

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ "Contrat Responsable"

Adhésion sans questionnaire de santé - Garantie viagère
Cotisations déductibles dans le cadre de la Loi Madelin

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ- Régime obligatoire + régime complémentaire

Gamme Actes médicaux au 01/01/2021	PRIMO	
HOSPITALISATION		
Honoraires - Médecins signataires de l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO)	120%	
Honoraires - Médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO	100%	
Forfait hospitalier	Frais réels	
Frais de séjour (secteur conventionné)	Frais réels	
Frais de séjour (secteur non conventionné)	100%	
Chambre particulière (limite 180 jours / an)	30 €	
Lit accompagnant (hospitalisation enfant moins de 12 ans) 60 jours maximum par an	-	
SOINS COURANTS		
Consultation, téléconsultation, visite / (généraliste - spécialiste) - Médecins OPTAM / OPTAM-CO	120%	
Consultation, téléconsultation, visite / (généraliste - spécialiste) - Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100%	
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, podologues	100%	
Radiologie - Médecins OPTAM	120%	
Radiologie - Médecins non OPTAM	100%	
Analyses médicales	100%	
Actes techniques médicaux et chirurgicaux - Médecins OPTAM / OPTAM-CO	120%	
Actes techniques médicaux et chirurgicaux - Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100%	
Majoration visite	au % de l'acte s'y rapportant	
Transport remboursé par la Sécurité Sociale	100%	
Orthopédie et appareillage	100%	
Pharmacie de 30% à 65% : service médical modéré à irremplaçable	100%	
Pharmacie à 15% : service médical faible	15%	
DENTAIRE (sauf formule "Remboursement minimum des frais dentaires")		
Panier 100% Santé		
Soins et prothèses dans la limite des honoraires limites de facturation définis à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale (voir annexe 2)	Frais réels	Frais réels
Panier à honoraires maîtrisés et Panier à honoraires libres		
Soins et chirurgie	100%	100%
Prothèses dentaires Dans la limite annuelle *** de	150%	100%
	750 €	
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire ***	100%	100%
Actes hors nomenclature : implantologie, parodontologie (forfait annuel) ***	-	-



AMPLI-SANTÉ
AMPLI MUTUELLE

Label d'Excellence décerné par le magazine « Les Dossiers de l'Épargne ».

Formule Remboursement minimum des frais DENTAIRES

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

Une question ou un conseil : 01 44 15 20 00 - commercial@ampli.fr



27 Bd Berthier 75858 Paris CEDEX 17
Tél. : 01 44 15 20 00
e-mail : infos@ampli.fr - site : www.ampli.fr

SIREN 349.729.350
REGIE PAR LE LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITE



COMPLÉMENTAIRE SANTÉ "Contrat Responsable"

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ- Régime obligatoire + régime complémentaire		Formule Remboursement minimum des frais OPTIQUES
Gamme Actes médicaux au 01/01/2021	PRIMO	
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	Frais réels
Adaptation de la correction visuelle, dans la limite des prix limites de vente	Frais réels	Frais réels
Appairage, dans la limite des prix limites de vente	Frais réels	Frais réels
Verres avec filtre, dans la limite des prix limites de vente	Frais réels	Frais réels
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, 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 : 200 €
	Éqt 2 : 230 €	Éqt 2 : 230 €
	Éqt 3 : 300 €	Éqt 3 : 300 €
Lentilles cornéennes acceptées par le Régime Obligatoire / an	100% + 50 €	100% + 50 €
Lentilles cornéennes refusées par le Régime Obligatoire /an	-	-
Chirurgie réfractive laser (forfait annuel par œil) ***	-	-
Adaptation de la correction visuelle	Prise en charge du ticket modérateur (TM)	TM
Appairage	-	-
Verres avec filtre	Prise en charge du ticket modérateur (TM)	TM
Autres suppléments (prisme, système antiptoses, verres iséiconiques)	Prise en charge du ticket modérateur (TM)	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 100% Santé - Catégorie I		
Prothèses auditives (voir annexe 3)	100%	
MÉDECINE DE PRÉVENTION		
Contraceptifs, vaccin, sevrage tabagique (forfait annuel) **	40 €	
Vaccin antigrippe	-	
Ostéodensitométrie (femmes de plus de 50 ans)	100%	
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant 14 ans	100%	
Forfait de surveillance thermique accepté	70%	
Forfait thermal accepté (soins et traitements)	65%	
MÉDECINE DOUCE NON PRISE EN CHARGE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE		
Ostéopathes, chiropracteurs, sophrologues, acupuncteurs, pédicures, diététiciens, limitée à 4 séances par an	-	
ALLOCATIONS NAISSANCE, ADOPTION, MARIAGE		
Allocation de naissance ou d'adoption	1ère cotisation annuelle remboursée	
Allocation de mariage	100 €	
ASSISTANCE MONDIALE		
Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger, frais de recherche, aide au domicile, informations pratiques (voir conditions générales)	Incluse	

