COMPLÉMENTAIRE SANTÉ RESPONSABLE

AMPLI
MUTUELLE
Professions Libérales & Indépendantes

CONTRAT COLLECTIF
À ADHÉSION FACULTATIVE

AMPLI-SANTÉ

VALANT NOTICE D'INFORMATION

N° 0022

AMPLI-PRIMO, AMPLI-PRIMO JEUNES, AMPLI-ESSENTIELLE, AMPLI-ESSENTIELLE JEUNES,
AMPLI-CONFORT, AMPLI-RENFORCÉE
ET AMPLI-SECUR PLUS

2016

Les présentes conditions générales constituent la notice d'information contractuelle.

Elles reprennent les dispositions du contrat collectif AMPLI-SANTE 0022 de durée annuelle à tacite reconduction, souscrit par AMPLI Association, Association régie par la Loi de 1901, auprès de la mutuelle AMPLI SIREN 349 729 350, régie par le Livre II du code de la Mutualité (27 bld Berthier – 75858 Paris cedex 17)

TABLE DES MATIERES

TITRE I
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article CS 1 Objet du contrat collectif
Article CS 2 Définitions générales
Article CS 3 Bénéficiaires des garanties
Article CS 4 Caractère viager des garanties
Article CS 5 Etendue territoriale
Article CS 6 Renonciation, réclamation et médiation
Article CS 7 Information des adhérents
Article CS 8 Prescription
Article CS 9 Subrogation
Article CS 10 Informatique et libertés
Article CS 11 Changement intervenant dans la situation de l'adhérent
Article CS 12 Durée et validité des chèques émis en paiement des prestations
Article CS 13 Modification du contrat collectif
Article CS 14 Durée et résiliation du contrat collectif
Article CS 15 Cessation d'activité de l'Association

TITRE II
CARACTÉRISTIQUES DES GARANTIES

Article CS 16 Garanties AMPLI-SANTE
Article CS 17 Option des garanties
Article CS 18 Caractère « Responsable » des garanties
Article CS 19 AMPLI-SECUR PLUS
Article CS 20 Délai d'attente et plafonds progressifs
Article CS 21 Garanties complémentaires

TITRE III
MODALITÉS DE SOUSCRIPTION

Article CS 22 Conditions d'adhésion
Article CS 23 Acceptation du risque et prise d'effet de la garantie
Article CS 24 Changement de garantie
Article CS 25 Durée et fin de garantie

TITRE IV
MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Article CS 26 Conditions pour bénéficier des remboursements
Article CS 27 Modalités spécifiques de remboursement
Article CS 28 Pièces à fournir
Article CS 29 Forclusion
Article CS 30 Délai de remboursement après démission ou radiation
Article CS 31 Allocation mariage et allocation de naissance ou adoption
Article CS 32 Paiement et restitution des prestations indûment perçues

TITRE V
COTISATIONS

Article CS 33 Cotisations individuelles
Article CS 34 Caractère annuel des cotisations, fractionnement et frais d'impayés
Article CS 35 Révision des cotisations
Article CS 36 Non paiement des cotisations

TITRE I
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article CS 1
Objet du contrat collectif

Le présent contrat est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative souscrit par AMPLI Association, Association loi 1901, auprès d'AMPLI Mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité. L'assureur est soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR - 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09).

Conformément aux statuts de la Mutuelle, tout adhérent ayant souscrit une garantie AMPLI Mutuelle bénéficie de l'action de solidarité et d'entraide du fonds d'action sociale de la Mutuelle, qui peut accorder des aides notamment en fonction de la situation sociale de l'intéressé.

Ce fonds est constitué à partir d'un abondement annuel dont le montant est voté en Conseil d'Administration.

Les dispositions du présent contrat collectif déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties frais de santé en complément d'un régime obligatoire français de Sécurité Sociale et des garanties en inclusion au bénéfice de ses adhérents ayant souscrit à une des garanties proposées.

L'étendue et les limites des prestations des garanties du présent contrat collectif varient en fonction des garanties souscrites par l'adhérent et sont plafonnées aux sommes réellement déboursées dans la limite des plafonds en vigueur pour les contrats responsables.

Le montant des cotisations de ces garanties est fixé annuellement.

Article CS 2
Définitions générales

Adhérent, ou **membre**, ou **membre participant** : la personne physique qui adhère en signant un bulletin d'adhésion à une des garanties du présent contrat collectif.

Association : **AMPLI-Association**, organisme souscripteur du contrat collectif au bénéfice de ses membres et membre honoraire de la Mutuelle.

