

**AGENTS
TERRITORIAUX**

« TER SANTE »



Notre proposition personnalisée et labellisée

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

mutuelle@aubeane.fr

Aubéane 
MUTUELLE DE FRANCE

Votre Mutuelle Santé

PRESTATIONS 2021	REGIME OBLIGATOIRE	OPTION CTER-A SANTE CTERA8 / CRTERA8	OPTION CTER-B SANTE CTERB8 / CRTERB8	OPTION CTER-C SANTE CTERC8 / CRTERC8
		REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE	REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE	REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux :				
Consultations – visites : généralistes et spécialistes DPTM : OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	100% BR	130% BR	170% BR
Consultations – visites : généralistes et spécialistes Hors DPTM : OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	100% BR	110% BR	150% BR
Actes techniques médicaux DPTM (1)	70 % BR	100% BR	130% BR	170% BR
Actes techniques médicaux Hors DPTM (1)	70 % BR	100% BR	110% BR	150% BR
Forfait pour les actes dits "lourds" >= à 120 €	-	100% Frais réels soit 24 €	100% Frais réels soit 24 €	100% Frais réels soit 24 €
Honoraires paramédicaux :				
Auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes.....)	60 % BR	100% BR	100% BR	120% BR
Analyses et examens de laboratoire :				
Analyses médicales remboursées	60 % BR	100% BR	110% BR	130% BR
Imagerie médicale				
Actes d'imagerie, de radiologie et ostéodensitométrie DPTM : OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	100% BR	120% BR	170% BR
Actes d'imagerie, de radiologie et ostéodensitométrie hors DPTM : OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	100% BR	100% BR	150% BR
Ostéodensitométrie non remboursée par le Régime Obligatoire	-	-	35 €	50 €
Matériel Médical				
Petit appareillage remboursé par le Régime Obligatoire	60% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Grand appareillage remboursé par le Régime Obligatoire	100% BR	100% BR	120% BR	150% BR
Transports, ambulances				
Transport remboursé par le Régime Obligatoire	65% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie				
Service médical rendu (SMR) important (vignette blanche)	65% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Service médical rendu (SMR) modéré (vignette bleue)	30% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Service médical rendu (SMR) faible (vignette orange)	15% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins anti-grippe (non pris en charge par le Régime Obligatoire)	-	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
Contraception prescrite (non prise en charge par le Régime Obligatoire) par an et par bénéficiaire	-	-	35 €	40 €
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80 % ou 100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires et actes chirurgicaux DPTM : OPTAM ou OPTAM CO (1)	80 % ou 100% BR	100% BR	130% BR	170% BR
Honoraires et actes chirurgicaux hors DPTM : OPTAM ou OPTAM CO (1)	80 % ou 100% BR	100% BR	110% BR	150% BR
Forfait journalier hospitalier illimité (2)	-	100% Frais réels soit 20 €	100% Frais réels soit 20 €	100% Frais réels soit 20 €
Forfait journalier psychiatrie illimité (2)	-	100% Frais réels soit 15 €	100% Frais réels soit 15 €	100% Frais réels soit 15 €
Chambre particulière limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire	-	-	50 €	60 €
Chambre particulière en ambulatoire (pour l'hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire. Limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire)	-	-	10 €	15 €
Lit d'accompagnant limité à 30 jours par an et par bénéficiaire âgé de moins de 16 ans ou 70 ans et plus.	-	-	20 €	25 €
Forfait pour les actes dits "lourds" >= à 120 €	-	100% Frais réels soit 24 €	100% Frais réels soit 24 €	100% Frais réels soit 24 €
DENTAIRE				
Dentaire 100% santé				
Soins et prothèses 100% santé***	70% BR	Prise en charge intégrale sans dépassement du prix limite de facturation	Prise en charge intégrale sans dépassement du prix limite de facturation	Prise en charge intégrale sans dépassement du prix limite de facturation
Dentaire hors 100% santé				
Soins dentaires, détartrage remboursés par le Régime Obligatoire	70% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire (dans la limite des honoraires de facturation fixés pour le panier maîtrisé)	70% BR	100% BR	300% BR	400% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le Régime Obligatoire (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	200 €	300 €
Parodontologie (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	140 €	200 €
Implantologie dentaire (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	300 €	400 €
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	100% BR	100% BR	260% BR	310% BR

Secteur conventionné ou non conventionné - dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dans la limite des frais engagés. Les présentes garanties sont conformes aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité Sociale relatifs aux contrats responsables.

