



La mutuelle des professions libérales et indépendantes

NOTICE D'INFORMATION

AMPLI-SANTÉ

Contrat d'assurance complémentaire santé de groupe à adhésion facultative

N° 0022

AMPLI-PRIMO, AMPLI-ESSENTIELLE, AMPLI-CONFORT, AMPLI-RENFORCÉE

2024

La présente notice d'information reprend les dispositions du contrat collectif AMPLI-SANTE, souscrit par l'association des adhérents d'AMPLI, 27 Bd Berthier 75017 Paris, association régie par la loi 1901, auprès de la mutuelle AMPLI.

Ce document doit être conservé par l'adhérent.



AMPLI Mutuelle

Siège social : 27 Bd Berthier 75858 Paris Cedex 17 / Tél : 01.44.15.20.00 / www.ampli.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. SIRET 349 729 350 0018. Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 Paris Cedex 09

Définitions générales**Titre I Dispositions afférentes au contrat collectif**

Article CS 1.
 Objet du contrat collectif
 Article CS 2.
 Intervenants au contrat collectif
 Article CS 3.
 Date d'effet, durée et reconduction du contrat collectif
 Date d'effet et durée du contrat collectif
 Reconduction du contrat collectif
 Article CS 4.
 Evolution des dispositions contractuelles
 Article CS 5.
 Résiliation du contrat collectif par AMPLI Mutuelle ou le Souscripteur (A.A.A)
 Article CS 6.
 Cessation d'activité du Souscripteur

Titre II Dispositions afférentes à l'adhésion et à la durée des garanties

Article CS 7.
 Adhésion
 Article CS 8.
 Age à l'adhésion
 Article CS 9.
 Formalités d'adhésion
 Article CS 10.
 Acceptation du risque et prise d'effet de la garantie
 Article CS 11.
 Durée, renouvellement et dénonciation de l'adhésion par l'adhérent.
 Article CS 12.
 Faculté de renonciation
 Article CS 13.
 Obligations déclaratives
 Article CS 14.
 Étendue territoriale
 Article CS 15.
 Nullité de l'adhésion en cas de fausse déclaration
 Article CS 16.
 Perte des droits
 Article CS 17.
 Conséquences de la dénonciation, radiation, de l'exclusion
 Article CS 18.
 Maintien des garanties aux adhérents
 Article CS 19.
 Restitution de prestations indument perçues
 Article CS 20.
 Contrôles
 Article CS 21.
 Délai d'attente et plafonds progressifs

Titre III Dispositions afférentes aux cotisations

Article CS 22.
 Cotisations individuelles
 Article CS 23.
 Caractère annuel des cotisations et fractionnement
 Article CS 24.
 Révision des cotisations
 Article CS 25.
 Non-paiement des cotisations
 Article CS 26.
 Fond d'Action Sociale de la Mutuelle

Titre IV Dispositions afférentes aux garanties

Article CS 27.
 Objet des garanties et de leurs options
 Article CS 28.
 Garanties complémentaires
 Article CS 29.
 Allocation mariage et allocation naissance / adoption
 Article CS 30.
 Caractère responsable des garanties
 Article CS 31.

Changement de garantie

Article CS 32.

Caractère indemnitaire des prestations

Titre V Dispositions afférentes aux conditions et formalités au règlement des prestations

Article CS 33.

Conditions et modalités pour pouvoir bénéficier des remboursements.

Article CS 34.

Précisions et modalités spécifiques de remboursement

Article CS 35.

Actes « Hors nomenclature » et actes non pris en charge par le régime obligatoire

Article CS 36.

Soins réalisés à l'étranger

Titre VI Dispositions finales

Article CS 37.

Information de l'adhérent

Article CS 38.

Prescription

Article CS 39.

Réclamations

Article CS 40.

Médiation

Article CS 41.

Subrogation

Article CS 42.

Protection des données personnelles

Article CS 43.

Autorité chargée du contrôle

Article CS 44.

Lutte anti-blanchiment et financement du terrorisme

Article CS 45.

Langue des documents transmis

Article CS 46.

Droit applicable et attribution de juridiction

ANNEXE 1 - Les documents nécessaires au versement des prestations**ANNEXE 2 - Grille de prestations et annexes du 100% Santé**

Définitions générales

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.

Adhérent : la personne physique qui adhère à l'association, à la mutuelle et au contrat collectif en signant un bulletin d'adhésion.

ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) : Autorité administrative indépendante adossée à la Banque de France et chargée de l'agrément et de la surveillance des établissements bancaires et d'assurances, dans l'intérêt de leur clientèle et de la préservation de la stabilité du système financier.

Association des Adhérents d'AMPLI (A.A.A) : souscripteur du contrat collectif au bénéfice de ses membres.

Bénéficiaire ou ayant droit : les personnes pouvant être désignées par l'adhérent et se voir attribuer les prestations prévues de la garantie choisie sont :

- Le conjoint (non divorcé suite à un jugement devenu définitif et non séparé de corps). Est assimilé au conjoint, d'une part, le concubin (non marié et pouvant justifier vivre sous le même toit que l'adhérent), d'autre part, le Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).
- Les enfants à charge. Par enfant à charge, il faut entendre tout enfant bénéficiant du régime de Sécurité sociale obligatoire de votre chef ou de celui de votre conjoint :
 - jusqu'au 31 décembre de ses 18 ans,
 - ou jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 27 ans : s'il poursuit des études et peut en justifier ; s'il est inscrit au Pôle Emploi,
 - ou sans limitation de durée, pour l'enfant atteint, avant son 28ème anniversaire, d'une invalidité équivalente à l'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale, justifiée par un avis médical, ou tant qu'il bénéficie de l'Allocation Adulte Handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile.

Bulletin d'adhésion : document dans lequel l'adhérent précise les caractéristiques souhaitées de son adhésion au contrat et notamment son identité, sa résidence principale, son mode de paiement, ses ayants droits.

Contrat : désigne le contrat collectif qui définit le contenu des garanties AMPLI-SANTE.

Force majeure : la force majeure s'entend de tout évènement extérieur aux parties, présentant un caractère à la fois imprévisible et insurmontable et reconnu comme tel par la jurisprudence des tribunaux français.

Hospitalisation : on entend par hospitalisation tout séjour en clinique ou hôpital, ou l'hospitalisation à domicile (HAD) lorsque celle-ci donne lieu à une prise en charge par le régime obligatoire.