Assuré : la personne physique assurée dans le cadre du présent contrat collectif.

Accident : par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle subie par l'adhérent et non intentionnelle de sa part, ou de la part du bénéficiaire, et provenant de l'action soudaine et non prévisible d'une cause extérieure.

Bénéficiaire : toute personne désignée par l'assuré pouvant se voir attribuer les prestations prévues de la garantie souscrite.

Contrat collectif : le contrat souscrit par AMPLI Association, auprès d'AMPLI Mutuelle, offrant ainsi la possibilité à ses membres d'adhérer ou non aux différentes garanties frais de santé assurées par la Mutuelle.

La Mutuelle : AMPLI Mutuelle assureur des garanties du présent contrat collectif.

Article CS 3
Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les adhérents de la Mutuelle ayant la qualité de membres participants et leurs ayants droit inscrits à la garantie, à savoir :

- le conjoint ou le 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 CS 4
Caractère viager des garanties

Les garanties du présent contrat collectif ont un caractère viager à effet de l'adhésion, à l'exception de l'allocation obsèques de la garantie AMPLI-SECUR PLUS qui cesse au 1er jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 70 ans.

Article CS 5
Etendue territoriale

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 obligatoirement effectué en France et en euros, et sur présentation du décompte de l'organisme obligatoire de sécurité sociale, accompagné des factures détaillées et acquittées, libellées, ou traduites, en français et en euros, pour chaque acte. L'adhérent doit avoir un compte bancaire en France.

Les résidents à l'étranger ou dans les collectivités d'Outre-Mer (COM) et la Nouvelle Calédonie 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.

Article CS 6
Renonciation, réclamation et médiation

Pour les garanties prévues au contrat collectif, seules sont considérées comme souscrites, celles désignées sur le bulletin d'adhésion, acceptées par AMPLI Mutuelle, figurant sur l'appel de cotisation et ayant été réglées par le membre participant.

L'adhérent à la possibilité de renoncer aux garanties souscrites par lettre recommandée avec avis de réception adressée à AMPLI Mutuelle, dans le délai de 30 jours à compter du paiement du premier versement de cotisation. La renonciation entraîne le remboursement de l'intégralité des cotisations versées sans aucune retenue possible.

La lettre de renonciation peut être rédigée comme suit :

«Je vous prie de prendre note de ma renonciation à ma demande d'adhésion à la garantie souscrite que j'ai signée et me rembourser dans les trente jours de la présente l'intégralité de mon versement».

Par ailleurs, en cas de contestation ou de mécontentement vous pouvez écrire au Service Réclamation au siège de la Mutuelle. 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 :

Médiateur FNIM, 4 avenue de l'Opéra, 75001 PARIS

La charte de la Médiation de la FNIM est disponible sur le site www.fnim.fr

En cas de désaccord sur l'avis rendu par le service de Médiation, un recours à une action en justice reste possible.

En tout état de cause, la loi applicable est la loi française.

Article CS 7
Information des adhérents

La Mutuelle s'engage à remettre à chaque adhérent, outre le certificat d'adhésion, les statuts de la Mutuelle, les conditions générales valant notice d'information 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 membres honoraires et participants dès leur notification annuelle.

Article CS 8
Prescription

En application de l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions résultant du présent contrat collectif sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° 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.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° 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, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article CS 9
Subrogation

AMPLI Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées.

Article CS 10
Informatique et libertés

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion des présentes garanties. Les membres participants et honoraires peuvent demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers d'AMPLI Mutuelle, de ses mandataires et réassureurs. Ils pourront exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à AMPLI Mutuelle, à l'adresse de son siège social.

Article CS 11
Changement intervenant dans la situation de l'assuré

L'adhérent doit informer AMPLI Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception, dans les 30 jours qui suivent tout changement de statut, de situation, de domicile (par défaut, les courriers adressés au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ainsi qu'en cas de changement ou de cessation d'activité professionnelle.

Article CS 12
Durée de validité des chèques émis en paiement des prestations

Tout chèque non présenté à encaissement dans les délais légaux prévus par la réglementation bancaire ou postale ne pourra donner lieu à paiement à nouveau.

Article CS 13
Modification du contrat collectif

a. Par l'Association :

L'Association peut demander à AMPLI Mutuelle des modifications à apporter aux garanties. Ces modifications ne pourront être mises en place que par accord entre les parties.

b. Par AMPLI Mutuelle :

Les modifications apportées par AMPLI Mutuelle interviennent au renouvellement du contrat, après accord de l'Association.

