

Allianz Composio Entreprise

Composez la couverture santé
de vos salariés.

allianz.fr/pro

Assurance Allianz

Avec vous de A à Z

Allianz 



ALLIANZ COMPOSIO
ENTREPRISE



La protection sociale, au service des individus

Le contrat responsable : les nouvelles obligations

Le **contrat responsable**, instauré par la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004, vise à inciter les patients à **respecter le parcours de soins coordonnés**.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et son décret d'application du 18/11/2014 **modifient et renforcent** les conditions que doivent remplir les contrats responsables en fixant de **nouveaux planchers mais également des plafonds de prise en charge sur certaines prestations de frais de soins**.

Les **contrats conclus ou renouvelés à compter du 1^{er} avril 2015** devront respecter le **nouveau cahier des charges**. Néanmoins, **pour tout contrat garantissant un régime frais de santé mis en place par une convention ou un accord collectif, un référendum ou une décision unilatérale, avant août 2014, vous bénéficiez d'une période transitoire** au plus tard jusqu'au 31 décembre 2017 si **vous n'apportez aucune modification à votre acte fondateur**.

La loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi renforce la protection sociale complémentaire du salarié. Le décret du 8 septembre 2014 fixe les minima du panier de soins

L'Accord National Interprofessionnel (ANI) conclu en janvier 2013 entre les partenaires sociaux comporte un volet améliorant la couverture santé des salariés.

- Selon les modalités et un calendrier fixés par la loi, vos salariés bénéficient d'une couverture obligatoire de frais de santé mise en place dans leur entreprise. En tant qu'employeur, vous devez prendre en charge au minimum la moitié de la cotisation.
- Si l'un de vos salariés est indemnisé par l'assurance chômage, il bénéficie du maintien des garanties santé pour une durée maximale de 12 mois.

Le respect des catégories dites « objectives » renforce l'équité dans l'entreprise

Les besoins peuvent différer d'un salarié à l'autre et vous pouvez aussi souhaiter renforcer la protection santé d'un groupe de salariés.

Il est ainsi possible de différencier une catégorie à condition que tous les salariés soient couverts.

Le fait de garantir le caractère obligatoire et collectif du régime permet à l'entreprise de bénéficier d'exonération de charges sociales.



De nombreux avantages pour l'entreprise et ses salariés

L'entreprise s'offre un dispositif utile et bénéficie d'incitations

- L'entreprise répond à ses obligations légales en matière de garanties de frais de santé.
- L'entreprise va pouvoir fidéliser ou recruter les salariés dont elle a besoin afin d'accroître sa productivité face à la concurrence.
- L'entreprise déduit les cotisations versées de son bénéfice imposable au titre des dépenses de personnel selon l'article 39 du Code Général des Impôts.
- Ces mêmes cotisations versées au profit des salariés sont exonérées de cotisations sociales sous réserve de respecter le caractère collectif et obligatoire du régime dans les conditions fixées à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le salarié accède à une protection santé collective sans équivalent à titre individuel

- Le salarié est certain de disposer au minimum de la couverture « ANI » prévue par les partenaires sociaux.
- Le salarié bénéficie d'une couverture santé entreprise obligatoire et de la possibilité de choisir le niveau de ses renforts facultatifs.
- A garanties équivalentes, le tarif proposé dans le cadre d'un contrat collectif est plus avantageux que celui proposé dans un contrat individuel.
- Les salariés qui quittent l'entreprise bénéficient du maintien de garanties dans le cadre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale (portabilité des droits).

Allianz, un Groupe solide

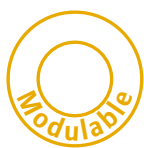
Le Groupe Allianz a pour objectif de construire avec ses clients une relation durable afin d'assurer la meilleure protection globale de leurs biens et de leur personne.

Au niveau mondial, la performance et la qualité de ses produits et services ont permis à Allianz de gagner la confiance de plus de 85 millions de clients.

Allianz partenaire de l'UNIM

Dans le cadre du partenariat avec Allianz, l'Union Nationale pour les Intérêts de la Médecine (UNIM) recommande l'offre Allianz Compositio Entreprise conforme aux minima des accords de branche concernés.

Une protection santé étendue, totalement modulable qui répond aux besoins des entreprises et de leurs salariés



Choix Entreprise

Sélection des garanties selon 5 modules de garanties indépendants et 7 niveaux. Le niveau 1 correspond aux **minima du panier de soins « ANI »**.

Quatre à sept niveaux* de garanties sont proposés afin que chacun puisse disposer de l'amplitude nécessaire pour façonner son offre santé selon ses besoins.

Vous décidez ainsi pour vos salariés, du niveau de garanties souhaité, selon 5 modules indépendants.

Les garanties sélectionnées forment le contrat obligatoire appelé « socle santé » qui tient compte de vos obligations vis-à-vis d'un éventuel accord de branche. **Votre Conseiller Allianz vous accompagne dans le choix de vos niveaux de garanties.**

De même, dans le cadre du nouveau cahier des charges du contrat dit « responsable », votre Conseiller Allianz tient compte du fait que vous bénéficiez ou non d'une période transitoire.

Exemple de socle entreprise	Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Hospitalisation		●					
Soins / Pharmacie	●						
Optique			●				
Dentaire			●				
Médecine douce		●					

● Niveau de garanties choisi par l'entreprise.

Choix Salarié

Ajout d'une couverture module par module de 3 niveaux au maximum.

De leur côté, **vos salariés peuvent choisir de compléter le niveau initial** de garanties déterminé par vos soins, module par module, selon leurs besoins, dans la limite de trois niveaux supplémentaires.

Les garanties sélectionnées forment le contrat facultatif appelé « renfort santé » **dont le coût** est à leur charge.**

Exemple de renfort salarié	Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Hospitalisation		● ●					
Soins / Pharmacie	●	●					
Optique			●		●		
Dentaire			●			●	
Médecine douce		●		●			

● Niveau de garanties choisi par le salarié.

* Pour conserver les avantages liés au contrat responsable, une entreprise ne peut choisir, pour son contrat socle, un niveau supérieur au niveau 4 pour les modules « Hospitalisation » et « Soins / Pharmacie ». En revanche, cette règle ne s'applique pas si son régime d'entreprise bénéficie de la période transitoire jusqu'au 31/12/2017.

** Dans le cadre du nouveau cahier des charges du contrat responsable, les renforts proposés sont soumis à la taxe additionnelle de solidarité au taux de 20,27 %.

Pour aller plus loin dans la personnalisation, le modulable se transforme en adaptable selon les besoins des entreprises



Choix Entreprise

Au sein de chaque module, les garanties peuvent être modifiées une à une, à la hausse ou à la baisse, pour s'adapter idéalement à un besoin spécifique. C'est le cas notamment lorsque l'entreprise possède déjà un contrat santé et qu'elle souhaite conserver les garanties à l'identique au meilleur prix.

Avec l'aide de votre Conseiller Allianz, vous décidez ainsi pour vos salariés du niveau de garanties souhaité, ligne à ligne, le plus finement possible.

Les garanties sélectionnées forment le contrat obligatoire appelé « socle santé » qui tient compte de vos obligations vis-à-vis d'un éventuel accord de branche.

Exemple de socle entreprise et d'adaptation du module Hospitalisation

Hospitalisation	Socle modulable		Socle adapté
Médecins ayant signé le CAS ⁽¹⁾ Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux y compris anesthésie	100 % BR	+ 10	110 % BR
Médecins n'ayant pas signé le CAS ⁽¹⁾ Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux y compris anesthésie	80 % BR	+ 10	90 % BR
Forfait hospitalier ⁽²⁾	100 % FR		100 % FR
Transport du malade	35 % BR	+ 20	55 % BR
Frais d'accompagnant par jour (en cas d'hospitalisation d'un enfant) ⁽³⁾	1 % PMSS		1 % PMSS
Frais de séjour secteur conventionné	100 % FR		100 % FR
Chambre particulière par jour secteur conventionné	2,5 % PMSS	- 1,5	1 % PMSS
Frais de séjour secteur non conventionné	100 % BR		100 % BR
Chambre particulière par jour secteur non conventionné	1 % PMSS	+ 1	2 % PMSS

(1) CAS : Les contrats d'accès aux soins, à destination des médecins du secteur 2 (honoraires libres), ont pour objectif de favoriser l'accès des patients aux tarifs de remboursement de la Sécurité sociale et réduire leur reste à charge. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du contrat d'accès aux soins est limitée à 100% du tarif de la Sécurité sociale.

(2) Le forfait hospitalisation est versé sans limitation de durée.

(3) Sont pris en charge au titre de ce poste les frais engagés par le bénéficiaire pour le lit d'accompagnant et les repas pris au sein de l'hôpital ou de la clinique pour un enfant désigné au contrat.

Choix Salarié

Ajout d'une couverture module par module de 3 niveaux au maximum.

Vos salariés peuvent choisir de compléter le niveau du « socle » de garanties adapté par vos soins, module par module, dans la limite de trois niveaux supplémentaires.

Les garanties sélectionnées forment le contrat facultatif appelé « renfort santé » dont le coût** est à leur charge.

Socle adapté	Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3
110 % BR	160 % BR	210 % BR	310 % BR
90 % BR	160 % BR ⁽¹⁾	210 % BR ⁽¹⁾	310 % BR
100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
55 % BR	105 % BR	155 % BR	255 % BR
1 % PMSS	1,5 % PMSS	2 % PMSS	2,5 % PMSS
100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
1 % PMSS	2 % PMSS	3 % PMSS	4 % PMSS
100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
2 % PMSS	2,5 % PMSS	3 % PMSS	3,5 % PMSS

Le niveau de garantie indiqué pour les Renforts Santé accessibles inclut le niveau de garantie du Socle Santé.

** Dans le cadre du nouveau cahier des charges du contrat responsable, les renforts proposés sont soumis à la taxe de solidarité additionnelle au taux de 20,27 %.

Pour ceux qui veulent aller à l'essentiel, l'adaptable propose les stricts minima des accords de branche



Choix Entreprise

Les garanties sélectionnées tiennent compte de vos obligations vis-à-vis d'un accord de branche sans les dépasser. Elles forment le contrat obligatoire appelé « socle santé ».

Choix Salarié

Ajout d'une couverture module par module de 3 niveaux au maximum.

Vos salariés peuvent choisir de compléter le niveau du « socle » de garanties adapté par vos soins, module par module, dans la limite de trois niveaux supplémentaires.

Les garanties sélectionnées forment le contrat facultatif appelé « renfort santé » dont le coût** est à leur charge.

Expression des garanties de votre contrat Allianz Composio Entreprise

Pourquoi les garanties de votre contrat Allianz Composio Entreprise sont-elles libellées toujours en complément de celles de la Sécurité sociale ?

Les prestations versées s'ajoutent à celles versées par la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

Ainsi, quel que soit le montant versé par la Sécurité sociale, le montant de prestations que vous avez choisi est versé au salarié assuré ou à ses bénéficiaires, dans la limite de frais engagés.

Quelle différence par rapport à un contrat qui afficherait des garanties intégrant ce que rembourse la Sécurité sociale ?

Votre situation personnelle et vos besoins sont à prendre en compte.

Prenons un exemple :

Pour un cas très classique comme une consultation chez un médecin généraliste, Allianz rembourse :

- 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR),
- en plus de ce que rembourse la Sécurité sociale, c'est-à-dire 70%.

Dans ce cas, le remboursement est équivalent à un contrat dont les garanties s'expriment en « y compris Sécurité sociale », soit 170 % BR.

En revanche, pour cette même visite, un patient souffrant d'une affection longue durée (ALD) ou en cas de maternité :

- la Sécurité sociale rembourse 100% BR,
- Allianz ajoute, comme dans l'exemple précédent, 100% BR à celui de la Sécurité sociale, soit 200% BR au maximum.

Pour le contrat exprimé en « y compris Sécurité sociale », c'est différent :

- la Sécurité sociale rembourse 100% BR,
- le contrat n'ajoute que 70% BR, soit 170% BR au maximum.

Ce principe est aussi valable pour les personnes concernées par le régime local de Sécurité sociale dit « Alsace-Moselle ».

** Dans le cadre du nouveau cahier des charges du contrat responsable, les renforts proposés sont soumis à la taxe de solidarité additionnelle au taux de 20,27 %.



Hospitalisation

H

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) ou en pourcentage des frais réels (FR) ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) ou selon le ticket modérateur (TM) ou en euros, s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale (RSS) sauf lorsque le contraire est précisé. Les prestations s'ajoutent, le cas échéant, aux remboursements de la Sécurité sociale. Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

	Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Hospitalisation (y compris Maternité)							
Médecins ayant signé le CAS ⁽¹⁾							
Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux y compris anesthésie	20% BR	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Médecins n'ayant pas signé le CAS ⁽¹⁾							
Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux y compris anesthésie	20% BR	80% BR	120% BR	120% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Forfait hospitalier ⁽²⁾	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Transport du malade	35% BR	35% BR	85% BR	135% BR	185% BR	235% BR	285% BR
Frais d'accompagnant par jour (en cas d'hospitalisation d'un enfant) ⁽³⁾	-	1% PMSS	1,5% PMSS	2% PMSS	2,5% PMSS	3% PMSS	3,5% PMSS
Frais de séjour secteur conventionné	TM	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière par jour secteur conventionné	-	2,5% PMSS	4% PMSS	5% PMSS	6% PMSS	8% PMSS	10% PMSS
Frais de séjour secteur non conventionné	TM	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR	420% BR	500% BR
Chambre particulière par jour secteur non conventionné	-	1% PMSS	1,5% PMSS	2% PMSS	2,5% PMSS	3% PMSS	3,5% PMSS

(1) CAS : « Les contrats d'accès aux soins, à destination des médecins du secteur 2 (honoraires libres), ont pour objectif de favoriser l'accès des patients aux tarifs de remboursement de la Sécurité sociale et réduire leur reste à charge ». La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du contrat d'accès aux soins est limitée à 100% du tarif de la Sécurité sociale.
 (2) Le forfait hospitalisation est versé sans limitation de durée.
 (3) Sont pris en charge au titre de ce poste les frais engagés par le bénéficiaire pour le lit d'accompagnant et les repas pris au sein de l'hôpital ou de la clinique pour un enfant désigné au contrat.

Exemples de remboursement

Hospitalisation

Lors d'une hospitalisation de 5 jours, la chambre particulière dans un établissement conventionné vous a été facturée 61 € par jour, soit un coût total de 305 €.

		Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Coût 305 €	Remboursement de la Sécurité sociale	0€	0€	0€	0€	0€	0€	0€
	Prestation Allianz	0€	305€	305€	305€	305€	305€	305€
	Reste à charge pour le patient	305€	0€	0€	0€	0€	0€	0€

Soins courants



Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) ou en pourcentage des frais réels (FR) ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) ou selon le ticket modérateur (TM) ou en euros, s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale (RSS) sauf lorsque le contraire est précisé. Les prestations s'ajoutent, le cas échéant, aux remboursements de la Sécurité sociale. Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

	Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Soins courants - Pharmacie							
Médecins ayant signé le CAS ⁽¹⁾ Consultations, visites généralistes et spécialistes conventionnés ou non conventionnés	TM	100% BR	150% BR	200% BR	350% BR	450% BR	550% BR
Médecins ayant signé le CAS ⁽¹⁾ Actes de chirurgie en cabinet médical et actes techniques médicaux	TM	100% BR	150% BR	200% BR	350% BR	450% BR	550% BR
Médecins ayant signé le CAS ⁽¹⁾ Radiologie	TM	100% BR	150% BR	200% BR	350% BR	450% BR	550% BR
Médecins n'ayant pas signé le CAS ⁽¹⁾ Consultations, visites généralistes et spécialistes conventionnés ou non conventionnés Actes de chirurgie en cabinet médical et actes techniques médicaux Radiologie	TM	80% BR	120% BR	120% BR	350% BR	450% BR	550% BR
Auxiliaires médicaux, analyses	TM	100% BR	200% BR	300% BR	370% BR	440% BR	500% BR
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	TM	TM	TM	TM	TM	TM	TM
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire	-	10% PMSS	12% PMSS	15% PMSS	17% PMSS	20% PMSS	20% PMSS
Prothèse auditive y compris l'entretien par an et par bénéficiaire	TM	6% PMSS	10% PMSS	14% PMSS	18% PMSS	22% PMSS	26% PMSS
Bonus Santéclair sur la prothèse auditive	-	2% PMSS	4% PMSS	6% PMSS	8% PMSS	10% PMSS	10% PMSS
Autre prothèse médicale, appareillage	TM	100% BR	200% BR	300% BR	370% BR	440% BR	500% BR

(1) CAS : « Les contrats d'accès aux soins, à destination des médecins du secteur 2 (honoraires libres), ont pour objectif de favoriser l'accès des patients aux tarifs de remboursement de la Sécurité sociale et réduire leur reste à charge ». La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du contrat d'accès aux soins est limitée à 100% du tarif de la Sécurité sociale.

Exemples de remboursement

Soins courants

Une visite chez un médecin spécialiste secteur 2 n'ayant pas signé le CAS vous a coûté 54 €. La Sécurité sociale vous a remboursé 15,10 € sur la base d'une visite à 23 €. C'est-à-dire 70 % de 23 € - 1 € (les 1 € étant votre participation forfaitaire obligatoire).

Votre reste à charge va varier de 32 € à 1 € selon le niveau de remboursement choisi.

		Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Coût 54 €	Remboursement de la Sécurité sociale	15,10€	15,10€	15,10€	15,10€	15,10€	15,10€	15,10€
	Prestation Allianz	6,90 €	18,40 €	29,90 €	33,35 €	37,90 €	37,90 €	37,90 €
	Reste à charge pour le patient	32 €	20,50 €	9 €	5,55 €	1 €	1 €	1 €



Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) ou en pourcentage des frais réels (FR) ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale (RSS) sauf lorsque le contraire est précisé.

Les prestations s'ajoutent, le cas échéant, aux remboursements de la Sécurité sociale.

Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

	Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Optique							
Monture + 2 verres simples	100 €	160 €	220 €	280 €	340 €	400 €	470 €
Monture + 2 verres complexes	200 €	290 €	380 €	470 €	560 €	650 €	750 €
Monture + 2 verres très complexes	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €	720 €	850 €
Bonus Santéclair sur les verres	-	70 €	70 €	70 €	70 €	70 €	-
Lentilles (y compris jetables) prises en charge ou non par la Sécurité sociale par an par bénéficiaire + produits	2% PMSS	2% PMSS	4% PMSS	6% PMSS	8% PMSS	10% PMSS	10% PMSS
Chirurgie réfractive sans limite d'âge et implant oculaire, par œil et par an	-	8% PMSS	10% PMSS	12% PMSS	16% PMSS	20% PMSS	20% PMSS

Le remboursement des montures ne peut dépasser 150 € et vient en déduction des plafonds des garanties.

Cette garantie optique s'applique une fois tous les 2 ans aux équipements composés d'une monture et de deux verres, à compter de la date d'achat. Pour les mineurs et en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, cette garantie s'applique chaque année.

Exemples de remboursement

Optique

Votre ophtalmologue vous prescrit une paire de lunettes avec des verres progressifs. Vous choisissez votre équipement (monture dans la limite de 150 € + verres très complexes) chez votre opticien pour un coût total de 589 € réparti comme suit :

Chez un opticien hors réseau Santéclair.

		Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Paire de lunettes 589 €	Remboursement de la Sécurité sociale	14,69 €	14,69 €	14,69 €	14,69 €	14,69 €	14,69 €	14,69 €
	Prestation Allianz	200 €	300 €	400 €	500 €	574,31 €	574,31 €	574,31 €
	Reste à charge pour le patient	374,31 €	274,31 €	174,31 €	74,31 €	0 €	0 €	0 €

Chez un opticien du réseau Santéclair, pour la même paire de lunettes, vous bénéficiez de prix négociés (-15 % sur les montures ; -25 % sur les verres soit un coût ramené à 456,75 € dans notre exemple. Vous disposez également d'un bonus en euros sur les verres).

		Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Paire de lunettes 456,75 €	Remboursement de la Sécurité sociale	14,69 €	14,69 €	14,69 €	14,69 €	14,69 €	14,69 €	14,69 €
	Prestation Allianz	200 €	370 €	442,06 €	442,06 €	442,06 €	442,06 €	442,06 €
	Reste à charge pour le patient	242,06 €	72,06 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Dentaire



Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) ou en pourcentage des frais réels (FR) ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale (RSS) sauf lorsque le contraire est précisé.
 Les prestations s'ajoutent, le cas échéant, aux remboursements de la Sécurité sociale.
 Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

	Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Dentaire							
Prothèses dentaires (couronne et inter de bridge) prises en charge par la Sécurité sociale - Dents du sourire (incisives, canines, pré-molaires)		130% BR	205% BR	280% BR	355% BR	405% BR	455% BR
Prothèses dentaires (couronne et inter de bridge) prises en charge par la Sécurité sociale - Autres dents	55% BR	80% BR	155% BR	230% BR	305% BR	355% BR	405% BR
Soins, inlay / onlay et autres actes de prothèse dentaire pris en charge par la Sécurité sociale		100% BR	200% BR	300% BR	360% BR	430% BR	500% BR
Bonus Santéclair sur prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale		50% BR	50% BR	75% BR	75% BR	100% BR	100% BR
Dents et couronnes provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire		5% PMSS	5% PMSS	5% PMSS	5% PMSS	5% PMSS	5% PMSS
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	25% BR	70% BR	170% BR	270% BR	330% BR	400% BR	470% BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire		4% PMSS	8% PMSS	12% PMSS	16% PMSS	20% PMSS	20% PMSS
Implantologie (pilier + implant), par an et par bénéficiaire		8% PMSS	12% PMSS	16% PMSS	20% PMSS	24% PMSS	30% PMSS
Parodontologie / parodontie, par an et par bénéficiaire		6% PMSS	10% PMSS	14% PMSS	18% PMSS	20% PMSS	20% PMSS



Exemples de remboursement

Dentaire

A la suite de l'extraction d'une dent (une prémolaire), votre dentiste vous propose un implant (y compris le pilier) surmonté d'une couronne. Le coût de cette opération hors frais de soins se monte à un total de 1 850 € (1280 + 80 + 490).

		Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Coût implant 1280 €	Remboursement de la Sécurité sociale	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Prestation Allianz	0 €	261,52 €	392,28 €	523,04 €	653,80 €	784,56 €	980,70 €
	Reste à charge pour le patient	1280 €	1018,48 €	887,72 €	756,96 €	626,20 €	495,44 €	299,30 €

Dans le réseau des implantologues Santéclair, les tarifs négociés permettent de diminuer sensiblement le reste à charge pour un implant.

		Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Coût implant dans le réseau 640 €	Reste à la charge pour le patient	640 €	378,48 €	247,72 €	116,96 €	0 €	0 €	0 €

		Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Coût couronne provisoire 80 €	Remboursement de la Sécurité sociale	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Prestation Allianz	0 €	80 €	80 €	80 €	80 €	80 €	80 €
	Reste à charge pour le patient	80 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

		Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Coût couronne 490 €	Remboursement de la Sécurité sociale	45,15 €	45,15 €	45,15 €	45,15 €	45,15 €	45,15 €	45,15 €
	Prestation Allianz avec le Bonus Santéclair	35,48 €	116,10 €	164,48 €	228,98 €	277,35 €	325,73 €	357,98 €
	Reste à charge pour le patient	409,37 €	328,75 €	280,37 €	215,87 €	167,50 €	119,12 €	86,87 €

Ces exemples de remboursement sont valables sur la base de remboursement de la Sécurité sociale du Régime Général et des tarifs en vigueur au 1^{er} janvier 2017.



Médecine douce



Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) ou en pourcentage des frais réels (FR) ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité sociale (RSS) sauf lorsque le contraire est précisé. Les prestations s'ajoutent, le cas échéant, aux remboursements de la Sécurité sociale. Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

	Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Médecine douce							
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chiropractie, ostéopathie, acupuncture, homéopathie, étio-pathie - Diététiciens - Psychologue, Psychomotricité, ergothérapie, pédicure-podologie, par an et par bénéficiaire	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Médicaments prescrits, y compris le sevrage tabagique, contraception féminine, anneaux et patchs contraceptifs, non remboursés par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Analyses, examens et radiologie prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Participation / Prévention / Fonds social							
Participation forfaitaire de 18 € pour les actes techniques médicaux lourds supérieurs à 120 €	Frais réels	Frais réels					
Les actes de prévention prévus dans la liste fixée par arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100% du ticket modérateur	Tous les actes	Tous les actes					
Action sociale de la branche - Solidarité - Prévention santé							
Financement au fonds social de 2% de la cotisation totale	Prestations non contributives	Prestations non contributives					

Exemples de remboursement

Prévention

La loi impose de rembourser au minimum deux actes de prévention par an dans une liste prédéfinie.