Médecine de prévention : les contraceptifs pris en charge dans le forfait de « médecine de prévention » concernent les dispositifs de contraception liés à une prescription médicale uniquement, dans la limite du forfait.

Mutuelle (la) : désigne AMPLI Mutuelle, assureur du contrat, soumis aux dispositions du Code de la mutualité.

Notice d'information (le présent document) : document, remis à l'adhérent, qui définit l'objet du contrat et les obligations respectives des parties.

Titre I

Dispositions afférentes au contrat collectif

Article CS 1.

Objet du contrat collectif

Un contrat d'assurance de groupe peut être souscrit par une association souscriptrice auprès d'une mutuelle.

Les membres de l'association adhèrent librement au contrat, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé.

AMPLI-SANTE est un contrat collectif d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'Association des Adhérents d'AMPLI (A.A.A), association loi 1901, sise au 27 Bd Berthier, 75017 Paris, auprès d'AMPLI Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé au 27 Bd Berthier 75017 Paris, contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR - 4 Place de Budapest, 75436 Paris cedex 09).

Le contrat est soumis aux dispositions du Code de la mutualité. Il a la qualité de contrat responsable au sens de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et au sens des articles R.871-1 et R.871-2 du même code.

En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

Les dispositions du contrat collectif reprises dans la présente notice d'information déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties frais de santé en complément d'un régime obligatoire français de Sécurité sociale au bénéfice de l'adhérent ayant adhéré à l'une des garanties proposées.

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

Article CS 2.

Intervenants au contrat collectif

Le Souscripteur du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est l'Association des Adhérents d'AMPLI. L'association relève de l'article L. 141-7 du Code des assurances.

L'Association des Adhérents d'AMPLI est dénommée « **le Souscripteur** ».

L'Assureur est AMPLI Mutuelle (Avenir Mutuel des Professions Libérales et Indépendantes) 27 boulevard Berthier 75858 Paris CEDEX 17, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. SIRET 379 729 350 00018.

Il est dénommé « **la mutuelle** ».

L'adhérent, en l'occurrence vous, est une personne physique qui, adhérent de l'association, adhère à la mutuelle et au contrat collectif et sur laquelle repose la réalisation du risque.

Il est dénommé « **l'adhérent ou vous** ».

Article CS 3.

Date d'effet, durée et reconduction du contrat collectif**Date d'effet et durée du contrat collectif**

AMPLI-SANTE a pris effet le 3 décembre 2013 pour une durée expirant le 31 décembre 2014.

Reconduction du contrat collectif

Le contrat collectif se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année après révision annuelle de la cotisation.

Article CS 4.

Evolution des dispositions contractuelles

Les dispositions du contrat collectif d'assurance pourront être modifiées par des avenants au contrat après accord entre le Souscripteur et la Mutuelle.

Le Souscripteur s'engage à respecter les dispositions de l'article L.141-7 du Code des assurances.

Conformément à l'article L.221-6 du Code de la mutualité, lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, vous serez informés des modifications au moins trois (3) mois avant leur prise d'effet. Vous pourrez alors dénoncer votre adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice.

Article CS 5.

Résiliation du contrat collectif par AMPLI Mutuelle ou le Souscripteur (A.A.A)

Le contrat collectif peut être résilié chaque année, par lettre recommandée, deux mois au moins avant la date d'échéance :

- par le souscripteur,
- par AMPLI Mutuelle.

Lorsque le contrat collectif entre AMPLI Mutuelle et AAA 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 ladite résiliation jusqu'à leur terme contractuel.

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

Article CS 6.

Cessation d'activité du Souscripteur

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

Titre II**Dispositions afférentes à l'adhésion et à la durée des garanties**

Article CS 7.

Adhésion

Les personnes physiques qui peuvent adhérer à AMPLI-SANTE et bénéficier de l'ensemble des garanties sont :

- les professions libérales et indépendantes en activité à condition qu'elles soient à jour de leurs obligations à l'égard des régimes obligatoires de Sécurité sociale

dont ils relèvent et puissent en justifier à tout moment sur demande de la Mutuelle,

- les étudiants des professions libérales,
- les adhérents de la mutuelle,
- les veuves ou veufs des adhérents de la mutuelle.

Article CS 8.

Age à l'adhésion

Pour adhérer aux garanties du contrat, l'adhérent doit être âgé au minimum de 16 ans. **L'adhésion aux différentes garanties doit s'effectuer :**

- **Après 40 ans** pour la garantie AMPLI-RENFORCEE.

Article CS 9.

Formalités d'adhésion

L'adhésion se concrétise par la signature d'un bulletin d'adhésion par l'adhérent valant acceptation des statuts et du règlement du conseil d'administration de la mutuelle, des statuts de l'Association des Adhérents d'AMPLI ainsi que des droits et obligations définis au contrat collectif et repris dans la présente notice d'information.

En cas d'adhésion en ligne (site internet AMPLI Mutuelle), l'adhésion se concrétise par la validation du bulletin d'adhésion dûment rempli en ligne par l'adhérent. L'adhérent accepte également les statuts et le règlement du conseil d'administration de la mutuelle, les statuts de l'Association des Adhérents d'AMPLI ainsi que les droits et obligations définis au contrat collectif et repris dans la présente notice d'information.

La résiliation de vos anciens contrats de complémentaire santé est une condition obligatoire à l'adhésion au contrat AMPLI-SANTE quelle que soit la garantie à laquelle vous souhaitez adhérer.

L'adhésion est réalisée au moyen d'un bulletin d'adhésion rempli, daté et signé par l'adhérent. La signature du bulletin d'adhésion est précédée, notamment, de la remise de la présente notice d'information.

En plus du bulletin d'adhésion, les pièces suivantes sont à fournir à AMPLI Mutuelle :

- Justificatif d'identité,
- Attestation de droit du régime obligatoire,
- Justificatif d'activité libérale ou indépendante,
- Certificat de scolarité de l'année en cours,
- Relevé d'identité bancaire,
- Mandat SEPA.

La liste des pièces énoncées ci-dessus n'est pas exhaustive.

Article CS 10.

Acceptation du risque et prise d'effet de la garantie**1. Adhésion par courrier**

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. 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 de réception du dossier d'adhésion complet.

