



CONTRAT COLLECTIF
À ADHÉSION FACULTATIVE

AMPLI-SANTÉ

VALANT NOTICE D'INFORMATION

N° 0022

AMPLI-PRIMO, AMPLI-PRIMO JEUNES, AMPLI-ESSENTIELLE, AMPLI-ESSENTIELLE JEUNES,
AMPLI-CONFORT, AMPLI-RENFORCÉE
ET AMPLI-SECUR PLUS

2018

Les présentes conditions générales constituent la notice d'information contractuelle.

Elles reprennent les dispositions du contrat collectif AMPLI-SANTE 0022 de durée annuelle à tacite reconduction, souscrit par AMPLI Association, Association régie par la Loi de 1901, auprès de la mutuelle AMPLI SIREN 349 729 350, régie par le Livre II du code de la Mutualité (27 bld Berthier – 75858 Paris cedex 17)

TABLE DES MATIERES

**TITRE I
DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

- Article CS 1** Objet du contrat collectif
- Article CS 2** Définitions générales
- Article CS 3** Bénéficiaires des garanties
- Article CS 4** Caractère viager des garanties
- Article CS 5** Etendue territoriale
- Article CS 6** Renonciation, réclamation et médiation
- Article CS 7** Information des adhérents
- Article CS 8** Prescription
- Article CS 9** Subrogation
- Article CS 10** Informatique et libertés
- Article CS 11** Changement intervenant dans la situation de l'adhérent
- Article CS 12** Durée et validité des chèques émis en paiement des prestations
- Article CS 13** Modification du contrat collectif
- Article CS 14** Durée et résiliation du contrat collectif
- Article CS 15** Cessation d'activité de l'Association

**TITRE II
CARACTÉRISTIQUES DES GARANTIES**

- Article CS 16** Garanties AMPLI-SANTE
- Article CS 17** Option des garanties
- Article CS 18** Caractère « Responsable » des garanties
- Article CS 19** AMPLI-SECUR PLUS (garantie fermée)
- Article CS 20** Délai d'attente et plafonds progressifs
- Article CS 21** Garanties complémentaires

**TITRE III
MODALITÉS DE SOUSCRIPTION**

- Article CS 22** Conditions d'adhésion
- Article CS 23** Acceptation du risque et prise d'effet de la garantie
- Article CS 24** Changement de garantie
- Article CS 25** Durée et fin de garantie

**TITRE IV
MODALITÉS DE REMBOURSEMENT**

- Article CS 26** Conditions et modalités pour bénéficier des remboursements
- Article CS 27** Modalités spécifiques de remboursement
- Article CS 28** Pièces à fournir
- Article CS 29** Forclusion
- Article CS 30** Délai de remboursement après démission ou radiation
- Article CS 31** Allocation mariage et allocation de naissance ou adoption
- Article CS 32** Paiement et restitution des prestations indûment perçues

**TITRE V
COTISATIONS**

- Article CS 33** Cotisations individuelles
- Article CS 34** Caractère annuel des cotisations, fractionnement et frais d'impayés
- Article CS 35** Révision des cotisations
- Article CS 36** Non paiement des cotisations
- Article CS 37** Langue des documents transmis
- Article CS 38** Perte des droits

TITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article CS 1 Objet du contrat collectif

Le présent contrat est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative souscrit par AMPLI Association, Association loi 1901, auprès d'AMPLI Mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité. L'assureur est soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR - 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09).

Conformément aux statuts de la Mutuelle, tout adhérent ayant souscrit une garantie AMPLI Mutuelle bénéficie de l'action de solidarité et d'entraide du fonds d'action sociale de la Mutuelle, qui peut accorder une aide, non renouvelable, sauf dérogation par le Conseil d'Administration notamment en fonction de la situation sociale de l'intéressé.

Ce fonds est constitué à partir d'un abondement annuel dont le montant est voté par l'Assemblée Générale.

Les dispositions du présent contrat collectif déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties frais de santé en complément d'un régime obligatoire français de Sécurité Sociale et des garanties en inclusion au bénéfice de ses adhérents ayant souscrit à une des garanties proposées.

L'étendue et les limites des prestations des garanties du présent contrat collectif varient en fonction des garanties souscrites par l'adhérent et sont plafonnées aux sommes réellement déboursées dans la limite des plafonds en vigueur pour les contrats responsables.

Le montant des cotisations de ces garanties est fixé annuellement.

Article CS 2 Définitions générales

Adhérent, ou membre, ou membre participant : la personne physique qui adhère en signant un bulletin d'adhésion à une des garanties du présent contrat collectif.

Association : **AMPLI-Association**, organisme souscripteur du contrat collectif au bénéfice de ses membres et membre honoraire de la Mutuelle.

Assuré : la personne physique assurée dans le cadre du présent contrat collectif.

Accident : par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle subie par l'adhérent et non intentionnelle de sa part, ou de la part du bénéficiaire, et provenant de l'action soudaine et non prévisible d'une cause extérieure.

Bénéficiaire : toute personne désignée par l'assuré pouvant se voir attribuer les prestations prévues de la garantie souscrite.

Contrat collectif : le contrat souscrit par AMPLI Association, auprès d'AMPLI Mutuelle, offrant ainsi la possibilité à ses membres d'adhérer ou non aux différentes garanties frais de santé assurées par la Mutuelle.

La Mutuelle : AMPLI Mutuelle assureur des garanties du présent contrat collectif.

Article CS 3 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les adhérents de la Mutuelle ayant la qualité de membres participants et leurs ayants droit inscrits à la garantie, à savoir :

- le conjoint ou le concubin notoire ou son partenaire lié par un PACS ;
- les enfants à charge au sens de la Sécurité Sociale jusqu'à 16 ans ou 25 ans s'ils poursuivent des études ou, quel que soit leur âge, s'ils sont handicapés physiques ou mentaux, incurables et incapables de se livrer à un travail salarié.

