ALLIANZ COMPOSIO ENTREPRISE

Composez la couverture santé de vos salariés.

Avec vous de A à Z

Allianz

SOMMAIRE

La protection sociale au service des individus	4
De nombreux avantages pour l'entreprise et ses salariés	5
Une protection santé étendue, totalement modulable, qui correspond aux besoins des entreprises et de leurs salariés	6
Pour aller plus loin dans la personnalisation, le modulable se transforme en adaptable selon les besoins des entreprises	7
Pour ceux qui veulent aller à l'essentiel, l'adaptable propose les stricts minima des accords de branche	9
Expression des garanties de votre contrat Allianz Composio Entreprise	9
Hospitalisation	10
Soins courants	11
Optique	12
Dentaire	14
Médecine douce	16
Services	17

LA PROTECTION SOCIALE, AU SERVICE DES INDIVIDUS

Le contrat responsable : les obligations à respecter

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 2019 **et son décret** d'application du 11 janvier 2019 **modifient et renforcent** les conditions que doivent remplir les contrats responsables en modifiant **le cahier des charges (CDC) des contrats responsables, en adaptant la couverture complémentaire santé minimale et en intégrant les paniers de soins dits « 100 % Santé ».**

De nouveaux planchers mais également des plafonds de prise en charge sur certaines prestations de frais de soins sont ainsi prévues.

Par ailleurs, le **décret du 31 janvier 2019 adapte les garanties d'assurance complémentaire santé minimales des salariés** au nouveau CDC des contrats responsables. Il s'agit de la réforme dite du « 100 % Santé ».

La loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi renforce la protection sociale complémentaire du salarié

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 fixées 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 à l'issue de son contrat de travail, l'un de vos anciens salariés bénéficie de l'indemnisation par l'assurance chômage, il bénéficiera 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 regrouper des salariés en différentes catégories objectives, selon certains critères légalement définis, afin de permettre à l'entreprise de bénéficier d'exonérations 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[1] » 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.
- À 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 88 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 Composio Entreprise conforme aux minima des accords de branche concernés.

(1) ANI : Accord National Interprofessionnel de janvier 2013.

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[1] »**.

Quatre à sept niveaux[2] 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.**

La couverture santé ainsi choisie est conforme au cahier des charges du contrat dit « responsable ».

Exemple de socle entreprise

	Niv 1 (ANI[1])	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Hospitalisation		●					
Soins / Pharma	●						
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[3] est à leur charge.**

Exemple de renfort salarié

	Niv 1 (ANI[1])	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Hospitalisation		●●					
Soins / Pharma	●——	——●					
Optique			●——	——	——	——●	
Dentaire			●——	——	——	——●	
Médecine douce		●——	——	——●			

● Niveau de garanties choisi par le salarié.

(2) Pour conserver les avantages liés au contrat responsable, les modules « Hospitalisation » et « Soins / Pharmacie » peuvent, pour certains accords de branche, être capés au niveau 4. En revanche, cette règle ne s'applique pas pour les autres modules.

(3) Dans le cadre du 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

H **Hospitalisation** (y compris Maternité)			Socle modulable	Modification	Socle adapté
Honoraires					
Médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux y compris anesthésie	(4)		TM + 80 % BR	+ 50 % BR	TM + 130 % BR
Médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux y compris anesthésie	(4)		TM + 60 % BR	+ 50 % BR dans la limite du contrat responsable	TM + 100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes techniques médicaux lourds			Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Journalier Hospitalier					
Forfait hospitalier	(5)		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Établissements conventionnés					
Frais de séjour secteur conventionné			Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière par jour secteur conventionné			2,5 % PMSS	- 1 % PMSS	1,5 % PMSS
Établissements non conventionnés					
Frais de séjour secteur non conventionné			100 % BR	+ 50 % BR	150 % BR
Chambre particulière par jour secteur non conventionné			1 % PMSS	+ 0,5 % PMSS	1,5 % PMSS
Frais divers					
Frais d'accompagnant par jour (en cas d'hospitalisation d'un enfant)	(6)		1 % PMSS	-	1 % PMSS
Transport du malade			35 % BR	+ 100 % BR	135 % BR
Forfait Naissance					
Forfait naissance ou adoption			0 €	0 €	0 €

(4) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM – OPTAMCO).

(5) Le forfait journalier hospitalier est pris en charge sans limitation de durée.