Toute modification du contrat collectif est constatée par un avenant signé des parties. L'Association mandate la Mutuelle pour opérer la notification des modifications des clauses du contrat ou la résiliation de ce dernier auprès de ses adhérents.

Article CS 14
Durée et résiliation du contrat collectif

Lorsque le contrat collectif entre AMPLI Mutuelle et l'Association est résilié par l'une des deux parties, aucune adhésion nouvelle n'est recevable à compter de la date d'effet de la résiliation. La résiliation est sans effet sur les prestations en cours de service qui sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de la dite résiliation jusqu'à leur terme contractuel.

Pour l'adhérent, le contrat prend fin le jour où il résilie son adhésion à l'Association ou à la Mutuelle.

En cas de résiliation du contrat collectif par l'une ou l'autre partie, la Mutuelle s'engage à maintenir aux assurés des garanties équivalentes à celles dont ils bénéficiaient à la date de résiliation. Les assurés demeurent membres participants de droit à la Mutuelle.

Article CS 15
Cessation d'activité de l'Association

En cas de cessation d'activité de l'Association, les droits de l'adhérent sont intégralement maintenus par AMPLI Mutuelle.

TITRE II
CARACTÉRISTIQUES DES GARANTIES

Article CS 16
Garanties AMPLI-SANTE

Les garanties AMPLI-SANTE sont des garanties frais de santé à caractère viager et sont déclinées en sept formules : AMPLI-PRIMO, AMPLI-PRIMO JEUNES, AMPLI-ESSENTIELLE, AMPLI-ESSENTIELLE JEUNES, AMPLI-CONFORT, AMPLI-RENFORCÉE et AMPLI-SECUR PLUS assurées par AMPLI Mutuelle au profit de ses adhérents. Les six premières ont pour objet :

- le remboursement des dépenses relatives à des soins de santé prescrits médicalement,
- le remboursement, en cas d'hospitalisation, des frais de chambre particulière et du forfait hospitalier,
- l'octroi d'allocations forfaitaires pour des dépenses d'actes chirurgicaux,
- l'octroi d'allocations forfaitaires en cas de mariage,

en complément des remboursements d'un régime obligatoire français de Sécurité Sociale. Seuls sont pris en charge les actes et prescriptions médicales ou chirurgicales **postérieurs à l'adhésion** de l'adhérent au présent contrat s'inscrivant dans le parcours de soins dans le cadre 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.

La septième formule, AMPLI-SECUR PLUS, accorde un supplément au remboursement d'un organisme complémentaire pour des dépenses de santé ainsi qu'une allocation obsèques.

Les prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par le régime obligatoire de Sécurité Sociale à la date des soins. Les pourcentages indiqués au tableau des remboursements sont exprimés par rapport aux bases de remboursements de la Sécurité Sociale, du tarif de responsabilité pour le secteur conventionné ou du tarif d'autorité pour le secteur non conventionné et s'entendent en complément des prestations de cet organisme. Certains actes hors nomenclatures sont pris en charge et sont exprimés en forfait annuel.

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.

Les garanties AMPLI-SANTE sont des **garanties familiales**, c'est-à-dire que pour bénéficier d'une de ces garanties, l'adhérent et ses ayants droit doivent souscrire à la même garantie.

Article CS 17
Options des garanties

Pour les formules **AMPLI-ESSENTIELLE, AMPLI-ESSENTIELLE JEUNES, AMPLI-CONFORT et AMPLI-RENFORCÉE**, l'adhérent peut opter pour une des options suivantes et non cumulables :

- Mini frais dentaires (une prise en charge minimale par la Mutuelle pour des postes dentaires),
- Mini frais d'optique (une prise en charge minimale par la Mutuelle pour des postes optiques),
- Mini frais dentaires Mini frais d'optique (une prise en charge minimale par la Mutuelle des postes dentaires et optique),
- spéciale médecins (tarif et remboursements de prestations adaptés aux médecins en exercice).

Les jeunes ayant moins de 31 ans peuvent bénéficier d'un tarif préférentiel à condition d'adhérer à la garantie **AMPLI-PRIMO JEUNES ou AMPLI-ESSENTIELLE JEUNES** avec ou sans une des options proposées.

