

GUIDE DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ 2021

Garanties et Services

Ensemble du Personnel





Bienvenue

Nous avons le plaisir de vous adresser le guide de votre complémentaire santé Henner. Vous y trouverez tous les services et les avantages qui vous sont réservés, ainsi que nos conseils pour vous aider dans vos démarches !

Vous pouvez naturellement compter sur la disponibilité de notre équipe pour vous informer et vous accompagner au quotidien.

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous accordez.

Votre équipe Henner

Sommaire



1 Votre complémentaire santé

- Votre tableau de garanties
- Exemples de remboursements
- L'essentiel de votre contrat



2 Vos services Henner

- Comment bien utiliser votre complémentaire santé ?
- Comment accéder à votre espace client ?
- Votre Unité de Gestion



3 Vos démarches

- La télétransmission
- Les pièces justificatives
- Questions pratiques



4 Bien comprendre les réformes pour maîtriser vos dépenses de santé

- Le Contrat responsable et le Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée
- Le 100% Santé



5 Traitement des données à caractère personnel

- Charte RGPD assurés



1

Votre complémentaire santé



2

Vos services Henner



3

Vos démarches



4

**Bien comprendre les réformes
pour maîtriser vos dépenses de santé**



5

**Traitements des données
à caractère personnel**

VOTRE TABLEAU DE GARANTIES AU 01/07/2021

Les prestations s'entendent en complément des remboursements de l'Assurance maladie, sauf indication contraire spécifique : "y compris Sécurité sociale" ou "Non pris en charge par l'AM".
 Les garanties Régime Economique, Régime Sécurité et Régime Confort sont qualifiées de responsables conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 II du code de la sécurité sociale modifiés par la LFSS pour 2019 et du décret du 11 janvier 2019 visant notamment à garantir un accès sans reste à charge de certains soins ou équipements en optique, dentaire et audiologie. En tout état de cause, le contrat prend en charge le ticket modérateur dans les conditions fixées par l'article R. 871-1 II du code de la sécurité sociale.
 Toutes les prestations respectent les dispositions du contrat solidaire en application de la loi du 13 août 2004 : ainsi sont exclues la participation forfaitaire, les franchises et la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

	RÉGIME ECONOMIQUE	RÉGIME SÉCURITÉ	RÉGIME CONFORT
H HOSPITALISATION			
Hospitalisation chirurgicale et médicale (hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)			
Frais de séjour	TM	200 % BR	300 % BR
Chambre particulière	-	35 € par jour	70 € par jour
Honoraires			
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	TM	Médecin DPTM : TM + 180 % BR Médecin non DPTM : TM + 50 % BR	Médecin DPTM : TM + 280 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR
Forfait sur les actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Hospitalisation en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé			
Frais de séjour	TM	200 % BR	300 % BR
Chambre particulière	-	35 € par jour	70 € par jour
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais hospitaliers			
Lit d'accompagnant (moins de 16 ans)	-	15 € par jour	35 € par jour
Frais de transport	TM	TM	TM
Maternité			
Forfait naissance (par enfant)	-	15 % PMSS	20 % PMSS
U SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Médecin généraliste	TM	Médecin DPTM : TM + 20 % BR Médecin non DPTM : TM	Médecin DPTM : TM + 120 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR
Médecin spécialiste	TM	Médecin DPTM : TM + 50 % BR Médecin non DPTM : TM + 30 % BR	Médecin DPTM : TM + 120 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR
Actes techniques dispensés par le médecin	TM	Médecin DPTM : TM + 50 % BR Médecin non DPTM : TM + 30 % BR	Médecin DPTM : TM + 120 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR
Actes de radiologie et échographie	TM	Médecin DPTM : TM + 50 % BR Médecin non DPTM : TM + 30 % BR	Médecin DPTM : TM + 120 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux	TM	50 % BR	150 % BR
Médicaments			
Médicaments et vaccins pris en charge par l'AM	TM	TM	TM
Médicaments prescrits et vaccins prescrits non pris en charge par l'AM	-	-	50 € par année civile
Autres soins courants			
Analyses et examens de laboratoire	TM	50 % BR	150 % BR
Matériel médical	TM	150 % BR	300 % BR
DENTAIRE			
Soins			
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	TM + 25 % BR	70 % BR	150 % BR
Radiologie dentaire	TM + 25 % BR	70 % BR	150 % BR
Prothèses			
Prothèses 100% santé*			
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR
Prothèses à tarifs maîtrisés limités à 100 % PLV - MR et à tarifs libres			
Prothèses fixes : couronnes et bridges	TM + 25 % BR	250 % BR	350 % BR
Prothèses amovibles	TM + 25 % BR	250 % BR	350 % BR
Couronnes provisoires	TM + 25 % BR	250 % BR	350 % BR
Inlays core	TM + 25 % BR	250 % BR	350 % BR
Inlays / onlays	TM + 25 % BR	250 % BR	350 % BR
Implantologie			
Couronne sur implant (acte à tarif libre)	TM + 25 % BR	250 % BR	350 % BR
Actes dentaires non pris en charge	-	650 € par année civile	1300 € par année civile
Plafond sur l'implantologie			
Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM	-	10 % PMSS par implant avec un maximum de 2 implants par année civile	20 % PMSS par implant avec un maximum de 2 implants par année civile
Inlay core non pris en charge par l'AM			
Prothèses non prises en charge par l'AM	-	250 € par dent	400 € par dent
Voir liste en annexe			
Orthodontie non prise en charge par l'AM	-	250 € par année civile	400 € par année civile
Orthodontie			
Orthodontie (par semestre de soin)	TM + 25 % BR	200 % BR	250 % BR

OO OPTIQUE

Paire de lunettes

La garantie optique s'applique, à partir de la dernière facturation d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans, pour les assurés âgés de 16 ans et plus,
- par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans,
- par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

La période de 2 ans applicable aux assurés de 16ans et plus est réduite en cas d'évolution de la vue à un an pour la prise en charge d'un équipement complet.

La période d'un an n'est pas opposable aux enfants de moins de 16 ans pour les verres en cas d'évolution objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Dans tous les cas aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la refraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, deux équipements correspondant à chacun des deux déficits mentionnés peuvent être garantis.

Equipements 100% Santé*

Monture, verres, suppléments et prestation optique	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR
Equipements à tarifs libres			
Monture	50 €	90 €	100 € - MR
Par paire de verres simples Classe A : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 6	50 €	150 €	200 €
1 verre simple + 1 verre complexe	100 €	225 €	300 €
Par paire de verres complexes Classe C : verres unifocaux différents de la classe A, verres multifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -4 et 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 8	150 €	300 €	400 €
1 verre simple + 1 verre très complexe	125 €	275 €	400 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe	175 €	350 €	500 €
Par paire de verres très complexes Classe F : verres multifocaux différents de la classe C	200 €	400 €	600 €

Les suppléments et prestations optiques pris en charge par l'AM sont inclus dans les plafonds indiqués ci-dessus.

Lentilles cornéennes

Lentilles prises en charge ou non par l'AM Au-delà du plafond, remboursement du TM	TM	4% PMSS par année civile	6 % PMSS par année civile
Chirurgie réfractive	-	-	20 % PMSS par œil et par année civile
Implant intraoculaire multifocaux posés à l'occasion de l'opération de la cataracte	-	200 € par œil	300 € par œil

AIDES AUDITIVES

Le renouvellement de la prise en charge ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Equipements 100% Santé*	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR
Aides auditives	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR
Equipements à tarifs libres			
Aides auditives jusqu'à 20 ans	1400 € - MR par oreille	1700 € - MR par oreille	1700 € - MR par oreille
Aides auditives plus de 20 ans	400 € - MR par oreille	840 € - MR par oreille	1440 € - MR par oreille

CURES

Cures thermales, frais engagés plafonnés par séjour (frais d'hébergement et de transport pris en charge par l'AM)

PRÉVENTION NON PRISE EN CHARGE PAR L'AM	40 € par acte (limité à 2 actes par année civile)	50 € par acte (limité à 3 actes par année civile)
Ostéopathes, diététiciens, homéopathes et étiopathes	-	-

ASSISTANCE

Vie quotidienne	OUI	OUI	OUI
Téléconsultation	OUI	OUI	OUI

* tels que définis réglementairement.