PRESTATIONS 2021	RO	OPTION CTER-A SANTE CTERA8 / CRTERA8	OPTION CTER-B SANTE CTERB8 / CRTERB8	OPTION CTER-C SANTE CTERC8 / CRTERC8
		RBT RO + MUTUELLE	RBT RO + MUTUELLE	RBT RO + MUTUELLE
OPTIQUE				
Optique 100% santé / Equipement Classe A				
Equipement 100% santé (classe A) ** (3)	60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV)	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV)	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV)
Suppléments et prestations optiques (Classe A) (3)	60% BR	Prise en charge dans la limite du PLV (ou du Ticket Modérateur lorsqu'il n'existe pas de PLV)	Prise en charge dans la limite du PLV (ou du Ticket Modérateur lorsqu'il n'existe pas de PLV)	Prise en charge dans la limite du PLV (ou du Ticket Modérateur lorsqu'il n'existe pas de PLV)
Optique hors 100% santé / Equipement Classe B (le ticket modérateur est inclus dans les forfaits) / Autres prestations optiques				
Monture (3)	60% BR soit 0,05€ x60% = 0,03€	40 €	70 €	100 €
Verres simples (a)(3) (par verre)	60% BR	20 €	70 €	100 €
Verres complexes (c) et très complexes (f) (3) (par verre)	60% BR	80 €	130 €	170 €
Lentilles acceptées ou refusées par le Régime Obligatoire (forfait par an et par bénéficiaire)	60% ou 0% BR	60% ou 0% BR + 32 € (TM inclus)	60% ou 0% BR + 100 € (TM inclus)	60% ou 0% BR + 180 € (TM inclus)
Suppléments et prestations optiques	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Chirurgie réfractive (par œil, par an et par bénéficiaire)	-	-	300 €	400 €
AIDES AUDITIVES				
Aide auditive 100% santé / Equipement Classe I				
Aide auditive 100% santé classe I tous les 4 ans **	60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix limite de Vente	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix limite de Vente	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix limite de Vente
Aide auditive hors 100% santé / Equipement Classe II				
Aide auditive classe II dans la limite de 1700 € par oreille (RO inclus) tous les 4 ans	60 % BR	100% BR	100% BR + 260 € par oreille	100% BR + 400€ par oreille
Piles, accessoires et entretien pour aides auditives (forfait par an et par bénéficiaire)	60 % BR	100% BR	100% BR	100% BR
CURE THERMALE (acceptée par le RO et sur justificatifs de frais)				
Cure et Frais de Cure remboursés par le R.O (forfait par an et par bénéficiaire)	65% ou 70% ou 100% BR	65% / 70% / 100%	65% / 70% / 100% BR + forfait 200 €	65% / 70% / 100% BR + forfait 300 €
MEDECINES DOUCES				
Ostéopathie, Etiopathie, Diététique, Chiropractie, Acupuncture, Pédiacurie (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	-	-	20 € / séance	30 € / séance
PREVENTION				
Les actes de prévention prévus à l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale sont pris en charge	65 % ou 70 % BR	100% BR	100% BR	100% BR
Activité physique adaptée (4)	-	-	100 €	100 €
PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES				
Assistance Vie Quotidienne de "Garantie Assistance"	-	7 jours / 7 - 24 heures /24	7 jours / 7 - 24 heures /24	7 jours / 7 - 24 heures /24
Allocation naissance ou d'adoption par enfant (sous réserve de l'inscription de l'enfant dans les 30 jours) Fonds d'Action Sociale	-	-	200 €	200 €
Fonds d'Action Sociale	-	Oui	Oui	Oui

R.O : Régime obligatoire - BR : Base de remboursement régime obligatoire. Les remboursements sont effectués sur la base du régime obligatoire. Dans le cas d'un remboursement à 100% par le RO, le remboursement mutuelle est minoré afin que le «total RO + Mutuelle» reste identique. Toutes les prestations de la mutuelle sont versées par bénéficiaire et dans la limite des frais engagés.

(1) DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée : OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique). Le site amel.fr permet de vérifier si le professionnel de santé a adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée ainsi que son tarif de consultation.

(2) la prise en charge ne s'applique pas aux unités ou centres de soins longue durée définis aux articles L.174-4 et L.174-6 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)...

(3) la prise en charge des dépenses d'optique comprend un équipement complet (monture et verres) en fonction du niveau de correction et dans la limite des plafonds. Elle est par ailleurs limitée dans les conditions ci dessous. Le renouvellement anticipé se fera conformément aux règles du contrat responsable.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

(4) Sur prescription médicale et dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD, dans le cadre des articles L.1172-1 et D.1172-2 du Code de la Santé Publique. Prise en charge sur présentation de la prescription médicale et de la facture détaillée et acquittée.

