

LES DÉPENSES DES MUTUELLES S'ENVOLENT !

INFLATION, 100 % SANTÉ, NOUVEAUX TRANSFERTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE VERS LES MUTUELLES DONC DES MUTUALISTES...

Chère adhérente, cher adhérent,

Vous avez choisi la Mutuelle Aubéane pour vous accompagner et vous protéger. Nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez.

Cette année, votre mutuelle a supporté un certain nombre de contraintes ; d'une part, les contraintes réglementaires et **décisions gouvernementales qui pèsent lourdement sur les cotisations des mutualistes** et d'autre part, l'inflation des prix qui impacte fortement les dépenses de fonctionnement et celles des prestations médicales.

En effet, **aux transferts de prises en charge de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires santé notamment en dentaire et dans les transports**, s'ajoutent des dépenses nouvelles résultant des négociations conventionnelles en cours avec les autres professions de la santé. La mise en place du 100 % santé* et le maintien des taxes** sur les contrats conduisent à maintenir

une forte progression des dépenses supportées par les mutualistes. Ces mesures sont d'autant plus injustes qu'elles s'ajoutent au contexte inflationniste frappant de plein fouet le pouvoir d'achat de chacun(e).

En tenant compte de toutes les augmentations des différents postes du budget des ménages, il est terrifiant de constater que l'accès à la santé pour tous demeure plus que jamais un véritable défi à relever.

Néanmoins, **votre mutuelle s'efforce de minimiser les répercussions de ces contraintes sur le montant de vos cotisations** tout en étant dans l'obligation d'assurer l'équilibre financier des contrats souscrits. Pour ce faire, nous atténuons une partie de cette hausse par l'utilisation d'une partie de nos ressources financières et par la mise en place de mesures visant à améliorer notre efficacité opérationnelle.

Conscient des difficultés de chacun, le Conseil d'Administration a décidé de limiter l'évolution des cotisations 2024 à son plus strict minimum.

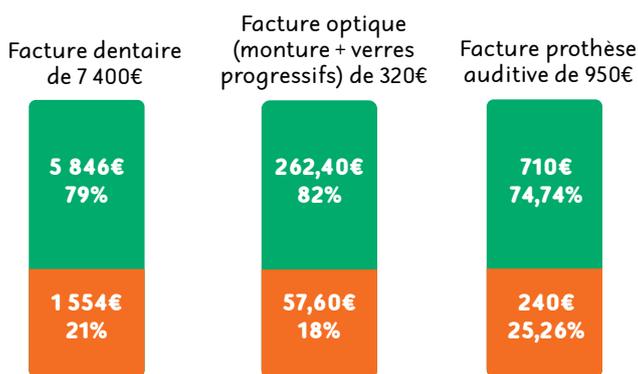
Notre mutuelle s'oppose fermement à ces dernières mesures gouvernementales prises dans une vision comptable de la santé. **A vos côtés, elle mettra tout en oeuvre pour faire reculer de telles mesures qui pèsent lourdement dans votre porte-monnaie.** Par nos actions de solidarité et d'entraide, nous réaffirmons notre attachement aux valeurs mutualistes, notre engagement à défendre l'accès aux soins à tous et à demeurer une mutuelle solidaire proche de vous.

Nous restons à votre entière disposition pour tout complément d'information et vous prions d'agréer chère adhérente, cher adhérent, l'expression de nos sentiments les plus mutualistes.

Le Président

***LE 100% SANTÉ :**

À LA CHARGE DES MUTUALISTES POUR PRÈS DE 80%



■ Remboursement Sécurité Sociale
■ Remboursement Mutuelle

****TAXES**

SUPPRIMER LES TAXES SUR LES MUTUELLES RÉDUIRAIT LE MONTANT DES COTISATIONS DES ADHÉRENTS



■ Cotisation H.T ■ Taxes

Détail d'une cotisation mensuelle de 100€



ZOOM SUR LES CONTRAINTES RÉGLEMENTAIRES ET DÉCISIONS GOUVERNEMENTALES

- La hausse de la consultation chez le médecin généraliste au 01/11/2023 : + 1,50 € et autres hausses à venir pour d'autres professionnels de santé,
- Les déremboursements de l'assurance maladie obligatoire avec transferts de dépenses vers les organismes de complémentaire santé : sur les frais de transports sanitaires, une hausse du ticket modérateur désormais fixé à 45 %. Sur le dentaire, une hausse du ticket modérateur désormais fixé à 40 %

LES ATOUTS DE LA MUTUELLE AUBÉANE



ENTRAIDE, SOLIDARITÉ ET ACCÈS AUX SOINS

Grâce à la Commission d'Action Sociale d'Aubéane, j'ai pu obtenir un secours pour mes frais médicaux. Cela a réduit mon reste à charge !