Article CS 4 Caractère viager des garanties

Les garanties du présent contrat collectif ont un caractère viager à effet de l'adhésion, à l'exception de l'allocation obsèques de la garantie AMPLI-SECUR PLUS qui cesse au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 70 ans.

Article CS 5 Etendue territoriale

Les adhérents et leurs ayants droit sont garantis dès lors qu'il y a prise en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire français. Le remboursement est obligatoirement effectué en France et en euros, et sur présentation du décompte de l'organisme obligatoire de sécurité sociale, accompagné des factures détaillées et acquittées, libellées, ou traduites, en français et en euros, pour chaque acte. L'adhérent doit avoir un compte bancaire en France.

Les résidents à l'étranger ou dans les collectivités d'Outre-Mer (COM) et la Nouvelle Calédonie peuvent bénéficier de la garantie s'ils cotisent à titre volontaire au régime de la Sécurité Sociale de la caisse des français de l'étranger.

Article CS 6 Renonciation, réclamation et médiation

Pour les garanties prévues au contrat collectif, seules sont considérées comme souscrites, celles désignées sur le bulletin d'adhésion, acceptées par AMPLI Mutuelle, figurant sur l'appel de cotisation et ayant été réglées par le membre participant.

L'adhérent a la possibilité de renoncer aux garanties souscrites par lettre recommandée avec avis de réception adressée à AMPLI Mutuelle, dans le délai de 30 jours à compter de la date d'effet du contrat. La renonciation entraîne le remboursement de l'intégralité des cotisations versées sans aucune retenue possible.

Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement ou du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

La lettre de renonciation peut être rédigée comme suit :

«Je vous prie de prendre note de ma renonciation à ma demande d'adhésion à la garantie souscrite que j'ai signée et de me rembourser dans les trente jours de la présente

l'intégralité de mon versement».

Par ailleurs, en cas de contestation ou de mécontentement vous pouvez écrire au Service Réclamation au siège de la Mutuelle, 27 boulevard Berthier – 75858 PARIS CEDEX 17. Votre réclamation sera traitée dans les 10 jours à compter de la réception du courrier ou au plus tard dans les deux mois si votre demande nécessite une analyse approfondie.

Si aucun accord n'a pu être trouvé, vous pourrez saisir le service de la médiation de la FNIM (Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles), dont AMPLI Mutuelle est adhérente, à l'adresse suivante :

Médiateur FNIM, 4 avenue de l'Opéra, 75001 PARIS

La charte de la Médiation de la FNIM est disponible sur le site www.fnim.fr

En cas de désaccord sur l'avis rendu par le service de Médiation, un recours à une action en justice reste possible.

En tout état de cause, la loi applicable est la loi française.

Article CS 7 Information des adhérents

La Mutuelle s'engage à remettre à chaque adhérent, outre le certificat d'adhésion, les statuts de la Mutuelle, les conditions générales valant notice d'information de la garantie et les conditions particulières qui définissent les formalités à accomplir, les exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de forclusion.

Les modifications apportées aux droits et obligations des membres participants sont applicables aux membres honoraires et participants dès leur notification annuelle.

Article CS 8 Prescription

En application de l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions résultant du présent contrat collectif sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article CS 9 Subrogation

AMPLI Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées.

Article CS 10 Informatique et libertés

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion des présentes garanties. Les membres participants et honoraires peuvent demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers d'AMPLI Mutuelle, de ses mandataires et réassureurs. Ils pourront exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à AMPLI Mutuelle, à l'adresse de son siège social.

Article CS 11 Changement intervenant dans la situation de l'assuré

L'adhérent doit informer AMPLI Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les 30 jours qui suivent tout changement de statut, de situation, de domicile (par défaut, les courriers adressés au dernier domicile connu produiront tous leurs effets), de compte bancaire ainsi qu'en cas de changement ou de cessation d'activité professionnelle.

Article CS 12 Durée de validité des chèques émis en paiement des prestations

Tout chèque non présenté à encaissement dans les délais légaux prévus par la réglementation bancaire ou postale ne pourra donner lieu à paiement à nouveau.

Article CS 13 Modification du contrat collectif

a. Par l'Association :

L'Association peut demander à AMPLI Mutuelle des modifications à apporter aux garanties. Ces modifications ne pourront être mises en place que par accord entre les parties.

b. Par AMPLI Mutuelle :

Les modifications apportées par AMPLI Mutuelle interviennent au renouvellement du contrat, après accord de l'Association.

Toute modification du contrat collectif est constatée par un avenant signé des parties. L'Association mandate la Mutuelle pour opérer la notification des modifications des clauses du contrat ou la résiliation de ce dernier auprès de ses adhérents.

Article CS 14 Durée et résiliation du contrat collectif

Lorsque le contrat collectif entre AMPLI Mutuelle et l'Association est résilié par l'une des deux parties, aucune adhésion nouvelle n'est recevable à compter de la date d'effet de la résiliation. La résiliation est sans effet sur les prestations en cours de service qui sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la dite résiliation jusqu'à leur terme contractuel.

Pour l'adhérent, le contrat prend fin le jour où il résilie son adhésion à l'Association ou à la Mutuelle.

En cas de résiliation du contrat collectif par l'une ou l'autre partie, la Mutuelle s'engage à maintenir aux assurés des garanties équivalentes à celles dont ils bénéficiaient à la date de résiliation. Les assurés demeurent membres participants de droit à la Mutuelle.

