COMPLÉMENTAIRE SANTE - Régime Obligatoire + Régime Complémentaire

Grille de prestations au 1er janvier 2026	INITIALE	PRIMO	ESSENTIELLE	CONFORT	RENFORCÉE
HOSPITALISATION					
Honoraires - Médecins signataires de l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO)	100% BR	120% BR	250% BR	350% BR	450% BR
Honoraires - Médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR	200% BR	200% BR	200% BR
Forfait hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Patient Urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (secteur conventionné)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (secteur non conventionné)	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Chambre particulière (limite 180 jours / an)	30 € / jour	30 € / jour	50 € / jour	55 € / jour	60 € / jour
Lit accompagnant (hospitalisation enfant moins de 12 ans) 60 jours maximum par an	-	-	-	15 € / jour	35 € / jour
SOINS COURANTS					
Consultation, téléconsultation, visite / (généraliste - spécialiste) - Médecins OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	120% BR	150% BR	250% BR	300% BR
Consultation, téléconsultation, visite / (généraliste - spécialiste) - Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR	130% BR	200% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, podologues	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Radiologie - Médecins OPTAM	100% BR	120% BR	150% BR	150% BR	220% BR
Radiologie - Médecins non OPTAM	100% BR	100% BR	130% BR	130% BR	200% BR
Analyses médicales	100% BR	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux - Médecins OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	120% BR	150% BR	150% BR	250% BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux - Médecins non OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR	130% BR	130% BR	200% BR
Majoration visite	-	se reporter au % de l'acte majoré	se reporter au % de l'acte majoré	se reporter au % de l'acte majoré	se reporter au % de l'acte majoré
Transport pris en charge par le Régime Obligatoire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Orthopédie et appareillage	100% BR	100% BR	150% BR	150% BR	200% BR
Consultation de psychologue prise en charge par le Régime Obligatoire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie 65% : service médical irremplaçable	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie à 30% : service médical modéré	30% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie à 15% : service médical faible	15% BR	15% BR	15% BR	100% BR	100% BR
Honoraires de dispensation	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

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

COMPLÉMENTAIRE SANTE - Régime Obligatoire + Régime Complémentaire

Grille de prestations au 1er janvier 2026	INITIALE	PRIMO	ESSENTIELLE	CONFORT	RENFORCÉE	Formule "Remboursement minimum des frais Dentaires"
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	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Panier à honoraires maîtrisés						
Soins et chirurgie	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	100% BR
Prothèses dentaires* Dans la limite annuelle * de	100% BR	150% BR 750 € / an	250% BR 1000 € / an	350% BR 1500 € / an	450% BR 2000 € / an	100% BR
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire *	100% BR	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR	100% BR
Actes hors nomenclature : implantologie, parodontologie (forfait annuel) *	-	-	200 € / an	500 € / an	700 € / an	-
Examen de prévention bucco-dentaire (1 par an de 3 à 24 ans)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Panier à honoraires libres						
Soins et chirurgie	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	100% BR
Prothèses dentaires* Dans la limite annuelle * de	100% BR	150% BR 750 €	250% BR 1 000 €	350% BR 1 500 €	450% BR 2 000 €	100% BR
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire *	100% BR	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR	100% BR
Actes hors nomenclature : implantologie, parodontologie (forfait annuel) *	-	-	200 €	500 €	700 €	-
Examen de prévention bucco-dentaire (1 par an de 3 à 24 ans)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

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

COMPLÉMENTAIRE SANTE - Régime Obligatoire + Régime Complémentaire

Grille de prestations au 1er janvier 2026	INITIALE	PRIMO	ESSENTIELLE	CONFORT	RENFORCÉE	Formule "Remboursement minimum des frais d'Optique"
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	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Adaptation de la correction visuelle, dans la limite des prix limites de vente	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Appairage, dans la limite des prix limites de vente	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Verres avec filtre, dans la limite des prix limites de vente	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres suppléments (prisme, système anti-ptosis, verres iséiconiques)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Panier à tarifs libres - Classe B						
Forfait pour un équipement (Eqt) comprenant 2 verres *	100% BR	Eqt 1 : 100% BR + 200 €	Éqt 1 : 100% BR + 250 €	Éqt 1 : 100% BR + 350 €	Éqt 1 : 100% BR + 400 €	Éqt 1 : 100% BR + 200 €
		Eqt 2 : 100% BR + 230 €	Éqt 2 : 100% BR + 300 €	Éqt 2 : 100% BR + 450 €	Éqt 2 : 100% BR + 550 €	Éqt 2 : 100% BR + 230 €
		Eqt 3 : 100% BR + 300 €	Éqt 3 : 100% BR + 430 €	Éqt 3 : 100% BR + 625 €	Éqt 3 : 100% BR + 750 €	Éqt 3 : 100% BR + 300 €
Monture *	100% BR	comprise dans le forfait de l'équipement dans la limite de 100 € (voir annexe 1)				comprise dans le forfait de l'équipement dans la limite de 100 € (voir annexe 1)
Lentilles cornéennes acceptées par le Régime Obligatoire (annuel)	100% BR	100% BR + 50 € / an	100% BR + 90 € / an	100% BR + 120 € / an	100% BR + 150 € / an	100% BR + 50 €
Lentilles cornéennes refusées par le Régime Obligatoire (annuel)	-	-	90 € / an	120 € / an	150 € / an	-
Chirurgie réfractive laser (forfait annuel par œil) *	-	-	200 € / an / œil	300 € / an / œil	400 € / an / œil	-
Adaptation de la correction visuelle	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Appairage	-	-	-	-	-	-
Verres avec filtre	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptoses, verres iséiconiques)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