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.**

2. Adhésion par Internet

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

La date d'effet de l'adhésion sera toujours au plus tôt à J+1 par rapport à la date du jour de l'adhésion en ligne pour une adhésion avec paiement sur le site Internet.

Article CS 11.

Durée, renouvellement et dénonciation de l'adhésion par l'adhérent.

L'adhésion expire le 31 décembre de l'année d'adhésion et se renouvelle annuellement par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année sauf dénonciation par l'adhérent à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de la première adhésion et ce sans frais, ni pénalité.

La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par tout moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité.

Lorsque l'adhésion est dénoncée dans les conditions précitées, l'adhérent n'est redevable à la mutuelle que de la partie de cotisation correspondant à la période de couverture du risque. Le cas échéant, la mutuelle rembourse à l'adhérent le solde dans un délai de 30 jours à compter de la date de dénonciation de l'adhésion. En cas de non-respect de ce délai, les sommes produisent, de plein droit, intérêts au taux légal.

La radiation des ayants-droits mentionnés au certificat d'adhésion répond aux mêmes conditions que celles prévues pour l'adhérent en cas de dénonciation de son adhésion.

Article CS 12.

Faculté de renonciation

La signature du bulletin d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour l'Adhérent.

En cas d'adhésion à distance, l'Adhérent peut renoncer à son adhésion pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour où l'adhésion a pris effet.

Pour cela, l'Adhérent doit adresser à AMPLI Mutuelle – 27 Boulevard Berthier - 75858 Paris Cedex 17 – une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

« **Je soussigné(e) M(Mme)**
(Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon
adhésion au contrat AMPLI-SANTE n°.....que
j'ai signé le à (Lieu
d'adhésion).

Le (Date de la renonciation et
signature de l'Adhérent) ».

La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion, qui est considérée comme n'ayant jamais existé.

La Mutuelle rembourse les sommes versées proportionnellement aux prestations consommées, dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. En cas d'exercice de sa faculté de renonciation, la garantie cesse à la date d'envoi de la lettre recommandée ou du recommandé électronique.

Article CS 13.

Obligations déclaratives

A l'adhésion, l'adhérent a l'obligation de répondre exactement aux questions posées.

En cours de contrat, l'adhérent a l'obligation de déclarer, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de 3 mois suivant le changement de situation, à la Mutuelle, le changement ou la cessation définitive d'activité professionnelle.

En cas de non-respect du délai précité quant à un changement de situation de l'adhérent, les conséquences de ce changement n'auront pas d'effet rétroactif.

Article CS 14.

Étendue territoriale

Les adhérents et leurs ayants droit sont garantis dès lors qu'ils apportent la preuve de leur prise en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire français. Le remboursement est obligatoirement effectué en France et en euros 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 15.

Nullité de l'adhésion en cas de fausse déclaration

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du code de la Mutualité, et indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par AMPLI Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci quand cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour AMPLI Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations demeurent acquises à AMPLI Mutuelle à titre de dommages et intérêts.

Article CS 16.

Perte des droits

L'utilisation de documents falsifiés dans le but d'obtenir des prestations indues entraîne la perte des droits à prestations et la résiliation des garanties choisies.

De même, ces agissements peuvent faire l'objet d'un dépôt de plainte auprès du Procureur de la République ainsi que d'un signalement TRACFIN dans le cadre des obligations déclaratives liées à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme auxquelles la Mutuelle est assujettie.

Article CS 17.

Conséquences de la dénonciation, radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date de la dénonciation, de la radiation, de l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la mutuelle. Il en va de même pour toutes facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage etc.) ayant eu lieu après cette date.

A compter de la date d'effet de dénonciation, radiation, exclusion, l'Adhérent s'engage lui-même et ses ayants-droits, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la mutuelle

la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient droits particuliers et d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

Article CS 18.

Maintien des garanties aux adhérents

A compter de l'adhésion et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, l'Assureur en cas d'aggravation du risque relatif à la santé de l'adhérent, ne peut refuser de maintenir à ce dernier le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Seules sont visées par ces dispositions les personnes ayant adhérees au contrat et mentionnées sur le bulletin d'adhésion. Les ayants-droit sont exclus du bénéfice des dispositions précitées.

Ces dispositions ne sont pas applicables en cas de résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'adhérent et ce pour quelques motifs que ce soient.

Article CS 19.

Restitution de prestations indûment perçues

En cas de prestations indûment perçues par l'Adhérent, la Mutuelle se réserve le droit de demander le remboursement de ces prestations sur présentation de justificatifs. Le remboursement devra être effectué par chèque.

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

Article CS 20.

Contrôles

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM) et aux conditions d'attribution de ses prestations, la mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande de remboursement ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées et la prise en charge par le Régime obligatoire.

Article CS 21.

Délai d'attente et plafonds progressifs

Il n'y a aucun délai d'attente pour les formules **AMPLI-PRIMO**, **AMPLI-ESSENTIELLE**, **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 (acceptée par la Sécurité sociale),
- Implantologie/parodontologie,
- 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.

Les plafonds progressifs ne sont pas applicables aux paniers 100% Santé. L'adhérent est invité à se reporter à la grille des prestations.

Titre III

Dispositions afférentes aux cotisations

Article CS 22.

Cotisations individuelles

La cotisation est individuelle pour tous les adhérents et leurs ayants droit. Cette cotisation est prélevée à date fixe pour les adhérents ayant opté pour ce mode de paiement uniquement.

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

Article CS 23.

Caractère annuel des cotisations et fractionnement

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 choisies. 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. Dans le 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.

Article CS 24.

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 25.

Non-paiement des cotisations

L'adhérent 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.

Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, en cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

Article CS 26.

Fond d'Action Sociale de la Mutuelle

Conformément aux statuts de la Mutuelle, tout Adhérent ayant choisi 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.

Titre IV

Dispositions afférentes aux garanties

Article CS 27.

Objet des garanties et de leurs options

Les garanties AMPLI-SANTE sont des garanties frais de santé à caractère viager. Elles sont déclinées en quatre formules :

AMPLI-PRIMO
AMPLI-ESSENTIELLE
AMPLI-CONFORT
AMPLI-RENFORCÉE

Elles 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 en cas de mariage et de naissance ou d'adoption, en complément des remboursements d'un régime obligatoire français de Sécurité sociale.