Article CS 15 Cessation d'activité de l'Association

En cas de cessation d'activité de l'Association, les droits de l'adhérent sont intégralement maintenus par AMPLI Mutuelle.

TITRE II CARACTÉRISTIQUES DES GARANTIES

Article CS 16 Garanties AMPLI-SANTE

Les garanties AMPLI-SANTE sont des garanties frais de santé à caractère viager et sont déclinées en sept formules : AMPLI-PRIMO, AMPLI-PRIMO JEUNES, AMPLI-ESSENTIELLE, AMPLI-ESSENTIELLE JEUNES, AMPLI-CONFORT, AMPLI-RENFORCÉE et AMPLI-SECUR PLUS assurées par AMPLI Mutuelle au profit de ses adhérents. Les six premières ont pour objet :

- le remboursement des dépenses relatives à des soins de santé prescrits médicalement,
- le remboursement, en cas d'hospitalisation, des frais de chambre particulière et du forfait hospitalier,
- l'octroi d'allocations forfaitaires pour des dépenses d'actes chirurgicaux,
- l'octroi d'allocations forfaitaires en cas de mariage,

en complément des remboursements d'un régime obligatoire français de Sécurité Sociale. Seuls sont pris en charge les actes et prescriptions médicales ou chirurgicales **postérieurs à l'adhésion** de l'adhérent au présent contrat s'inscrivant dans le parcours de soins dans le cadre du « contrat responsable », conformément à la loi du 13 août 2004, instaurant le parcours de soins coordonnés, et « solidaire » sans questionnaire de santé et sans différenciation de la cotisation en fonction de l'état de santé.

La septième formule, AMPLI-SECUR PLUS, accorde un supplément au remboursement d'un organisme complémentaire pour des dépenses de santé ainsi qu'une allocation obsèques.

Les prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par le régime obligatoire de Sécurité Sociale à la date des soins. Les pourcentages indiqués au tableau des remboursements sont exprimés par rapport aux bases de remboursements de la Sécurité Sociale, du tarif de responsabilité pour le secteur conventionné ou du tarif d'autorité pour le secteur non conventionné et s'entendent en complément des prestations de cet organisme. Certains actes

hors nomenclatures sont pris en charge et sont exprimés en forfait annuel.

Les remboursements des frais de santé de la Mutuelle ont un caractère indemnitaire. Ils ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels l'adhérent a droit par le régime obligatoire et par un autre organisme complémentaire.

Les garanties AMPLI-SANTE sont des **garanties familiales**, c'est-à-dire que pour bénéficier d'une de ces garanties, l'adhérent et ses ayants droit doivent souscrire à la même garantie.

Article CS 17 Options des garanties

Pour les formules **AMPLI-ESSENTIELLE, AMPLI-ESSENTIELLE JEUNES, AMPLI-CONFORT et AMPLI-RENFORCÉE**, l'adhérent peut opter pour une des options suivantes et non cumulables :

- Mini frais dentaires (une prise en charge minimale par la Mutuelle pour des postes dentaires),
- Mini frais d'optique (une prise en charge minimale par la Mutuelle pour des postes optiques),
- Mini frais dentaires Mini frais d'optique (une prise en charge minimale par la Mutuelle des postes dentaires et optique),
- spéciale médecins (tarif et remboursements de prestations adaptés aux médecins en exercice).

Les jeunes ayant moins de 31 ans peuvent bénéficier d'un tarif préférentiel à condition d'adhérer à la garantie **AMPLI-PRIMO JEUNES ou AMPLI-ESSENTIELLE JEUNES** avec ou sans une des options proposées.

Article CS 18 Caractère « Responsable » des garanties

AMPLI Mutuelle ne rembourse pas, dans le cadre du parcours de soins coordonnés (loi du 13 août 2004) :

- **Les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale ou hors nomenclature ;**
- **La participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale ;**
- **La majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins coordonnés ou qui n'a pas désigné de médecin traitant ou qui consulte un autre médecin sans prescription de ce dernier ;**
- **Les dépassements d'honoraires pratiqués par les spécialistes dans la limite déterminée par le régime obligatoire lorsque l'assuré est hors parcours de soins ;**
- **Toutes autres franchises médicales instaurées par l'assurance maladie qui doivent rester à la charge de l'assuré social.**

Une réduction des remboursements du dépassement d'honoraires de 20%, est appliquée par la Mutuelle si l'adhérent consulte un médecin n'ayant pas signé un contrat d'accès aux soins dans la limite de 200% de la base de remboursement (régime obligatoire et régime complémentaire cumulés).

A compter du 1^{er} janvier 2017 l'Option pratique tarifaire maï-

trisée dit OPTAM (applicable à l'ensemble des médecins) et l'OPTAM-CO (réservée aux chirurgiens et obstétriciens) remplacent le dispositif du contrat d'accès aux soins (CAS). Une réduction des remboursements du dépassement d'honoraires de 20% est appliquée par la Mutuelle si l'adhérent consulte un médecin n'ayant pas opté pour l'OPTAM ou l'OPTAM-CO dans la limite de 200% de la base de remboursement (régime obligatoire et régime complémentaire cumulés).

Les dispositifs du CAS (fin d'application au 31/12/2016) et de l'OPTAM / OPTAM-CO s'entendent dans le respect du parcours de soins coordonnés.

