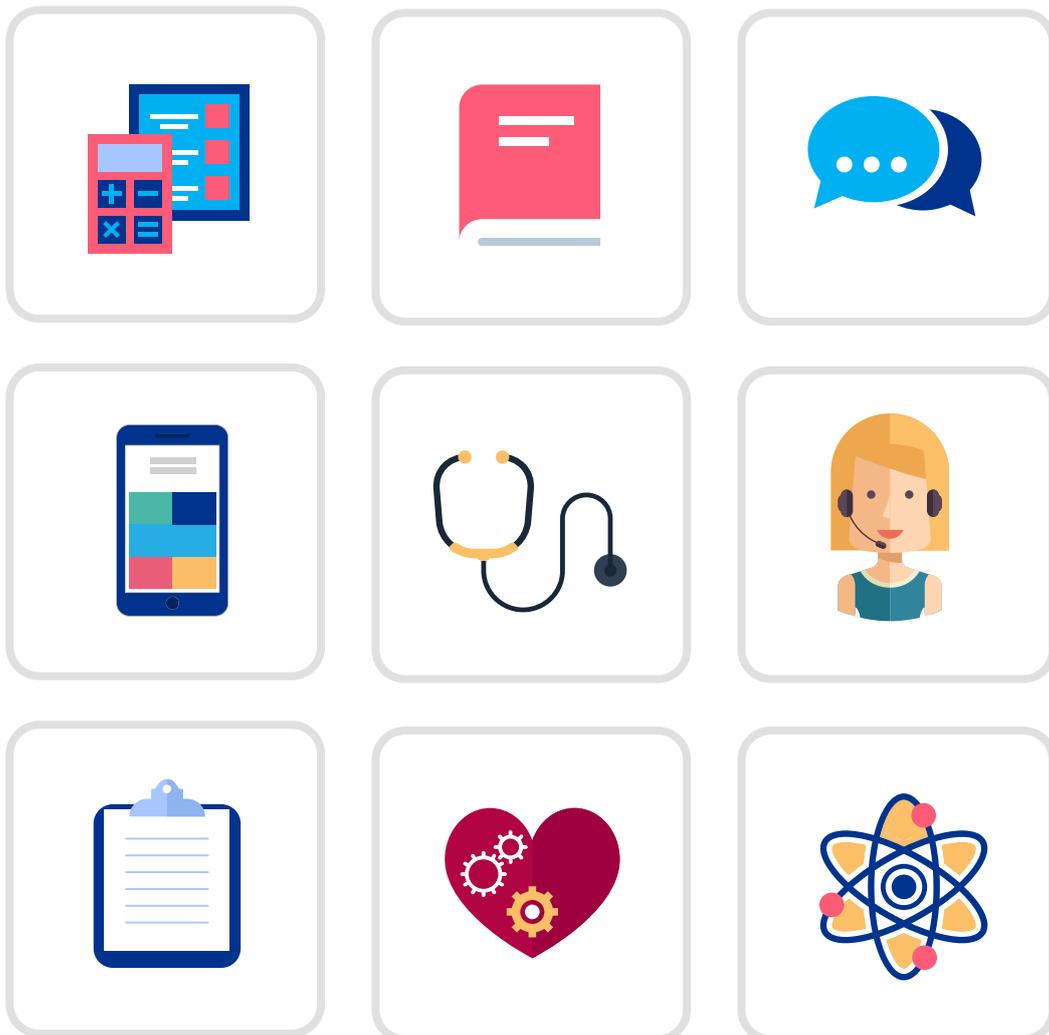


GUIDE DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

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.

