



RÈGLEMENT MUTUALISTE  
A ADHÉSION COLLECTIVE

## AMPLI-SANTE COLLECTIVE

VALANT NOTICE D'INFORMATION

**N° RMC001**

**Janvier 2018**

## TABLE DES MATIERES

**TITRE I  
DISPOSITIONS GÉNÉRALES  
DU REGLEMENT MUTUALISTE**

- Article RMC 1** Objet du règlement mutualiste
- Article RMC 2** Prise d'effet et durée du règlement mutualiste
- Article RMC 3** Modalités d'adhésion et formalités administratives
- Article RMC 4** Information des adhérents
- Article RMC 5** Prescription
- Article RMC 6** Informatique et libertés
- Article RMC 7** Réclamation et Médiation
- Article RMC 8** Territorialité

**TITRE II  
DISPOSITIONS GÉNÉRALES  
DE LA GARANTIE**

- Article RMC 9** Nature et montants des prestations
- Article RMC 10** Prise d'effet de la garantie
- Article RMC 11** Bénéficiaires de la garantie
- Article RMC 12** Fin de la garantie et modalités de résiliation
- Article RMC 13** Portabilité de la garantie sans cotisation - Contrat collectif obligatoire
- Article RMC 14** Maintien de la couverture avec cotisation - Contrat collectif obligatoire

**TITRE III  
MODALITÉS DE REMBOURSEMENT**

- Article RMC 15** Règlement des prestations et pièces à fournir
- Article RMC 16** Forclusion
- Article RMC 17** Réclamation portant sur les prestations
- Article RMC 18** Paiement et restitution des prestations indûment perçues

**TITRE IV  
COTISATIONS**

- Article RMC 19** Modalité de calcul et de versement de la cotisation
- Article RMC 20** Révision des cotisations
- Article RMC 21** Non paiement de la cotisation

## TITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

### Article RMC 1 Objet du règlement mutualiste

La Mutuelle AMPLI, assureur du présent règlement mutualiste à adhésion collective, est une mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité, n° SIREN 349.729.350, dont le siège social est situé au 27 boulevard Berthier – 75858 PARIS CEDEX 17. AMPLI Mutuelle est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR - 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09). Elle est désignée ci-après la Mutuelle ou AMPLI Mutuelle.

Les dispositions du présent règlement déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties frais de santé en complément de la Sécurité sociale dans un cadre collectif au bénéfice des membres ou des salariés de la personne physique ou morale (association, entreprise individuelle ou société) qui souhaite faire bénéficier ses membres de ladite garantie. Des dispositions particulières distinctes sont transmises au groupe souscripteur une fois l'adhésion effectuée et reprennent les éléments choisis par le groupe à assurer : le caractère obligatoire ou facultatif, la garantie applicable au groupe, le tarif (isolé/famille ou uniforme) appliqué, les modalités de calcul de ce dernier, le détail des prestations, les exclusions et la date d'effet.

Cette catégorie de personne physique ou morale, qui souscrit pour ses membres ou salariés, ne perçoit pas de prestations. Elle est désignée « groupe souscripteur »

Les personnes physiques membres ou salariés pour qui la garantie frais de santé a été souscrite ont la qualité de **membres participants** de la Mutuelle. Elles sont également désignées comme **adhérents** de la Mutuelle et **assurés** de la garantie frais de santé.

**Les ayants droit**, définis dans le présent règlement, sont les personnes bénéficiaires des prestations au titre d'un adhérent lorsque cette option a été choisie.

L'adhésion peut avoir un caractère :

- Soit facultatif,
- Soit obligatoire, c'est-à-dire qu'elle est rendue obligatoire par le groupe souscripteur et s'impose à la totalité des membres ou salariés de la catégorie de personnel du collège assuré et désigné par le groupe souscripteur sous réserve de l'application des dispositions de l'article 11 de la loi Evin (loi n°89-1009 du 31 décembre 1989) et de l'article R.242-1-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le présent règlement mutualiste frais de santé remplit les conditions 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.