Article CS 19 AMPLI-SECUR PLUS (garantie fermée)

La garantie AMPLI-SECUR PLUS est une garantie surcomplémentaire de troisième niveau qui assure, **dans la limite des frais réels**, le remboursement des dépenses de santé en plus des remboursements d'un régime obligatoire français de Sécurité Sociale et d'un organisme complémentaire. Cette garantie comporte en plus une allocation pour frais d'obsèques en cas de décès pour tout adhérent et bénéficiaire âgé de plus de 12 ans qui prend fin :

- Au 1^{er} jour du mois du 70^{ème} anniversaire de l'adhérent principal pour l'ensemble des bénéficiaires inscrits à la garantie,
- Au 1^{er} jour du mois du 70^{ème} anniversaire d'un bénéficiaire assuré. Le droit à l'allocation de frais d'obsèques est maintenu aux autres membres assurés de la famille, tant qu'ils n'ont pas atteint eux-mêmes 70 ans au 1^{er} jour de leur mois anniversaire.

La garantie AMPLI-SECUR PLUS est une garantie familiale, c'est-à-dire que pour bénéficier de cette garantie, l'adhérent doit inscrire l'ensemble de ses bénéficiaires.

Le barème des remboursements de cette garantie est détaillé en annexe 2 du présent document.

Article CS 20 Délai d'attente et plafonds progressifs

Il n'y a aucun délai d'attente pour les formules **AMPLI-PRIMO, AMPLI-PRIMO JEUNES, AMPLI-ESSENTIELLE, AMPLI-ESSENTIELLES JEUNES, AMPLI-CONFORT et AMPLI-RENFORCÉE**. Il existe pour ces garanties des plafonds progressifs par année d'adhésion (niveau 1, niveau 2 et niveau 3) pour les postes suivants : prothèses dentaires, orthodontie, implantologie/parodontologie et chirurgie réfractive.

Les niveaux doivent se calculer selon l'ancienneté de l'adhérent au sein de la même garantie :

- **niveau 1** : 50% du plafond du forfait ou du taux mentionné dans le barème de remboursement la 1^{ère} année
- **niveau 2** : 75% du plafond du forfait ou du taux mentionné dans le barème de remboursement la 2^{ème} année
- **niveau 3** : 100% du plafond du forfait ou du taux mentionné dans le barème de remboursement la 3^{ème} année.

AMPLI-SECUR PLUS comporte des délais d'attente qui sont détaillés dans le barème des remboursements de cette garantie en annexe 2.

Article CS 21 Garanties complémentaires

Les adhérents ayant adhéré à une des garanties AMPLI-SANTE bénéficient des garanties en inclusions suivantes sous certaines conditions :

a. Garantie incluse pour tous les adhérents et leurs bénéficiaires inscrits

Une garantie d'assistance mondiale, **AMPLI ASSISTANCE, contrat souscrit auprès de Mutuaide**, est incluse au contrat collectif pour toute adhésion à une des garanties AMPLI-PRIMO JEUNES, AMPLI-PRIMO, AMPLI-ESSENTIELLE JEUNES, AMPLI-ESSENTIELLE, AMPLI-CONFORT et AMPLI-RENFORCÉE et bénéficie à tous les membres de la famille inscrits aux garanties. Les modalités de cette garantie sont décrites dans une notice distincte.

b. Garantie en option pour les étudiants se destinant aux professions de santé et vétérinaires

Les adhérents à **AMPLI-PRIMO JEUNES** ou **AMPLI-ESSENTIELLE JEUNES**, ayant le **statut d'étudiant et se destinant aux professions de santé et vétérinaires**, peuvent, s'ils n'effectuent aucun remplacement libéral ou s'ils n'exercent aucune activité libérale, bénéficier en option d'une garantie responsabilité civile professionnelle dite AMPLI-RCP. La souscription de cette garantie doit s'effectuer distinctement de celle d'AMPLI-SANTE. Les conditions d'assurance, le montant des garanties et les conditions d'ouverture de droit pour la garantie AMPLI-RCP sont décrits dans une notice distincte.

TITRE III MODALITÉS DE SOUSCRIPTION

Article CS 22 Conditions d'adhésion

Toute personne âgée de plus de 16 ans peut adhérer à une des garanties AMPLI-SANTE. L'adhésion se concrétise par la signature d'un bulletin par l'adhérent valant acceptation des statuts, des droits et obligations définis aux conditions générales de la garantie souscrite.

En cas de souscription en ligne, sur un des sites internet d'AMPLI Mutuelle, l'adhésion se concrétise par la validation du formulaire d'adhésion dûment rempli en ligne par l'adhérent et le paiement d'une fraction de la cotisation annuelle soit par carte bancaire soit par chèque.

L'adhésion aux différentes garanties doit s'effectuer avant :

- **80 ans**, pour les garanties AMPLI-PRIMO, AMPLI-ESSENTIELLE, AMPLI-CONFORT, AMPLI-RENFORCÉE ;
- **70 ans** si options Mini dentaire et spéciale médecins ;
- **70 ans**, pour la garantie AMPLI-SECUR PLUS ;
- **31 ans** pour les garanties de moins de 31 ans AMPLI-PRIMO JEUNES et AMPLI-ESSENTIELLE JEUNES afin de bénéficier d'un tarif préférentiel.

Article CS 23 Acceptation du risque et prise d'effet de la garantie

La garantie prend effet dès acceptation par AMPLI Mutuelle qui notifie son accord par l'envoi d'un certificat d'adhésion mentionnant la date de prise d'effet de la garantie.

L'adhésion à la garantie n'est effective qu'après paiement de la première cotisation. **Aucun paiement anticipé de cotisation ne préjuge d'une adhésion définitive.**

En cas de souscription en ligne, sur un des sites internet d'AMPLI Mutuelle, les modalités de paiement et de la prise d'effet de la garantie sont définies aux conditions générales de la souscription en ligne disponibles sur le site internet et portées à la connaissance de l'adhérent avant toute souscription.

