

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ - "AMPLI-SANTÉ COLLECTIVE"

Adhésion sans questionnaire de santé - Contrat responsable

| Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement ou en pourcentage du tarif de responsabilité pour le secteur conventionné et du tarif d'autorité pour le secteur non conventionné. | Remb. Régime Obligatoire | PANIER DE SOINS-C | |
|--|---|-----------------------------|--|
| | | Remboursement RO + Mutuelle | |
| HOSPITALISATION | | | |
| Honoraires | 80% ou 100% | 100% | |
| Forfait hospitalier | - | Frais réels | |
| Frais de séjour (Secteur Conventionné) | 80% ou 100% | Frais réels | |
| Frais de séjour (Secteur non Conventionné) | 80% ou 100% | 100% | |
| Chambre particulière (limite 180 jours / an) | - | - | |
| Lit accompagnant (pour toute hospitalisation d'un enfant < 12 ans) 60 jours maximum par an | - | - | |
| SOINS COURANTS | | | |
| Consultation et visite (généraliste / spécialiste) | 70% | 100% | |
| Soins Infirmiers / Kinésithérapie / Orthophonie / Orthoptie / Pédiçurie / Podologie | 60% | 100% | |
| Radiologie | 70% | 100% | |
| Analyses médicales | 60% | 100% | |
| Actes techniques médicaux et chirurgicaux | 70% | 100% | |
| Indemnités de déplacement | de 60% à 70% | % de l'acte s'y rapportant | |
| Transport en ambulance | 65% | 100% | |
| Orthopédie et appareillage | de 60% à 65% | 100% | |
| Prothèses auditives | 60% | 100% | |
| PHARMACIE | | | |
| Vignettes blanches et bleues | de 30% à 65% | 100% | |
| Vignettes Oranges | 15% | 15% | |
| Contraceptifs, vaccin, sevrage tabagique (forfait annuel) | - | - | |
| Vaccin antigrippe (septembre à décembre) | - | - | |
| DENTAIRE | | | |
| Soins et chirurgie | 70% | 100% | |
| Prothèses dentaires (Dans la limite annuelle de) | 70% | 125% | |
| Orthodontie acceptée | 100% | 100% | |
| Actes Hors Nomenclature : Implantologie / Parodontologie (forfait annuel) | - | - | |
| OPTIQUE | | | |
| Monture et verres + forfait annuel de | 60% | 100% + 100 € | |
| Lentilles cornéennes acceptées (forfait annuel) | 60% | 60% | |
| Lentilles cornéennes refusées (forfait annuel) | - | - | |
| Chirurgie réfractive laser (forfait annuel par œil) | - | - | |
| BONUS (inclus dans votre garantie) | Assistance mondiale, Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger jusqu'à 80 000 €, Frais de recherche sports de neige, Aide au domicile, N° Info pratique. | | |
| Ostéopathie /Chiropractie / Sophrologie (par séance, max 4 séances/an) | - | - | |
| Ostéodensitométrie (femmes >50 ans) | 70% | 100% | |
| Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant le 14ème anniversaire | 70% | 100% | |
| Forfait de surveillance thermale-cure acceptée SS | 70% | 70% | |
| Forfait thermal (soins et traitements) - cure acceptée SS | 65% | 65% | |
| Assistance mondiale | - | Oui | |
| Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger | - | 80 000 € | |
| Remboursement RO + Mutuelle dans le cadre du parcours de soins coordonnés | | | |

Conformément aux dispositions légales en vigueur, vous disposez d'un délai de 30 jours à compter du moment où vous avez été informé(e) de la prise d'effet du contrat. La renonciation entraîne le remboursement de l'intégralité des cotisations versées sans aucune retenue possible dans un délai de 30 jours suivant la demande. Il vous suffit de recopier la formule type ci-dessous en indiquant votre nom, prénom et adresse dûment datée et signée et de nous la retourner en courrier recommandé à : AMPLI Mutuelle - Service Gestion - 27 bd Berthier, 75858 PARIS CEDEX 17. « Je vous prie de prendre note de ma renonciation à ma demande d'adhésion à la garantie d'AMPLI Mutuelle que j'ai contractée le/...../..... et vous demande de me rembourser l'intégralité de mon versement, soit un montant de Euros.»