

NOS PRESTATIONS

NOS TARIFS



# Notre proposition personnalisée

Je choisis la proximité  
une mutuelle locale,  
proche de moi,

**TROYES**

59 boulevard Blanqui

**ROMILLY SUR SEINE**

35 rue Gornet Boivin

**BAR SUR AUBE**

157 rue Nationale

**03 25 79 10 43**

[www.aubeane.fr](http://www.aubeane.fr)

[mutuelle@aubeane.fr](mailto:mutuelle@aubeane.fr)

« IRA/IRB »

**Aubéane**   
MUTUELLE DE FRANCE

*Votre Mutuelle Santé*

Prestations dans le cadre du parcours de soins coordonnés	Remb. A.M.O. % BR	OPTION IRA		OPTION IRB	
		Remb. mutuelle sur base rbt A.M.O.	Total A.M.O. + mutuelle	Remb. mutuelle sur base rbt A.M.O.	Total A.M.O. + mutuelle
<b>Honoraires médicaux, paramédicaux et médecines douces</b>					
Consultations/visites généralistes et spécialistes DPTM (0)	70%	30%	<b>100%</b>	100%	<b>170%</b>
Consultations/visites généralistes et spécialistes hors DPTM (0)	70%	30%	<b>100%</b>	80%	<b>150%</b>
Actes techniques médicaux DPTM (0)	70%	30%	<b>100%</b>	100%	<b>170%</b>
Actes techniques médicaux hors DPTM (0)	70%	30%	<b>100%</b>	80%	<b>150%</b>
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapeutes...)	60%	40%	<b>100%</b>	40%	<b>100%</b>
Ostéopathie/Chiropractie/Etiopathie/Diététique/Pédicurie (limité à 3 séances par an et par bénéf.)	néant	néant	<b>néant</b>	23 € / séance	<b>23 € / séance</b>
<b>Analyses, examens et radiologie</b>					
Analyses biologiques	60%	40%	<b>100%</b>	40%	<b>100%</b>
Actes d'imagerie, de radiologie et ostéodensitométrie DPTM (0)	70%	30%	<b>100%</b>	100%	<b>170%</b>
Actes d'imagerie, de radiologie et ostéodensitométrie hors DPTM (0)	70%	30%	<b>100%</b>	80%	<b>150%</b>
Ostéodensitométrie non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	néant	31 €	<b>31 €</b>	46 €	<b>46 €</b>
<b>Transport</b>					
Transport	65%	35%	<b>100%</b>	35%	<b>100%</b>
<b>Appareillages et accessoires médicaux</b>					
Petit appareillage	60%	40%	<b>100%</b>	200%	<b>260%</b>
Grand appareillage	100%	néant	<b>100%</b>	50%	<b>150%</b>
Prothèses auditives (forfait par an et par bénéficiaire)	60% / 100%	40% / -% +80 €	<b>100%</b> <b>+ 80 €</b>	40% / -% +720 €	<b>100%</b> <b>+720 €</b>
Piles et réparations de prothèses auditives	60%	40%	<b>100%</b>	40%	<b>100%</b>
<b>Dentaire</b>					
Soins dentaires, détartrage	70%	30%	<b>100%</b>	30%	<b>100%</b>
Prothèses dentaires	70%	80%	<b>150%</b>	180%	<b>250%</b>
Prothèses dentaires non remboursables par l'A.M.O. (forfait par an et par bénéficiaire)	néant	néant	<b>néant</b>	100 €	<b>100 €</b>
Parodontologie (forfait par an et par bénéficiaire)	néant	néant	<b>néant</b>	100 €	<b>100 €</b>
Implantologie (forfait par an et par bénéficiaire)	néant	néant	<b>néant</b>	200 €	<b>200 €</b>
Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	100%	30%	<b>130%</b>	150%	<b>250%</b>
<b>Optique (1) Le ticket modérateur est inclus dans les forfaits</b>					
- Monture	60%	45 €	<b>60%+45€</b>	80 €	<b>60%+80€</b>
- Verres simples (a) (par verre)	60%	20 €	<b>60%+20€</b>	100 €	<b>60%+100€</b>
- Verres complexes (c) et très complexes (f) (par verre)	60%	80 €	<b>60%+80€</b>	140 €	<b>60%+140€</b>
Forfait lentilles acceptées ou refusées (par an et par bénéficiaire)	60% ou néant	31 €	<b>60%/-% +31 €</b>	130 €	<b>60%/-% +130 €</b>
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil (forfait par oeil, par an et par bénéficiaire)	néant	50 €	<b>50 €</b>	200 €	<b>200 €</b>