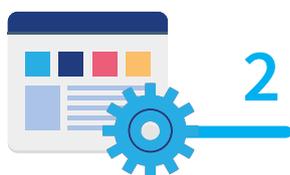
Votre équipe Henner

Sommaire



Votre complémentaire santé

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



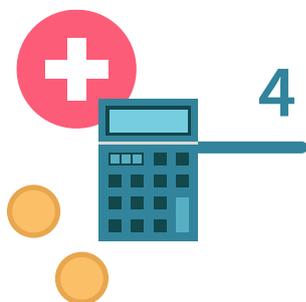
Vos services Henner

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



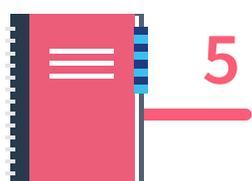
Vos démarches

- La télétransmission
 - Les pièces justificatives
 - Questions pratiques
-



Bien comprendre les réformes pour maîtriser vos dépenses de santé

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



Règlement général sur la protection des données (RGPD)

- Traitement des données à caractère personnel



1

Votre complémentaire santé



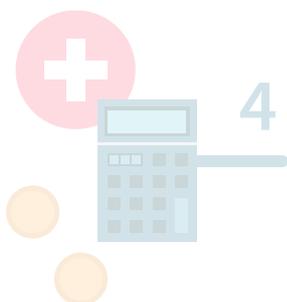
2

Vos services Henner



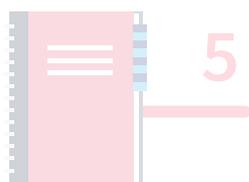
3

Vos démarches



4

Bien comprendre les réformes pour maîtriser vos dépenses de santé



5

Règlement général sur la protection des données (RGPD)

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 audiology. 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

VOTRE TABLEAU DE GARANTIES AU 01/01/2020

 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 un équipement qui associe deux verres appartenant à deux catégories différentes, le remboursement est égal à la moyenne des remboursements des deux catégories.
 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	-
--	----------------	---

Equipements à tarifs libres (Monture + verres)

Plafond sur les montures	100 € - MR	50 €
A -Equipement composé de deux verres "simples"	300 € y compris monture	100 €
B - Equipement mixte composé d' un verre "simple" (A) et d'un verre "complexe" (C)	450 € y compris monture	125 €
C -Equipement composé de deux verres "complexes"	600 € y compris monture	150 €
D -Equipement mixte composé d' un verre "simple" (A) et d'un verre très "complexe" (F)	450 € y compris monture	125 €
E -Equipement mixte composé d' un verre "complexe" (C) et d'un verre très "complexe" (F)	600 € y compris monture	150 €
F -Equipement composé de deux verres "très complexes"	600 € y compris monture	150 €

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 moins de 20 ans, adultes atteints de cécité	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, Pédiacre, 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

BRR : Base de Remboursement Reconstituée

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).

FR : Frais réels

FR-MR : Frais Réels sous déduction du Montant Remboursé par

l'Assurance Maladie

HLF : Honoraires Limites de Facturation

PLV : Prix Limite de Vente

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS 2020: 3 428 €)

TM : Ticket Modérateur

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT AU 01/01/2020

Régime Général

POSTE	DÉPENSE	REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE	REMBOURSEMENT DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (BASE)	RESTE À CHARGE	REMBOURSEMENT SUR COMPLÉMENTAIRE MONTANT MAXIMUM (1)
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier en court séjour (2)	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 (3)	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €	+ 371,55 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTM) pour une opération chirurgicale de la cataracte (3)	431,00 €	247,70 €	183,30 €	0,00 €	+ 569,71 €
Chambre particulière en chirurgie/jour	70,86 €	0,00 €	68,56 € par jour	2,30 €	+ 34,28 € par jour
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 €	14,10 €	27,26 €	1,00 €	+ 4,60 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires (4)	30,00 €	19,00 €	9,00 €	1,00 €	+ 12,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTM) (4)	44,00 €	19,00 €	23,00 €	1,00 €	+ 12,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTM) (4)	56,00 €	14,10 €	27,60 €	13,30 €	+ 13,80 €
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 €	348,00 €	106,70 €	+ 120,00 €
Couronne céramo - métallique sur molaires (prothèse à tarif libre)	538,70 €	75,25 €	348,00 €	115,45 €	+ 107,50 €
Orthodontie prise en charge par l'AM	743,00 €	193,50 €	387,00 €	162,50 €	+ 290,25 €
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 €	300,00 €	44,91 €	+ 150,00 €
Lentilles jetables non prises en charge par l'AM	176,00 €	0,00 €	176,00 €	0,00 €	+ 150,00 €
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 €	210,00 €	1 015,00 €	251,00 €	-
PRÉVENTION					
Ostéopathie	55,52 €	0,00 €	55,52 €	0,00 €	+ 100,00 €

Les exemples sont à titre indicatif, sans valeur contractuelle.

