Aubéane
MUTUELLE DE FRANCE

Votre Mutuelle Santé

NOS PRESTATIONS
au 01/04/2026

«CTER SANTÉ»

NOTRE PROPOSITION
PERSONNALISÉE ET LABELLISÉE

TROYES
59 BOULEVARD BLANQUI

ROMILLY-SUR-SEINE
35 RUE GORNET BOIVIN

BAR-SUR-AUBE
157 RUE NATIONALE

03 25 79 10 43



aubeane

www.aubeane.fr

mutuelle@aubeane.fr

GARANTIES TERRITORIALES
AU 1er AVRIL 2026

Sous réserve des modifications réglementaires non connues au moment où nous imprimons

Les % sont exprimés selon la base de remboursement (BR) du Régime Obligatoire (RO).

PRESTATIONS 2026	RÉGIME OBLIGATOIRE	SANTÉ CTERA8/ CRTERA8 REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE +MUTUELLE	SANTÉ CTERB8/ CRTERB8 REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE +MUTUELLE	SANTÉ CTERC8/ CRTERC8 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
Dispositif "Mon Soutien Psy" (5)	60 % BR	100% BR	100% BR	100% 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	100% Frais réels	100% Frais réels
Honoraires paramédicaux :				
Auxillaires 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
Protection périodique réutilisable : (sous réserve de la publication des décrets nécessaires) (Bénéficiaire de moins de 26 ans)	60 % BR	100% BR	100% BR	100% BR
Fauteuil roulant				
. Location de courte durée **100% Santé** (< 6 mois)	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
. Fauteuil roulant remboursé par le Régime Obligatoire (fauteuil neuf, remis en état, location de longue durée > 6 mois)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèse capillaire totale				
Prothèse capillaire classe I	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèse capillaire classe II (**100% Santé**)	100% 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
Prothèse capillaire classes III et IV	60% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Transports, ambulances				
Transport remboursé par le Régime Obligatoire	55% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie				
Pharmacie	65%, 30%, 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	-	40 €	45 €	50 €
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	100% Frais réels	100% Frais réels
Forfait journalier psychiatrie illimité (2)		100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
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'accompagnement limité à 30 jours par an et par bénéficiaire âgé de moins de 16 ans.	-	-	20 €	25 €
Forfait pour les actes dits "lourds" >= à 120 €	-	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
Forfait Patient Urgences	-	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels

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 2026	RÉGIME OBLIGATOIRE	OPTION CTER-A SANTE CTERA8/CRTERA8 REGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE	OPTION CTER-B SANTE CTERB8/CRTERB8 REGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE	OPTION CTER-C SANTE CTERC8/CRTERC8 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	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente
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€	0,03 € + 40 € = 40,03 €	0,03 € + 70 € = 70,03 €	0,03 € + 99,97 € = 100 €
Verres simples (a)(3) (par verre)	60% BR	0,03 € + 20 € = 20,03 €	0,03 € + 70 € = 70,03 €	0,03 € + 100 € = 100,03 €
Verres complexes (c) et très complexes (f) (3) (par verre)	60% BR	0,03 € + 80 € = 80,03 €	0,03 € + 130 € = 130,03 €	0,03 € + 170 € = 170,03 €
Lentilles correctives acceptées ou refusées par le Régime Obligatoire sur prescription (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 oeil, par an et par bénéficiaire)	-	-	300 €	400 €
DENTAIRE				
Dentaire 100% santé				
Soins et prothèses 100% santé***	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
Dentaire hors 100% santé				
Soins dentaires, détartrage et chirurgie dentaire remboursés par le RO	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire (dans la limite des honoraires de facturations fixés pour le panier maîtrisé)	60% BR	100% BR	300% BR	400% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le Régime Obligatoire (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	200 €	300 €
Inlay Core/ Inlay Onlay	60% BR	100% BR	300% BR	400% BR
Parodontologie remboursée par le Régime Obligatoire	60% BR	100% BR	130% BR	170% BR
Parodontologie non remboursée par le Régime Obligatoire (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	140 €	200 €
Implantologique dentaire (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	300 €	400 €
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	60% ou 100% BR	100% BR	260% BR	310% BR
Prévention bucco-dentaire M'T dents (bénéficiaires âgés de 3 à 24 ans) Examen bucco-dentaire annuel de prévention	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Les soins consécutifs associés dans les 6 mois de l'examen	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR
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%	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)				
Soins	65%/70%/100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait Hébergement Soins et Transport (par an et par bénéficiaire)	65%/70%/100% BR		200 €	300 €
MEDECINES DOUCES				
Ostéopathie, Etiopathie, Diététique, Chiropractie, Acupuncture, Pédicurie, Psychologie (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	-	-	20 € / séance limite 4 séances	30 € / séance limite 4 séances
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 €
Frais liés aux dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique et aux activités de télésurveillance médicale pris en charge au titre des articles L162-1-23 et L162-48 du Code de la Sécurité Sociale	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR
PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES				
Assistance Vie Quotidienne	-	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 de secours mutualiste	-	Oui	Oui	Oui