La date d'effet ne pourra jamais être rétroactive à la date du jour et elle sera au plus tôt à J+1 par rapport à la date du jour pour une souscription avec paiement en ligne sur le site internet et au plus tôt à la date de réception du dossier complet si l'adhésion s'effectue par un autre moyen.

Article CS 24 Changement de garantie

Le changement de garantie ne peut être pris en considération par AMPLI Mutuelle que si la demande est effectuée deux mois avant la date d'échéance principale, la date de changement de régime de garantie ne pouvant intervenir qu'à compter du 1^{er} janvier de l'année qui suit la demande de l'adhérent.

En tout état de cause, le taux de remboursement applicable est celui qui correspond à la garantie souscrite à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement de la Sécurité Sociale ou de l'organisme conventionné.

Article CS 25 Durée et fin de garantie

Pour les garanties AMPLI-SANTE, l'adhésion est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, après révision éventuelle de la cotisation, **au premier janvier de chaque année**, sauf résiliation par l'assuré par lettre recommandée au moins deux mois avant cette date. En cas de modification tarifaire, hors évolution annuelle liée à l'âge de l'adhérent, ce délai est ramené à un mois.

Le droit à la garantie cesse en cas :

- de non-paiement des cotisations dans les délais requis ;
- de limite d'âge pour l'allocation obsèques de la garantie AMPLI-SECUR PLUS définie dans le présent contrat collectif.

TITRE IV MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Article CS 26 Conditions et modalités pour bénéficiaire des remboursements

Pour pouvoir bénéficier des prestations, les adhérents et leurs bénéficiaires doivent être inscrits à la garantie, et à jour de leurs cotisations.

L'adhérent a pour obligation de préciser toute souscription à un contrat de même nature.

Les remboursements des frais de santé sont effectués sous forme de virement bancaire. Chaque adhérent ainsi que ses bénéficiaires doivent être le titulaire du compte bancaire, détenu en France, sur lequel sont versées les prestations santé.

Un relevé de prestations est envoyé mensuellement à l'adhérent principal lorsque des frais de santé lui ont été remboursés sur le mois précédent, pour lui-même et/ou les bénéficiaires au contrat. Des copies de ses Relevés de Prestations peuvent lui être adressées sur les 6 mois précédents le jour de sa demande, uniquement.

Article CS 27 Modalités spécifiques de remboursement

La Mutuelle peut faire procéder, à tout moment, par un praticien désigné par elle, au contrôle de la pertinence des prescriptions médicales communiquées par l'adhérent qui sollicite ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat.

Forfait hospitalier et chambre particulière :

Les remboursements du forfait hospitalier correspondant aux jours d'hospitalisation, consécutifs ou non, de l'année civile en cours, sont illimités. Les remboursements de la chambre particulière correspondant aux jours d'hospitalisation, consécutifs ou non, de l'année civile en cours sont plafonnés à 180 jours par an. Le droit à remboursement se renouvelle chaque année.

Article CS 28 Pièces à fournir

a. Pour l'ensemble des garanties, l'adhérent doit faire parvenir à AMPLI Mutuelle les pièces suivantes en l'absence d'une prise en charge par le tiers payant :

FRAIS DE SANTE : Pour obtenir le remboursement de ses frais de santé l'assuré doit faire parvenir à AMPLI mutuelle le décompte du régime obligatoire de la Sécurité Sociale, par courrier postal ou par courriel (pour ce dernier cas un maximum de 5 décomptes joints au total est demandé, au-delà de 5 décomptes l'envoi doit impérativement être effectué par voie postale). Pour les frais de santé ne faisant pas l'objet de remboursement préalable par l'organisme obligatoire de Sécurité Sociale, l'assuré doit faire parvenir à AMPLI Mutuelle la facture correspondante, impérativement sous sa forme originale et par courrier postal uniquement, les copies et les envois par courriel n'étant pas acceptés en ce cas. La note d'honoraires du praticien ou de l'auxiliaire médical est à joindre à la demande de remboursement en cas de dépassement du tarif d'autorité.

1. EN CAS D'HOSPITALISATION : Pour pouvoir appliquer la procédure du tiers-payant, une demande de prise en charge doit être effectuée par l'Etablis-

ment hospitalier et adressée directement au prestataire tiers-payant, avant, ou au plus tard au cours de l'hospitalisation, au numéro de télécopie figurant sur la carte de tiers payant de l'assuré. La demande doit comporter les mentions suivantes : nom, prénom, date de naissance, adresse, date d'entrée, éventuellement durée du séjour, nature de l'hospitalisation, numéros de téléphone et de télécopie de l'Etablissement hospitalier ainsi que son code FINESS.

2. OPTIQUE : Le décompte de l'organisme obligatoire de Sécurité sociale accompagné de la facture indiquant le montant des frais réels (facturation séparée pour les verres et la monture) et le degré de dioptrie ainsi que l'ordonnance d'origine prescrite par l'ophtalmologue.

Les lunettes médicales achetées en pharmacie ne sont pas incluses dans les différents niveaux d'équipement proposés et sont remboursées uniquement sur la base du ticket modérateur.

Les lunettes et lentilles achetées sur internet sont remboursées sur présentation de la facture originale acquittée accompagnée de la prescription médicale. Dans la mesure où la facture serait délivrée uniquement par mail, le bon de livraison original devra être joint également à la demande de remboursement.

Les lunettes sont remboursées tous les 2 ans pour les adhérents et bénéficiaires de plus de 18 ans (soit année d'achat + une année civile) conformément à la réglementation en vigueur. Toutefois, en cas d'évolution de la vue, les lunettes peuvent être remboursées tous les ans, sous réserve :

- que leur montant soit acquitté directement auprès de l'opticien (pas de tiers payant possible en ce cas),
- que le décompte et la facture acquittés soient adressés à la Mutuelle,
- et accompagnés des prescriptions de l'année en cours et de l'année précédente, afin de justifier l'évolution de la vue de l'adhérent et/ou de ses bénéficiaires.