Article CS 18
Caractère « Responsable » des garanties

AMPLI Mutuelle ne rembourse pas, dans le cadre du parcours de soins coordonnés (loi du 13 août 2004) :

- **Les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale ou hors nomenclature ;**
- **La participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale ;**
- **La majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins coordonnés ou qui n'a pas désigné de médecin traitant ou qui consulte un autre médecin sans prescription de ce dernier ;**
- **Les dépassements d'honoraires pratiqués par les spécialistes dans la limite déterminée par le régime obligatoire lorsque l'assuré est hors parcours de soins ;**
- **Toutes autres franchises médicales instaurées par l'assurance maladie qui doivent rester à la charge de l'assuré social.**

Une réduction des remboursements du dépassement d'honoraire de 20%, est appliquée par la Mutuelle si l'adhérent consulte un médecin n'ayant pas signé un contrat d'accès aux soins dans la limite de 225% de la base de remboursement.

Article CS 19
AMPLI-SECUR PLUS

La garantie AMPLI-SECUR PLUS est une garantie surcomplémentaire de troisième niveau qui assure, **dans la limite des frais réels**, le remboursement des dépenses de santé en plus des remboursements d'un régime obligatoire français de Sécurité Sociale et d'un organisme complémentaire.

Cette garantie comporte en plus une allocation pour frais d'obsèques en cas de décès qui prend fin au 1er jour du mois du 70ème anniversaire de l'adhérent principal pour l'ensemble des bénéficiaires inscrits à la garantie.

La garantie AMPLI-SECUR PLUS est une garantie familiale, c'est-à-dire que pour bénéficier de cette garantie, l'adhérent doit inscrire l'ensemble de ses bénéficiaires.

Le barème des remboursements de cette garantie est détaillé en annexe 2 du présent document.

Article CS 20
Délai d'attente et plafonds progressifs

Il n'y a aucun délai d'attente pour les formules **AMPLI-PRIMO, AMPLI-PRIMO JEUNES, AMPLI-ESSENTIELLE, AMPLI-ESSENTIELLES JEUNES, AMPLI-CONFORT et AMPLI-RENFORCÉE**. Il existe pour ces garanties des plafonds progressifs par année d'adhésion (niveau 1, niveau 2 et niveau 3) pour les postes suivants : prothèses dentaires, orthodontie, implantologie/parodontologie et chirurgie réfractive.

Les niveaux doivent se calculer selon l'ancienneté de l'adhérent au sein de la même garantie :

- **niveau 1** : 50% du plafond mentionné dans le barème de remboursement la 1ère année
- **niveau 2** : 75% du plafond mentionné dans le barème de remboursement la 2ème année
- **niveau 3** : 100% du plafond mentionné dans le barème de remboursement la 3ème année.

AMPLI-SECUR PLUS comporte des délais d'attente qui sont détaillés dans le barème des remboursements de cette garantie en annexe 2.

Si l'adhérent produit un certificat de radiation d'une garantie frais de santé accompagné d'un barème de remboursement similaire à la garantie AMPLI-SANTE souscrite dans un délai d'un mois, il ne lui sera pas appliqué de plafond progressif. Il aura automatiquement le niveau 3.

Article CS 21
Garanties complémentaires

Les adhérents ayant adhéré à une des garanties AMPLI-SANTE bénéficient des garanties en inclusions suivantes sous certaines conditions :

a. Garantie incluse pour tous les adhérents et leurs bénéficiaires inscrits

Une garantie d'assistance mondiale, **AMPLI ASSISTANCE, contrat souscrit auprès de Mutuaide**, est incluse au contrat collectif pour toute adhésion à une des garanties AMPLI-PRIMO JEUNES, AMPLI-PRIMO, AMPLI-ESSENTIELLE JEUNES, AMPLI-ESSENTIELLE, AMPLI-CONFORT et AMPLI-RENFORCÉE et bénéficie à tous les membres de la famille inscrits aux garanties. Les modalités de cette garantie sont décrites dans une notice distincte.

b. Garantie en option pour les étudiants se destinant aux professions de santé et vétérinaires

Les adhérents à **AMPLI-PRIMO JEUNES ou AMPLI-ESSENTIELLE JEUNES**, ayant le **statut d'étudiant et se destinant aux professions de santé et vétérinaires**, peuvent, s'ils n'effectuent aucun remplacement libéral ou s'ils n'exercent aucune activité libérale, bénéficier en option d'une garantie responsabilité civile professionnelle dite AMPLI-RCP. La souscription de cette garantie doit s'effectuer distinctement de celle d'AMPLI-SANTE. Les conditions d'assurance, le montant des garanties et les conditions d'ouverture de droit pour la garantie AMPLI-RCP sont décrits dans une notice distincte.

TITRE III
MODALITÉS DE SOUSCRIPTION

Article CS 22
Conditions d'adhésion

Toute personne âgée de plus de 16 ans peut adhérer à une des garanties AMPLI-SANTE. L'adhésion se concrétise par la signature d'un bulletin par l'adhérent valant acceptation des statuts, des droits et obligations définis aux conditions générales de la garantie souscrite.

En cas de souscription en ligne, sur un des sites internet d'AMPLI Mutuelle, l'adhésion se concrétise par la validation du formulaire d'adhésion dûment rempli en ligne par l'adhérent et le paiement d'une fraction de la cotisation annuelle soit par carte bancaire soit par chèque.

L'adhésion aux différentes garanties doit s'effectuer avant :

- **80 ans**, pour les garanties AMPLI-PRIMO, AMPLI-ESSENTIELLE, AMPLI-CONFORT, AMPLI-RENFORCEE ;
- **70 ans** si options Mini dentaire et spéciale médecins ;
- **70 ans**, pour la garantie AMPLI-SECUR PLUS ;
- **31 ans** pour les garanties de moins de 31 ans AMPLI-PRIMO JEUNES et AMPLI-ESSENTIELLE JEUNES afin de bénéficier d'un tarif préférentiel.

Article CS 23
Acceptation du risque et prise d'effet de la garantie

La garantie prend effet dès acceptation par AMPLI Mutuelle qui notifie son accord par l'envoi d'un certificat d'adhésion mentionnant la date de prise d'effet de la garantie.

L'adhésion à la garantie n'est effective qu'après paiement de la première cotisation. **Aucun paiement anticipé de cotisation ne préjuge d'une adhésion définitive.**

En cas de souscription en ligne, sur un des sites internet d'AMPLI Mutuelle, la garantie prend effet :

- **Pour tout paiement par carte bancaire** à la date d'effet souhaitée par l'adhérent après acceptation d'AMPLI Mutuelle notifiée par mail.
- **Pour tout paiement par chèque** à la date de réception du chèque de règlement de la fraction de la cotisation demandée.

La date d'effet ne pourra jamais être rétroactive à la date du jour et elle sera au plus tôt à J+1 par rapport à la date du jour.

Article CS 24
Changement de garantie

Le changement de garantie ne peut être pris en considération par AMPLI Mutuelle que si la demande est effectuée deux mois avant la date d'échéance principale, la date de changement de régime de garantie ne pouvant intervenir qu'à compter du 1er janvier de l'année qui suit la demande de l'adhérent.

En cas de changement de garantie avec des remboursements supérieurs, l'adhérent bénéficiera du niveau de plafond progressif (niveau 1, niveau 2 ou niveau 3) au minimum égal ou immédiatement supérieur à celui qui correspond au maintien des remboursements atteints au titre de l'ancienne garantie.

En cas de changement de garantie avec des remboursements inférieurs, l'adhérent bénéficiera du même niveau de plafond progressif (niveau 1, niveau 2 ou niveau 3) qu'il avait atteint au titre de l'ancienne garantie.

En tout état de cause, le taux de remboursement applicable est celui qui correspond à la garantie souscrite à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement de la Sécurité Sociale ou de l'organisme conventionné.

Article CS 25
Durée et fin de garantie

Pour les garanties AMPLI-SANTE, l'adhésion est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, après révision éventuelle de la cotisation, **au premier janvier**, sauf résiliation par l'assuré par lettre recommandée au moins deux mois avant cette date. En cas de modification tarifaire, ce délai est ramené à un mois.

Le droit à la garantie cesse en cas :

- de non-paiement des cotisations dans les délais requis ;
- de limite d'âge pour l'allocation obsèques de la garantie AMPLI-SECUR PLUS : au 1er jour du mois au cours duquel l'adhérent principal atteint 70 ans, cette garantie cesse alors pour tous les membres assurés de la famille.

TITRE IV
MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Article CS 26
Conditions pour bénéficier des remboursements

Pour pouvoir bénéficier des prestations, les adhérents et leurs bénéficiaires doivent être inscrits à la garantie, et à jour de leurs cotisations.

Article CS 27
Modalités spécifiques de remboursement

Forfait hospitalier et chambre particulière :
Les remboursements du forfait hospitalier correspondant aux jours d'hospitalisation, consécutifs ou non, de l'année civile en cours, sont illimités. Les remboursements de la chambre particulière correspondant aux jours d'hospitalisation, consécutifs ou non, de l'année civile en cours sont plafonnés à 180 jours par an. Le droit à remboursement se renouvelle chaque année.

Article CS 28
Pièces à fournir

a. Pour l'ensemble des garanties, l'adhérent doit faire parvenir à AMPLI Mutuelle les pièces suivantes en l'absence d'une prise en charge par le tiers payant :

1. FRAIS DE SANTE : Pour obtenir le remboursement de ses frais de santé, l'assuré doit faire parvenir à AMPLI Mutuelle le décompte du régime obligatoire de la Sécurité Sociale, par courrier postal ou par courriel (pour ce dernier cas un maximum de 5 décomptes joints par mail est demandé). Pour les frais de santé ne faisant pas l'objet de remboursement préalable par l'organisme obligatoire de Sécurité Sociale, l'assuré doit faire parvenir à AMPLI Mutuelle la facture correspondante, impérativement sous sa forme originale et par courrier postal uniquement, les copies et les envois par courriel n'étant pas acceptés en ce cas. La note d'honoraires du praticien ou de l'auxiliaire médical est à joindre à la demande de remboursement en cas de dépassement du tarif d'autorité.
2. EN CAS D'HOSPITALISATION : Pour pouvoir appliquer la procédure du tiers-payant, une demande de prise en charge doit être effectuée par l'Etablissement hospitalier et adressée directement au prestataire tiers-payant, avant, ou au plus tard au cours de l'hospitalisation, au numéro de télécopie figurant sur la carte de tiers payant de l'assuré. La demande doit comporter les mentions suivantes : nom, prénom, date de naissance, adresse, date d'entrée, éventuellement durée du séjour, nature de l'hospitalisation.
3. OPTIQUE : Le décompte de l'organisme obligatoire de Sécurité sociale accompagné de la facture indiquant le montant des frais réels (facturation séparée pour les verres et la monture) et le degré de dioptrie.

b. Garantie AMPLI- SECUR PLUS

Les remboursements sont effectués à partir des documents adressés à AMPLI Mutuelle par les adhérents à jour de leurs cotisations. Les documents à fournir sont les suivants :

1. Pour les adhérents ayant souscrit une garantie AMPLI-SANTE : L'original du bordereau de remboursement du régime obligatoire français de Sécurité Sociale.
2. Pour les adhérents n'ayant pas souscrit une garantie AMPLI-SANTE : L'original du bordereau de remboursement de la mutuelle complémentaire ainsi qu'une copie du bordereau de remboursement d'un régime obligatoire français de Sécurité Sociale.

Pour tous les adhérents et bénéficiaires, en cas de décès avant 70 ans, les ayants droit doivent faire parvenir à la Mutuelle un certificat de décès.

Article CS 29
Forclusion

Les feuilles de soins ouvrant droit aux prestations de ce Règlement, doivent, sous peine de forclusion, être adressées, par les adhérents, dans les 12 mois de la date d'établissement des décomptes par le régime obligatoire français de Sécurité Sociale.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur ces 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 CS 30
Délai de remboursement après démission ou radiation

En cas de radiation ou de démission 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 CS 31
Allocation mariage et allocation de naissance ou adoption

Le versement de l'allocation mariage et de l'allocation naissance ou adoption est effectué après production à AMPLI Mutuelle d'un extrait de l'acte de mariage, ou de l'acte de naissance, ou de l'acte d'adoption de l'enfant, de 3 mois maximum suivant la date de l'événement.

Le montant de l'allocation de naissance ou adoption, correspondant à 12 mois de cotisations de l'enfant concerné, n'est versé que si l'enfant est inscrit à la même garantie AMPLI-SANTE que l'adhérent.

Article CS 32
Paiement et restitution des prestations indûment perçues

Les prestations définies au présent document sont versées par virement bancaire sur le compte de l'adhérent, ou par chèque, par AMPLI Mutuelle.

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

TITRE V
COTISATIONS

Article CS 33
Cotisations individuelles

La cotisation est individuelle pour tous les membres adhérents et leurs ayants droit.

Le quatrième enfant et les suivants sont dispensés du paiement des cotisations à la garantie souscrite, sous réserve que les trois premiers enfants soient eux-mêmes inscrits en tant que bénéficiaires de la garantie.

Article CS 34
Caractère annuel des cotisations, fractionnement et frais d'impayés

Les cotisations sont calculées en millésime par rapport à l'année de naissance de l'adhérent et des bénéficiaires et évoluent en fonction de l'âge de celui-ci et des garanties souscrites.
Elles sont annuelles, payables d'avance et renouvelable par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

Le paiement de la cotisation annuelle peut faire l'objet d'un fractionnement après accord d'AMPLI Mutuelle. Au cas où cette faculté est accordée, chaque échéance est honorée uniquement par voie de prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent ; si ce dernier arrête le paiement des échéances prévues, la totalité de la cotisation reste cependant due, en raison du caractère annuel de celle-ci.