** Article qui renvoie à la liste prévue par l'Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associés pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste des produits et prestations remboursés prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (§ VIII qui vise les cas de renouvellements anticipés).

Lexique

AM : Assurance Maladie
BR : Base de Remboursement de l'Assurance Maladie
BR-MR : Base de Remboursement de l'Assurance Maladie sous déduction du Montant Remboursé par l'Assurance Maladie
FR-MR : Frais Réels sous déduction du Montant Remboursé par l'Assurance Maladie
TM : Ticket Modérateur
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
DPTM : le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée est applicable à l'ensemble des spécialités de médecins. Il s'agit d'un engagement du médecin envers l'Assurance Maladie, visant à encadrer la prise en charge des dépassements d'honoraires. Ce dispositif recouvre le C.A.S (Contrat d'accès aux soins), l'OPTAM ET l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) (CO pour chirurgie et obstétrique).
PLV : Prix Limite de Vente
HLF : Honoraires Limites de Facturation

Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non prises en charge par l'AM" : Recoulement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016). Pose d'une prothèse dentaire plurirale (bridge) (HBLD034). Pose de mainteneurs d'espace interdentaires (HBLD002, HBLD006). Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003). Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivocanin (HBMD049). Pose d'un attachement coronoradiculaire sur une dent (HBLD008). Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004). Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007). Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079). Ablation d'un ancrage coronoradiculaire (HBGD005). Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009).

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT AU 01/07/2021

Régime Général

POSTE	DÉPENSE	REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE	REMBOURSEMENT DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (RÉGIME ÉCONOMIQUE)	RESTE À CHARGE
H HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier en court séjour (1)	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTM) pour une opération chirurgicale de la cataracte (2)	355,00 €	247,70 €	24,00 €	83,30 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTM) pour une opération chirurgicale de la cataracte (2)	431,00 €	247,70 €	24,00 €	159,30 €
Chambre particulière en chirurgie/jour	70,86 €	0,00 €	-	-
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires pour une pose de prothèse totale de hanche (3)	1 609,30 €	435,80 €	24,00 €	1 149,50 €
U SOINS COURANTS				
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires (4)	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires (non adhérent DPTM) (4)	43,36 €	15,10 €	6,90 €	21,36 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires (4)	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTM) (4)	44,00 €	20,00 €	9,00 €	15,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTM) (4)	56,00 €	15,10 €	6,90 €	34,00 €
D DENTAIRE				
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €
Couronne céramo - métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
Couronne céramo - métallique sur deuxièmes prémolaires (prothèse à tarif maîtrisé)	538,70 €	84,00 €	66,00 €	388,70 €
Couronne céramo - métallique sur molaires (prothèse à tarif libre)	538,70 €	75,25 €	59,13 €	404,33 €
Orthodontie prise en charge par l'AM	743,00 €	193,50 €	48,38 €	501,13 €
OO OPTIQUE				
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé) (5)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux (équipement à tarif libre) (5)	345,00 €	0,09 €	99,91 €	245,00 €
Lentilles jetables non prises en charge par l'AM	176,00 €	0,00 €	-	-
AA AIDES AUDITIVES				
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé) (6)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille (équipement à tarif libre) (7)	1 476,00 €	240,00 €	160 € par oreille	1 076,00 €
PRÉVENTION				
Ostéopathie	55,52 €	0,00 €	-	-

Les exemples sont à titre indicatif, sans valeur contractuelle.

(1) Hors hospitalisation en milieu psychiatrique

(2) Opération de la cataracte (acte BFGA427)

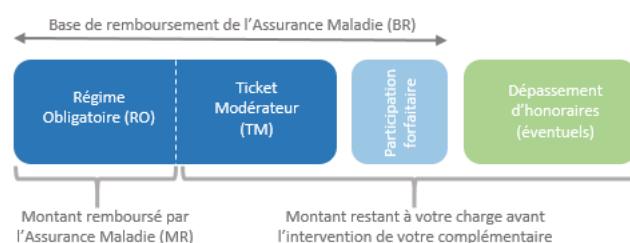
(3) Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale (acte NEKA020)

(4) Basé sur le respect du parcours de soins, avec participation forfaitaire de 1€ à la charge de l'affilié

(5) Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte

(6) Pour un adulte de plus de 20 ans à compter du 01/01/2021

(7) Pour un adulte de plus de 20 ans



QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT AU 01/07/2021

Régime Général

POSTE	DÉPENSE	REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE	REMBOURSEMENT DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (RÉGIME SÉCURITÉ)	RESTE À CHARGE
H HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier en court séjour (1)	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTM) pour une opération chirurgicale de la cataracte (2)	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTM) pour une opération chirurgicale de la cataracte (2)	431,00 €	247,70 €	159,85 €	23,45 €
Chambre particulière en chirurgie/jour	70,86 €	0,00 €	35 € par jour	35,86 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires pour une pose de prothèse totale de hanche (3)	1 609,30 €	435,80 €	851,64 €	321,86 €
U SOINS COURANTS				
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires (4)	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires (non adhérent DPTM) (4)	43,36 €	15,10 €	6,90 €	21,36 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires (4)	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTM) (4)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTM) (4)	56,00 €	15,10 €	12,80 €	28,10 €
D DENTAIRE				
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €
Couronne céramo - métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
Couronne céramo - métallique sur deuxièmes prémolaires (prothèse à tarif maîtrisé)	538,70 €	84,00 €	300,00 €	154,70 €
Couronne céramo - métallique sur molaires (prothèse à tarif libre)	538,70 €	75,25 €	268,75 €	194,70 €
Orthodontie prise en charge par l'AM	743,00 €	193,50 €	387,00 €	162,50 €
OO OPTIQUE				
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé) (5)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux (équipement à tarif libre) (5)	345,00 €	0,09 €	239,91 €	105,00 €
Lentilles jetables non prises en charge par l'AM	176,00 €	0,00 €	137,12 €	38,88 €
珥 AIDES AUDITIVES				
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé) (6)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille (équipement à tarif libre) (7)	1 476,00 €	240,00 €	600 € par oreille	636,00 €
💉 PRÉVENTION				
Ostéopathie	55,52 €	0,00 €	40 € limité à 2 actes par année civile	15,52 €

Les exemples sont à titre indicatif, sans valeur contractuelle.