Seuls les documents originaux, ou certifiés conformes aux originaux, doivent nous parvenir.

Les enfants de moins de 18 ans peuvent bénéficier d'un remboursement annuel.

3. Forfait « Médecine douce » : Pour obtenir le remboursement prévu dans la garantie, l'assuré doit faire parvenir par voie postale uniquement, la facture originale nominative remise par le Professionnel de Santé, qui devra comporter : la nature de sa spécialité, le nombre de séance(s) ou consultation(s) dispensée(s) avec date(s) pour chacune d'entre elles et montant par séance ou par consultation.
4. Forfait « Médecine de Prévention » : Pour obtenir le remboursement prévu dans la garantie, l'assuré doit faire parvenir par voie postale uniquement, la prescription originale nominative remise par le Professionnel de Santé, accompagnée de la facture originale acquittée.
5. ACTES HORS NOMENCLATURE : Pour les actes « Hors Nomenclature », non remboursés par l'organisme obligatoire, le paiement du forfait prévu dans la garantie ne pourra être effectué à l'adhérent que si le Professionnel de santé qui a facturé les actes n'est pas

le souscripteur du contrat lui-même. Le même refus de prise en charge sera appliqué au Professionnel de santé qui facturerait des actes pour un membre de sa famille, également bénéficiaire de son contrat. Dans un esprit mutualiste, le Professionnel de santé ne peut pas être celui qui facture des soins pour son propre compte ou celui de ses bénéficiaires et celui qui bénéficie du remboursement de ces mêmes soins.

6. FRAIS A L'ETRANGER : La Mutuelle n'interviendra que sur la partie correspondant au ticket modérateur pour les remboursements forfaitaires effectués par le régime obligatoire pour des frais dispensés à l'étranger. Les actes bénéficiant d'une prise en charge sur les dépassements d'honoraires dans la garantie souscrite par l'adhérent, seront régularisés sur présentation du détail des frais de santé acquitté (avec nature des actes et prix payé), rédigé en langue française, ou traduit en français et certifié conforme à l'original, et en euros.

b. Garantie AMPLI- SECUR PLUS

Les remboursements sont effectués à partir des documents adressés à AMPLI Mutuelle par les adhérents à jour de leurs cotisations. Les documents à fournir sont les suivants :

1. Pour les adhérents ayant souscrit une garantie AMPLI-SANTE : L'original du bordereau de remboursement du régime obligatoire français de Sécurité Sociale.
2. Pour les adhérents n'ayant pas souscrit une garantie AMPLI-SANTE : L'original du bordereau de remboursement de la mutuelle complémentaire ainsi qu'une copie du bordereau de remboursement d'un régime obligatoire français de Sécurité Sociale.

Pour tous les adhérents et bénéficiaires, en cas de décès avant 70 ans, les ayants droit doivent faire parvenir à la Mutuelle un certificat de décès. En cas de décès d'un bénéficiaire mineur de moins de 12 ans, l'indemnité versée correspondra au montant des frais réels d'obsèques, dans la limite de 3.050 euros.

Article CS 29 Forclusion

Les feuilles de soins ouvrant droit aux prestations de ce Règlement, doivent, sous peine de forclusion, être adressées, par les adhérents, dans les 12 mois de la date d'établissement des décomptes par le régime obligatoire français de Sécurité Sociale.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur ces prestations accordées ou refusées doit parvenir au siège social d'AMPLI Mutuelle, dans un délai de 6 mois à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations. En tout état de cause, il appartient aux assurés de contrôler leurs remboursements même s'ils bénéficient de la télétransmission avec leurs Centres d'assurance maladie. La Mutuelle s'engage à effectuer, s'il y a lieu, et selon son appréciation, toute régularisation dans les délais et limites repris par le présent article.

Article CS 30 Délai de remboursement après démission ou radiation

En cas de radiation ou de démission et quelle qu'en soit la cause, l'adhérent dispose d'un délai de deux mois à compter

de la date d'édition du décompte de la Sécurité Sociale, pour adresser à AMPLI Mutuelle les demandes de remboursement restant à courir pour la période pendant laquelle il était assuré. Au-delà de ce délai de deux mois, **il y a forclusion**.

Article CS 31 **Allocation mariage et allocation de naissance ou adoption**

Le versement de l'allocation MARIAGE est effectué après production à AMPLI Mutuelle d'un extrait de l'acte de mariage de 3 mois maximum suivant l'événement, sous réserve de l'inscription effective de l'adhérent à la Mutuelle au moment du mariage.

Le versement de l'allocation NAISSANCE ou ADOPTION est effectué après production à AMPLI Mutuelle d'un extrait de l'acte de naissance ou d'adoption de 3 mois maximum suivant l'événement, sous réserve de l'inscription effective de l'adhérent à la Mutuelle au moment de la naissance ou de l'adoption. L'enfant né ou adopté doit être inscrit obligatoirement à la même garantie AMPLI-SANTE que l'adhérent.

L'allocation MARIAGE et/ou l'allocation NAISSANCE ou ADOPTION sont réservées à l'adhérent principal du contrat. Les ayants-droit ne peuvent donc pas y prétendre.

L'allocation NAISSANCE ou ADOPTION correspond à l'équivalent de la première cotisation annuelle (soit un montant calculé sur 12 mois de cotisations du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année civile en cours), versée après inscription de l'enfant né ou adopté obligatoirement à la même garantie AMPLI SANTE que l'adhérent, et dès lors que la cotisation liée à son inscription a été réglée.