(6) 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 bénéficiaire 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[7] est à leur charge. Le niveau de garantie indiqué pour les Renforts Santé accessibles inclut le niveau de garantie du Socle Santé.

H **Hospitalisation** (y compris Maternité)		Socle adapté	Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3
Honoraires					
Médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux y compris anesthésie	(4)	TM + 130 % BR	TM + 180 % BR	TM + 230 % BR	TM + 330 % BR
Médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux y compris anesthésie	(4)	TM + 100 % BR	TM + 180 % BR	TM + 230 % BR	TM + 330 % BR
Participation forfaitaire pour les actes techniques médicaux lourds		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Journalier Hospitalier					
Forfait hospitalier	(5)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Établissements conventionnés					
Frais de séjour secteur conventionné		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière par jour secteur conventionné		1,5 % PMSS	2,5 % PMSS	3,5 % PMSS	4,5 % PMSS
Établissements non conventionnés					
Frais de séjour secteur non conventionné		150 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR
Chambre particulière par jour secteur non conventionné		1,5 % PMSS	2 % PMSS	2,5 % PMSS	3 % PMSS
Frais divers					
Frais d'accompagnant par jour en cas d'hospitalisation d'un enfant	(6)	1 % PMSS	1.5 % PMSS	2 % PMSS	2.5 % PMSS
Transport du malade		135 % BR	185 % BR	235 % BR	335 % BR
Forfait Naissance					
Forfait naissance ou adoption		0 €	0 €	0 €	0 €

(7) Dans le cadre du 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[7] 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 ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, Allianz rembourse pour le niveau 2 de son offre Allianz Composio Entreprise :

- le ticket modérateur (soit TM = 30 % BR) + 70 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR),
- en plus de ce que rembourse la Sécurité sociale, c'est-à-dire 70 % BR.

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

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

- la Sécurité sociale rembourse 100 % BR (il n'y a plus de ticket modérateur),
- Allianz ajoute, alors, 70 % BR à celui de la Sécurité sociale, soit 170 % BR au maximum.

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

Illustration de l'approche modulaire

Ce tableau de garanties présente les niveaux accessibles pour les socles et renforts (hors CCN spécifiques).

H Hospitalisation (y compris Maternité)

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale 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 sont versées dans la limite des frais réellement engagés.		Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Honoraires								
Médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux y compris anesthésie	(8)	TM	TM + 80 % BR	TM + 130 % BR	TM + 180 % BR	TM + 280 % BR	TM + 380 % BR	TM + 480 % BR
Médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux y compris anesthésie	(8)	TM	TM + 60 % BR	TM + 100 % BR	TM + 100 % BR	TM + 280 % BR	TM + 380 % BR	TM + 480 % BR
Participation forfaitaire pour les actes techniques médicaux lourds		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Journalier Hospitalier								
Forfait hospitalier	(9)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Établissements conventionnés								
Frais de séjour secteur conventionné		TM	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière par jour secteur conventionné		0 % PMSS	2,5 % PMSS	4 % PMSS	5 % PMSS	6 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS
Établissements non conventionnés								
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		0 % PMSS	1 % PMSS	1,5 % PMSS	2 % PMSS	2,5 % PMSS	3 % PMSS	3,5 % PMSS
Frais divers								
Frais d'accompagnant par jour, en cas d'hospitalisation d'un enfant	(10)	0 % PMSS	1 % PMSS	1,5 % PMSS	2 % PMSS	2,5 % PMSS	3 % PMSS	3,5 % PMSS
Transport du malade		35 % BR	35 % BR	85 % BR	135 % BR	185 % BR	235 % BR	285 % BR
Forfait Naissance								
Forfait naissance ou adoption		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Exemples de remboursements pour un niveau 1 (ANI) lors d'une hospitalisation

H Hospitalisation

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'Assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Commentaires
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	20 €	0 €	Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	247,70 €	24 €	83,30 €	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	247,70 €	24 €	159,30 €	Prix moyen national de l'acte
Chambre particulière (en cas de chirurgie)	70 €	0 €	0 €	70 €	

Exemples réalisés avec le PMSS 2020 (3428 €) selon les précisions méthodologiques données par l'Unocam.

(8) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM – OPTAMCO).
(9) Le forfait journalier hospitalier est pris en charge sans limitation de durée.
(10) 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 bénéficiaire désigné au contrat.

Illustration de l'approche modulaire

Ce tableau de garanties présente les niveaux accessibles pour les socles et renforts (hors CCN spécifiques).

Soins courants

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale 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 sont versées dans la limite des frais réellement engagés.		Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Honoraires médicaux								
Médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Consultations, visites généralistes	(4)	TM	TM + 70% BR	TM + 120% BR	TM + 170% BR	TM + 320% BR	TM + 420% BR	TM + 520% BR
Consultations, visites spécialistes	(4)	TM	TM + 70% BR	TM + 120% BR	TM + 170% BR	TM + 320% BR	TM + 420% BR	TM + 520% BR
Actes de chirurgie en cabinet médical et actes techniques médicaux	(4)	TM	TM + 70% BR	TM + 120% BR	TM + 170% BR	TM + 320% BR	TM + 420% BR	TM + 520% BR
Radiologie	(4)	TM	TM + 70% BR	TM + 120% BR	TM + 170% BR	TM + 320% BR	TM + 420% BR	TM + 520% BR
Médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée Consultations, visites généralistes conventionnés ou non conventionnés	(4)	TM	TM + 50% BR	TM + 100% BR	TM + 100% BR	TM + 320% BR	TM + 420% BR	TM + 520% BR
Consultations, visites spécialistes conventionnés ou non conventionnés	(4)	TM	TM + 50% BR	TM + 100% BR	TM + 100% BR	TM + 320% BR	TM + 420% BR	TM + 520% BR
Actes de chirurgie en cabinet médical et actes techniques médicaux	(4)	TM	TM + 50% BR	TM + 100% BR	TM + 100% BR	TM + 320% BR	TM + 420% BR	TM + 520% BR
Radiologie	(4)	TM	TM + 50% BR	TM + 100% BR	TM + 100% BR	TM + 320% BR	TM + 420% BR	TM + 520% BR
Honoraires paramédicaux								
Auxiliaires médicaux		TM	100% BR	200% BR	300% BR	370% BR	440% BR	500% BR
Analyses et examens de laboratoires								
Analyses		TM	100% BR	200% BR	300% BR	370% BR	440% BR	500% BR
Médicaments								
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale		TM	TM	TM	TM	TM	TM	TM
Matériel médical								
Prothèse médicale, appareillage (hors optique et auditif)		TM	100% BR	200% BR	300% BR	370% BR	440% BR	500% BR
Divers								
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale		0% PMSS	10% PMSS	12% PMSS	15% PMSS	17% PMSS	20% PMSS	20% PMSS
AIDES AUDITIVES		Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 4	Niv 4	Niv 4
Équipements 100% Santé[11]								
Équipement de classe I (remboursement maximum dans la limite d'un équipement par oreille par période de 4 ans - y compris entretien annuel)		Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV
Équipements de classe II								
Prothèse auditive (remboursement maximum par année d'assurance dans la limite d'un équipement par oreille par période de 4 ans - y compris entretien annuel)		TM	6% PMSS	10% PMSS	14% PMSS	18% PMSS	22% PMSS	26% PMSS
Bonus Santéclair sur la prothèse auditive		0% PMSS	2% PMSS	4% PMSS	6% PMSS	8% PMSS	10% PMSS	10% PMSS

Exemples de remboursements pour un niveau 2 lors d'une visite chez le médecin

Soins courants

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'Assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Commentaires
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25€	16,50€	7,50€	1€	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30€	20€	9€	1€	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44€	20€	23€	1€	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56€	15,10€	18,40€	22,50€	Prix moyen national de l'acte

Exemples réalisés avec le PMSS 2020 (3428 €) selon les précisions méthodologiques données par l'Unocam.

(11) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM-OPTAMCO).

Optique

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale 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 sont versées dans la limite des frais réellement engagés.		Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Équipements 100 % Santé[12]								
Équipement Classe A		Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV
Équipements de Classe B ou mixtes[13]								
Monture + 2 verres simples		100 €	160 €	220 €	280 €	340 €	400 €	420 €
Monture + 2 verres complexes		200 €	290 €	380 €	470 €	560 €	650 €	700 €
Monture + 2 verres très complexes		200 €	300 €	400 €	500 €	600 €	720 €	800 €
Bonus Santéclair sur les verres (dans la limite du plafond du contrat Responsable, sur le niveau socle)		0€	70 €	70 €	70 €	70 €	20 €	0€
Autres								
Lentilles (y compris jetables) prises en charge ou non par la Sécurité sociale par an par bénéficiaire + produits	(14)	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.		0 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS	12 % PMSS	16 % PMSS	20 % PMSS	20 % PMSS
Prestation d'adaptation		Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV	Frais réels dans la limite du PLV

(12) Tels que définis réglementairement dans la limite: des honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et des prix limites de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives. À compter du 01/01/2020 en optique et dentaire (sauf prothèses amovibles) et du 01/01/2021 en auditif et dentaire (prothèses amovibles).