(1) Hors hospitalisation en milieu psychiatrique

(2) Opération de la cataracte (acte BFGA427)

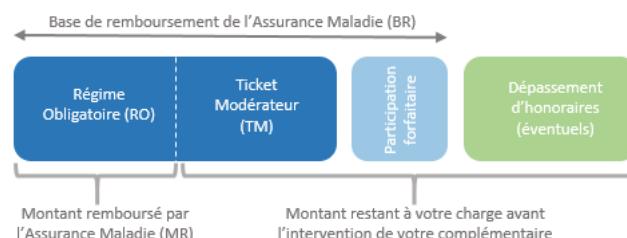
(3) Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale (acte NEKA020)

(4) Basé sur le respect du parcours de soins, avec participation forfaitaire de 1€ à la charge de l'affilié

(5) Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte

(6) Pour un adulte de plus de 20 ans à compter du 01/01/2021

(7) Pour un adulte de plus de 20 ans



QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT AU 01/07/2021

Régime Général

POSTE	DÉPENSE	REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE	REMBOURSEMENT DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (RÉGIME CONFORT)	RESTE À CHARGE
H HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier en court séjour (1)	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTM) pour une opération chirurgicale de la cataracte (2)	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTM) pour une opération chirurgicale de la cataracte (2)	431,00 €	247,70 €	183,30 €	0,00 €
Chambre particulière en chirurgie/jour	70,86 €	0,00 €	70 € par jour	0,86 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires pour une pose de prothèse totale de hanche (3)	1 609,30 €	435,80 €	1 176,50 €	0,00 €
U SOINS COURANTS				
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires (4)	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires (non adhérent DPTM) (4)	43,36 €	15,10 €	27,26 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires (4)	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTM) (4)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTM) (4)	56,00 €	15,10 €	29,90 €	11,00 €
D DENTAIRE				
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €
Couronne céramo - métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
Couronne céramo - métallique sur deuxièmes prémolaires (prothèse à tarif maîtrisé)	538,70 €	84,00 €	420,00 €	34,70 €
Couronne céramo - métallique sur molaires (prothèse à tarif libre)	538,70 €	75,25 €	376,25 €	87,20 €
Orthodontie prise en charge par l'AM	743,00 €	193,50 €	483,75 €	65,75 €
O O OPTIQUE				
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé) (5)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux (équipement à tarif libre) (5)	345,00 €	0,09 €	299,91 €	45,00 €
Lentilles jetables non prises en charge par l'AM	176,00 €	0,00 €	176,00 €	0,00 €
珥 AIDES AUDITIVES				
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé) (6)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille (équipement à tarif libre) (7)	1 476,00 €	240,00 €	1200 € par oreille	36,00 €
💉 PRÉVENTION				
Ostéopathie	55,52 €	0,00 €	50 € limité à 3 actes par année civile	5,52 €

Les exemples sont à titre indicatif, sans valeur contractuelle.

(1) Hors hospitalisation en milieu psychiatrique

(2) Opération de la cataracte (acte BFGA427)

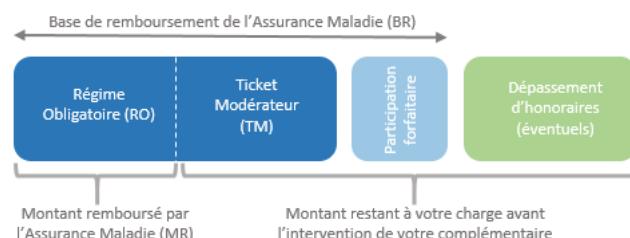
(3) Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale (acte NEKA020)

(4) Basé sur le respect du parcours de soins, avec participation forfaitaire de 1€ à la charge de l'affilié

(5) Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte

(6) Pour un adulte de plus de 20 ans à compter du 01/01/2021

(7) Pour un adulte de plus de 20 ans



L'essentiel de votre contrat

L'objet du contrat

Votre contrat vous accorde le versement de prestations complémentaires à celles du régime de base de l'Assurance Maladie en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires. Henner, qui a pour vocation de gérer des régimes de protection sociale, a été chargé de la gestion du contrat souscrit par votre société ou groupement auprès d'ALLIANZ.

Les bénéficiaires

Sont bénéficiaires de la garantie, outre vous-même en tant qu'affilié, vos ayants-droit, ci-après définis:



Votre conjoint : marié ou à défaut partenaire lié par un Pacte Civile de Solidarité – PACS ou à défaut votre concubin



Vos enfants et ceux de votre conjoint

Jusqu'à leur 28^e anniversaire : étudiant, primo demandeur d'emploi à charge fiscale d'un des deux parents.

Quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles attribuée alors que l'enfant était encore à la charge du salarié ou de son conjoint au sens fiscal

Vos ascendants à charge fiscalement.

Entrée/sortie option ou surcomplémentaire

Entrée :

- À l'entrée des effectifs
- Au 1er janvier de chaque année avec demande avant le 15 décembre précédent
- En cas de changement de situation de famille : demande à formuler le mois qui suit l'événement

Sortie :

- À tout moment après un an d'ancienneté en respectant un préavis d'un mois
- En cas de changement de situation de famille : demande à formuler le mois qui suit l'événement

Remarques importantes

- Ces prestations ont été établies en considération de la législation de l'Assurance Maladie en vigueur. Toute modification de cette législation pourra entraîner une modification de nos remboursements. Pour tous les soins pratiqués à l'étranger, notre remboursement sera effectué en complément de l'Assurance Maladie sur la base des tarifs pratiqués en France.
- Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'affilié après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.
- Les garanties de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 9 de la Loi du 31.12.1989).

En cas de cessation d'affiliation au contrat d'entreprise

Si votre affiliation au contrat d'entreprise cesse, quel qu'en soit le motif, adressez-vous à votre Unité de Gestion.

Le maintien des garanties

Portabilité

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage, **les garanties pourront être maintenues sous certaines conditions pour une durée de 12 mois maximum** (application de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 puis loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013). Les modalités de maintien sont communiquées par votre employeur.

Loi Évin

- Les anciens salariés peuvent bénéficier sous certaines conditions d'un maintien de couverture Santé (Article 4 loi Évin 31 décembre 1989). À défaut d'information particulière, toute demande pour ce dispositif doit être adressée à votre Unité de Gestion dans les 6 mois suivant la rupture de votre contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de votre période de portabilité.
- Ce maintien s'applique également aux ayants-droit de l'adhérent décédé, pendant une durée de 12 mois à compter de la date du décès sous réserve qu'ils aient été inscrits comme ayants droit de l'adhérent avant son décès.
Dans ce cas, les garanties sont maintenues gratuitement aux autres bénéficiaires le premier mois.

La Garantie Assistance

Ces prestations résultent d'une convention d'assurance de groupe passée avec la Garantie Assistance **ALLIANZ Assistance** sous le numéro de contrat **620858**. Toute dépense engagée sans accord préalable ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori. Vous trouverez toutes les conditions dans la notice garantie assistance disponible sur www.henner.fr.

Conditions d'accès auprès d'Allianz Assistance :

- Numéro d'appel réservé au client 7j/7 24h/24 : - de France, n° Cristal* : 09 69 323 536 - de l'étranger : + 33 1 40 25 58 28
- N° de protocole Allianz à communiquer : 620 858 ainsi que le n° de contrat Santé Allianz.

La prescription

Toute action résultant de l'application du présent contrat est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où le GIE HENNER-GMC et/ou votre assureur en a connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (action en justice, reconnaissance du droit de celui contre lequel il est prescrit) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le GIE HENNER-GMC au bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le bénéficiaire ou l'ayant-droit au GIE HENNER-GMC, en ce qui concerne le règlement de la prestation.



1

Votre complémentaire santé



2

Vos services Henner



3

Vos démarches



4

**Bien comprendre les réformes
pour maîtriser vos dépenses de santé**



5

**Traitements des données
à caractère personnel**

Comment bien utiliser votre complémentaire santé ?