Article CS 32 **Paiement et restitution des prestations indûment perçues**

Les prestations définies au présent document sont versées par virement bancaire sur le compte de l'adhérent, ou par chèque, par AMPLI Mutuelle.

Toute prestation indûment et incontestablement perçue donne lieu à restitution à AMPLI Mutuelle.

TITRE V **COTISATIONS**

Article CS 33 **Cotisations individuelles**

La cotisation est individuelle pour tous les membres adhérents et leurs ayants droit.

Le quatrième enfant et les suivants sont dispensés du paiement des cotisations à la garantie souscrite, sous réserve que les trois premiers enfants soient eux-mêmes inscrits en tant que bénéficiaires de la garantie.

Article CS 34 **Caractère annuel des cotisations, fractionnement et frais d'impayés**

Les cotisations sont calculées en millésime par rapport à

l'année de naissance de l'adhérent et des bénéficiaires et évoluent en fonction de l'âge de celui-ci et des garanties souscrites.

Elles sont annuelles, payables d'avance et renouvelable par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Le paiement de la cotisation annuelle peut faire l'objet d'un fractionnement après accord d'AMPLI Mutuelle. Au cas où cette faculté est accordée, chaque échéance est honorée uniquement par voie de prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent ; si ce dernier arrête le paiement des échéances prévues, la totalité de la cotisation reste cependant due, en raison du caractère annuel de celle-ci.

Des frais d'impayés seront appliqués à chaque incident de paiement. Le montant de ces frais est fixé annuellement par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Article CS 35 **Révision des cotisations**

Chaque année, le Conseil d'Administration d'AMPLI Mutuelle peut réviser le montant des cotisations en complément de l'augmentation liée à l'évolution de l'âge de l'adhérent. Cette augmentation technique est prise en accord avec AMPLI Association qui a la responsabilité de la notification de cette dernière à ses membres dans son rapport moral.

Article CS 36 **Non paiement des cotisations**

Le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure conformément à l'article L. 221-8 du Code de la mutualité.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

Article CS 37 **Langue des documents transmis**

Tous les documents transmis soit par la Mutuelle, soit par l'adhérent ou le groupe souscripteur AMPLI Association doivent être en langue française ou traduits en français et certifiés conformes aux originaux.

Article CS 38 **Perte des droits**

L'utilisation de documents inexacts ou falsifiés dans le but d'obtenir des prestations indues, entraîne la perte des droits à prestations, et la résiliation de la complémentaire santé.

CONTRAT COLLECTIF N° 0022 AMPLI-SANTE – TABLEAU DES PRESTATIONS 2018

COMPLEMENTAIRE SANTE - Régime obligatoire + régime complémentaire				
Gamme 01/01/2018 Actes médicaux	PRIMO GH	ESSENTIELLE GA	CONFORT GB	RENFORCEE GD
HOSPITALISATION				
Honoraires - Médecins signataires de l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO)	100%	250%	350%	450%
Honoraires - Médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO	100%	200%	200%	200%
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (secteur conventionné)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (secteur non conventionné)	100%	125%	150%	200%
Chambre particulière (limite 180 jours / an)	30 €	50 €	55 €	60 €
Lit accompagnant (hospitalisation enfant moins de 12 ans) 60 jours maximum par an	-	-	15 €	35 €
SOINS COURANTS				
Consultation et visite (généraliste / spécialiste) - Médecins OPTAM / OPTAM-CO	100%	150%	250%	300%
Consultation et visite (généraliste / spécialiste) - Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100%	130%	200%	200%
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, podologues	100%	125%	150%	200%
Radiologie - Médecins OPTAM	100%	150%	150%	200%
Radiologie - Médecins non OPTAM	100%	130%	130%	200%
Analyses médicales	100%	150%	150%	200%
Actes techniques médicaux et chirurgicaux - Médecins OPTAM / OPTAM-CO	100%	150%	150%	250%
Actes techniques médicaux et chirurgicaux - Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100%	130%	130%	200%
Majoration visite	au % de l'acte s'y rapportant			
Transport remboursé par la Sécurité Sociale	100%	100%	100%	100%
Orthopédie et appareillage	100%	150%	150%	200%
Prothèses auditives	100%	150%	200%	300%
PHARMACIE				
Service médical modéré à irremplaçable : pharmacie de 30% à 65%	100%	100%	100%	100%
Service médical faible : pharmacie à 15%	15%	15%	100%	100%
Médecine de prévention : contraceptifs, vaccin, sevrage tabagique (forfait annuel) **	40 €	50 €	75 €	100 €
Vaccin antigrippe (septembre à décembre)	-	100%	100%	100%
DENTAIRE (sauf formule «Remboursement minimum des frais dentaires»)				
Soins et chirurgie	100%	150%	200%	250%
Prothèses dentaires	150%	250%	350%	450%
Dans la limite annuelle * de	750 €	1 000 €	1 500 €	2 000 €
Orthodontie acceptée *	100%	200%	300%	350%
Actes hors nomenclature : implantologie, parodontologie (forfait annuel) *	-	200 €	500 €	700 €
OPTIQUE (sauf formule «Remboursement minimum des frais d'optique») ***				
Forfait TM inclus pour un équipement comprenant 1 monture et 2 verres	Eq1 : 200€ Eq2 : 230€ Eq3 : 280€	Eq1 : 250€ Eq2 : 350€ Eq3 : 480€	Eq1 : 400€ Eq2 : 500€ Eq3 : 675€	Eq1 : 450€ Eq2 : 600€ Eq3 : 800€
Selon niveau d'équipement 1, 2 ou 3 (Voir annexe 1)				
Lentilles cornéennes acceptées (annuel)	100% + 50 €	100% + 90 €	100% + 120 €	100% + 150 €
Lentilles cornéennes refusées (annuel)	-	90 €	120 €	150 €
Chirurgie réfractive laser (forfait annuel par œil) *	-	200 €	300 €	400 €
BONUS (Inclus dans la Garantie)				
Assistance mondiale, frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger jusqu'à 80.000€, frais de recherche sports de neige, aide au domicile, info pratiques				
Médecine douce : ostéopathes, chiropracteurs, sophrologues, acupuncteurs, pédicures, diététiciens, limitée à 4 séances par an	-	20 € / séance	30 € / séance	40 € / séance
Ostéodensitométrie (femmes de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	170%
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant 14 ans	100%	100%	100%	140%
Forfait de surveillance thermique accepté	70%	70%	100%	170%
Forfait thermal accepté (soins et traitements)	65%	65%	100%	170%
Allocation de naissance ou d'adoption	1 ^{ère} cotisation annuelle remboursée			
Allocation de mariage	100 €	160 €	250 €	300 €
DENTAIRE - Formule Remboursement minimum des frais dentaires				
Soins et chirurgie	-	100%	100%	100%
Prothèses dentaires	-	100%	100%	100%
Dans la limite annuelle * de	-	750 €	750 €	750 €
Orthodontie acceptée *	-	100%	100%	100%
OPTIQUE - Formule «Remboursement minimum des frais d'optique») ***				
Forfait TM inclus pour un équipement comprenant 1 monture et 2 verres	-	Eq1 : 200€ Eq2 : 230€ Eq3 : 280€	Eq1 : 200€ Eq2 : 230€ Eq3 : 280€	Eq1 : 200€ Eq2 : 230€ Eq3 : 280€
Selon niveau d'équipement 1, 2 ou 3 (Voir annexe 1)				
lentilles cornéennes acceptées (annuel)	-	100% + 50 €	100% + 50 €	100% + 50 €

