

NOS PRESTATIONS

NOS TARIFS

01/01/2022



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

mutuelle@aubeane.fr

« IRA/IRB »



Votre Mutuelle Santé

PRESTATIONS 2022	REGIME OBLIGATOIRE	OPTION IRA 14300	OPTION IRB 14400
		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	170% BR
Consultations – visites : généralistes et spécialistes Hors DPTM : OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	100% BR	150% BR
Actes techniques médicaux DPTM (1)	70 % BR	100% BR	170% BR
Actes techniques médicaux Hors DPTM (1)	70 % BR	100% BR	150% BR
Forfait pour les actes dits «lourds» >= à 120 €	-	100% Frais réels soit 24 €	100% Frais réels soit 24 €
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...)	60 % BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses médicales remboursées	60 % BR	100% BR	100% BR
Imagerie médicale			
Actes d'imagerie, de radiologie et ostéodensitométrie DPTM : OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	100% BR	170% BR
Actes d'imagerie, de radiologie et ostéodensitométrie hors DPTM : OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	100% BR	150% BR
Ostéodensitométrie non remboursée par le Régime Obligatoire	-	31 €	46 €
Matériel Médical			
Petit appareillage remboursé par le Régime Obligatoire	60 % BR	100% BR	260% BR
Grand appareillage remboursé par le Régime Obligatoire	100 % BR	100% BR	150% BR
Transports, ambulances			
Transport remboursé par le Régime Obligatoire	65% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie			
Service médical rendu (SMR) important (vignette blanche)	65% BR	100% BR	100% BR
Service médical rendu (SMR) modéré (vignette bleue)	30% BR	100% BR	100% BR
Service médical rendu (SMR) faible (vignette orange)	15% BR	100% BR	100% BR
Vaccins anti-grippe (non pris en charge par le Régime Obligatoire)	-	100% Frais réels	100% Frais réels
Contraception prescrite (non prise en charge par le Régime Obligatoire) par an et par bénéficiaire	-	30 €	40 €
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	80 % ou 100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires et actes chirurgicaux DPTM : OPTAM ou OPTAM CO (1)	80 % ou 100% BR	100% BR	170% BR
Honoraires et actes chirurgicaux hors DPTM : OPTAM ou OPTAM CO (1)	80 % ou 100% BR	100% BR	150% BR
Forfait journalier hospitalier illimité (2)	-	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 €
Chambre particulière limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire	-	-	42 €
Chambre particulière en ambulatoire (pour l'hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire. Limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire)	-	-	15 €
Lit d'accompagnant limité à 30 jours par an et par bénéficiaire âgé de moins de 16 ans	-	-	31 €
Forfait pour les actes dits «lourds» >= à 120 €	-	100% Frais réels soit 24 €	100% Frais réels soit 24 €
Forfait Patient Urgences	-	100% Frais réels	100% Frais réels
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
Dentaire hors 100% santé			
Soins dentaires, détartrage remboursés par le Régime Obligatoire	70 % 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	150% BR	250% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le Régime Obligatoire (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	100 €
Parodontologie (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	100 €
Implantologie dentaire (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	200 €
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	70% ou 100% BR	130% BR	250% 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 2022	REGIME OBLIGATOIRE	OPTION IRA 14300	OPTION IRB 14400
		REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE	REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE + 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)
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)
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€	0,03€ + 45 € = 45,03 €	0,03€ + 80 € = 80,03 €
Verres simples (a)(3) (par verre)	60 % BR	0,03€ + 20 € = 20,03 €	0,03€ + 100 € = 100,03 €
Verres complexes (c) et très complexes (f) (3) (par verre)	60 % BR	0,03€ + 80 € = 80,03 €	0,03€ + 140 € = 140,03 €
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 + 130 € (TM inclus)
Suppléments et prestations optiques	60 % BR	100% BR	100% BR
Chirurgie réfractive (par oeil, par an et par bénéficiaire)	-	50 €	200 €
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
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 + 80 € 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 + 50 €
CURE THERMALE (acceptée par le RO et sur justificatifs de frais)			