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

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

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

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ "Contrat Responsable"

ANNEXE 1 - OPTIQUE

Composition de l'équipement

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



AMPLI-SANTÉ
AMPLIMUTUELLE

Définition des types de verres :

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.

Le remboursement de la monture ne peut excéder 30€ pour le panier 100% Santé (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 très complexes
] -4 à -2] dioptries									complexes
] -2 à 0] dioptries		Verres simples			Verres 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 date de délivrance du dernier verre délivré.

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

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ "Contrat Responsable"

ANNEXE 1 - OPTIQUE (suite)

Conditions 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'ophtalmologiste 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 ophtalmologiste sur une prescription médicale, **aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable.**

Conditions de renouvellement du dispositif 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.

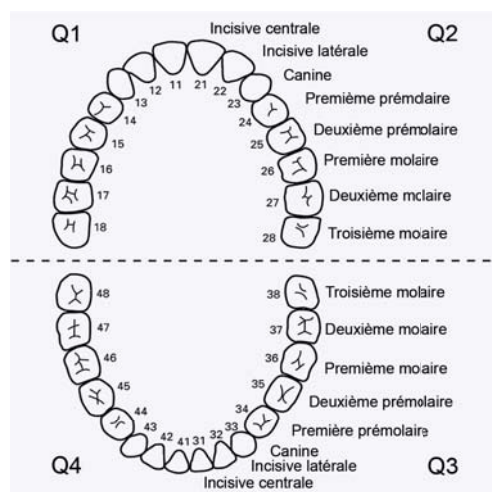
Enfin, la **mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance** de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

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, zircon, 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	1ère prémoilaire	2ème prémoilaire	1ère molaire	2ème molaire	3ème molaire
Métallique	290 €						
Polycristalline monolithique (zircon)	440 €				440 €		
Céramo-métallique	500 €		550 €				
Céramique monolithique (hors zircon)	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 Tarifs maîtrisés	3. Le panier Tarifs 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 encadré 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 stéllite 	<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
<p>Zéro reste à charge en 2020 ou 2021 selon les actes</p>	<p>Reste à charge variable en fonction du niveau de garantie du contrat de complémentaire santé</p>	<p>Reste à charge variable en fonction du niveau de garantie du contrat de complémentaire santé</p>
<p>Tarifs plafonnés et dégressifs de 2019 à 2023</p>	<p>Tarifs plafonnés et dégressifs de 2019 à 2023</p>	<p>Tarifs libres</p>

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ "Contrat Responsable"

ANNEXE 3 - AUDIOPROTHÈSE

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 à 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, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

Attention :

De 2019 à 2021, les bases de remboursement et les prix limites de vente évoluent et sont différents en fonction de l'âge de l'adhérent (≤ 20 ans ou > 20 ans). Par ailleurs, l'année des 20 ans est rattachée aux 20 ans et non pas aux 21 ans.

			2019	2020	2021
Équipements 100% Santé	Jusqu'à 20 ans	BR	1 400 €	1 400 €	1 400 €
		PLV	1 400 €	1 400 €	1 400 €
	Plus de 20 ans	BR	300 €	350 €	400 €
		PLV	1 300 €	1 100 €	950 €
Aides auditives à tarifs libres	Jusqu'à 20 ans	BR	1 400 €	1 400 €	1 400 €
	Plus de 20 ans	BR	300 €	350 €	400 €

Évolution des bases de remboursement (BR) et des prix limites de vente (PLV)

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

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 céramométallique	500 €	120 €	70%	84 €	416 €