Il est régi par le Code de la Mutualité et les statuts de la Mutuelle.

Il a été adopté par l'Assemblée Générale de la Mutuelle et s'impose à tous les membres participants et groupes souscripteurs.

### Article RMC 2 Prise d'effet et durée du règlement mutualiste

Le règlement mutualiste prend effet vis-à-vis des groupes souscripteurs et des membres participants à la date figurant sur les conditions particulières.

**L'adhésion au règlement mutualiste s'inscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, après révision éventuelle de la cotisation par le Conseil d'Administration de la Mutuelle sur délégation de l'Assemblée Générale.**

Le règlement mutualiste peut être dénoncé par le groupe souscripteur dans les conditions prévues au présent règlement mutualiste et sous réserve de respecter un délai de deux mois précédant le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

### Article RMC 3 Modalités d'adhésion et formalités administratives

#### A / Pour le groupe souscripteur

- L'adhésion se concrétise par la signature d'un bulletin d'adhésion définissant le groupe des personnes à assurer, le caractère obligatoire ou facultatif et le choix de la garantie et des options ainsi que la cotisation y afférente.

#### B / Pour le membre participant

- L'adhésion se concrétise également par la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'affiliation individuel distinct et la réception d'un certificat d'adhésion.
- Lorsque l'adhésion revêt un caractère obligatoire, les salariés du groupe souscripteur appartenant à la catégorie désignée par ce dernier sur la déclaration d'effectif sont tenus d'adhérer au présent règlement.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation pour le groupe souscripteur et le membre participant des droits et obligations définis aux statuts de la Mutuelle, au règlement mutualiste de la garantie et aux conditions particulières.

#### Cas particulier d'une adhésion par un groupe souscripteur pour ses salariés :

Le groupe souscripteur, qui a souscrit pour ses membres ou salariés, s'engage à faire parvenir à la Mutuelle un état récapitulatif mensuel des entrées et sorties du personnel au plus tard lors de l'appel de cotisation mensuel.

**Si cet état ne parvient pas à la Mutuelle dans les délais impartis, les cotisations afférentes aux assurés ayant quitté le groupe souscripteur au cours du mois considéré sont dues par le groupe souscripteur.**

Au 31 janvier de chaque année, le groupe souscripteur doit adresser à la Mutuelle la liste récapitulative des personnes ayant bénéficié des garanties du présent règlement mutualiste au cours de l'exercice précédent,

en précisant pour chaque adhérent assuré, les noms et prénoms, date de naissance, le nombre d'enfants ou de personnes à charge si l'option familiale est choisie et la date d'entrée ou de sortie de l'assuré dans cet exercice.

Par ailleurs, le groupe souscripteur doit informer la mutuelle AMPLI de toute modification de situation d'un adhérent (changement d'activité, de convention collective, de localisation, de situation de famille, période éventuelle d'interruption de travail dont il a connaissance,) au plus tard dans les 15 jours qui suivent le changement de situation. Le défaut de déclaration dans ce délai engage la responsabilité du groupe souscripteur. Il pourra alors être tenu de rembourser les prestations versées à tort à l'adhérent. Le non-respect des obligations précitées engage la responsabilité du groupe souscripteur vis-à-vis de ses salariés et de l'organisme assureur.

Le groupe souscripteur doit restituer à AMPLI Mutuelle les cartes de tiers payant lorsque l'un des adhérents assurés cesse de bénéficier des présentes garanties.

Après un an d'adhésion à la garantie, le groupe souscripteur, pour une adhésion à caractère obligatoire, ou le membre participant, pour une adhésion à caractère facultatif, pourra demander la modification de la garantie souscrite (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur) pour un effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante. Cette demande doit être effectuée au minimum deux mois avant l'échéance principale.