Exemples de remboursement au 01/04/2026

Contrat de complémentaire santé responsable(2)	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement du Régime Obligatoire (BR)(3)	Remboursement du Régime Obligatoire	Exemples de remboursement(1) OPTION CTER-A		Exemples de remboursement(1) OPTION CTER- B		Exemples de remboursement(1) OPTION CTER-C		Précisions éventuelles
				Remboursement Mutuelle	Reste à charge	Remboursement Mutuelle	Reste à charge	Remboursement Mutuelle	Reste à charge	
Hospitalisation										
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	23 ,00€	Non remboursé	0,00 €	23,00 €	0,00 €	23,00 €	0,00 €	23,00 €	0,00 €	
Forfait journalier en psychiatrie (hébergement)	17,00 €	Non remboursé	0,00 €	17,00 €	0,00 €	17,00 €	0,00 €	17,00 €	0,00 €	
Chambre particulière **(sur demande du patient)**	43,00 €	Non remboursé	0,00 €	0,00 €	43,00 €	40,00 €	3,00 €	43,00 €	0,00 €	
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	846,98 €	846,98 €	814,98 €	32,00 €	0,00 €	32,00 €	0,00 €	32,00 €	0,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maitrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO)	443,00 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	171,30 €	81,51 €	89,79 €	171,30 €	00,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO)	486,00 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	214,30 €	27,17 €	187,13 €	135,85 €	78,45 €	
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	3 754,00 €	3 754,00 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €	750,80 €	0,00 €	750,80 €	0,00 €	
Soins courants										
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)										
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €	9,00 €	2,00 €	9,00 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €	10,50 €	0,00 €	10,50 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	40,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	2,00 €	12,00 €	2,00 €	12,00 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO										
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	15,00 €	21,00 €	4,50 €	25,50 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	12,00 €	15,00 €	24,00 €	3,00 €	25,00 €	2,00 €	Participation forfaitaire incluse
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)										
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	39,00 €	9,20 €	36,70 €	18,40 €	27,50 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynéccologie médicale)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	45,00 €	9,20 €	42,70 €	18,40 €	33,50 €	Participation forfaitaire incluse
Matériel médical										
Achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	2,31 €	12,07 €	0,00 €	12,07 €	0,00 €	
Dentaire										
Soins et prothèses 100% santé										
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires HBLD634 Honoraire limite de facturation (HLF)	515,00 €	120,00 €	72,00 €	443,00 €	0,00 €	443,00 €	0,00 €	443,00 €	0,00 €	
Soins et prothèses hors 100% santé										
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €	17,35 €	0,00 €	17,35 €	0,00 €	
Couronne Céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	48,00 €	441,99 €	288,00 €	201,99 €	408,00 €	81,99 €	
Orthodontie (moins de 16 ans) - Traitement par semestre (6 semestres max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	520,60 €	309,60 €	211,00 €	406,35 €	114,25 €	
Optique										
100% santé										
Verres simples (42,50€ par verre) et monture (30€) Prix limite de vente (PLV)	115,00 €	34,50 €	20,70 €	94,30 €	0,00 €	94,30 €	0,00 €	94,30 €	0,00 €	
Verres progressifs (90€ par verre) et monture (30€) Prix limite de vente (PLV)	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €	172,20 €	0,00 €	
Hors 100% santé										
Verres simples (112 € par verre) et monture (148€)	372,00 €	0,15€	0,09 €	80,00 €	291,91 €	210,00 €	161,91 €	299,97 €	71,94 €	
Verres progressifs (246€ par verre) et monture (148€)	640,00 €	0,15€	0,09 €	200,00 €	439,91 €	330,00 €	309,91 €	439,97 €	199,94 €	
Autres prestations optiques										
Lentilles (NR) - 2 yeux pour 6 mois	78,00 €	0,00€	0,00 €	32,00 €	46,00 €	78,00 €	0,00 €	78,00 €	0,00 €	
Opération correctrice de la myopie (2 yeux)	1 400,00 €	0,00€	0,00 €	0,00 €	1 400,00 €	600,00 €	800,00 €	800,00 €	600,00 €	
Aides auditives										
100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans Prix limite de vente (PLV)	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515,00 €	400,00 €	240,00 €	240,00 €	1 035,00 €	460,00 €	815,00 €	560,00 €	715,00 €	