PARRAINAGE SOLIDAIRE lors d'une adhésion

J'ai bénéficié d'une réduction de 40 euros !

Et moi 40 euros en étant le parrain !



SERVICE ASSISTANCE

À compter du 1er janvier 2024, le numéro de téléphone du service « assistance » change : **09.74.75.25.85**

Sur simple appel téléphonique, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, bénéficiez d'une aide à domicile, garde d'animaux de compagnie, école à domicile, informations juridiques,...

✨ Nous vous présentons nos meilleurs voeux mutualistes pour la nouvelle année ✨

VOTRE MUTUELLE CHEZ VOUS, 24H/24 ET 7 JOURS/7 DÉCOUVREZ NOTRE NOUVEAU SITE INTERNET

www.aubeane.fr



Comment accéder à votre espace adhérent ?

• Sur l'appli mobile "AUBEANE"



• 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**



PRESTATIONS 2024	RÉGIME OBLIGATOIRE	OPTION ITM I3210/I3200	OPTION IA I3310/I3300	OPTION IB I3410/I3400
		REMBOURSEMENT RÉGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE	REMBOURSEMENT RÉGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE	REMBOURSEMENT RÉGIME 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	100% BR
Analyses et examens de laboratoire :				
Analyses médicales remboursées	60 % BR	100% BR	100% BR	100% BR
Imagerie médicale				
Actes d'imagerie, de radiologie et ostéodensitométrie DPTM : OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	100% BR	130% BR	170% BR
Actes d'imagerie, de radiologie et ostéodensitométrie hors DPTM : OPTAM ou OPTAM CO (1)	70 % BR	100% BR	110% BR	150% BR
Ostéodensitométrie non remboursée par le Régime Obligatoire	-	15 €	31 €	46 €
Matériel Médical				
Petit appareillage remboursé par le Régime Obligatoire	60% BR	100% BR	160% BR	260% BR
Grand appareillage remboursé par le Régime Obligatoire	100 % BR	100% BR	120% BR	150% BR
Transports, ambulances				
Transport remboursé par le Régime Obligatoire	55% 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	-	30 €	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	-	-	35 €	45 €
Chambre particulière en ambulatoire (pour l'hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire. Limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire)	-	-	8 €	15 €
Lit d'accompagnant limité à 30 jours par an et par bénéficiaire âgé de moins de 16 ans.	-	-	23 €	31 €
Forfait pour les actes dits "lourds" >= à 120 €	-	100% Frais réels soit 24 €	100% Frais réels soit 24 €	100% Frais réels soit 24 €
Forfait Patient Urgences	-	100% Frais réels	100% Frais réels	100% Frais réels
DENTAIRE				
Dentaire 100% santé				
Soins et prothèses 100% santé***	60% 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	60% 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)	60% BR	150% BR	230% BR	290% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le Régime Obligatoire (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	80 €	150 €
Inlay Core/ Inlay Onlay	60% BR	150% BR	230% BR	290% 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)	-	-	80 €	150 €
Implantologie dentaire (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	100 €	300 €
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	60% ou 100% BR	130% BR	250% BR	275% 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 2024

RÉGIME OBLIGATOIRE

OPTION ITM I3210/I3200

REMBOURSEMENT
RÉGIME OBLIGATOIRE
+ MUTUELLE

OPTION IA I3310/I3300

REMBOURSEMENT
RÉGIME OBLIGATOIRE
+ MUTUELLE

OPTION IB I3410/I3400

REMBOURSEMENT
RÉGIME 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)	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€ x 60% = 0,03€	0,03€ + 45 € = 45,03 €	0,03€ + 60 € = 60,03 €	0,03€ + 80 € = 80,03 €
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€ + 100 € = 100,03 €	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 + 100 € (TM inclus)	60% ou 0% BR + 130 € (TM inclus)
Suppléments et prestations optiques	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Chirurgie réfractive (par œil, par an et par bénéficiaire)	-	50 €	100 €	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	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 + 200 € 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 + 40 €	100% BR + 50 €

CURE THERMALE (acceptée par le RO et sur justificatifs de frais)

Cure et Frais de Cure remboursés à 100% par le RO (forfait par an et par bénéficiaire)	100% BR	100% BR + 122 €	100% BR + 153 €	100% BR + 305 €
Cure et Frais de Cure non remboursés à 100% par le RO	65% ou 70% BR	100% BR	100% BR	100% BR

MEDECINES DOUCES

Ostéopathie, Etiopathie, Diététique, Chiropractie, Acupuncture, Pédicurie (limité à 3 séances par an et par bénéficiaire)	-	-	15 € / séance	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	100% BR
Activité physique adaptée (4)	-	20 €	50 €	100 €

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	-	-	153 €	305 €
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.

Les exemples de remboursements sont disponibles sur notre site Internet www.aubeane.fr ou sur simple demande au 03 25 79 10 43.