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 1er janvier 2026	INITIALE	PRIMO	ESSENTIELLE	CONFORT	RENFORCÉE
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	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres suppléments pris en charge par le Régime Obligatoire (Piles pour prothèses auditives)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Panier à tarifs libres - Catégorie II					
Prothèses auditives	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Autres suppléments pris en charge par le Régime Obligatoire (Piles pour prothèses auditives)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
MÉDECINE DE PRÉVENTION					
Contraceptifs, vaccin, sevrage tabagique (forfait annuel)	-	40 € / an	50 € / an	75 € / an	100 € / an
Vaccin antigrippe	-	-	100% BR	100% BR	100% BR
Ostéodensitométrie (femmes de plus de 50 ans)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	170% BR
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant 14 ans	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	140% BR
Forfait de surveillance thermale accepté	70% BR	70% BR	70% BR	100% BR	170% BR
Forfait thermal accepté (soins et traitements)	65% BR	65% BR	65% BR	100% BR	170% BR
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)	non incluse	incluse	incluse	incluse	incluse

*** Plafonds progressifs : 50 % la 1re année, 75 % la 2e année, 100 % la 3e année, dans la limite des planchers fixés par le contrat responsable et solidaire.**

Les remboursements exprimés prennent en compte le remboursement du régime obligatoire et le remboursement du régime complémentaire dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

BR : **Base de remboursement de la Sécurité sociale**, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement.

La garantie Initiale ne rembourse pas les dépassements d'honoraires. Si l'adhérent choisit un équipement optique hors 100 % Santé, seul le ticket modérateur est remboursé.

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 :

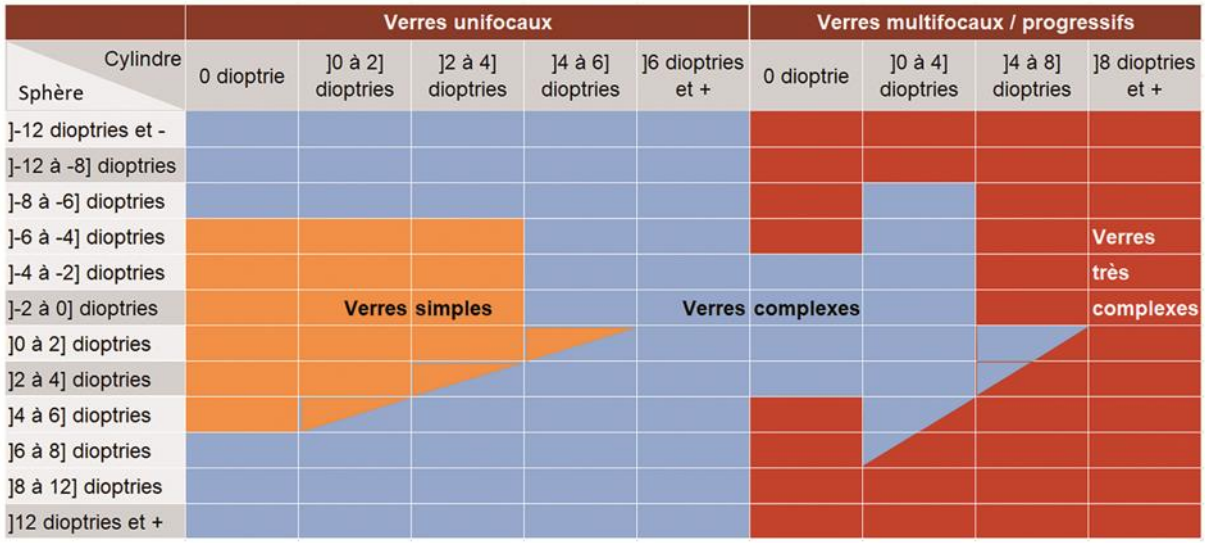
Les équipements optiques sont pris en charge seulement dans le cas d'astigmatisme, d'hypermétropie, de myopie, de presbytie et d'amblyopie, et pour certains cas particuliers.

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.



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 évènements 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.

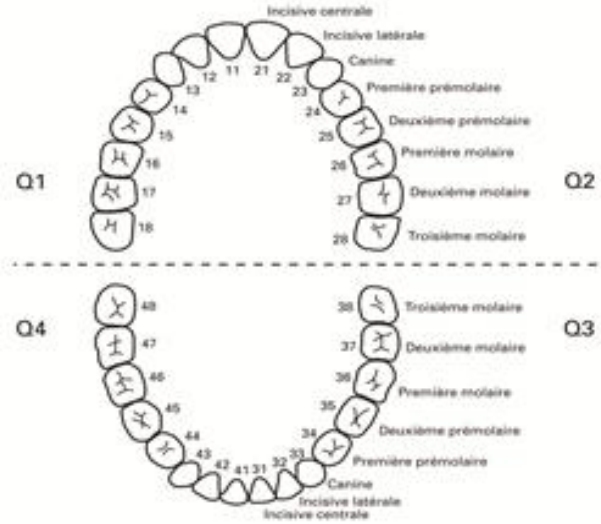
Enfin, la **mention par l'ophtalmologue sur l'ordonnance** de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

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.



Actes selon les 3 paniers de soins

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

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**
Couronne céramo-métallique / Bridge (dents du sourire)	Couronne céramo-métallique (dents intermédiaires)	Couronne esthétique entièrement céramique
Couronne métallique (pour toutes les dents)	Bridge (pour les dents postérieures)	Implantologie, Parodontie, Orthodontie, Cosmétique dentaire
Appareil amovible en résine	Appareil amovible en stellite	
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, effectue 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 €