Le remboursement total donné à titre indicatif peut être modifié à tout moment du fait d'une modification du remboursement du Régime 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 le régime obligatoire, est assurée au minima au Ticket Modérateur, la prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la loi.

** tels que définis réglementairement.

*** panier sans reste à charge défini par la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes, jusqu'à hauteur des plafonds tarifaires prévus à cet effet.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base RO	Taux RO	Remboursement du Régime Obligatoire	OPTION CTERA-SANTE		OPTION CTERB-SANTE		OPTION CTERC-SANTE		PRÉCISIONS EVENTUELLES	COMMENTAIRES
					Remboursement Mutuelle	Reste à charge	Remboursement Mutuelle	Reste à charge	Remboursement Mutuelle	Reste à charge		
Soins courants												
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	70%	17,50 €	-1,00 €	7,50 €	1,00 €	7,50 €	1,00 €	1,00 €	Une participation forfaitaire de 1€ est retenue par le RO et n'est pas remboursable par la Mutuelle	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie ou ophtalmologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	70%	21,00 €	-1,00 €	9,00 €	1,00 €	9,00 €	1,00 €	1,00 €	Une participation forfaitaire de 1€ est retenue par le RO et n'est pas remboursable par la Mutuelle	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DP1AM : IOP1AM ou IOP1AM-CO)	44,00 €	30,00 €	70%	21,00 €	-1,00 €	9,00 €	6,00 €	23,00 €	1,00 €	1,00 €	Une participation forfaitaire de 1€ est retenue par le RO et n'est pas remboursable par la Mutuelle	Prix moyen national de l'acte Tarif 2021
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DP1AM : IOP1AM ou IOP1AM-CO)	56,00 €	23,00 €	70%	16,10 €	-1,00 €	6,90 €	31,70 €	18,40 €	22,50 €	22,50 €	Une participation forfaitaire de 1€ est retenue par le RO et n'est pas remboursable par la Mutuelle	Prix moyen national de l'acte Tarif 2021
Auxiliaires Médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes,)	16,13 €	16,13 €	60%	9,68 €	-0,50 €	6,45 €	0,50 €	6,45 €	0,50 €	0,50 €	Une franchise médicale de 0,50 € est retenue par l'Assurance Maladie et n'est pas remboursable par la Mutuelle	Prix moyen national de l'acte Tarif 2021 (AMVS 7.5)
Hospitalisation												
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	0,00 €	0%	0,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €	Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Tarif réglementaire
Forfait journalier en psychiatrie	15,00 €	0,00 €	0%	0,00 €	15,00 €	0,00 €	0,00 €	15,00 €	0,00 €	0,00 €	Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DP1AM : OPT1AM ou OPT1AM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	100%	271,70 €	0,00 €	83,30 €	1,79 €	83,30 €	0,00 €	0,00 €	Taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire : 100%	Prix moyen national de l'acte*
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DP1AM : IOP1AM ou IOP1AM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	100%	271,70 €	0,00 €	159,30 €	132,13 €	135,85 €	23,45 €	23,45 €	Taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire : 100%	Prix moyen national de l'acte*
Dentaire												
Débrutage	28,92 €	28,92 €	70%	20,24 €	8,68 €	0,00 €	8,68 €	0,00 €	8,68 €	0,00 €	-	Tarif conventionnel Tarif 2021
Couronne Céramo-métallique sur molaire	538,70 €	107,50 €	70%	75,25 €	32,25 €	431,20 €	247,25 €	216,20 €	354,75 €	108,70 €	Le prix de la couronne est celui de 2021	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	120,00 €	70%	84,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €	-	Honoraire limite de facturation
Orthodontie (par semestre)	650,00 €	193,50 €	100%	193,50 €	0,00 €	456,50 €	309,60 €	146,90 €	406,35 €	50,15 €	-	Prix moyen national de l'acte Tarif 2021
Optique : Remboursement Classe B												
Equipement optique : monture + 2 verres unifocaux	345,00 €	0,15 €	60%	0,09 €	80,00 €	264,91 €	210,00 €	134,91 €	299,97 €	44,97 €	-	Prix moyen national Tarif 2021
Equipement optique : monture + 2 verres multifocaux (verres complexes)	620,00 €	0,15 €	60%	0,09 €	200,00 €	419,91 €	330,00 €	289,91 €	439,97 €	179,97 €	-	Prix moyen national Tarif 2021
Aides auditives												
Aides auditives classe II pour 1 oreille	1 476,00 €	400,00 €	60%	240,00 €	160 €	107600 €	160 € + forfait 260 €	816,00 €	160 € + forfait 400 €	676,00 €	-	Prix moyen national de l'acte Tarif 2021

* Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24€, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie.