

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



Allianz Vie
Société anonyme au capital de 643 054 425 euros.
340 234 962 RCS Paris.

Allianz IARD
Société anonyme au capital de 991 967 200 euros.
542 110 291 RCS Paris.
Entreprises régies par le Code des assurances.
Siège social : 87, rue de Richelieu - 75002 Paris.

www.allianz.fr



Mondial Assistance France
Société par Actions Simplifiée au capital de 7 584 076,86 euros.
490 381 753 RCS Paris.
Siège social : 54, rue de Londres - 75008 Paris.
Société de courtage en assurances. Inscription ORIAS 07 026 669.

www.mondial-assistance.fr

Document à caractère publicitaire



COM17439 - V01/15 - Imp 01/15 - Réalisation Alloscan (Groupe Amalthés) - Crédits photos : Matton Images / Juice Images / Phovoir / OEM Images / PhotoAlto / Radius Images.

Allianz Composio Entreprise

Composez la couverture santé
de vos salariés.

allianz.fr

Assurance Allianz





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 83 millions de clients.

Parce qu'une couverture en frais de santé est nécessaire pour compenser le désengagement progressif de la Sécurité sociale, Allianz met son expertise au service des entreprises qui encouragent la protection sociale.

Votre Conseiller Allianz est votre interlocuteur privilégié pour analyser vos besoins et vous accompagner dans la mise en place des meilleures solutions.

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

Allianz vous permet d'offrir à vos salariés une couverture santé personnalisable tout en respectant vos impératifs budgétaires et réglementaires. Dans le cadre du nouveau cahier des charges du contrat dit « responsable », votre Conseiller Allianz vous accompagne dans vos choix de niveaux de garanties selon que vous bénéficiez ou non d'une période transitoire.

Choix Entreprise

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

De 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.

Exemple de socle entreprise	Niv 1 (ANI)	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. Le coût de ces renforts* 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 / Pharma	●	●					
Optique			●	●	●		
Dentaire			●	●	●	●	
Médecine douce		●	●	●			

● Niveau de garanties choisi par le salarié.



Hospitalisation



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 Honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux y compris anesthésie	20% BR	80% BR	130% BR ⁽²⁾	145% BR ⁽²⁾	300% BR	400% BR	500% BR
Forfait hospitalier ⁽³⁾	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) ⁽⁴⁾	-	1% PMSS	1,5% PMSS	2% PMSS	2,5% PMSS	3% PMSS	3,5% PMSS
Frais de séjour secteur conventionné	20% BR	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	20% BR	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

(2) La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du contrat d'accès aux soins sera limité à 125% du tarif de la Sécurité sociale dans un premier temps puis 100% de ce tarif à compter de 2017.

(3) le forfait hospitalisation est versé sans limitation de durée

(4) 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 €

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 2015.



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	30% BR	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	30% BR	100% BR	150% BR	200% BR	350% BR	450% BR	550% BR
Médecins ayant signé le CAS (1) Radiologie	30% BR	100% BR	150% BR	200% BR	350% BR	450% BR	550% BR
Médecins n'ayant pas signé le CAS Consultations, visites généralistes et spécialistes conventionnés ou non conventionnés Actes de chirurgie en cabinet médical et actes techniques médicaux Radiologie	30% BR	80% BR	130% BR ⁽²⁾	145% BR ⁽²⁾	350% BR	450% BR	550% BR
Auxiliaires médicaux, Analyses	40% BR	100% BR	200% BR	300% BR	370% BR	440% BR	500% BR
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR - RSS	100% BR - RSS	100% BR - RSS	100% BR - RSS	100% BR - RSS	100% BR - RSS	100% BR - RSS
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale	-	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

(2) La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du contrat d'accès aux soins sera limité à 125% du tarif de la Sécurité sociale dans un premier temps puis 100% de ce tarif à compter de 2017.

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€

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 2015.



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, sauf pour les mineurs et en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue ; dans ces deux cas, elle 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 il 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 €

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 2015.



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 1850€ (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€	253,60€	380,40€	507,20€	634€	760,80€	951€
	Reste à charge pour le patient	1280€	1026,40€	899,60€	772,80€	646€	519,20€	329€

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 charge pour le patient	640€	386,40€	259,60€	132,80€	6€	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€

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		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



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 2015.



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 / Prévention							
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 forfaitaire de 18 € pour les actes techniques médicaux lourds supérieurs à 120 €	Frais réels	Frais réels					
Prévention							
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					

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, et auprès des auxiliaires médicaux.
- mais aussi celles engagées en dentaire, orthodontie, optique, audioprothèse et pour les soins externes effectués lors d'une hospitalisation.

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

- Par exemple, en cas de questions sur une maladie ou des démarches à effectuer, Allianz vous répond et vous conseille.
- De même, en cas d'hospitalisation, vos enfants sont gardés, une aide-ménagère vous est proposée et les frais de déplacement d'un membre de votre famille sont pris en charge (selon certaines limites).

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.

ADPS, la solidarité partagée

L'association « ADPS » à but non lucratif regroupant 500 000 adhérents soutient les adhérents en difficulté et développe le mécénat social. Elle a également pour objet le développement de l'information et de la prévention en matière de santé.

Les deux contrats, l'un obligatoire, l'autre facultatif, sont souscrits par l'ADPS auprès d'Allianz.