#### **Article RMC 4 Information des adhérents**

Le groupe souscripteur s'engage à remettre à chaque adhérent, outre le certificat d'adhésion, les statuts de la Mutuelle, le règlement mutualiste 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 groupes souscripteurs et aux membres dès leur notification. Chaque groupe souscripteur est tenu d'en informer ses membres ou salariés en leur remettant la notice établie à cet effet par la Mutuelle.

#### **Article RMC 5 Prescription**

En application de l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 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 ;
- 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.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1<sup>o</sup> 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, notwithstanding les dispositions du 2<sup>o</sup>, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

#### **Article RMC 6 Informatique et libertés**

AMPLI Mutuelle recueille des données personnelles protégées par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée. La Mutuelle est responsable du traitement de ces données qu'elle utilise pour la gestion de la relation d'assurance, d'études statistiques, d'évaluation des risques, de prévention de la fraude, de recouvrement et de lutte contre le blanchiment des fonds. Ces données peuvent être transmises aux filiales et partenaires de la Mutuelle pour les finalités précédemment décrites pour l'exécution des obligations contractuelles. Les membres participants et groupes souscripteurs peuvent à tout moment exercer leur droit d'accès, de rectification et de suppression en écrivant à AMPLI Mutuelle - Service Adhésion, 27 Bd Berthier, 75858 PARIS CEDEX 17

#### **Article RMC 7 Réclamation et Médiation**

En cas de contestation ou de mécontentement vous pouvez nous écrire à l'adresse suivante : AMPLI Mutuelle, Service Réclamation, 27 bd 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 : par courrier au Médiateur FNIM, 4 avenue de l'Opéra - 75001 PARIS ou par email à [mediateur@fnim.fr](mailto:mediateur@fnim.fr).

#### **Article RMC 8 Territorialité**

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 obligatoire-

ment effectué en France Métropolitaine et en euros.

Les résidents à l'étranger ou en France d'Outre-mer 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 et s'ils ont un compte bancaire en France Métropolitaine.

## TITRE II DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE

### Article RMC 9

#### Nature et montants des prestations

La Mutuelle garantit le versement des prestations définies aux conditions particulières en cas de maladie, d'accident ou de maternité et de nuptialité en complément des remboursements du régime obligatoire de sécurité sociale française. Seuls sont pris en charge les actes et prescriptions médicales ou chirurgicales **postérieurs à l'adhésion** du membre participant, telle que définie à l'article 10, au présent règlement mutualiste et s'inscrivant dans le parcours de soin dans le cadre du « contrat responsable ».

Les prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la sécurité sociale à la date des soins. Les pourcentages indiqués aux conditions particulières sont exprimés par rapport aux bases de remboursements, du tarif responsabilité ou du tarif d'autorité de la sécurité sociale en vigueur et s'entendent en complément des prestations de cet organisme.

**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.**

### Article RMC 10

#### Prise d'effet de la garantie

##### A / Pour le groupe souscripteur

La garantie prend effet à la date figurant sur les conditions particulières. Elle a une durée initiale minimale de 12 mois et se renouvelle par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier.

##### B / Pour le membre participant

Lorsque l'adhésion revêt un caractère obligatoire pour les membres ou salariés du groupe souscripteur, la garantie prend effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion du groupe souscripteur ou à leur date d'entrée au sein du groupe souscripteur si celle-ci est postérieure.

Lorsque l'adhésion revêt un caractère facultatif pour les membres ou salariés du groupe souscripteur, la garantie prend effet à la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle. Le membre participant peut demander

une prise différée sans que celle-ci soit antérieure à la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle.

Cette prise d'effet est, en tout état de cause, sous réserve du paiement de la cotisation.

### Article RMC 11

#### Bénéficiaires de la garantie

Les bénéficiaires sont l'adhérent assuré lui-même en tant que membre participant et ses ayants droit éventuels, si l'option famille a été choisie, tels que :

- le conjoint ou 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 RMC 12

#### Fin de la garantie et modalités de résiliation

##### A / Résiliation du groupe souscripteur

Conformément au présent règlement :

- annuellement en adressant à la Mutuelle une demande de résiliation par courrier recommandé avec accusé de réception deux mois avant la date d'échéance principale du 1<sup>er</sup> janvier,
- en cas de non paiement de la cotisation ce qui entraîne la résiliation des membres du groupe considéré.

##### B / Résiliation du membre participant

###### 1 – Adhésion à caractère obligatoire

- en cas de résiliation de la garantie par le groupe souscripteur,
- s'il ne remplit plus les critères d'adhésion définis par le groupe souscripteur,
- le jour de son décès.

###### 2 – Adhésion à caractère facultatif

- en cas de résiliation de la garantie par le groupe souscripteur,
- s'il ne remplit plus les critères d'adhésion définis par le groupe souscripteur,
- le jour de son décès,
- en cas de non paiement de la cotisation,
- annuellement en adressant à la Mutuelle une demande de résiliation par courrier recommandé avec accusé de réception deux mois avant la date d'échéance principale du 1<sup>er</sup> janvier.

En tout état de cause, la résiliation du membre participant entraîne la résiliation des ayants droit de ce dernier.

La résiliation de la garantie est sans effet sur le versement des prestations acquises ou nées jusqu'à la date de résiliation.

Lorsque le contrat de travail du salarié, membre participant, est suspendu, la garantie est suspendue également. Les cotisations cessent d'être dues pendant la période de suspension à condition que le groupe souscripteur en ait informé la Mutuelle.

### **Article RMC 13** **Portabilité de la garantie sans cotisation -** **Contrat collectif obligatoire**

Lorsque l'adhésion au règlement mutualiste est effectuée par un groupe souscripteur pour ses salariés, en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage (et sauf faute lourde), le salarié concerné conserve le bénéfice de la garantie souscrite par le groupe souscripteur sans cotisation à condition que la garantie ait été ouverte chez le dernier employeur. Le maintien est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, et sans pouvoir excéder **douze mois**. Le groupe souscripteur doit en informer la Mutuelle.

### **Article RMC 14** **Maintien de la couverture avec cotisation -** **Contrat collectif obligatoire**

Lorsque l'adhésion au règlement mutualiste est effectuée par un groupe souscripteur pour ses salariés, les anciens salariés, en arrêt de travail ou en invalidité, chômeurs, retraités bénéficiaires de prestations d'incapacité de travail ou de revenus de remplacement ou d'une retraite peuvent bénéficier d'un maintien de couverture. Le groupe souscripteur est tenu d'informer immédiatement l'assureur de tous ces changements afin de permettre à ce dernier de faire une proposition de maintien de la couverture frais de santé dans un délai d'un mois suivant l'évènement.

Les adhérents concernés peuvent répondre à la proposition de l'assureur soit dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.

Une nouvelle garantie frais de santé identique leur sera proposée moyennant une cotisation (incluant la part patronale et la part salariale) calculée selon le tarif et les garanties en vigueur :

- La première année suivant la sortie du contrat collectif : cotisation identique au groupe des actifs ;
- La deuxième année : la cotisation ne pourra être supérieure de plus de 25 % aux tarifs globaux ayant cours pour les salariés actifs ;
- La troisième année : la cotisation ne pourra être supérieure de plus de 50 % à ces mêmes tarifs.

## **TITRE III** **MODALITÉS DE REMBOURSEMENT**

### **Article RMC 15** **Règlement des prestations** **et pièces à fournir**

Pour pouvoir bénéficier des prestations, les adhérents doivent être inscrits à la garantie, être à jour de leurs cotisations, avoir accompli les délais d'attente éventuels prévus pour la garantie, figurant aux conditions particulières, faisant l'objet de la demande.