ÉTAPE 1 • Pour être bien remboursé

Suivez le parcours de soins



ÉTAPE 2 • Pour être encore mieux remboursé

Utilisez votre carte d'assuré

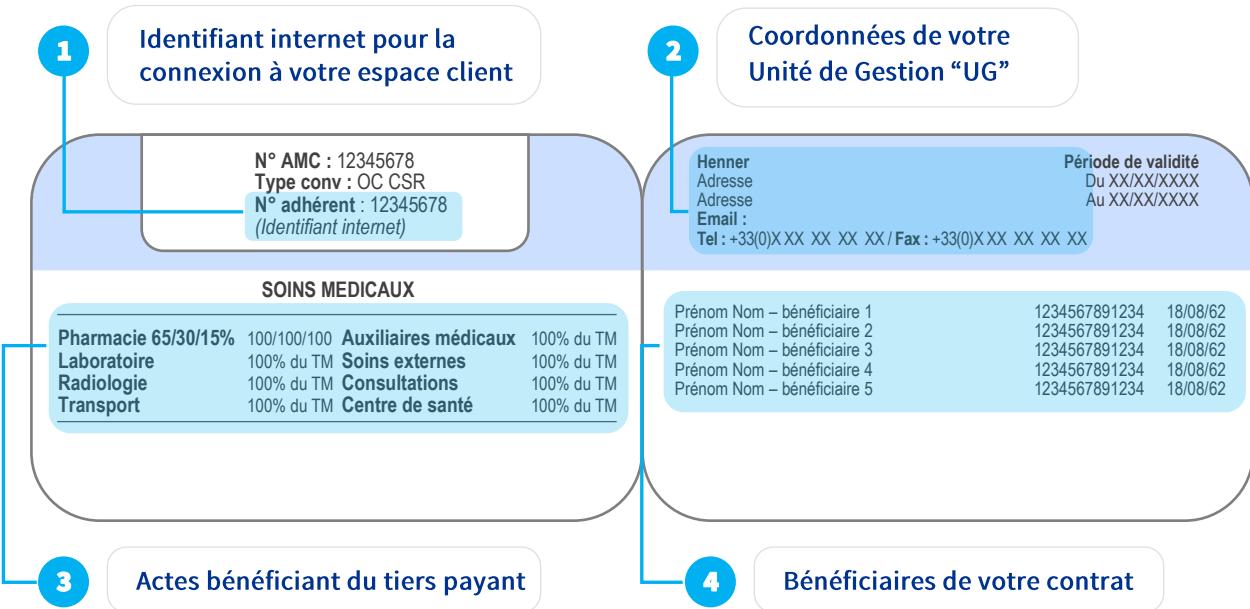


A quoi sert votre carte d'assuré ?

Votre carte d'assuré est une carte de tiers payant. En l'utilisant chez un professionnel de santé du réseau Carte Blanche, vous n'avez pas de frais à avancer. Henner règle vos dépenses directement au praticien, à hauteur des garanties de votre contrat.

Où pouvez-vous la trouver ?

Votre carte est disponible dans votre espace client (l'adresse internet de votre espace client est indiquée sur votre carte d'assuré et dans votre email de bienvenue) et depuis votre application mobile Henner+ (téléchargeable gratuitement sur Google Play ou sur l'App Store). Vos identifiants vous seront adressés par email. Si vous n'avez pas renseigné d'adresse email, vous recevrez un courrier.



Utilisez le réseau Carte Blanche

Votre carte d'assuré vous permet de **bénéficier du tiers payant** auprès des professionnels de santé partenaires du réseau Carte Blanche et de **tarifs négociés**.

Qu'est-ce que le réseau de soins Carte Blanche ?

Le réseau de soins Carte Blanche est un regroupement de 250 000 professionnels de santé sélectionnés sur la base de critères qualité précis. Son objectif principal est de vous aider à mieux gérer votre budget santé et de faire baisser vos dépenses de santé pour certains soins moins bien remboursés par l'Assurance Maladie, tels que l'audiologie, le dentaire et l'optique.

Quels sont les avantages du réseau Carte Blanche ?



Grâce au tiers payant, vous n'avancez pas les frais chez les professionnels de santé du réseau, dans la limite de vos garanties.



Vous diminuez vos dépenses de santé grâce à des tarifs avantageux en optique, dentaire et audioprothèse.



Vous avez accès à de nombreux services et informations pratiques sur la santé, la prévention et le bien-être et bénéficiez de garanties et de services préférentiels offerts.

Comment bénéficier des avantages du réseau Carte Blanche ?

- 1 **Connectez-vous sur votre espace client**, (rubrique « mes réseaux de soins »), ou sur l'application Henner+* (rubrique « réseau ») pour accéder à l'annuaire de géolocalisation des professionnels de santé partenaires et découvrir le réseau Carte Blanche.
- 2 **Lors de votre visite chez le professionnel de santé partenaire**, présentez votre carte d'assuré. Votre carte vous permet de bénéficier du tiers payant.

*Téléchargeable gratuitement sur le Googleplay store et l'App store



Le réseau de soins Carte Blanche,
c'est un accès au tiers payant :



Optique



Pharmacie



Laboratoires
d'analyses,
radiologues



Dentaire



Audiologie



Hospitalisation

Quelles sont les offres spécifiques du réseau Carte Blanche ?



Jusqu'à 40 % de remise
chez 7 700 opticiens
partenaires



Jusqu'à 15 % de remise
chez 8 300 chirurgiens-dentistes
partenaires



Jusqu'à 20 % de remise auprès de
2 300 centres d'audioprothèses
partenaires

Offre Carte Blanche - Prysme

Bénéficiez de l'offre Carte Blanche - Prysme : verres + monture qui vous garantit zéro dépense



Des verres issus
de verriers de qualité
mondialement reconnus
(Essilor, Hoya, Nikon, Seiko, Zeiss, etc.)



42 montures (1796, Naf Naf, Kaporal)
dont 5 modèles enfants,
adaptés à toutes les morphologies
du visage, dès le plus jeune âge,
Origine France Garantie

Quels sont les services complémentaires dédiés compris dans votre contrat ?



Outil de géolocalisation
pour trouver un professionnel
de santé à proximité



GuidHospi
pour comparer et choisir
un établissement hospitalier



Newsletter Info Santé

Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.carteblanchepartners.com/espace-assure

Vos services en ligne Henner

Votre espace client est accessible en ligne et sur votre application mobile.

Connexion à votre espace client

L'adresse internet de votre espace client est indiquée sur votre carte d'assuré et dans l'email de bienvenue que nous vous adressons lors de votre affiliation. Pour vous connecter à votre espace client ou à votre application mobile, renseignez :

- Votre identifiant internet (n° d'adhérent figurant sur votre carte d'assuré et sur l'email de bienvenue)
- Votre mot de passe : pour obtenir votre mot de passe, cliquez sur *Première connexion* et suivez la procédure décrite. Pour des raisons de sécurité, le système vous demandera de le modifier.



L'application mobile Henner + est disponible gratuitement sur l'App Store et le Google Play Store.

Pour gérer votre complémentaire santé en toute autonomie



Consultez le détail de vos remboursements et **téléchargez** vos décomptes



Demandez un remboursement avec l'envoi de votre justificatif par simple photo* et suivez l'avancement de votre demande



Téléchargez votre carte d'assuré



Demandez une prise en charge hospitalière



Faites analyser vos devis en optique et dentaire avant d'engager des frais importants. Une réponse vous est envoyée sous 48h après réception de votre demande



Déposez les justificatifs de vos enfants (espace client)



Retrouvez les informations relatives à votre contrat et **modifiez** vos coordonnées



Géolocalisez les professionnels de santé partenaires du réseau de soins Carte Blanche près de chez vous



Contactez votre Unité de Gestion facilement

Besoin d'un conseil ou d'une information complémentaire ?
Consultez notre aide en ligne et trouvez une réponse à vos questions en 1 clic.

*Pour les assurés bénéficiant de la télétransmission, possibilité d'envoyer une copie par scan ou photo, selon les modalités du contrat, dans la limite de 400 € par facture et sous réserve que l'assuré conserve pendant 12 mois les originaux pour nous les transmettre en cas de demande.

Vos demandes de remboursement en ligne

Pour faire une demande de remboursement, envoyez-nous vos factures directement en ligne !

Les avantages



Plus de papier,
d'enveloppe
ou de timbre



Suivi de l'état
d'avancement
de votre demande
de remboursement



Sécurité
et confidentialité
de vos données
personnelles



Réception
en temps réel
de vos factures par
Votre Unité de Gestion

Comment ça marche ?



Option 1

Connectez-vous à votre espace client :

- Depuis la page d'accueil, cliquez sur « **Demander un remboursement** »
- ou bien depuis le menu, cliquez sur « **Mes demandes** ».



Option 2

Connectez-vous sur votre application mobile :

- Depuis la page d'accueil, cliquez sur « **Envoyer une facture** »
- ou bien depuis le menu, cliquez sur « **Remboursements** ».



- Nommez votre demande
- Joignez vos pièces justificatives, telles que vos factures, et, si besoin, vos prescriptions médicales
- Précisez le montant*, la devise de vos dépenses et le bénéficiaire
- Envoyez votre demande de remboursement

*Si le montant de votre demande de remboursement en ligne est limité (le montant sera indiqué), envoyez-nous vos factures par voie postale.

Votre Unité de Gestion

Votre Unité de Gestion (UG) est chargée de la gestion de votre contrat complémentaire santé.

Elle vous accompagne au quotidien pour :



Effectuer vos
remboursements



Répondre à vos questions
par téléphone,
courrier et email



Etudier vos devis pour vous
apporter un conseil avant
d'engager vos dépenses



Mettre en œuvre les **prises**
en charge hospitalières



Vous guider dans le réseau
de soins Carte Blanche



Comment s'affilier ?

Pour toute question concernant votre
adhésion, nous vous invitons à vous
rapprocher de votre équipe RH.



**Vous n'avez pas trouvé réponse à vos
questions sur votre espace client ?**

UG300
Adresse TSA 71937 NANTERRE Cedex 9
Tél : 03 26 79 21 03
Email : nocibe@henner.fr

Votre Unité de Gestion est ouverte de
8h00 à 18h30, du lundi au vendredi.
Ses coordonnées figurent sur votre
carte d'assuré.

Pour toute prise en charge hospitalière
urgente, une permanence
téléphonique est assurée 24h/24,
365 jours par an.



1

Votre complémentaire santé



2

Vos services Henner



3

Vos démarches



4

Bien comprendre les réformes
pour maîtriser vos dépenses de santé

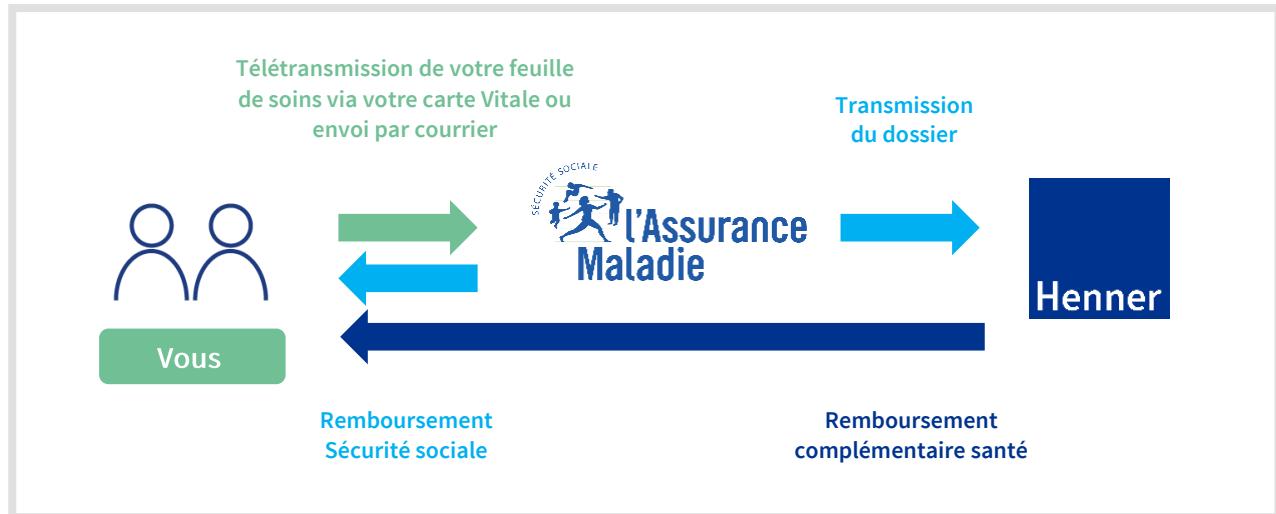


5

Traitements des données
à caractère personnel

La télétransmission

Dès que votre affiliation est enregistrée, Henner se charge de mettre en place la télétransmission auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Plus besoin de nous envoyer vos décomptes de l'Assurance Maladie, celle-ci nous les transmet directement. Vérifiez que le message « Henner-GMC recevra directement ce décompte » est bien indiqué dans vos décomptes de l'Assurance Maladie. Dans ce cas, vous bénéficiez de la télétransmission.



Vous en bénéficiez

Grâce à la télétransmission, plus besoin d'envoyer votre décompte de régime obligatoire. Cependant, des pièces justificatives peuvent vous être demandées. Dans ce cas, il vous suffit de les envoyer à votre Unité de Gestion (voir le tableau ci-après). Pensez à nous informer de toute modification susceptible de perturber la liaison (déménagement, affiliation à un autre régime ou entrée dans la vie active de votre enfant...).



Vous ne souhaitez pas en bénéficier

Spécifiez-le lors de votre affiliation ou auprès de votre Unité de Gestion en précisant les membres de la famille concernés.



La télétransmission fonctionne sur une seule complémentaire santé uniquement.



Vous n'en bénéficiez pas

Adressez-nous les décomptes de l'Assurance Maladie (Ameli.fr) et, éventuellement, les décomptes établis par d'autres organismes complémentaires, ainsi que les pièces justificatives énoncées dans le tableau ci-après. Vous pouvez à tout moment choisir de bénéficier de la télétransmission en nous adressant la photocopie de votre Attestation de Carte Vitale.



Votre conjoint en bénéficie auprès d'une autre complémentaire santé

Si votre conjoint est inscrit sur votre contrat et bénéficie de sa propre complémentaire santé, il doit d'abord obtenir les remboursements de son propre contrat. En cas de reste à charge, il peut nous adresser les décomptes originaux de sa complémentaire santé pour un remboursement (selon les garanties de votre contrat).

Les pièces justificatives

Pour optimiser le délai de notre remboursement, n'attendez pas le remboursement de l'Assurance Maladie ! Envoyez vos pièces justificatives à votre Unité de Gestion en indiquant votre numéro de Sécurité sociale pour les actes pris en charge par votre contrat.

Actes nécessitant l'envoi de pièces justificatives	Pièces justificatives
Frais d'optique, chirurgie réfractive	Facture originale* détaillée et acquittée Pour les lunettes: prescription médicale datant de moins de : <ul style="list-style-type: none">• 1 an, pour les patients âgés de moins de 16 ans• 5 ans, pour les patients âgés de 16 à 42 ans• 3 ans, pour les patients âgés de plus de 42 ans• Pour les lentilles cornéennes et jetables, prescription médicale datant de moins de :<ul style="list-style-type: none">→ 1 an, pour les patients âgés de moins de 16 ans→ 3 ans, pour les patients âgés de plus de 16 ans.
Prothèses dentaires et soins dentaires en cas de dépassement d'honoraires	Facture originale* détaillée et acquittée
Prothèses auditives	
Orthodontie en cas de dépassement d'honoraires	Facture originale* détaillée et acquittée concernant les actes dont le coefficient > 20 (ex: TO 90) avec indication de la date de début et de fin du traitement de la période facturée
Auxiliaires médicaux	
Frais de transport	Facture originale* détaillée et acquittée
Autres prothèses (appareillage médical)	
Ticket modérateur Notes d'honoraires réglées directement au praticien (hospitalisations)	
Soins à l'étranger	Facture originale* détaillée et acquittée
Médecines douces non pris en charge par l'Assurance Maladie (Ostéopathie, acupuncture, chiropractie...)	
Hospitalisation <i>Si vous n'avez pas bénéficié d'une prise en charge directe par Henner</i>	Facture originale* acquittée de l'établissement. Bordereau AMC (Assurance Maladie Complémentaire).
Maternité (autre que césarienne) <i>Si votre garantie est exprimée dans la limite des frais engagés</i>	Factures originales* acquittées de l'anesthésiste pour la périnatalogie, les frais de chambre particulière, les dépassements d'honoraires de l'obstétricien. Bordereau AMC (Assurance Maladie Complémentaire).
Maternité si votre garantie prévoit un forfait naissance	Extrait d'acte de naissance
Cure thermale	Facture originale* détaillée et acquittée de toutes les dépenses engagées

