



Votre régime complémentaire Frais de santé au 01/01/2020

La gestion de votre complémentaire Santé
Remboursements, devis, tiers-payant...

Votre contact :
Henner GMC
Unité de Gestion n°1
1, rue Marcel Paul
44097 NANTES CEDEX
téléphone : 02.51.88.75.11
Fax : 02.51.88.77.10
e-mail : groupebrangeon@henner.fr



VOTRE TABLEAU DE GARANTIES AU 01/01/2020

[Document strictement commercial élaboré en vue d'avoir une visibilité globale sur l'ensemble des prestations dont bénéficieront les assurés à la suite de la souscription du contrat socle responsable et du contrat sur complémentaire non responsable.]
 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".
 La garantie Base est qualifiée de responsable 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.
 La garantie Sur complémentaire n'est pas responsable au sens des articles susvisés et fera l'objet d'un contrat distinct du régime N1 conformément aux dispositions de la Circulaire DSS du 30 janvier 2015.
 La garantie Sur complémentaire s'exprime en complément de la garantie de base choisie.
 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.

	BASE	SUR COMPLÉMENTAIRE
HOSPITALISATION		
Hospitalisation chirurgicale et médicale (hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)		
Frais de séjour	Conventionné : 100 % FR - MR Non conventionné : 90 % FR - MR	-
Chambre particulière	2 % PMSS par jour	1 % PMSS par jour
Honoraires		
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTM :200 % BR Médecin non DPTM :TM + 100 % BR	Médecin DPTM :150 % BR Médecin non DPTM :230 % BR
Forfait sur les actes lourds	100 % FR	-
Hospitalisation en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé		
Frais de séjour	Conventionné : 100 % FR - MR Non conventionné : 90 % FR - MR	-
Chambre particulière	2 % PMSS par jour	1 % PMSS par jour
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-
Autres frais hospitaliers		
Lit d'accompagnant (moins de 16 ans)	2 % PMSS par jour	-
Frais de transport	55% BR	-
Maternité		
Chambre particulière	2 % PMSS par jour	1 % PMSS par jour
Forfait naissance (par enfant)	10 % PMSS	10 % PMSS
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Médecin généraliste	Médecin DPTM :TM + 110 % BR Médecin non DPTM :TM + 90 % BR	Médecin DPTM :-Médecin non DPTM :20 % BR
Médecin spécialiste	Médecin DPTM :TM + 110 % BR Médecin non DPTM :TM + 90 % BR	Médecin DPTM :40 % BR Médecin non DPTM :60 % BR
Actes techniques dispensés par le médecin	Médecin DPTM :TM + 110 % BR Médecin non DPTM :TM + 90 % BR	Médecin DPTM :40 % BR Médecin non DPTM :60 % BR
Actes de radiologie et échographie	Médecin DPTM :TM + 110 % BR Médecin non DPTM :TM + 90 % BR	Médecin DPTM :40 % BR Médecin non DPTM :60 % BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux	40% BR	10 % BR
Médicaments		
Médicaments et vaccins pris en charge par l'AM	TM	-
Vaccins prescrits non pris en charge par l'AM	51 € par année civile	49 € par année civile
Vaccin anti-grippe	100 % FR	-
Autres soins courants		
Analyses et examens de laboratoire	40% BR	10 % BR
Matériel médical	285% BR	-
DENTAIRE		
Soins		
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	140% BR	-
Radiologie dentaire	140% BR	-
Prothèses 100% santé*		
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	100 % PLV - MR	-
Prothèses à tarifs maîtrisés limités à 100 % PLV - MR et à tarifs libres		
Prothèses fixes : couronnes et bridges	290% BR	100 % BR
Prothèses amovibles	290% BR	100 % BR
Couronnes provisoires	290% BR	100 % BR
Inlays core	280% BR	100 % BR
Inlays / onlays	290% BR	100 % BR
Prothèses non prises en charge par l'AM	301 € par prothèse	75,25 € par prothèse
Implantologie		
Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM	400 € par an et par bénéficiaire	500 € par an par bénéficiaire
Parodontologie non prise en charge par l'AM		
Orthopédie dento-faciale		
Orthodontie (par semestre de soin)	200% BR	150 % BR
Orthodontie non prise en charge par l'AM	150 % BR reconstituée	200 % BR reconstituée
OPTIQUE		
Paire de lunettes		
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. A l'exception des cas mentionnés dans la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS notamment** pour les enfants de moins de 16 ans et les adultes de 16 ans et plus pour lesquels un renouvellement est prévu chaque année en cas de dégradation des performances oculaires d'au moins 0,5 sur un œil ou 0,25 sur les deux yeux. Pour les assurés presbytes ne pouvant ou ne souhaitant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de près et un équipement pour la vision de loin toutes les périodes de 2 ans.		
Equipements 100% Santé*		
Monture, verres, suppléments et prestation optique	100 % PLV - MR	-

VOTRE TABLEAU DE GARANTIES AU 01/01/2020

Equipements à tarifs libres		
Monture	100 €	50 €
Par verre simple 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	100 €	50 €
Par verre complexe 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	250 €	75 €
Par verre très complexe Classe F : verres multifocaux différents de la classe C	250 €	75 €
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 de 100 % de la BR – MR	260 € par an et par bénéficiaire	150 € par paire par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive	700 € par œil	200 € par œil
AIDES AUDITIVES JUSQU'AU 31/12/2020		
Prothèses auditives	TM + 250% BR	-
AIDES AUDITIVES À PARTIR DU 01/01/2021		
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*		
Aides auditives	100 % PLV - MR	-
Equipements à tarifs libres		
Aides auditives jusqu'à 20 ans	1700 € - MR	-
Aides auditives plus de 20 ans	TM + 250% BR limité à 1700 € - MR par oreille	-
CURES		
Cures thermales, frais engagés plafonnés par année civile (frais de surveillance, hébergement et transport pris en charge par l'AM)	TM + 21 %PMSS	-
PRÉVENTION NON PRISE EN CHARGE PAR L'AM		
Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Etiopathe, Nutritionniste, Diététicien, Réflexologie, Homéopathie, Naturopathe, Pédicure, Psychologue	160 € par année civile	100 € par année civile
Ostéodensitométrie	40 € par année civile	-
Moyens contraceptifs	51 € par année civile	49 € par année civile
Sevrage tabagique	51 € par année civile	49 € par année civile
ASSISTANCE		
Vie quotidienne	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

Cotisations au 1er janvier 2020

	Régime de Base		Régime Surcomplémentaire facultatif	
	Part Employeur	Part Salarié	Part salarié	
Isolé (salarié inscrit seul)	Cotisation totale : 1,56% PMSS * (soit 53,47 € au 01/01/2020)		0,41% PMSS * (soit 14,05 € au 01/01/2020)	
	38,47 €	15,00 €		
Famille (salarié inscrit avec ses ayants droit)	Cotisation totale : 3,79% PMSS * (soit 129,91 € au 01/01/2020)		0,95% PMSS * (soit 32,56 € au 01/01/2020)	
	38,47 €	91,44 €		

* Le Plafond Mensuel de la Sécurité sociale est estimé à **3428€** pour le 01/01/2020, ce plafond évolue tous les ans.