Forfait 185 € Forfait 100 €
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): - Monture avec 2 verres simples (Limités à un équipement tous les 2 ans, sauf pour les <16 ans, ou en cas d'évolution de la vue / Participation forfaitaire plafonnée à 100 € pour la monture) Verres complexes ou très complexes Traitement chirurgical de la vue permettant de se passer d'appareillage optique Lentilles non remboursables Traitement de la cataracte	Remboursement intégral des frais engagés Forfait 250 € Forfait 40 € / verre Forfait 270 € Forfait 107 € Forfait 200 €
AUDIOLOGIE	
Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins «100% santé» (à compter du 01/01/2021), appareillages de classe 1 (base Sécurité Soc.) Equipements hors «100% Santé»: - Appareil auditif (par appareil) - Réparation, entretien, piles	Remboursement intégral (sans reste à charge pour l'assuré) Forfait 300 € 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	Forfait 35 € Forfait 90 € Forfait 20 € Forfait 15 €

APPAREILLAGE	
Acquisition d'un fauteuil roulant	Forfait 250 €
Réparation d'un fauteuil roulant	Forfait 155 €
Orthopédie	Forfait 77 €
Chaussure de compensation	Forfait 77 €
Prothèse mammaire suite à ablation	Forfait 77 €
Bas de contention	Forfait 50 €
Petit appareillage (accepté ou refusé par la Sécurité Sociale)	Forfait 77 €
MATERNITÉ	
Chambre particulière en maternité (dans la limite de 12 jours/grossesse)	45 € / jour
Soins complémentaires médicalement prescrits	Forfait 130 €
Amniocentèse OU Assistance médicale à la procréation	Forfait 160 €
CURES THERMALES	
Hébergement	Forfait 250 €

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».

FORMULE SURCOMPLEMENTAIRE SANTE Cotisation mensuelle 2025 (TTC)		
Adhérent (e)	Catégorie 1 < 60 ans	Catégorie 2 > 60 ans
Membre participant	53€	56€
Conjoint(e), Concubin(e), PACS	52€	55€
1 ^{er} enfant	26€	26€
2 ^{ème} enfant	20€	20€
3 ^{ème} enfant	17€	17€
A partir du 4 ^{ème} enfant	10€/enfant	10€/enfant

☞ Le choix du contrat est effectué pour une durée minimale de 12 mois.
☞ Les remboursements sont toujours limités à la dépense engagée.

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

☞ **Prestations d'Assistance**: Garantie d'Assistance et de Protection Juridique
Se renseigner auprès de 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 www.mutuelleargenson.fr
Mutuelle relevant du code de la mutualité SIREN n° 325 697 258 00029, Mutuelle fusionnée auprès de la Mutuelle du Rempart,
1 rue d'Austerlitz, 31000 Toulouse

- 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.