(1) Les montants communiqués sont à titre indicatif : ils ne tiennent pas compte du montant de la dépense.

(2) Hors hospitalisation en milieu psychiatrique

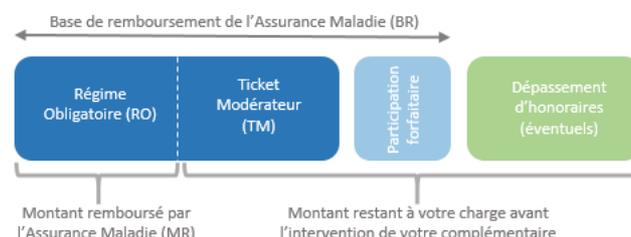
(3) Opération de la cataracte (acte BFGA427)

(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

1 - 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 de KLESIA Prévoyance.

2 - Les bénéficiaires

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



Votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiaire d'un régime d'Assurance Maladie

Est assimilé au conjoint dans le cas où la situation du bénéficiaire ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ou, à défaut, votre concubin s'il bénéficie d'un régime d'Assurance Maladie. Selon le cas, une copie du Pacte Civil de Solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué. Le concubin doit répondre à la définition de l'article L515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte Civil de Solidarité à un tiers. S'il vit maritalement sous le même toit et entretient une relation stable et continue.



Vos enfants et ceux de votre conjoint

Jusqu'à leur 18e anniversaire,

Jusqu'à leur 21e anniversaire, s'ils sont étudiants et qu'ils finissent leur cycle secondaire

Jusqu'à leur 26e anniversaire, s'ils remplissent une des conditions suivantes :

- ⇒ s'ils sont à la recherche d'un premier emploi, vivant au domicile du participant et inscrits comme demandeurs d'emploi au Pôle Emploi
- ⇒ s'ils sont sous contrat d'insertion professionnelle : formation en alternance, en apprentissage ou contrat de professionnalisation, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime frais de santé au titre de leur activité salariée.

Jusqu'à leur 28e anniversaire, s'ils poursuivent des études supérieures.

Quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21e anniversaire.

3 – La date d'effet

Votre garantie est acquise immédiatement pour vous et les membres de votre famille à compter de la date d'affiliation de l'entreprise ou de votre entrée dans l'entreprise.

4 – Entrée/sortie surcomplémentaire

Votre date d'affiliation peut-être :

- La date d'effet du contrat, lorsque vous êtes présent dans l'effectif de l'entreprise à cette date, que vous faites partie de la catégorie assurée et que vous choisissez d'adhérer à une option facultative ;
- La date de votre embauche, ou de votre changement de catégorie professionnelle lorsque celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat, si vous choisissez d'adhérer à une option facultative ;
- Le 1er janvier de chaque année, sous réserve de la transmission d'un bulletin d'affiliation deux mois avant le début de l'année, si vous décidez ultérieurement de vous affilier.

Il est précisé qu'un minimum d'adhésion d'un an est obligatoire.

Toute demande de souscription ou de modification du régime surcomplémentaire ne peut être faite qu'à échéance principale (1er janvier de chaque année), sauf changement de situation de famille (mariage, PACS, concubinage, naissance, adoption, divorce, décès, chômage du conjoint).

Vous pouvez résilier votre affiliation le 1er janvier de chaque année, sous réserve de l'envoi à l'Institution d'une lettre recommandée avec accusé de réception moyennant un préavis de 2 mois avant l'échéance annuelle.

5 – Les garanties particulières



Maternité

La prestation est versée en cas de maternité de la bénéficiaire ou de la conjointe, si cette dernière est assurée. Elle a pour objet de couvrir les frais engagés restant à la charge de la bénéficiaire, liés aux actes médicaux et soins relatifs à la maternité, notamment les dépassements d'honoraires, les suppléments de chambre particulière, etc.