Cure et Frais de Cure remboursés à 100% par le R.O (forfait par an et par bénéficiaire)	100% BR	100% BR + 112 €	100% BR + 214 €
Cure et Frais de Cure non remboursés à 100% par le R.O	65% ou 70% BR	100% BR	100% BR
MEDECINES DOUCES			
Ostéopathie, Etiopathie, Diététique, Chiropractie, Acupuncture, Pédicurie (limité à 3 séances par an et par bénéficiaire)	-	-	23 €/ 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
Activité physique adaptée (4)	-	20 €	100 €
PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES			
Assistance Vie Quotidienne de «Garantie Assistance»	-	7 jours / 7 - 24 heures /24	7 jours / 7 - 24 heures /24
Fonds d'Action Sociale	-	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 ameli.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 AU 01/01/2022				Exemples de remboursement ⁽¹⁾ OPTION IRA I4300		Exemples de remboursement ⁽¹⁾ OPTION IRB I4400		Précisions éventuelles
Contrat de complémentaire santé responsable ⁽²⁾	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale(BR) ⁽³⁾	Remboursement du Régime Obligatoire	Rbt Mutuelle	Reste à charge	Rbt Mutuelle	Reste à charge	
HOSPITALISATION								
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	Non remboursé	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	
Forfait journalier en psychiatrie	15,00 €	Non remboursé	0,00 €	15,00 €	0,00 €	15,00 €	0,00 €	
Chambre particulière (sur demande du patient)	43,00 €	Non remboursé	0,00 €	0,00 €	43,00 €	42,00 €	1,00 €	
Séjour avec actes lourds (L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé)								
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé								
Frais de séjour en secteur privé	745,54 €	745,54 €	721,54 €	24,00 €	0,00 €	24,00 €	0,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	355,00 €	271,70 €	247,70 €	24,00 €	83,30 €	107,30 €	0,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	447,00 €	271,70 €	247,70 €	24,00 €	175,30 €	159,85 €	39,45 €	
Séjour sans actes lourds (L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé)								
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public								
Frais de séjour en secteur public	3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0,00 €	654,02 €	0,00 €	
SOINS COURANTS								
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)								
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	7,50 €	1,00 €	1€ = participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0,00 €	9,60 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €	9,00 €	1,00 €	1€ = participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO								
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	9,60 €	0,00 €	9,60 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	15,00 €	24,00 €	0,00 €	Participation forfaitaire incluse
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)								
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	32,00 €	18,40 €	20,50 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	57,00 €	23,00 €	15,10 €	6,90 €	35,00 €	18,40 €	23,50 €	Participation forfaitaire incluse
Matériel médical								
Achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,40 €	11,16 €	0,00 €	
DENTAIRE								
100% santé								
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé								
Détartrage	43,38 €	43,38 €	30,37 €	13,01 €	0,00 €	13,01 €	0,00 €	
Couronne Céramo-métallique sur molaires	537,48 €	107,50 €	75,25 €	86,00 €	376,23 €	193,50 €	268,73 €	
Orthodontie (moins de 16 ans) - Traitement par semestre (6 semestres max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	58,05 €	468,45 €	290,25 €	236,25 €	
OPTIQUE								
100% santé								
Verres simples (41€ par verre) et monture (30€)	112,00 €	34,50 €	20,70 €	91,30 €	0,00 €	91,30 €	0,00 €	
Verres progressifs (90€ par verre) et monture (30€)	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €	
Hors 100% santé								
Verres simples (100€ par verre) et monture (139€)	339,00 €	0,15 €	0,09 €	85,00 €	253,91 €	280,00 €	58,91 €	
Verres progressifs (231€ par verre) et monture (139€)	601,00 €	0,15 €	0,09 €	205,00 €	395,91 €	360,00 €	240,91 €	
Autres prestations optiques								
Lentilles (NR) - 2 yeux pour 6 mois	78,00 €	0,00 €	0,00 €	32,00 €	46,00 €	78,00 €	0,00 €	
Opération correctrice de la myopie (2 yeux)	1 400,00 €	0,00 €	0,00 €	100,00 €	1 300,00 €	400,00 €	1 000,00 €	
AIDES AUDITIVES								
100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	240,00 €	996,00 €	560,00 €	676,00 €	

1. Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2. Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3. La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.