1) Les exemples de remboursement 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 règlementation, 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.

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 renouvelle ment séparé des éléments de l'équipement.
(4) Sur prescription médicale et dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD, d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques ou patients en perte d'autonomie dont la liste est précisée dans le decret du 30/03/2023 et 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 prescrip tion médicale et de la facture détaillée et acquittée.
(5) Le dispositif «Mon Soutien Psy» vous permet de bénéficier de séances d'accompagnement psychologique avec une prise en charge par votre Régime Obligatoire et votre mutuelle Informations et liste des psychologues partenaires sur https://monsoutienpsy.ameli.fr
(6) 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, 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 dépasse ments 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.

Notre solution prévoyance

l'offre labellisée réservée aux agents territoriaux

En partenariat avec la MGP (Mutuelle Générale de Prévoyance)



Avez-vous pensé à vous protéger en cas d'arrêt maladie ?

Nous vous proposons un contrat de prévoyance incluant :

- Les indemnités journalières
- Le décès
- L'invalidité



Demandez votre devis personnalisé

LES ATOUTS DE LA MUTUELLE AUBÉANE



Vos remboursements

Un décompte vous est adressé :
- mensuellement par courriel
- ou trimestriellement par papier.

Vous pouvez également consulter vos remboursements sur notre site internet 24H/24 et 7j/7 : **www.aubeane.fr**

Simple et rapide !

Aide et solidarité

Notre commission d'Action Sociale : des secours peuvent être accordés aux membres participants et à leurs ayants droit en cas de besoins urgents et de situation sociale particulièrement difficile.

Cette commission est composée d'administrateurs.

Un Plus

Notre Mutuelle vous offre l'accès à son service d'assistance :
- École à domicile
- Aide à domicile
- Présence d'un proche au chevet d'un patient
- Informations juridiques "vie pratique" et "sociales"...

VOTRE MUTUELLE CHEZ VOUS, 24H/24 ET 7 JOURS/7

DÉCOUVREZ NOTRE SITE INTERNET



www.aubeane.fr



Comment accéder à votre espace adhérent ?

- Sur l'appli mobile "AUBEANE"

App Store

- Ou sur notre site internet www.aubeane.fr

Dans votre espace adhérent, vous pouvez :

- Consulter vos derniers remboursements,
- Consulter le détail des prestations auxquelles vous avez droit,
- Télécharger votre carte de tiers payant,
- Modifier votre situation (adresse postale, RIB...)
- Payer votre cotisation par carte bancaire en cliquant sur **Paiement en ligne**