Remboursement régime obligatoire + régime complémentaire dans le cadre du parcours de soins coordonnés

* Plafonds progressifs : 50% la 1^{ère} année, 75% la 2^{ème} année, 100% la 3^{ème} année

** Garantie médecin : forfait réduit de 10 €, adhésion avant 70 ans

*** Tous les 2 ans (soit l'année d'achat + 1 année civile) par bénéficiaire de plus de 18 ans et tous les ans en cas d'évolution de la vue et pour les enfants de moins de 18 ans

ANNEXE 1 : Niveaux d'équipement optique

POUR TOUTES LES PRESTATIONS FRAIS COMPLÉMENTAIRES SANTÉ, LE TABLEAU SUIVANT, RELATIF AU POSTE « OPTIQUE », S'APPLIQUE :

Le remboursement de la monture ne peut excéder 150 €. Les montants incluent la prise en charge du ticket modérateur.

Composition de l'équipement	
Équipement 1	Monture + 2 verres simples
	Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe
Équipement 2	Monture + 1 verre simple et 1 verre ultra-complexe
	Monture + 2 verres complexes
Équipement 3	Monture + 1 verre complexe et 1 verre ultra-complexe
	Monture + 2 verres ultra-complexes

Définition des types de verres

Verres simples :

- Verre simple foyer, dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

Verres complexes :

- Verre simple foyer, dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries
- Verre simple foyer, dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries
- Verre multifocal ou progressif.

Verres ultra-complexes :

- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries
- Verre multifocal ou progressif sphérique, dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

Annexe 2 : AMPLI-SECUR PLUS Délais d'attente et Remboursements 2018 – FERMÉE À LA COMMERCIALISATION

SUR PRÉSENTATION DES DEUX BORDEREAUX DE REMBOURSEMENT :
ORGANISME OBLIGATOIRE ET ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

AMPLI-SECUR PLUS 2018		
ACTES	DÉLAI DE STAGE	PRESTATIONS
Consultation et visite Généralistes et spécialistes Chirurgie Soins dentaires Auxiliaires médicaux Analyses médicales Radiologie Orthopédie (Prothèses appareillages et accessoires) Hospitalisation	néant	50% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur à la date des soins
Pharmacie: Service médical faible	néant	85% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur à la date des soins
Chambre particulière	néant	20 € par jour, les 180 premiers jours
Forfait hospitalier : illimité	néant	Frais réels
Lit accompagnant lorsqu'un enfant de moins de 12 ans est hospitalisé	néant	30 €/jour dans la limite de 60 jours/an
Dépassement d'honoraires du chirurgien et d'anesthésiste cumulés en milieu Hospitalier supérieur ou égal au seuil d'exonération du ticket modérateur fixé par la Sécurité Sociale	12 mois	450 €/an
Orthodontie	12 mois	100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur à la date des soins
Prothèses dentaires	12 mois	150% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur à la date des soins
Parodontologie et implantologie	12 mois	200 €/an
Prothèse auditive	12 mois	100 €/an
Optique : Monture et verres (sur prix facturé)	12 mois	200 €/an
Lentilles cornéennes (la paire) remboursées par la Sécurité sociale	12 mois	39 €/an
Chirurgie réfractive (laser)	12 mois	100 € par oeil/an
Actes de prévention : - Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans (une fois tous les 6 ans) - Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant le 14 ^{ème} anniversaire	aucun	50% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur à la date des soins
Prime de naissance	12 mois	150 €
Obsèques du souscripteur ou d'un des bénéficiaires inscrit Indemnité (jusqu'à l'âge de 70 ans)	12 mois, néant en cas d'accident	3050 € (limitée aux frais réels pour un bénéficiaire mineur de moins de 12 ans dans la limite de 3050 €)