

2022

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

La mutuelle
des professions libérales
et indépendantes

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ Contrat responsable



AMPLI - SANTÉ
AMPLI MUTUELLE



Sélection Premium
Santé Madelin
2022

LA MUTUELLE SANTÉ DE TOUTE LA FAMILLE

- ✓ Couverture sur-mesure
- ✓ Tarifs et adhésion en ligne sur ampli.fr

AMPLI
MUTUELLE
Libéraux & Indépendants

Composez, comparez,
adhérez en ligne sur



*Cotisations déductibles dans la limite du disponible fiscal
Label d'Excellence décerné par le magazine « Les Dossiers de l'Épargne ».
Sélection premium du site Good value for Money

COMPLÉMENTAIRE SANTE - Régime Obligatoire + Régime Complémentaire

Grille de prestations au 1er janvier 2022	PRIMO	ESSENTIELLE	CONFORT	RENFORCÉE*
Cumul de remboursements au 01/01/2022	0GH04	0GA04	0GB04	0GD04
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				
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			
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 DENTAIRES"
Frais réels
100%
100%
-
100%
-
100%
100%
-
100%
-

* Adhésion à la garantie Renforcée à partir de 40 ans inclus.

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

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

COMPLÉMENTAIRE SANTE - Régime Obligatoire + Régime Complémentaire					
Grille de prestations au 1er janvier 2022	PRIMO	ESSENTIELLE	CONFORT	RENFORCÉE*	Formule "Remboursement minimum des frais d'OPTIQUE"
Cumul de remboursements au 01/01/2022	0GH04	0GA04	0GB04	0GD04	
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				Prise en charge du ticket modérateur
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 2 : 230 € Éqt 3 : 300 €	Éqt 1 : 250 € Éqt 2 : 300 € Éqt 3 : 430 €	Éqt 1 : 350 € Éqt 2 : 450 € Éqt 3 : 625 €	Éqt 1 : 400 € Éqt 2 : 550 € Éqt 3 : 750 €	Éqt 1 : 200 € Éqt 2 : 230 € Éqt 3 : 300 €
Lentilles cornéennes acceptées par le Régime Obligatoire (annuel)	100% + 50 €	100% + 90 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 50 €
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				Prise en charge du ticket modérateur
Appairage	-	-	-	-	-
Verres avec filtre	Prise en charge du ticket modérateur				Prise en charge du ticket modérateur
Autres suppléments (prisme, système antiptoses, verres iséiconiques)	Prise en charge du ticket modérateur				Prise en charge du ticket modérateur
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%	
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	

* Adhésion à la garantie Renforcée à partir de 40 ans inclus.

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

*** 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

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									Verres très 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 +									

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.

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ "Contrat Responsable"

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

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.

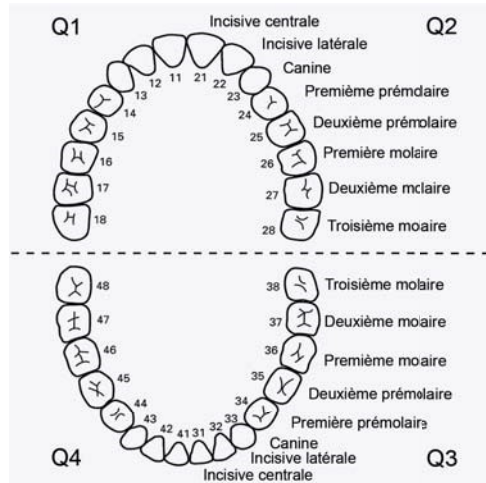
Enfin, la mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

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, 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	1ère prémoilaire	2ème prémoilaire	1ère molaire	2ème molaire	3ème molaire
Métallique	290 €						
Polycristalline monolithique (zircone)	440 €			440 €			
Céramo-métallique	500 €		550 €		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 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 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
Tarifs plafonnés et dégressifs de 2019 à 2023	Tarifs plafonnés et dégressifs de 2019 à 2023	Tarifs libres

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ "Contrat Responsable"

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 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.

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

EXEMPLES DE PRISES 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 céramométallique	500 €	120 €	70%	84 €	416 €

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ "Contrat Responsable"

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



MUTUELLE SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II
DU CODE DE LA MUTUALITÉ

27 Bd Berthier 75858 Paris CEDEX 17

01 44 15 20 00

infos@ampli.fr - ampli.fr

SIRET 349 729 350 00018