Allianz prend en charge 100 % du ticket modérateur pour l'ensemble de ces actes de cette liste.

Médecines douces

Vous avez besoin de consulter un chiropracteur.

Le coût de la séance est de 55 € et vous avez réalisé 3 séances dans l'année.

		Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Coût total 165 €	Remboursement de la Sécurité sociale	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Prestation Allianz	0 €	50 €	100 €	150 €	165 €	165 €	165 €
	Reste à charge pour le patient	165 €	115 €	65 €	15 €	0 €	0 €	0 €



	Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Services							
Tiers payant étendu	Inclus						Inclus
Services associés à la plate-forme santé	Inclus						Inclus
Assistance	Inclus						Inclus
Espace Client	Inclus						Inclus

Des services de qualité

Allianz vous accorde le tiers payant pour ne pas avoir à faire l'avance de frais.

Les salariés et leur famille bénéficient du tiers payant et sont ainsi dispensés de l'avance des frais pour la part que la Sécurité sociale ne rembourse pas.

Le tiers payant concerne notamment les dépenses engagées en pharmacie, radiologie, laboratoires d'analyses, auprès des auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes et orthoptistes) et pour les soins externes effectués lors d'une hospitalisation.

Pour toute hospitalisation planifiée de plus d'une journée, nous délivrons une prise en charge à l'établissement hospitalier.

Allianz vous fait également bénéficier de la performance du réseau de praticiens Santéclair (dentistes, dont des implantologues exclusifs, opticiens, audioprothésistes, centres de chirurgie réfractive, diététiciens, ostéopathes et chiropracteurs) pour vous faire économiser de l'argent :

- Ce service intervient sur tous les domaines où la part des remboursements de la Sécurité sociale est faible voire inexistante.
- De plus, vous bénéficiez d'une majoration du montant de vos prestations (bonus*) lorsque vos dépenses de santé sont réalisées auprès de nos partenaires du réseau.

Les spécialistes d'Allianz Santé Service analysent aussi votre devis établi par votre praticien (optique, auditif, dentaire, chirurgical ou obstétrique) et vous répondent dans les 72 heures.

Allianz Santé Service met à votre disposition un service élaboré avec Santéclair. Il s'agit d'un réseau de chirurgie orthopédique pour les prothèses de genou et de hanche, ainsi que la chirurgie des ligaments et du ménisque.

Dans ces établissements, les séjours sont sans reste à charge et sans avance de frais, peu importe le niveau de garantie santé souscrite.

Sans oublier les avantages exclusifs sur deux sites de vente :

- **Happyview.fr** : la livraison des lunettes est gratuite et la garantie casse « bris de lunettes » offerte pendant un an !
- **Lentillesmoinscheres.com** : les frais de livraison sont offerts et vos commandes sont traitées prioritairement !

*Optique, dentaire, audioprothèse.

Services



En collaboration avec Mondial Assistance France, Allianz met à votre disposition des services à valeur ajoutée notamment pour vous faciliter la vie au quotidien.

Des services par téléphone

Lors de l'entretien avec le spécialiste de Mondial Assistance (N° de protocole 921 539), vous pouvez obtenir des informations relatives à votre santé, à votre maladie, à votre hospitalisation, à la prescription faite par votre médecin traitant, ou des informations relatives à votre suivi. **Le spécialiste de Mondial Assistance intervient sans faire de diagnostic ou de prescription**

Un accompagnement dédié à l'hospitalisation

En tant qu'assuré, vous bénéficiez de services avant, pendant et après l'hospitalisation. Il s'agit :

- de préparer une hospitalisation en réalisant une évaluation des besoins de financement,
- de mettre en œuvre, le cas échéant, un accompagnement psychologique adapté,
- voire de déclencher des prestations à domicile pour faciliter la vie du malade et/ou de sa famille.

En cas de maladie grave, vous ou votre proche assuré doivent être pris en charge :

- à l'annonce de la maladie, un ensemble des prestations de première nécessité peut être mis en place pour faire face au plus pressé,
- un accompagnement de la personne qui vous est proche et atteinte par la maladie est mis en œuvre (formation pratique à domicile et suivi psychologique),
- votre proche bénéficie d'une auxiliaire de vie ou d'une aide-soignante.