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

- Formule « Remboursement minimum des frais dentaires » (sauf pour la garantie AMPLI-ESSENTIELLE, une prise en charge minimale par la Mutuelle pour des postes dentaires),
- Formule « Remboursement minimum des frais d'optiques » (une prise en charge minimale par la Mutuelle pour des postes optiques),
- Formule « Remboursement minimum des frais dentaires » et « Remboursement minimum des frais d'optiques » (une prise en charge minimale par la Mutuelle des postes dentaires et optiques),

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

Seuls sont pris en charge les actes et prescriptions médicaux ou chirurgicaux postérieurs à l'adhésion de l'adhérent au 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.

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 comme comprenant les prestations de cet organisme. Certains actes hors nomenclatures sont pris en charge et sont exprimés en forfait annuel.

Article CS 28.

Garanties complémentaires

Les adhérents ayant adhéré à une des garanties AMPLI-SANTE bénéficient de la garantie en inclusion suivante sous certaines conditions :

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, 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.

Article CS 29.

Allocation mariage et allocation naissance / adoption

L'allocation mariage et l'allocation naissance ou adoption est réservée à l'adhérent principal du contrat. Les ayants-droit ne peuvent donc pas y prétendre.

1. Allocation mariage

Le versement de l'allocation MARIAGE est effectué après production à AMPLI Mutuelle d'un extrait de l'acte de mariage ou de PACS dans un délai de deux (2) ans maximum suivant l'événement, sous réserve de l'inscription effective de l'adhérent à la Mutuelle au moment du mariage.

2. Allocation naissance / adoption

Pour bénéficier du versement de l'allocation NAISSANCE ou ADOPTION, l'enfant de l'adhérent doit être né ou avoir été adopté après la date d'adhésion figurant au bulletin d'adhésion.

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 dans un délai de deux (2) ans maximum suivant l'événement, sous réserve de l'adhésion effective à la Mutuelle au moment de la naissance ou de l'adoption.

Article CS 30.

Caractère responsable des garanties

En qualité de contrat responsable conformément à la réglementation en vigueur, le présent contrat ne prend pas en charge :

- ✓ **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 opté pour l'OPTAM ou l'OPTAM-CO dans la limite de 200% de la base de remboursement (régime obligatoire et régime complémentaire cumulés). Le dispositif de l'OPTAM / OPTAM-CO s'entend dans le respect du parcours de soins coordonnés.

Article CS 31. Changement de garantie

Le changement de garantie ne peut être pris en considération par AMPLI Mutuelle que si la demande est effectuée avant le 31 octobre au plus tard. La date de changement de garantie ne pouvant intervenir qu'à compter du 1er 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 choisie à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement de la Sécurité sociale ou de l'organisme conventionné.

Article CS 32. Caractère indemnitaire des prestations

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.

Titre V Dispositions afférentes aux conditions et formalités au règlement des prestations

Article CS 33. Conditions et modalités pour pouvoir bénéficier 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 adhésion à un autre 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. Lorsque le remboursement des frais de santé via télétransmission n'a pas lieu dans un délai de 15 jours à compter de la date d'édition du décompte ou du remboursement du régime obligatoire, l'adhérent est invité à transmettre à la Mutuelle ses décomptes pour régularisation.

Le relevé de prestations qui détaille, sur le mois précédent, les frais de santé remboursés à l'adhérent principal et/ou aux bénéficiaires du contrat, est consultable sur l'espace adhérent. Des copies de ces relevés de prestations peuvent être adressées à l'adhérent sur les 6 mois précédents le jour de sa demande, uniquement.

Article CS 34. Précisions et 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.

Lit accompagnant pour les enfants de moins de 12 ans :

Pour les garanties AMPLI-SANTE Confort et AMPLI-SANTE Renforcée, en cas d'hospitalisation, dans un établissement hospitalier, d'un enfant de moins de 12 ans, bénéficiaire du contrat, au sens de la présente notice d'information, la Mutuelle prend en charge le lit accompagnant sous certaines conditions. La prise en charge est réservée à la personne accompagnant l'enfant hospitalisé. Cette personne doit être l'adhérent lui-même ou une personne majeure ayant un lien de parenté avec l'enfant hospitalisé. La prise en charge est assurée pour une durée de 60 jours maximum et ce par année civile.

Le montant de la prise en charge est prévu à la grille des prestations annexée à la présente notice d'information.

Garantie optique :

Les équipements optiques sont pris en charge seulement dans les cas d'astigmatisme, d'hypermétropie, de myopie, de presbytie et d'amblyopie, et pour certains cas particuliers.

Une facture de la prestation est obligatoire pour pouvoir prétendre à tout remboursement de la part d'AMPLI Mutuelle.

Les produits de nettoyage et d'entretien des lunettes sont explicitement exclus de la prise en charge.

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 équipements d'optique médicale pourront faire l'objet d'un renouvellement tous les deux ans pour les assurés à partir de 16 ans. Pour les enfants de plus de 6 ans et jusqu'à 15 ans inclus, un équipement pourra être remboursé tous les ans. Pour les enfants de moins de 6 ans, le délai d'un an s'applique, sauf en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage où il sera ramené à 6 mois.

Ces délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Ainsi, si les deux verres sont délivrés et pris en charge à deux moments différents dans le temps, le délai de renouvellement est compté à partir de la date de délivrance du dernier verre délivré. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Sur les conditions de renouvellement anticipé suite à une évolution de la vue, en cas de perte ou de bris de verre, l'adhérent est invité à se reporter à l'Annexe – Optique, annexée à la présente notice d'information.

Article CS 35.

Actes « Hors nomenclature » et actes non pris en charge par le régime obligatoire

Pour tous les actes « Hors Nomenclature » ainsi que les actes non pris en charge par le régime obligatoire, le paiement du forfait ne sera effectué à l'Adhérent **que si le professionnel de santé qui a facturé les actes n'est pas l'adhérent au contrat lui-même.**

Le même refus de prise en charge sera opposé au professionnel de santé qui facturerait des actes pour un membre de sa famille, également bénéficiaire de son contrat.

Article CS 36.