Pour l'ensemble des garanties, l'adhérent doit faire parvenir à AMPLI Mutuelle les pièces suivantes :

1 – FRAIS DE SANTE : Pour obtenir le remboursement de ses frais de santé, l'adhérent, qui ne bénéficie pas de la télétransmission, doit faire parvenir à AMPLI Mutuelle le décompte original dont il a bénéficié au titre du régime obligatoire de la Sécurité Sociale.

2 - EN CAS D'HOSPITALISATION : Pour pouvoir appliquer la procédure du tiers-payant, une demande de prise en charge par l'Etablissement mentionnant les nom, prénom, adresse de l'assuré, la date d'entrée, la durée probable du séjour ainsi que la nature de l'hospitalisation doit être adressée à la Mutuelle avant ou au plus tard au cours de l'hospitalisation.

3 - OPTIQUE : Le décompte de l'organisme social indiquant le montant des frais réels.

### **Article RMC 16** **Forclusion**

**Les feuilles de soins ouvrant droit aux prestations du règlement mutualiste frais de santé doivent, sous peine de forclusion, être adressées, par les adhérents, dans les 12 mois de la date d'établissement des décomptes par l'organisme obligatoire de Sécurité Sociale.**

**En cas de radiation 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 RMC 17** **Réclamation portant sur les prestations**

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les 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.

### **Article RMC 18 Paiement et restitution des prestations indûment perçues**

Les prestations définies au présent règlement mutualiste sont versées par virement bancaire sur le compte de l'adhérent par AMPLI Mutuelle.

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

## **TITRE IV COTISATIONS**

### **Article RMC 19 Modalités de calcul et de versement de la cotisation**

Les cotisations sont annuelles, les modalités de calcul et de versement des cotisations sont mentionnées aux conditions particulières.

### **Article RMC 20 Révision des cotisations**

Les taux de cotisation peuvent être révisés en fonction des résultats techniques de la garantie ou à la suite de variation des taux de remboursement de prestations du régime obligatoire. La révision intervient au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice ou en cours d'année en cas d'évolution réglementaires du régime obligatoire ayant un impact sur les garanties.

### **Article RMC 21 Non-paiement de la cotisation**

Des frais d'impayés peuvent être appliqués en cas d'impayé. Ils sont fixés par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

#### A / Non paiement de la cotisation en cas de précompte de la cotisation par le groupe souscripteur

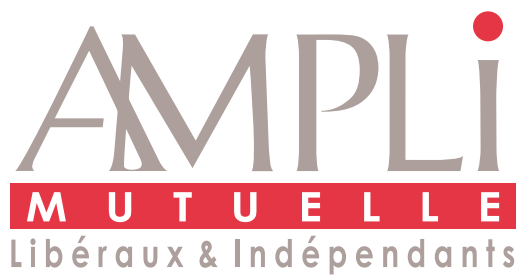
A défaut de paiement, par le groupe souscripteur de la cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie est suspendue trente jours après mise en demeure de celle-ci par la Mutuelle conformément à l'article L.221-8 I du Code de la Mutualité.

Dans ce cas, la Mutuelle informe les membres participants garantis au titre du groupe souscripteur concerné de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la mise en demeure. La mutuelle peut résilier l'adhésion du groupe souscripteur et des membres participant dix jours après le délai de trente jours prévu ci-dessus sauf si le salarié se substitue au souscripteur pour le paiement de sa cotisation pour la part patronale et salariale.

#### B / Non-paiement de la cotisation en l'absence de précompte

Dans le cadre d'une adhésion facultative sans précompte du groupe souscripteur 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 II du Code de la mutualité.

En tout état de cause, l'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.



---

27, Bd. BERTHIER - 75858 PARIS CEDEX 17 - TÉL. 01 44 15 20 00  
e-mail: [infos@ampli.fr](mailto:infos@ampli.fr) - site: [www.ampli.fr](http://www.ampli.fr)  
SIREN 349.729.350

RÉGIE PAR LE LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ  
Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution  
(ACPR - 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09)

---