L'Association de Prévoyance Santé (ADPS) offre l'opportunité :

- à l'entreprise, d'adhérer au profit de ses salariés à un contrat collectif d'assurance à caractère obligatoire,
- au salarié, d'adhérer à un contrat collectif d'assurance à caractère facultatif.

Le contrat Allianz Composio Entreprise est réservé aux seuls membres de l'ADPS à jour de leur cotisation annuelle à l'association.

Quelles sont les missions de l'ADPS ?



Susciter et développer parmi ses adhérents la prévention en matière de santé, de prévoyance et d'épargne en vue de la constitution volontaire de retraite.

Participer à la prévention par :

- la diffusion d'informations et de conseils intéressant la protection de la santé,
- la promotion d'initiatives visant à la formation et à l'éducation en matière de santé,
- le soutien à la recherche médicale.

Rendre ses adhérents et ses membres attentifs à l'évolution et à la maîtrise des dépenses de santé.

Développer l'aide sociale au profit de ses adhérents :

- A ce titre, le contrat Allianz Composio Entreprise (Socle Santé) peut prendre en charge, pour les bénéficiaires du contrat, l'ensemble des prestations non contributives prévu par l'accord professionnel ou interprofessionnel dont relève l'entreprise adhérente.
La cotisation prévue par l'accord professionnel ou interprofessionnel est directement versée par Allianz au fonds social mis en place à cet effet. Ce fonds est géré par Allianz.
- Par ailleurs, l'ADPS a mis en place un fonds social dédié qui permet aux adhérents confrontés à un reste à charge important sur des dépenses de santé ou un décès de demander une aide à l'ADPS.

Adoptez une nouvelle façon de suivre vos contrats Santé entreprise et simplifiez vos démarches de gestion

Consultez 24h/24 et 7j/7

- les principales caractéristiques de vos contrats,
- la liste de vos salariés assurés en Santé,
- les coordonnées de votre Centre de Service Clients et de votre Conseiller,
- le guide utilisateur décrivant étape par étape vos services.

Actualisez du lundi au vendredi de 8h à 20h

- l'arrivée ou le départ d'un salarié (rubrique vos formulaires de déclaration),
- vos coordonnées postales ou téléphoniques.

Votre Espace
Client allianz.fr



Sécurisez le paiement de vos cotisations grâce au prélèvement automatique

Simplifiez-vous la vie avec le prélèvement automatique

Si vous avez envoyé un RIB et accepté le prélèvement automatique, votre cotisation est automatiquement prélevée sur votre compte bancaire le 15 du mois qui suit le trimestre.

En cas de désaccord avec ce montant, vous devez contacter votre Centre de Service Client à réception du courrier.

Vous préférez payer par chèque

Si vous ne souhaitez pas bénéficier du prélèvement automatique, vous réglez votre cotisation par chèque. Le règlement par virement via Allianz.fr n'est pas ouvert pour Allianz Composio Entreprise.

Vos modalités
de règlement



Pour de plus amples renseignements, votre interlocuteur Allianz est à votre disposition.



Allianz Vie

Société anonyme au capital de 643.054.425 €
340 234 962 RCS Nanterre

Allianz IARD

Société anonyme au capital de 991.967.200 €
542 110 291 RCS Nanterre

Entreprises régies par le Code des assurances
1, cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex

www.allianz.fr



Mondial Assistance France SAS

7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
RCS 490 381 753 Bobigny
SIRET : 490 381 753 00055

Société par actions simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros
Société de courtage en assurances - Inscription ORIAS 07 026 669
www.orias.fr

www.mondial-assistance.fr



ASSOCIATION DE PREVOYANCE SANTE

Association loi du 1^{er} juillet 1901 enregistrée à la Préfecture
des Hauts-de-Seine sous le n° W922002348.

Siège social : Tour Neptune - Case Courrier 0804.
20, place de Seine - La Défense 1 - 92400 Courbevoie.

www.adps-sante.fr



Union Nationale pour les Intérêts de la Médecine

Association Loi de 1908
Siège social : 1, rue Lançon - 57000 Metz

www.unim.asso.fr