Soins réalisés à l'étranger

En cas de soins effectués à l'étranger, AMPLI Mutuelle n'interviendra que sur la partie correspondant au ticket modérateur pour les remboursements forfaitaires effectués par le régime obligatoire. Les actes bénéficiant d'une prise en charge sur les dépassements d'honoraires dans la garantie choisie 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.

Titre VI Dispositions finales

Article CS 37.

Information de l'adhérent

AMPLI Mutuelle agissant pour le compte du Souscripteur (A.A.A) s'engage à remettre à l'Adhérent la présente notice d'information qui définit les garanties, les modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de prestations.

Il incombe au Souscripteur (A.A.A) de conserver la preuve de la remise de la notice à l'Adhérent.

AMPLI Mutuelle agissant pour le compte du Souscripteur (A.A.A) informera l'Adhérent par écrit de toute modification éventuelle de ses droits et obligations au moins deux mois avant la date de leur entrée en vigueur. Si l'Adhérent ne souhaite pas poursuivre son adhésion suite à cette modification, il peut dénoncer son adhésion dans les deux mois qui suivent sa notification.

Article CS 38.

Prescription

En application de l'article L. 221-11 du code de la Mutualité, toutes actions résultant de la présente notice d'information 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.
3. 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, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article CS 39.

Réclamations

En cas de contestation, vous pouvez nous écrire par courrier à l'adresse suivante :

**AMPLI Mutuelle
27 boulevard Berthier
75858 PARIS CEDEX 17**

Vous pouvez également nous joindre à l'adresse e-mail suivante : reclamation@ampli.fr

Votre réclamation sera traitée dans les 10 jours à compter de la réception de celle-ci, au plus tard dans les deux mois si votre demande nécessite une analyse approfondie.

Article CS 40.

Médiation

Après épuisement des procédures internes de règlement amiable, au plus tôt deux (2) mois après votre première réclamation écrite, et pour autant qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée, vous ou vos ayants droit pourrez saisir le Médiateur par demande écrite et argumentée dans un délai maximum d'un an à compter de votre première réclamation par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante :

**Association des Médiateurs Européens
11 place Dauphine
75001 PARIS**

Ou sur le site :

[Demandeur.une.mediation.\(mediateurseuropeens.org\)](http://Demandeur.une.mediation.(mediateurseuropeens.org))

La charte de la médiation est disponible sur le site : www.mediateurseuropeens.org.

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 41.

Subrogation

Conformément à l'article 29-5° de la loi du 5 juillet 1985, 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 pour les prestations d'indemnités journalières et d'invalidité dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées.

Article CS 42.

Protection des données personnelles

Les données personnelles collectées sont exclusivement destinées à la Mutuelle, à ses filiales, à ses partenaires habilités ou aux organismes habilités. Vos données sont collectées pour l'adhésion au produit proposé, pour la gestion administrative et commerciale de votre dossier, pour l'étude, l'analyse des demandes de l'utilisateur, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), d'évaluer votre situation et de personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). Vos données peuvent également être utilisées dans le cadre de contentieux, pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou afin de nous permettre de répondre à une obligation légale en vigueur.

Le traitement de ces données à caractère personnel est donc fondé sur la signature du contrat qui vous a été soumis dans le respect des obligations légales relatives au devoir de conseil. Le traitement peut également être fondé sur le respect d'une obligation légale (prélèvement à la source, Fichier national des contrats d'assurance-vie et de capitalisation etc.).

La collecte de données de santé est exclusivement réalisée pour la gestion du dossier adhérent, c'est-à-dire, l'analyse de vos droits à prestations et le règlement de vos prestations. Ces données peuvent être transmises aux organismes habilités et font l'objet d'une vigilance accrue quant à leur sécurité. Toute transmission de données sensibles autres que celles relatives à la santé et qui ne se fera pas sur demande expresse d'AMPLI Mutuelle ne fera l'objet d'aucun traitement et sera détruite dans un délai de trois (3) mois. Les données personnelles collectées pourront être communiquées uniquement aux filiales d'AMPLI Mutuelle, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation des opérations susmentionnées. Les données relatives à votre santé ne sont communiquées qu'aux organismes habilités.

En cours de vie de votre contrat, nous pourrions être amenés à vérifier l'exactitude de vos données et si besoin à les compléter ou à les mettre à jour. Vos données seront conservées durant toute la durée de vie de votre contrat. Toutefois, cette durée de conservation peut être ajustée en fonction des diverses durées de conservation spécifiquement prévues par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescription légale).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter le traitement ou vous opposer à ce traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation

de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations essentielles à la poursuite de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer les droits susmentionnés soit par email à dpd@ampli.fr, soit par courrier à l'adresse suivante :

AMPLI Mutuelle
Délégué à la protection des données
27 Boulevard Berthier
75017 Paris

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Article CS 43.

Autorité chargée du contrôle

L'autorité chargée du contrôle d'AMPLI Mutuelle est :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
(ACPR)
4 PLACE DE BUDAPEST
CS 92459
75436 PARIS CEDEX 09

Article CS 44.

Lutte anti-blanchiment et financement du terrorisme

La Mutuelle et le Souscripteur sont soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption en application du code monétaire et financier modifié par l'ordonnance n° 2009-104 du 30 janvier 2009.

Ils ont l'obligation d'identifier et de connaître leurs adhérents, de se renseigner sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de leurs contrats d'assurance. Toutes les informations sur l'adhérent et ses opérations recueillies par le Souscripteur sont rendues accessibles à l'Assureur en application de la réglementation.

Article CS 45.

Langue des documents transmis

Tous les documents transmis soit par la Mutuelle, l'adhérent ou le groupe souscripteur AMPLI Association doivent être en langue française.

Article CS 46.

Droit applicable et attribution de juridiction

Le présent contrat est soumis au droit français. Il est fait attribution de compétence au Tribunal Judiciaire de Paris.

ANNEXE 1 - Les documents nécessaires au versement des prestations

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.

Pour l'ensemble des garanties ET en l'absence d'une prise en charge par le tiers payant :

✓ Décompte du régime obligatoire de Sécurité sociale

→ Précisions : le document peut être envoyé par voie postale ou e-mail. En cas d'envoi par e-mail, le nombre de pièces jointes est limité à 5 décomptes.