Des frais d'impayés seront appliqués à chaque incident de paiement. Le montant de ces frais est fixé annuellement par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Article CS 35
Révision des cotisations

Chaque année, le Conseil d'Administration d'AMPLI Mutuelle peut réviser le montant des cotisations en complément de l'augmentation liée à l'évolution de l'âge de l'adhérent. Cette augmentation technique est prise en accord avec AMPLI Association qui a la responsabilité de la notification de cette dernière à ses membres dans son rapport moral.

Article CS 36
Non paiement des cotisations

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 du Code de la mutualité.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

Annexe 1 : AMPLI-SANTE Remboursements 2016

Gamme 01/01/2016 Actes médicaux		Primo	Essentielle	Confort	Renforcée	Option Mini Dentaire
Cumul de remboursements	**Remb. SS seul**	**1GH04**	**1GA04**	**1GB04**	**1GD04**	
HOSPITALISATION						
Honoraires	80% ou 100%	100%	250%	350%	450%	
Forfait hospitalier	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Frais de séjour (Secteur Conventionné)	80% ou 100%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Frais de séjour (Secteur non Conventionné)	80% ou 100%	100%	125%	150%	200%	
Chambre particulière (limite 180 jours/an)	-	30 €	50 €	55 €	60 €	
Lit accompagnant (pour toute hospitalisation d'un enfant < 12 ans) 60 jours maximum par an	-	-	-	15 €	35 €	
SOINS COURANTS						
Consultation et visite (généraliste / spécialiste)	70%	100%	150%	250%	300%	
Infirmiers / Kinésithérapie / Orthophonie / Orthoptie / Pédicurie / Podologie	60%	100%	125%	150%	200%	
Radiologie	70%	100%	150%	150%	200%	
Analyses médicales	60%	100%	150%	150%	200%	
Actes techniques médicaux et chirurgicaux	70%	100%	150%	150%	250%	
Indemnités de déplacement (visites)	de 60% à 80%	au % de l'acte s'y rapportant				
Transport en ambulance	de 65% à 80%	100%	100%	100%	100%	
Orthopédie et appareillage	de 60% à 65%	100%	150%	150%	200%	
Prothèses auditives	60%	100%	150%	200%	300%	
PHARMACIE						
Service médical modéré à irremplaçable	de 30% à 65%	100%	100%	100%	100%	
Service médical faible	15%	15%	15%	100%	100%	
Contraceptifs, vaccin, sevrage tabagique (forfait annuel)**	-	40 €	50 €	75 €	100 €	
Vaccin antigrippe (septembre à décembre)	-	-	100%	100%	100%	
DENTAIRE (sauf option "Remboursement minimum des frais dentaires")						**Option Mini Dentaire**
Soins et chirurgie	70%	100%	150%	200%	250%	100%
Prothèses dentaires*	70%	150%	250%	350%	450%	100%
Dans la limite de		750 €	1 000 €	1 500 €	2 000 €	750 €
Orthodontie acceptée*	100%	100%	200%	300%	350%	100%
Actes Hors Nomenclature : Implantologie / Parodontologie (forfait annuel)*	-	-	200 €	500 €	700 €	-
OPTIQUE (sauf option "Remboursement minimum des frais d'optique")						**Option Mini Optique**
Forfait TM inclus pour un équipement comprenant une monture et 2 verres (1)	60%	Eqt 1 : 200 €	Eqt 1 : 250 €	Eqt 1 : 400 €	Eqt 1 : 450 €	Eqt 1 : 200 €
Voir Annexe 3		Eqt 2 : 230 €	Eqt 2 : 350 €	Eqt 2 : 500 €	Eqt 2 : 600 €	Eqt 2 : 230 €
Selon niveau d'équipement 1, 2 ou 3		Eqt 3 : 280 €	Eqt 3 : 480 €	Eqt 3 : 675 €	Eqt 3 : 800 €	Eqt 3 : 280 €
Lentilles cornéennes acceptées (annuel)	60%	100% + 50 €	100% + 90 €	100% + 120 €	100% + 150 €	100% + 50 €
Lentilles cornéennes refusées (annuel)	-	-	90 €	120 €	150 €	90 €
Chirurgie réfractive laser (forfait annuel par œil)*	-	-	200 €	300 €	400 €	200 €
BONUS (Inclus dans la Garantie)						
Ostéopathie / Chiropractie / Sophrologie (max 4 séances/an)	-	-	20 € / séance	30 € / séance	40 € / séance	
Ostéodensitométrie (femmes >50 ans)	70%	100%	100%	100%	170%	
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant le 14ème anniversaire	70%	100%	100%	100%	140%	
Forfait de surveillance thermale accepté	70%	70%	70%	100%	170%	
Forfait thermal accepté (soins et traitements)	65%	65%	65%	100%	170%	
Allocation de naissance ou d'adoption	-	1 an offert	1 an offert	1 an offert	1 an offert	
Allocation de mariage	-	100 €	160 €	250 €	300 €	
Assistance mondiale	-	Oui	Oui	Oui	Oui	
Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger (jusqu'à)	-	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	
Frais de recherche sports de neige	-	Oui	Oui	Oui	Oui	
Aide au domicile	-	Oui	Oui	Oui	Oui	
N° Info pratique	-	Oui	Oui	Oui	Oui	