*copie, scan ou photo réservés aux assurés bénéficiant de la télétransmission informatique à Henner de leurs décomptes de Sécurité sociale par leur régime d'Assurance Maladie, dans la limite de 400 euros par facture et sous réserve que l'assuré conserve pendant 12 mois les originaux pour nous les transmettre en cas de demande.

Questions pratiques

Comment consulter mes relevés de remboursement ?

Vos décomptes des 2 dernières années sont téléchargeables sur votre espace client Henner et sur votre application mobile Henner+. Inscrivez-vous directement à partir de votre espace afin de recevoir une alerte email vous informant que votre dernier décompte est disponible en ligne.

Comment modifier mes coordonnées bancaires et postales ?

Vous pouvez modifier vos coordonnées sur votre application mobile ou dans votre espace client, dans la rubrique « Mon compte ».

Comment transmettre mes devis ?

Vous pouvez envoyer vos devis depuis votre application mobile ou votre espace client, dans la rubrique « Envoyer un document -> Envoyer un devis ». Votre Unité de Gestion estimera votre remboursement avant l'engagement de frais et pourra vous conseiller sur le devis.

Demandez deux devis en cas de dépenses importantes (dents, lunettes, prothèses auditives...) afin de pouvoir comparer les restes à charge éventuels. En cas de doute, n'hésitez pas à faire parvenir les devis à votre Unité de Gestion qui en vérifiera la cohérence et vous indiquera le montant remboursé par

Le virement bancaire



Pour être remboursé plus rapidement

Gagnez du temps et recevez vos remboursements en moins de 72h, directement par virement bancaire (émetteur : Henner GMC). Ainsi, ils seront déjà versés sur votre compte lorsque vous recevrez votre décompte.

Comment demander une prise en charge hospitalière ?

Quelques jours avant votre hospitalisation, pensez à faire une demande de prise en charge hospitalière via le formulaire dédié « Demander une prise en charge » dans votre espace client ou bien sur votre application mobile.

Comment signaler un changement de situation ?

Vous déménagez

Transmettez votre nouvelle adresse postale à votre Unité de Gestion ainsi que la copie de votre nouvelle attestation de Carte Vitale (si vous changez de CPAM).

Vous changez de situation de famille

En cas d'affiliation ou de radiation de l'un de vos bénéficiaires (mariage, concubinage, PACS, naissance d'un enfant, divorce, décès...), informez votre Département des Ressources Humaines.

Comment formuler une réclamation ?

Vous avez la possibilité d'adresser une réclamation à votre Unité de Gestion dont les coordonnées sont indiquées sur votre carte d'assuré.

Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse apportée, vous avez la possibilité d'adresser une demande à la cellule réclamation : service.qualite@henner.fr

Henner s'engage à accuser réception de votre réclamation sous 10 jours et à vous adresser une réponse dans les meilleurs délais, au plus tard avant 2 mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire. En dernier recours, nous vous invitons à vous adresser au médiateur de l'assureur de votre contrat. Celui-ci vous sera communiqué par notre service Qualité.



1

Votre complémentaire santé



2

Vos services Henner



3

Vos démarches



4

**Bien comprendre les réformes
pour maîtriser vos dépenses de santé**



5

**Traitement des données
à caractère personnel**

Le contrat responsable et Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM)

La réforme du contrat responsable vise à encadrer les garanties des complémentaires santé et à améliorer l'accès aux soins en incitant les assurés à suivre le parcours de soins.

Vous suivez le parcours de soins



Vous consultez le médecin traitant que vous avez déclaré à l'Assurance Maladie, son remplaçant ou un médecin spécialiste sur orientation de votre médecin traitant.

Vous pouvez consulter en direct le chirurgien-dentiste, le gynécologue, le stomatologue, l'ophtalmologue, tous les spécialistes pour les moins de 16 ans, ainsi que le psychiatre ou le neuropsychiatre pour les personnes de 16 à 25 ans. En suivant le parcours de soins, vous optimisez vos remboursements.

N'oubliez pas de déclarer un médecin traitant pour votre enfant dès ses 16 ans.

Vous ne suivez pas le parcours de soins

Vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou vous consultez un autre médecin sans passer par son intermédiaire.

En ne suivant pas le parcours de soins, vous êtes moins bien remboursé par l'Assurance Maladie (exceptions possibles en cas d'urgence ou d'éloignement géographique).

Dans le cadre du contrat responsable, votre contrat ne prend pas en charge :

0,50€

La franchise de 0,50€ par boîte de médicament et par acte paramédical et de 2 € par transport sanitaire.

1€

La participation forfaitaire de 1€ au titre des consultations, des visites, des actes d'analyses médicales et des examens radiologiques



Le dépassement d'honoraires autorisé, en cas de non-respect du parcours de soins

H

La majoration du Ticket Modérateur (jusqu'à 40% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale), en cas de non-respect du parcours de soins



Une partie des dépassements d'honoraires pour les **praticiens non adhérents au DPTM** (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée)

Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

La Sécurité sociale propose aux professions médicales une convention médicale : le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM). En souscrivant au DPTM, les médecins s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

En pratique, aller voir un médecin « DPTM », qu'est-ce que ça change pour vous ?



Les dépassements d'honoraires de vos frais de santé sont limités.



Vos remboursements d'Assurance Maladie sont plus élevés.



Votre reste à charge après le remboursement de l'Assurance Maladie et celui de votre complémentaire santé est réduit.

Les bons réflexes



Pour éviter que les praticiens ajustent leurs tarifs en fonction du niveau de vos garanties, ne leur communiquez pas les montants de vos garanties.



Avant une consultation, vérifiez si des dépassements d'honoraires sont pratiqués par les praticiens sur annuairesante.ameli.fr



Pour savoir si votre médecin a signé le DPTM, rendez-vous sur ameli.fr

LE 100 % SANTÉ



La réforme 100 % Santé vise à améliorer l'accès aux soins pour toute personne bénéficiant d'une complémentaire santé en France. Elle permet progressivement un remboursement intégral, c'est-à-dire à 100 % de certaines prestations en optique et dentaire, depuis le 1^{er} janvier 2020, et en audiologie dès le 1^{er} janvier 2021.

Création de 3 paniers de prestations



PANIER 100 % SANTÉ

Sélection de soins et d'équipements essentiels :
aides auditives, couronnes, bridges, montures, verres de lunettes.

Ces équipements vous sont remboursés en totalité par l'Assurance Maladie et par votre complémentaire santé Henner.



PANIER MAÎTRISÉ (pour le dentaire uniquement)

- Matériaux de gamme supérieure en fonction de la position de la dent
- Prix de vente plafonnés
- Pas d'obligation de remboursement intégral par les complémentaires santé

Votre reste à charge dépend du niveau de garanties de votre complémentaire santé Henner.



PANIER « LIBRE »

- Autres prestations de gamme supérieure
- Prix librement fixés par les professionnels de santé
- Pas d'obligation de remboursement intégral par les complémentaires santé

Votre reste à charge dépend du niveau de garanties de votre complémentaire santé Henner.

Vrai ou faux ?

Je suis obligé de choisir un équipement 100% Santé.

FAUX, vous avez toujours le choix d'opter pour des équipements du panier libre, de gamme supérieure auprès du professionnel de votre choix.

Avec le panier 100 % Santé, je n'ai plus de frais à avancer.

FAUX, en choisissant des prestations du panier 100 % Santé, vous serez intégralement remboursé. En revanche, cela ne remplace pas le tiers payant.



Vous souhaitez en savoir plus ?

Rendez-vous sur notre chaîne Youtube
ou sur notre site particuliers.henner.com/100-sante



1

Votre complémentaire santé



2

Vos services Henner



3

Vos démarches



4

**Bien comprendre les réformes
pour maîtriser vos dépenses de santé**



5

**Traitement des données
à caractère personnel**

Charte RGPD assurés

Dernière date de mise à jour: Octobre 2020

Cette Charte a pour objet de vous informer sur les modalités de collecte, de traitement et d'utilisation de vos données à caractère personnel (ci-après « Données ») ainsi que des droits dont vous disposez sur celles-ci dans le cadre de l'exécution de votre contrat d'assurance.

La présente Charte est accessible à tous sur les sites internet d'Henner, sur votre Espace Assurés ou dans votre guide Assurés et un renvoi à celle-ci figure sur nos formulaires et documents contractuels.

Nous sommes susceptibles de modifier cette Charte à tout moment en fonction des évolutions législatives ou réglementaires ou bien en cas de modification des modalités de collecte, de traitement et d'utilisation de vos Données.

Nous vous conseillons de vérifier régulièrement l'existence d'éventuels amendements.

Vous pouvez connaitre la date à laquelle le Groupe Henner a procédé aux dernières modifications en vous rapportant à la date mentionnée en tête du présent document.

1. Quelles entités traitent vos Données ?

Dans le cadre de l'exécution de votre contrat d'assurance, les Données collectées sont traitées conjointement par :

- Henner, Société par Actions Simplifiée (SAS), immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 323 377 739 et dont le siège social est situé au 14 boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine (ci-après « Henner »).
- ALLIANZ (ci-après « Organisme Assureur »)

Toutefois, certains traitements, tels qu'indiqués à l'article 3 ci-après sont opérés spécifiquement et de manière autonome par Henner.

Dans le cadre de l'accord de co-responsabilité entre Henner et l'Organisme assureur, Henner a été désignée comme point de contact des Assurés.

2. Comment collectons-nous vos Données ?

Vos Données sont collectées soit directement par Henner soit indirectement par un tiers.

Vos données peuvent en effet nous être transmises, selon la nature de votre contrat d'assurance, par votre employeur, votre courtier, l'Organisme Assureur, par les organismes sociaux de base ou complémentaire, les organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance ou par les autorités administratives habilitées.

De plus, vos Données peuvent également être collectées indirectement dans le cadre de la navigation sur votre espace client (exemple : cookies).

Les catégories des Données concernées sont :

- Données relatives à l'identification ;
- Données relatives à la situation familiale, économique, patrimoniale, financière, vie personnelle et habitudes de vie ;
- Données relatives à la vie professionnelle ;
- Données relatives à la gestion du contrat ;
- Données relatives à la santé ;
- Données relatives au suivi de la relation commerciale ;
- Données relatives à la détermination et l'évaluation du risque et la gestion des sinistres et des prestations ;
- Le NIR ;
- Données de connexion et de traçabilité ;
- Données relatives à la lutte contre la fraude ;

Henner vous indique lorsque la fourniture d'une information est obligatoire (notamment en raison d'une obligation légale, réglementaire, contractuelle ou tout simplement afin de pouvoir traiter votre demande ou vous répondre). A défaut de fourniture de telles informations obligatoires, Henner pourra se trouver dans l'impossibilité de donner suite à votre demande ou de passer, gérer ou exécuter votre contrat d'assurance. Les champs d'un formulaire qui ne sont pas renseignés comme étant obligatoires, sont laissés à votre discrétion. Il vous appartient de choisir de les remplir ou non.

3. Pourquoi traitons-nous vos Données ?

Vos données sont traitées pour les finalités et bases juridiques suivantes :

3.1. Données traitées conjointement avec l'Organisme Assureur.

Traitements	Finalités (objectifs poursuivis)	Bases juridiques (fondement ou justification du Traitement)
Passation, exécution et gestion d'un contrat d'assurance	<ul style="list-style-type: none">– Étude des besoins spécifiques de chaque prospect/assuré éventuel afin de proposer des contrats adaptés– Examen, acceptation et surveillance du risque– Exécution des garanties des contrats– Gestion des contrats– Gestion commerciale des assurés– Gestion des réclamations et contentieux– Exercice des recours– Elaboration des statistiques et études actuarielles– Opération de communication et de fidélisation de la clientèle	<ul style="list-style-type: none">– Nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'assuré est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles– Intérêts légitimes– Obligations légales et réglementaires
Lutte contre la fraude à l'assurance	<ul style="list-style-type: none">– Analyse et détection des actes présentant une anomalie, une incohérence ou ayant fait l'objet d'un signalement pouvant révéler une fraude ;– Gestion des alertes en cas d'anomalie, d'incohérence ou de signalement ;– Transmission d'informations relatives à des suspicions de fraude aux destinataires concernés par leur traitement ;– Constitution d'une liste de personnes identifiées comme auteurs d'actes pouvant être constitutifs d'une fraude ;– Gestion des procédures amiables, contentieuses et disciplinaires	<ul style="list-style-type: none">– Obligations légales et réglementaires– Intérêt légitime d'Henner de pouvoir se prémunir contre la fraude.
Lutte contre le blanchiment de capitaux et Le	<ul style="list-style-type: none">– Mise en œuvre des obligations de vigilance à l'égard de la clientèle conformément à l'approche par les risques ;– Recherche de personnes devant faire l'objet de mesures de vigilance complémentaires en tant que personnes politiquement exposées (PPE) au sens de l'article R561-18	<ul style="list-style-type: none">– Obligations légales et réglementaires

financement du terrorisme	<p>du Code monétaire et financier et de personnes susceptibles de faire l'objet de mesures de vigilance renforcée ;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Déclenchement des alertes et déclarations de soupçon ; – Mise sous surveillance de certains comptes, contrats ou clients sur la base de la classification des risques élaborée par l'organisme financier, ou d'opérations jugées complexes, d'un montant inhabituellement élevé ou ne paraissant pas avoir de justification économique ou d'objet licite, ou d'une déclaration de soupçon n'ayant pas donné lieu à la clôture du compte ; – Application des mesures de gel des avoirs dans le cadre de la lutte contre le financement du terrorisme et des sanctions financières 	
Traitements des données de santé	<ul style="list-style-type: none"> – Des données de santé sont susceptibles d'être traitées dès lors qu'elles sont nécessaires à la passation, la gestion ou l'exécution des contrats d'assurance. Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale. 	<ul style="list-style-type: none"> – Obligation légale en matière de protection sociale – Le cas échéant, consentement de l'assuré
Gestion des demandes d'exercice des droits	<ul style="list-style-type: none"> – Gestion des demandes d'exercice des droits 	<ul style="list-style-type: none"> – Obligations légales et réglementaires

3.2. Données traitées spécifiquement par Henner :

Traitement	Finalités (objectifs poursuivis)	Bases juridiques (fondement ou justification du Traitement)
Amélioration de la qualité des services et de la relation avec les assurés	<ul style="list-style-type: none"> – Ecoute et enregistrement des conversations téléphoniques à des fins de formation, d'évaluation ou d'amélioration de la qualité de nos services – Réalisation d'enquêtes de satisfaction – Etudes statistiques et commerciales 	<ul style="list-style-type: none"> – Nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'assuré est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles – Intérêt légitime d'Henner d'améliorer ses services et sa relation avec les assurés
Gestion commerciale	<ul style="list-style-type: none"> – Gestion des prospects – Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle – Opérations de profilage : dans le cadre de la souscription et de l'exécution de votre contrat, vous êtes également informé qu'Henner combine et analyse tout ou partie de vos données pour évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et pour vous proposer des garanties optionnelles à titre individuel. 	<ul style="list-style-type: none"> – Intérêt légitimes d'Henner de prospection ses clients pour leur proposer des offres et services analogues – Consentement dans les autres cas
Passation d'un contrat d'assurance (Activité de courtage)	<ul style="list-style-type: none"> – Etude des besoins spécifiques de chaque prospect/assuré éventuel afin de proposer des contrats adaptés (devoir de conseil) 	<ul style="list-style-type: none"> – Nécessaire à l'exécution de mesures précontractuelles – Obligations légales et réglementaires
Gestion des sites et applications (espace client)	<ul style="list-style-type: none"> – Administration technique des sites et applications – Gestion des accès, de la sécurité, de la maintenabilité, des évolutions des sites et applications – Gestion des cookies 	<ul style="list-style-type: none"> – Intérêt légitime d'Henner de s'assurer de la disponibilité et du bon fonctionnement de ses sites et applications

4. Qui peut accéder à vos Données ?

Vos Données sont principalement destinées aux personnels dûment habilités d'Henner : personnels en charge des relations commerciales et de la gestion des contrats, de la lutte contre la fraude ou de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, de l'audit et du contrôle ou de tout autre service en lien avec l'exécution de votre contrat, dans la limite de leurs attributions.

Ces données peuvent également être transmises aux catégories de destinataires suivants :

- Aux organismes externes en charge de l'exécution des contrats et de la gestion des garanties : assureurs, réassureurs, réseaux de soins et de santé, réseaux de pompes funèbres, partenaires, intermédiaires, courtiers, etc. ;
- A toute personne partie ou intéressée au contrat (ayant-droit, bénéficiaires, souscripteurs, etc.) ;
- Aux sous-traitants/fournisseurs d'Henner pour toute opération liée à l'activité d'Henner pour les finalités précisées à l'article 3 des présentes et uniquement dans la limite nécessaire à l'accomplissement des tâches qui leur sont confiées ;
- Aux organismes susceptibles d'intervenir dans l'activité d'assurance, tels que les organismes publics, inspecteurs, enquêteurs, experts, auditeurs, auxiliaires de justices, officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, arbitres, médiateurs ou autorités de tutelles, ou les organismes professionnels, en qualité de personnes bénéficiant d'un droit de communication ;
- Ces éventuels transferts de Données avec ces destinataires sont formalisés, le cas échéant, dans un cadre contractuel entre les parties intéressées.

5. Où sont hébergées vos Données ?

Henner s'engage à prendre toutes les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour assurer la sécurité, la disponibilité, l'intégrité, l'authenticité et la confidentialité de vos Données ainsi que la résilience de ses systèmes d'information.

Henner privilégie l'hébergement et le traitement de vos Données en France ou au sein de l'Union Européenne (UE).

Toutefois, vos Données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors de l'UE pour les finalités précisées plus haut, notamment vers des entités du Groupe Henner* ou vers des tiers tels que précisés dans l'article 4 ci-dessus. Dans ce cas, et afin de garantir un niveau de protection adéquat de vos Données, leurs transferts sont encadrés par des Clauses contractuelles types de la Commission Européenne ou par tout autre instrument juridique, garantissant ainsi un niveau de protection aussi élevé qu'en France.

**Liste à jour des pays dans lesquels le Groupe Henner est implanté en dehors de l'UE : Tunisie, Suisse, Malaisie, Hong Kong, Kenya, Côte d'Ivoire, Singapour, Canada et USA*

6. Combien de temps conservons-nous vos Données ?

Vos données sont conservées pour les durées nécessaires à l'exécution de votre contrat d'assurance et à la mise en œuvre des finalités énoncées ci-avant, majorées des durées de prescriptions légales en vigueur en la matière.

7. Quels sont vos droits et comment les exercer ?

Conformément à la Réglementation applicable en matière de protection des Données et dans les conditions prévues par cette Réglementation, vous bénéficiez des droits suivants :

- Un droit d'accès pour obtenir les informations relatives aux traitements de vos Données et la communication d'une copie de celles-ci ;
- Un droit de rectification pour demander à corriger vos Données lorsque celles-ci sont inexactes ou incomplètes ;
- Un droit à l'effacement de vos Données pour demander à supprimer vos Données si vous répondez aux conditions prévues par la réglementation ;
- Un droit au retrait de votre consentement à tout moment lorsque celui-ci a été recueilli ;
- Un droit d'opposition vous permettant de vous opposer à tout moment, pour des raisons tenant à votre situation particulière, à tout traitement de vos données personnelles, sauf lorsqu'Henner démontre qu'il existe des motifs légitimes et impérieux pour le traitement qui prévalent sur vos intérêts, droits et libertés ou que le ou les traitements demeurent nécessaires pour la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice,
- Un droit de portabilité sur les données que vous nous avez communiquées, données nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis ;
- Un droit à la limitation de vos données personnelles à leur seule conservation, si vous répondez aux conditions prévues par la réglementation ;
- Un droit de définir des directives sur le sort de vos Données après votre mort

En cas de non-paiement de vos cotisations, la procédure de relance, de mise en demeure et de résiliation est automatisée.

Ce traitement donnant lieu à une décision individuelle automatisée, vous disposez, conformément à la Réglementation applicable en matière de protection des Données, des droits suivants :

- Le droit de demander l'intervention d'un personnel dûment habilité d'Henner afin de vérifier le Traitement en cause et la conformité de la décision appliquée à votre situation ;
- Le droit de contester la décision prise de manière automatique par les systèmes d'Henner en adressant votre demande aux coordonnées habituelles de votre unité de gestion (UG) ou au service Réclamation d'Henner à l'adresse suivante : service.qualite@henner.fr

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande, en justifiant de votre identité par tout moyen et en précisant l'objet de votre demande, à l'adresse email suivante : dpo@henner.com ou à l'adresse postale : Henner, Délégué à la protection des données, Conformité/Relation Assureurs, 14 Boulevard du Général Leclerc 92 200 Neuilly sur Seine

Vous pouvez également rectifier vos Données directement sur votre espace client.

Enfin, en cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL :

- soit directement sur le site de la CNIL : www.cnil.fr
- soit par courrier : 3 Place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07

NOTES

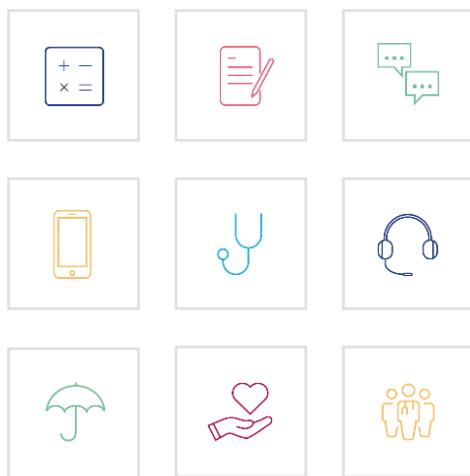
NOTES

NOTES

NOTES

NOTES

NOTES



Henner, SAS de gestion et de courtage d'assurances - Capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739
Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 (www.orias.fr) - Relevant du contrôle de l'ACPR (4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, www.acpr.banque-france.fr)
- Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France - www.henner.com - Réclamations : consulter la rubrique Réclamations sur www.henner.com

Document non contractuel