En cas de prestations ne faisant pas l'objet de remboursement préalable par l'organisme obligatoire de Sécurité sociale :

✓ Facture originale correspondante à la prestation frais de santé effectuée
✓ Note d'honoraire du praticien ou de l'auxiliaire médicale en cas de dépassement du tarif d'autorité

→ Précisions : ces documents doivent faire l'objet d'un envoi **par voie postale uniquement.**

Pour la garantie hospitalisation :

✓ Demande de prise en charge adressée au prestataire tiers-payant par l'établissement hospitalier

→ Précisions : la demande doit être effectuée avant ou au cours de l'hospitalisation au numéro de télécopie qui figure sur la carte de tiers payant de l'adhérent. 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'établissement hospitalier ainsi que son code FINESS.

Pour la garantie optique :

✓ Décompte du régime obligatoire de Sécurité sociale
✓ Facture indiquant le montant des frais réels pour les verres et la monture (factures séparées) et le degré de dioptrie
✓ Ordonnance d'origine prescrite par l'ophtalmologue
✓ Achats lunettes / lentilles sur Internet : facture originale acquittée + ordonnance d'origine prescrite par l'ophtalmologue + bon de livraison original.
✓ Renouvellement anticipé : décompte du régime obligatoire de Sécurité sociale + facture acquittée + deux ordonnances justifiant de l'évolution de la vue

→ Précisions : ces documents doivent être envoyés dans un seul et même envoi postal. Seuls les documents originaux ou certifiés conformes sont acceptés.

Pour le forfait Médecine douce non prise en charge par le régime obligatoire :

✓ Facture originale nominative remise par le professionnel de santé

→ Précisions : la facture doit comprendre : la nature de la spécialité, le nombre de séance ou consultation dispensée avec la date pour chacune d'entre elles et le montant par séance ou par consultation. **Les documents doivent parvenir à AMPLI Mutuelle par voie postale uniquement à l'adresse :**

AMPLI Mutuelle
27 Boulevard Berthier
75858 Paris Cedex 17

Pour le forfait Médecine de prévention :

✓ Prescription originale nominative remise par le professionnel de santé
✓ Facture originale acquittée

→ Précisions : **les documents doivent parvenir à AMPLI Mutuelle par voie postale uniquement à l'adresse :**

AMPLI Mutuelle
27 Boulevard Berthier
75858 Paris Cedex 17

ANNEXE 2 - Grille de prestations et annexes du 100% Santé

Notice d'information du contrat collectif n°0022 AMPLI-SANTE - TABLEAU DES PRESTATIONS

COMPLÉMENTAIRE SANTE - Régime Obligatoire + Régime Complémentaire				
Grille de prestations au 1 ^{er} janvier 2024	PRIMO	ESSENTIELLE	CONFORT	RENFORCÉE*
Cumul de remboursements au 01/01/2024				
HOSPITALISATION				
Honoraires - Médecins signataires de l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO)	120%	250%	350%	450%
Honoraires - Médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO	100%	200%	200%	200%
Forfait hospitalier	Frais réels			
Frais de séjour (secteur conventionné)	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, téléconsultation, visite / (généraliste - spécialiste) - Médecins OPTAM / OPTAM-CO	120%	150%	250%	300%
Consultation, téléconsultation, 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	120%	150%	150%	220%
Radiologie - Médecins non OPTAM	100%	130%	130%	200%
Analyses médicales	100%	150%	150%	200%
Actes techniques médicaux et chirurgicaux - Médecins OPTAM / OPTAM-CO	120%	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%
Pharmacie de 30% à 65% : service médical modéré à irremplaçable	100%	100%	100%	100%
Pharmacie à 15% : service médical faible	15%	15%	100%	100%
DENTAIRE (Sauf formule " Remboursement minimum des frais dentaires ")				
Panier 100% Santé				
Soins et prothèses dans la limite des prix limites de vente définis à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (voir annexe 2)	Frais réels			
Panier à honoraires maîtrisés				
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 par le Régime Obligatoire **	100%	200%	300%	350%
Actes hors nomenclature : implantologie, parodontologie (forfait annuel) **	-	200 €	500 €	700 €
Panier à honoraires libres				
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 par le Régime Obligatoire **	100%	200%	300%	350%
Actes hors nomenclature : implantologie, parodontologie (forfait annuel) **	-	200 €	500 €	700 €

Formule
"Remboursement
minimum des frais
DENTAIRE"

Frais réels

100%

100%

-

100%

-

100%

100%

-

100%

-

Notice d'information du contrat collectif n°0022 AMPLI-SANTE - TABLEAU DES PRESTATIONS suite

COMPLÉMENTAIRE SANTE - Régime Obligatoire + Régime Complémentaire				
Grille de prestations au 1 ^{er} janvier 2024	PRIMO	ESSENTIELLE	CONFORT	RENFORCÉE*
Cumul de remboursements au 01/01/2024				
OPTIQUE (Sauf formule " Remboursement minimum des frais d'optique ")				
Panier 100% Santé - Classe A				
Dans la limite des prix limites de vente définis à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, dont monture 30 € (voir annexe 1)	Frais réels			
Adaptation de la correction visuelle, dans la limite des prix limites de vente	Frais réels			
Appairage, dans la limite des prix limites de vente	Frais réels			
Verres avec filtre, dans la limite des prix limites de vente	Frais réels			
Autres suppléments (prisme, système anti-ptosis, verres iséiconiques)	Prise en charge du ticket modérateur (TM)			
Panier à tarifs libres - Classe B				
Forfait ticket modérateur (TM) inclus pour un équipement comprenant 1 monture et 2 verres selon niveau d'équipement 1, 2 ou 3, dont monture 100 € (voir annexe 1)	Éqt 1 : 200 €	Éqt 1 : 250 €	Éqt 1 : 350 €	Éqt 1 : 400 €
	Éqt 2 : 230 €	Éqt 2 : 300 €	Éqt 2 : 450 €	Éqt 2 : 550 €
	Éqt 3 : 300 €	Éqt 3 : 430 €	Éqt 3 : 625 €	Éqt 3 : 750 €
Lentilles cornéennes acceptées par le Régime Obligatoire (annuel)	100% + 50 €	100% + 90 €	100% + 120 €	100% + 150 €
Lentilles cornéennes refusées par le Régime Obligatoire (annuel)	-	90 €	120 €	150 €
Chirurgie réfractive laser (forfait annuel par œil)**	-	200 €	300 €	400 €
Adaptation de la correction visuelle	Prise en charge du ticket modérateur (TM)			
Appairage	-	-	-	-
Verres avec filtre	Prise en charge du ticket modérateur (TM)			
Autres suppléments (prisme, système antiptoses, verres iséiconiques)	Prise en charge du ticket modérateur (TM)			
AIDES AUDITIVES				
Panier 100% Santé - Catégorie I				
Dans la limite des prix limites de vente définis à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (voir annexe 3)	Frais réels			
Panier à tarifs libres - Catégorie II				
Prothèses auditives	100%	150%	200%	300%

Formule "Remboursement minimum des frais d'OPTIQUE"
Frais réels
Frais réels
Frais réels
Frais réels
Prise en charge du TM
Éqt 1 : 200 €
Éqt 2 : 230 €
Éqt 3 : 300 €
100% + 50 €
-
-
Prise en charge du TM
-
Prise en charge du TM
Prise en charge du TM

Notice d'information du contrat collectif n°0022 AMPLI-SANTE - TABLEAU DES PRESTATIONS - suite et fin

COMPLÉMENTAIRE SANTE - Régime Obligatoire + Régime Complémentaire				
Grille de prestations au 1^{er} janvier 2024	PRIMO	ESSENTIELLE	CONFORT	RENFORCÉE*
Cumul de remboursements au 01/01/2024				
MÉDECINE DE PRÉVENTION				
Contraceptifs, vaccin, sevrage tabagique (forfait annuel)	40 €	50 €	75 €	100 €
Vaccin antigrippe	-	100%	100%	100%
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%
MÉDECINE DOUCE NON PRISE EN CHARGE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE				
Ostéopathes, chiropracteurs, sophrologues, acupuncteurs, pédicures, diététiciens, limitée à 4 séances par an	-	20 € / séance	30 € / séance	40 € / séance
ALLOCATIONS NAISSANCE, ADOPTION, MARIAGE				
Allocation de naissance ou d'adoption	150 €	225 €	300 €	375 €
Allocation de mariage	100 €	160 €	250 €	300 €
ASSISTANCE MONDIALE				
Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger, frais de recherche, aide au domicile, informations pratiques (voir notice d'information)	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse

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

Formule « Remboursement minimum des frais d'optique » : non compatible avec la garantie AMPLI-PRIMO
 « remboursement minimum des frais dentaires » : non compatible avec les garanties AMPLI-PRIMO et AMPLI-ESSENTIELLE.

*Adhésion à la garantie AMPLI-RENFORCEE : à partir de l'année des 40 ans.

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

Annexe 1 - OPTIQUE

Composition de l'équipement

Equipement 1	Monture + deux verres simples
	Monture + un verre simple + un verre complexe
Equipement 2	Monture + deux verres complexes
	Monture + un verre simple + un verre très complexe
Equipement 3	Monture + un verre complexe + un verre très complexe
	Monture + deux verres très complexes

Définition des types de verres :

Les équipements optiques sont pris en charge seulement dans le cas d'astigmatisme, d'hypermétropie, de myopie, de presbytie et d'amblyopie, et pour certains cas particuliers.

Le remboursement de la monture ne peut excéder 30€ pour le panier Santé 100% (Classe A) et 100€ pour le panier à tarifs libres (Classe B).

L'Adhérent a la possibilité de panacher son équipement d'optique médicale en optant soit pour des verres du panier « Classe A » et une monture du panier « Classe B », soit pour des verres du panier « Classe B » et une monture du panier « Classe A ».

Aucun autre cas de panachage n'est possible. Le montant de la monture choisie, dans la limite des plafonds précisés ci-contre, se déduit ou se reporte sur le forfait alloué aux verres.

Les produits de nettoyage et d'entretien des lunettes sont explicitement exclus de la prise en charge.

Cylindre Sphère	Verres unifocaux					Verres multifocaux / progressifs			
	0 dioptrie]0 à 2] dioptries]2 à 4] dioptries]4 à 6] dioptries]6 dioptries et +	0 dioptrie]0 à 4] dioptries]4 à 8] dioptries]8 dioptries et +
] -12 dioptries et -									
] -12 à -8] dioptries									
] -8 à -6] dioptries									
] -6 à -4] dioptries									Verres
] -4 à -2] dioptries									très
] -2 à 0] dioptries		Verres simples			Verres complexes				complexes
] 0 à 2] dioptries									
] 2 à 4] dioptries									
] 4 à 6] dioptries									
] 6 à 8] dioptries									
] 8 à 12] dioptries									
] 12 dioptries et +									

Condition de renouvellement du dispositif d'optique médicale :

Les équipements d'optique médicale pourront faire l'objet d'un **renouvellement tous les deux ans pour les assurés de 16 ans et plus**. Pour les enfants de 6 ans et plus et jusqu'à 15 ans inclus, un équipement pourra être remboursé tous les ans. Pour les enfants de moins de 6 ans, le délai d'un an s'applique, sauf en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage où il sera ramené à 6 mois.

Ces délais s'entendent par rapport à **la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai**.

Ainsi, si les deux verres sont délivrés et pris en charge à deux moments différents dans le temps, le délai de renouvellement est compté à partir de la délivrance du dernier verre délivré.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Condition de renouvellement anticipé du dispositif d'optique médicale :

En cas d'évolution de la vue, le renouvellement anticipé de la prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres), pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans, **est possible à l'issue d'une période d'un an.**

Les conditions d'une dégradation des performances oculaires sont précisées à l'article VIII.2. – Conditions de renouvellement anticipé des équipements d'optique de l'arrêté du 3 décembre 2018 (évolution de la vue ou certaines pathologies oculaires).

L'évolution de la vue doit être **justifiée par la production d'une nouvelle prescription médicale** qui est comparée à la précédente, c'est-à-dire conformément à l'article D.4362-1 du Code de la Santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Liste des dégradations oculaires permettant un renouvellement anticipé :

- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

En revanche, en cas d'évolution de la réfraction liée à une **situation médicale particulière** et listée au VIII.2. - Conditions de renouvellement anticipé des équipements d'optique de l'arrêté du 3 décembre 2018, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable.

Néanmoins, pour que la prise en charge se fasse il est obligatoire que figure sur l'ordonnance délivrée par l'ophtalmologue la mention de ce cas particulier.