Prestations dans le cadre du parcours de soins coordonnés	Remb. A.M.O. % BR	OPTION IRA		OPTION IRB	
		Remb. mutuelle sur base rbt A.M.O.	Total A.M.O. + mutuelle	Remb. mutuelle sur base rbt A.M.O.	Total A.M.O. + mutuelle
<b>Pharmacie</b>					
Pharmacie remboursée par l'A.M.O. (tiers-payant) dont pansements et vaccins pris en charge par l'A.M.O.	15%/30%/65%	85%/70%/35%	<b>100%</b>	85%/70%/35%	<b>100%</b>
Contraception prescrite (non prise en charge par l'A.M.O.) par an et par bénéficiaire	néant	30 €	<b>30 €</b>	40 €	<b>40 €</b>
Vaccin anti-grippe (non pris en charge par l'A.M.O.)	néant	100%	<b>100%</b>	100%	<b>100%</b>
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale en établissement de santé</b>					
Frais de séjour	80%/100%	20% / -%	<b>100%</b>	20% / -%	<b>100%</b>
Honoraires des praticiens DPTM (0)	80%/100%	20% / -%	<b>100%</b>	90% / 70%	<b>170%</b>
Honoraires des praticiens hors DPTM (0)	80%/100%	20% / -%	<b>100%</b>	70% / 50%	<b>150%</b>
Participation 18 € sur actes ≥ 120 €	néant	18 €	<b>18 €</b>	18 €	<b>18 €</b>
Forfait journalier hospitalier en intégralité et illimité (2)	néant	100%	<b>100%</b>	100%	<b>100%</b>
Chambre particulière limitée à 30 nuits par an et par bénéficiaire	néant	néant	<b>néant</b>	40 €	<b>40 €</b>
Chambre particulière en ambulatoire (pour l'hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire. Limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire)	néant	néant	<b>néant</b>	15 €	<b>15 €</b>
Lit accompagnant limité à 30 nuits par an et par bénéficiaire âgé de moins de 16 ans	néant	néant	<b>néant</b>	31 €	<b>31 €</b>
<b>Cure Thermale (acceptée par l'A.M.O. et sur justificatifs de frais)</b>					
Cure et frais de cure remboursés à 100% par l'A.M.O. (forfait par an et par bénéficiaire)	100%	112 €	<b>100% + 112 €</b>	214 €	<b>100% + 214 €</b>
Cure et frais de cure non remboursés à 100% par l'A.M.O.	65%/70%	35%/30%	<b>100%</b>	35%/30%	<b>100%</b>
<b>Prestation forfaitaire</b>					
Sevrage tabagique sur prescription médicale (forfait/an et / bénéficiaire)	50€	30 €	<b>80 €</b>	50 €	<b>100 €</b>
<b>Assistance et Action Sociale</b>					
Assistance vie quotidienne de «Garantie Assistance»	<b>7 jours / 7 - 24 heures / 24</b>				
Fonds d'Action Sociale	<b>Oui</b>		<b>Oui</b>		

BR : base de remboursement / A.M.O. : Assurance Maladie Obligatoire / Les remboursements sont effectués sur la base de l'A.M.O. Dans le cas d'un remboursement à 100% par l'A.M.O. (Assurance Maladie Obligatoire), le remboursement mutuelle est minoré afin que le «total A.M.O. + mutuelle» reste identique. Toutes les prestations de la mutuelle sont versées par bénéficiaire et dans la limite des frais engagés.

**(0) DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée comprend : le CAS (Contrat d'Accès aux Soins), l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée), l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens).**

**Le site amel.fr permet de vérifier si le professionnel de santé a adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée et indique son tarif de consultation.**

(1) La prise en charge des dépenses d'optique comprend un équipement complet (une monture et deux verres) en fonction du niveau de correction. Elle est limitée à un équipement tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où un équipement peut être remboursé tous les ans. Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique. Elle débute à la date d'acquisition du 1<sup>er</sup> élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après. Pour les personnes présentant un déficit de vision de près et de loin, possibilité de prise en charge des 2 équipements sur la période de 2 ans corrigeant chacun des déficits dans la limite du plafond de prise en charge prévu par le contrat de l'assuré. L'ordonnance doit préciser la prescription des deux paires de lunettes corrigeant les deux vues (de loin et de près).

(2) La prise en charge ne s'applique pas aux unités ou centres de soins de longue durée définis aux articles L174-4 et L174-6 du Code de la Sécurité Sociale ainsi qu'aux établissements et services sociaux et médico-sociaux définis à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Ainsi sont exclus les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).....

**Les présentes garanties sont conformes aux articles L. 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale relatifs aux contrats responsables.**

L'engagement de la mutuelle porte uniquement sur les taux et montants indiqués dans la colonne «remboursement de la mutuelle».

Le remboursement total donné à titre indicatif peut être modifié à tout moment du fait d'une modification du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

**En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et du décret n°2007-1937 du 26/12/2007**, les pénalités financières appliquées par la Sécurité Sociale en cas de hors parcours de soins, la participation forfaitaire et les franchises médicales ne sont pas remboursables par la mutuelle au titre des présentes garanties et restent à la charge de l'adhérent.

La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité Sociale, est assurée au minima au Ticket Modérateur. La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité Sociale.

# Exemples de remboursements dans le cadre du parcours de soins

Option IRB



Vous payez

Tarif de base

Remboursement de l'A.M.O.\* (70%)

Remboursement mutuelle (100%)

\* Le régime obligatoire déduit 1€ sur chaque consultation et acte médical (sauf quelques cas d'exonération).

**Consultation auprès d'un spécialiste ayant adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM)**

**45,00€**

**30,00€**

30,00€ x 70%  
soit 21,00€ - 1€ = **20,00€**

**25,10€**

Remboursement limité à la dépense engagée soit **24,00€**



Vous payez

Tarif de base

Remboursement de l'A.M.O. (70%)

Remboursement mutuelle (180%)

Total de l'A.M.O. + mutuelle

Reste à charge

**Prothèse dentaire**  
(couronne céramo-métallique)

**500,00€**

**107,50€**

107,50€ x 70% = **75,25€**

107,50€ x 180% = **193,50€**

**268,75€**

**231,25€**



Vous payez

Tarif de base

Remboursement de l'A.M.O. (60%)

Remboursement mutuelle

Total de l'A.M.O. + mutuelle

Reste à charge

**Optique adulte**

Monture	Verre droit progressif	Verre gauche progressif
<b>100,00€</b>	<b>200,00€</b>	<b>200,00€</b>
2,84€	10,37€	10,37€
1,70€	6,23€	6,23€
Forfait 80€	Forfait 140€	Forfait 140€
<b>81,70€</b>	<b>146,23€</b>	<b>146,23€</b>
<b>18,30€</b>	<b>53,77€</b>	<b>53,77€</b>