*Franchise progressive 50%,75% et 100% **Garantie médecin : forfait réduit de 10 € -Médecin adhésion avant 70 ans

(1) Tous les 2 ans (soit l'année d'achat + 1 année civile) par bénéficiaire de + de 18 ans et tous les ans en cas d'évolution de vue et pour les enfants de-de 18 ans. Le remboursement de la monture ne peut excéder 150 €. Les montants incluent la prise en charge du ticket modérateur.

Une réduction des remboursements du dépassement d'honoraires de 20% est appliquée par la mutuelle si l'adhérent consulte un médecin qui n'a pas signé un contrat d'accès aux soins.

POUR LES PRESTATIONS FRAIS COMPLÉMENTAIRES SANTÉ, LE TABLEAU SUIVANT, RELATIF AU POSTE « OPTIQUE », S'APPLIQUE :

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 ultra-complexe
Équipement 3	Monture + un verre complexe + un verre ultra-complexe
	Monture + deux verres ultra-complexes

Définition des types de verres

1°) Verres simples :

Verre simple foyer, dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

2°) Verres complexes :

- Verre simple foyer, dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries
- Verre simple foyer, dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries
- Verre multifocal ou progressif.

3°) Verres ultra-complexes :

- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries
- Verre multifocal ou progressif sphérique, dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

Annexe 2 : AMPLI-SECUR PLUS Délais d'attente et Remboursements 2016 – FERMÉE À LA COMMERCIALISATION

SUR PRÉSENTATION DES DEUX BORDEREAUX DE REMBOURSEMENT :
ORGANISME OBLIGATOIRE ET ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

ACTES	DÉLAI DE STAGE	PRESTATIONS
Consultation et visite Généralistes et spécialistes Chirurgie Soins dentaires Auxiliaires médicaux Analyses médicales Radiologie Orthopédie (Prothèses appareillages et accessoires) Hospitalisation	néant	50% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur à la date des soins
Pharmacie : Service médical faible	néant	85% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur à la date des soins
Chambre particulière	néant	20 € par jour, les 180 premiers jours
Forfait hospitalier : illimité	néant	Frais réels
Lit accompagnant lorsqu'un enfant de moins de 12 ans est hospitalisé	néant	30 €/jour dans la limite de 60 jours/an
Dépassement d'honoraires du chirurgien et d'anesthésiste cumulés en milieu Hospitalier supérieur ou égal au seuil d'exonération du ticket modérateur fixé par la Sécurité Sociale	12 mois	450 €/an
Orthodontie	12 mois	100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur à la date des soins
Prothèses dentaires	12 mois	150% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur à la date des soins
Parodontologie et implantologie	12 mois	200 €/an
Prothèse auditive	12 mois	100 €/an
Optique : Monture et verres (sur prix facturé)	12 mois	200 €/an
Lentilles cornéennes (la paire) remboursées par la Sécurité sociale	12 mois	39 €/an
Chirurgie réfractive (laser)	12 mois	100 € par oeil/an
Actes de prévention : - Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans (une fois tous les 6 ans) - Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant le 14ème anniversaire	aucun	50% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur à la date des soins
Prime de naissance	12 mois	150 €
Obsèques du souscripteur ou d'un des bénéficiaires inscrit Indemnité (jusqu'à l'âge de 70 ans)	12 mois, néant en cas d'accident	3 050 €

AMPLI
MUTUELLE
Professions Libérales & Indépendantes

27, Bld. BERTHIER - 75858 PARIS CEDEX 17 - TÉL. 01 44 15 20 00
e-mail: infos@ampli.fr - site: 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)