Pour les **enfants de moins de 16 ans** et en cas de dégradation des performances oculaires justifiées par un ophtalmologue sur une prescription médicale, **aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable.**

Conditions de prise en charge de deux équipements d'optique médicale en cas de perte ou de bris de verres correcteurs :

En cas de perte ou de bris des verres, **aucune prise en charge ne sera admise** si l'un de ces deux événements survient avant la durée minimale de renouvellement applicable et que la délivrance du dispositif est réalisée sans ordonnance.

Néanmoins, par dérogation, un équipement complet (une monture et deux verres) peut être pris en charge au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement pour un patient **atteint de trouble neurologique grave avec atteinte de la motricité fine ou déficience intellectuelle sévère** sur présentation d'un justificatif médical.

Conditions de prise en charge de deux équipements d'optique médicale :

La prise en charge de deux équipements est **autorisée uniquement pour les patients atteints** d'une :

- Intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux ;
- Amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique.

Pour ces cas, les **conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément.**

En outre, la délivrance d'un équipement avec des verres progressifs ou multifocaux en remplacement de deux équipements (pour la vision de près, pour la vision de loin) est permise lorsque la période devant s'écouler pour un renouvellement est échue pour chacun des deux équipements.

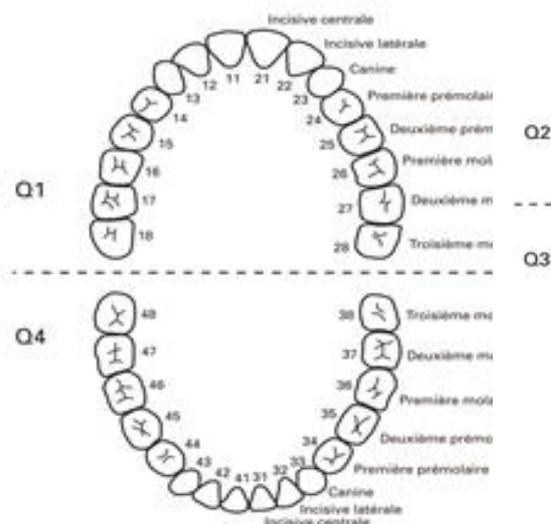
Enfin, la **mention par l'ophtalmologue sur l'ordonnance** de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

Annexe 2 - DENTAIRE

Les plafonds progressifs ne sont pas applicables sur les paniers 100% Santé.

La construction des paniers a été opérée en fonction des critères suivants :

- La localisation de la dent concernée : visible, intermédiaire ou invisible
- La nature des matériaux utilisés : métallique, zircone, céramo-métallique, ...
- Le lieu d'exercice du praticien, avec des bases de remboursement rehaussées en Ile-de-France et dans les départements d'Outre-Mer.



Prix limites de vente	Incisive	Canine	1 ^{ère} prémoilaire	2 ^{ème} prémoilaire	1 ^{ère} molaire	2 ^{ème} molaire	3 ^{ème} molaire
Métallique	290 €						
Polycristalline monolithique (zircone)	440 €				440 €		
Céramo-métallique	500 €			550 €			
Céramique monolithique (hors zircone)	500 €			550 €			
Céramo-céramique							
Métallique précieux							

Panier 100% Santé	Panier à honoraires maîtrisés	Panier à honoraires libres
-------------------	-------------------------------	----------------------------

Actes selon les 3 paniers de soins

1. Le panier 100 % Santé	2. Le panier à honoraires maîtrisés	3. Le panier à honoraires libres
<p>Actes essentiels selon les matériaux et la position des dents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Couronne céramo-métallique / Bridge (dents du sourire) • Couronne métallique (pour toutes les dents) • Appareil amovible en résine 	<p>Actes non concernés par le 100% Santé mais encadrés par un prix limite de vente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Couronne céramo-métallique (dents intermédiaires) • Bridge (pour les dents postérieures) • Appareil amovible en stellite 	<p>Actes à forte technologie dont les honoraires restent libres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Couronne esthétique entièrement céramique • Implantologie, Parodontie, Orthodontie, Cosmétique dentaire
Zéro reste à charge	Reste à charge variable en fonction du niveau de garantie du contrat de complémentaire santé	Reste à charge variable en fonction du niveau de garantie du contrat de complémentaire santé

Annexe 3 - AUDIOPROTHESE

Une facture de la prestation est obligatoire pour pouvoir prétendre à tout remboursement de la part de la mutuelle.

Cahier des charges qualité des dispositifs d'aides auditives :

Options : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur du bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie supérieure ou égale à 6 000 Hz, fonction « apprentissage de sonie », système anti-réverbération.

Votre appareil 100% Santé doit comporter au moins 3 de ces 8 options.

Options : bande passante élargie supérieure ou égale à 10 000 Hz, au moins 20 canaux de réglages permettant une amplification du son différente sur 20 plages de fréquences non chevauchantes différentes, un réducteur de bruit impulsionnel permettant d'augmenter le confort d'écoute du patient en réduisant les bruits de durée inférieure à 300 ms, une batterie rechargeable et son chargeur branché sur secteur associé, permettant de s'affranchir de l'utilisation de piles traditionnelles.

Votre appareil n'entrant pas dans le panier 100% Santé doit comporter au moins 6 des 12 options (les 8 des appareils 100% santé ainsi que les 4 ci-dessus).

Condition de renouvellement :

Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives est prévu tous les 4 ans. Aucun renouvellement anticipé n'est autorisé. En effet, l'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectuée les réglages et l'entretien nécessaires.

EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE DANS LE CADRE DU PANIER « 100% SANTE » :

Type d'équipement OPTIQUE	Frais réels	BR SS	Taux	Remboursement R.O.	Remboursement mutuelle
Monture	30 €	9 €	60%	5,40 €	24,60 €
Verre	37,50 €	11,25 €	60%	6,75 €	30,75 €
Verre	37,50 €	11,25 €	60%	6,75 €	30,75 €

Type d'équipement DENTAIRE	Frais réels	BR SS	Taux	Remboursement R.O.	Remboursement mutuelle
Prothèse provisoire	60 €	10 €	70%	7 €	53 €
Inlay-core	175 €	90 €	70%	63 €	112 €
Couronne céramo-métallique	500 €	120 €	70%	84 €	416 €