



La mutuelle des professions libérales et indépendantes

GRILLE DE PRESTATIONS

AMPLI-SANTÉ

Contrat d'assurance complémentaire santé de groupe à adhésion facultative

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

2024



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

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

2 - Grille de prestations et annexes du 100% Santé

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%
-

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

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 très complexes
] -4 à -2] dioptries									Verres complexes
] -2 à 0] dioptries		Verres simples			Verres complexes				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 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.

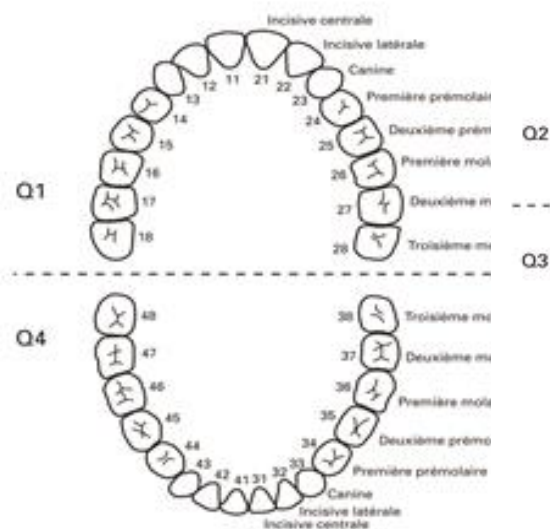
Enfin, la **mention par l'ophtalmologue sur l'ordonnance** de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

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, 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 prémolaire	2ème prémolaire	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 à honoraires maîtrisés	3. Le panier à honoraires libres
Actes essentiels selon les matériaux et la position des dents	Actes non concernés par le 100% Santé mais encadrés par un prix limite de vente	Actes à forte technologie dont les honoraires restent libres
<ul style="list-style-type: none"> • Couronne céramo-métallique / Bridge (dents du sourire) • Couronne métallique (pour toutes les dents) • Appareil amovible en résine 	<ul style="list-style-type: none"> • Couronne céramo-métallique (dents intermédiaires) • Bridge (pour les dents postérieures) • Appareil amovible en stellite 	<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 €