(13) Les remboursements en optique sont en fonction du défaut de vision. Ceux-ci sont classés de la façon suivante :

Verre de correction simple :
- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries,
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verre de correction complexe :
- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verre de correction très complexe :
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries,
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

La garantie optique s'applique, dans la limite d'un équipement (verres + montures) par période de 2 ans (sauf en cas de changement de défaut de vision ou pour les enfants de moins de 16 ans).

Pour les équipements mixtes :
Si les 2 verres sont en classe A et la monture en classe B : les verres sont pris en charge intégralement dans la limite des PLV, la monture est prise en charge à hauteur de la différence entre le forfait prévu au barème et le montant remboursé au titre des verres, avec au minimum le TM (0,02 € au 1er janvier 2020) et dans la limite de 100 €.
Si les 2 verres sont en classe B et la monture en classe A : la monture est prise en charge intégralement dans la limite du PLV (30 € maximum au 1er janvier 2020), les verres sont pris en charge à hauteur de la différence entre le forfait prévu au barème et le montant remboursé au titre de la monture.
Pour un équipement intégralement en classe B, le forfait prévu au barème s'applique avec un plafond de remboursement pour la monture à 100 €.

(14) TM au-delà du forfait pour les lentilles prises en charge par la Sécurité sociale.

Exemples réalisés avec le PMSS 2020 (3428 €) selon les précisions méthodologiques données par l'Unocam.

Exemples de remboursements pour un niveau 4 à la suite d'une prescription d'un ophtalmologue

Optique

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'Assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Commentaires
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100 % Santé)	125 €	22,50 €	102,50 €	0 €	Prix limite de vente et base de remboursement pour un assuré de plus de 16 ans
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345 €	0,09 €	299,94 €	44,97 €	Base de remboursement pour un assuré de plus de 16 ans (145 € (15) pour la monture et 100 € par verre)

Exemples de remboursements pour un niveau 4 d'un équipement auditif Chez un audioprothésiste du réseau Santéclair

Aides auditives

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'Assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Commentaires
Aide auditive de classe I par oreille	1 100 €	210 €	685,60 €	204,40 €	La prise en charge totale dans la limite du PLV* ne sera applicable qu'à partir de 2021.
Aide auditive de classe II par oreille	1 476 €	210 €	685,60 €	580,40 €	Prix moyen national de l'acte et avec base de remboursement 2020

(15) Pris en charge jusqu'à 100 € pour la monture.

Exemples réalisés avec le PMSS 2020 (3428 €) selon les précisions méthodologiques données par l'Unocam.

*PLV : Prix Limite de Vente

Dentaire

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale 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 sont versées dans la limite des frais réellement engagés et plafonnées aux honoraires limites de facturation en dentaire.	Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Soins et Prothèses 100 % Santé							
Équipement 100 % Santé	Frais réels dans la limite des HLF	Frais réels dans la limite des HLF	Frais réels dans la limite des HLF	Frais réels dans la limite des HLF	Frais réels dans la limite des HLF	Frais réels dans la limite des HLF	Frais réels dans la limite des HLF
Soins							
Soins, inlay / onlay	55 % BR	100 % BR	200 % BR	300 % BR	360 % BR	430 % BR	500 % BR
Prothèses							
Prothèses dentaires (couronne et inter de bridge) prises en charge par la Sécurité sociale - dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	55 % BR	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
Autres actes de prothèse dentaire pris en charge par la Sécurité sociale	55 % BR	100 % BR	200 % BR	300 % BR	360 % BR	430 % BR	500 % BR
Bonus Santéclair sur prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	0 % BR	50 % BR	50 % BR	75 % BR	75 % BR	100 % BR	100 % BR
Traitements d'orthodontie							
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	0 % PMSS	4 % PMSS	8 % PMSS	12 % PMSS	16 % PMSS	20 % PMSS	20 % PMSS
Autres							
Implantologie (pilier + implant), par an et par bénéficiaire	0 % PMSS	8 % PMSS	12 % PMSS	16 % PMSS	20 % PMSS	24 % PMSS	30 % PMSS
Dents et Couronnes provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale	0 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS
Parodontologie/parodontie, par an et par bénéficiaire	0 % PMSS	6 % PMSS	10 % PMSS	14 % PMSS	18 % PMSS	20 % PMSS	20 % PMSS

Exemples de remboursements pour un niveau 7 lors de soins et équipements réalisés chez un dentiste du réseau Santéclair

Dentaire

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'Assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Commentaires
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €	Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100 % Santé)	500 €	84 €	416 €	0 €	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	538,70 €	84 €	454,70 €	0 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	84 €	454,70€	0 €	Prix moyen national de l'acte
Implant	1 500 €	0 €	1 028,40 €	471,60 €	

Exemples réalisés avec le PMSS 2020 (3428 €) selon les précisions méthodologiques données par l'Unocam.

Médecine douce / prévention

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale 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 sont versées dans la limite des frais réellement engagés.	Niv 1 (ANI)	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Niv 7
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	0 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chiropractie, ostéopathie, acupuncture, homéopathie, étiopathie - Diététiciens - Psychologue, Psychomotricité, ergothérapie, pédicure-podologie... par an et par bénéficiaire	0 €	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	0 €	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Analyses, examens et radiologie prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire	0 €	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
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	Tous les actes	Tous les actes	Tous les actes	Tous les actes	Tous les actes

Exemples de remboursements pour un niveau 7 lors de soins chez un ostéopathe

Médecines douces

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'Assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Commentaires
Soin non remboursé par l'Assurance maladie obligatoire					
Séance d'ostéopathie	60 €	0 €	60 €	0 €	

Action sociale de la branche - Solidarité - Prévention Santé

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.

Exemples réalisés avec le PMSS 2020 (3428 €) selon les précisions méthodologiques données par l'Unocam.

Services

	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 et notamment en dehors du dispositif « 100 % Santé ».
- De plus, vous bénéficiez d'une majoration du montant de vos prestations (bonus[16]) lorsque vos dépenses de santé sont réalisées auprès de nos partenaires du réseau.

Les spécialistes Santéclair analysent aussi votre devis établi par votre praticien (optique, auditif, dentaire, chirurgical ou obstétrique) et vous répondent dans les 72 heures. Pour les devis dentaires et chirurgicaux, vous pouvez même obtenir une réponse en quelques minutes en saisissant les données de votre devis. De plus, les spécialistes Santéclair pourront vous donner des conseils afin de faire baisser votre reste à charge (comme vous réorienter vers un professionnel membre du réseau par exemple).

Sans oublier les avantages exclusifs sur le site de vente **lentillesmoinscheres.com :** les frais de livraison sont offerts et vos commandes sont traitées prioritairement !

(16) Optique, dentaire, audioprothèse.

SERVICES

Allianz Assistance 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 d'Allianz 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 d'Allianz 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'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.

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.

VOTRE ESPACE CLIENT ALLIANZ.FR

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

Consultez 24 h / 24 et 7 j / 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,
- pour demander un remboursement, connaître son reste à charge et faire analyser un devis : il faut vous connecter à votre Espace client Allianz.fr/Mes démarches.

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.

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 Clients 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.

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

Association De Prévoyance Santé
Association loi du 1er juillet 1901 enregistrée à la Préfecture des Hauts-de-Seine sous le n° W922002348.
Siège social : Tour Neptune - Case Courrier 1932.
20, place de Seine - La Défense 1 - 92400 Courbevoie.

www.adps-sante.fr

AWP France SAS
Société par actions simplifiée au capital de 7.584.076,86 €
490 381 753 RCS Bobigny
Société de courtage d'assurances
Inscription ORIAS 07 026 669 - www.orias.fr
Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
Désignée sous le nom commercial « Allianz Assistance »

www.allianz-partners.fr

Union Nationale pour les Intérêts de la Médecine
Association Loi de 1908
Siège social : 4, rue des messageries - 57000 Metz

www.unim.asso.fr

PEFC 10-31-1157

Document à caractère publicitaire, ne pas jeter sur la voie publique.

COM19974 - V09/20 - Imp09/20 - Réalisation Amalthéa Communication - Crédits photos : . Matton Images/Juice Images/OEM Images/PhotoAlto - ©Getty Images/Photographe Kupicoo/Luis Alvarez - AdobeStock/Oksana Kuzmina - istock/gradyreese.