Dans le cadre de la réglementation du contrat responsable, les dépassements d'honoraires sont limités à 100% de la base de remboursement pour les médecins non adhérents au DPTM. A noter, en cas de complication chirurgicale prise en charge par l'Assurance Maladie au titre de la branche maladie, les honoraires et le séjour sont réglés au tarif indiqué dans la rubrique HOSPITALISATION de votre tableau de garanties.



Cures thermales

Sont couverts dans la limite du plafond de la garantie : les frais de soins et de surveillance médicale engagés en complément de l'Assurance Maladie et les frais d'hébergement exposés dans l'établissement de cure.



Exclusions générales

- Les prestations non indiquées ici
- Les dossiers présentés plus de deux ans après la date des soins
- Les actes médicaux dont la date figurant sur le volet de la caisse d'Assurance Maladie est antérieure ou postérieure à la période de garantie Cependant, la date de début des soins

est retenue lorsque seules les dates de début et de fin d'une série d'actes, dans le cadre d'un traitement, figurent sur le volet de la caisse d'Assurance Maladie.

L'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale prévoit une obligation minimale de prise en charge au titre du contrat responsable. En conséquence, les éventuelles exclusions du contrat ne s'appliquent pas aux actes mentionnés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale.

Tiers Payant :

En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, le participant peut bénéficier du tiers payant pour l'ensemble des soins remboursés par la Sécurité sociale, au moins à hauteur du ticket modérateur, si le professionnel de santé le propose.

En outre, il peut bénéficier, en fonction des garanties souscrites, d'un tiers payant à hauteur de la totalité de la garantie auprès de certains professionnels de santé conventionnés tels que notamment : pharmacies, laboratoires d'analyses biologiques, cabinets de radiologie, auxiliaires médicaux, centres de santé, soins externes.

6 - 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 indemnités 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.

7 - 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 Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin, vous pouvez bénéficier du maintien des garanties à titre individuel pour un niveau équivalent à celui du contrat collectif sans condition de durée, sans délai de carence ni d'examens ou questionnaires médicaux dès lors que vous bénéficiez :

- des prestations en espèce de la Sécurité sociale au titre de l'incapacité de travail ou de l'invalidité ;
- d'une pension vieillesse ;
- d'un revenu de remplacement au titre de l'Assurance Chômage.

A 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.

En cas de décès de l'assuré

A la suite de votre décès, vos ayants droits peuvent continuer à bénéficier à titre individuel d'une garantie de niveau équivalent à celui du contrat collectif, sans délai de carence et sans questionnaire médical, pour une durée minimum de douze mois à compter de votre décès, à condition d'en faire la demande dans les six mois suivant celui-ci.

Afin de permettre à l'Institution de proposer à vos ayants droit le maintien des garanties, l'entreprise doit informer l'Institution de votre décès dès qu'elle en a connaissance.

La cotisation est payable d'avance par les personnes garanties. La lettre d'acceptation de l'Institution comportera la garantie, la date d'effet et le montant de la cotisation.

8 - La Garantie Assistance

Ces prestations résultent d'une convention d'assurance de groupe passée avec la Garantie Assistance KLESIA sous La référence KLP OKS-OKD.

Toute dépense engagée sans accord préalable ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori. Pour toute demande d'information sur votre garantie assistance, contactez le **05 49 76 97 87**.

9 – La téléconsultation

Téléconsultation :

Vous bénéficiez du service MédecinDirect qui vous permet de consulter des médecins généralistes et spécialistes 24h/24 et 7j/7, où que vous soyez. Une question de santé ? Consulter un médecin par écrit, par téléphone ou par vidéo. Ce service est gratuit et illimité.

- Accès gratuit 24h/24, 7j/7
- Des consultations médicales confidentielles et sécurisées
- Des médecins généralistes et spécialistes inscrits au CNOM*
- Des échanges par écrit, par téléphone ou par vidéo
- Une appli gratuite simple et rapide

*Conseil National de l'ordre des médecins

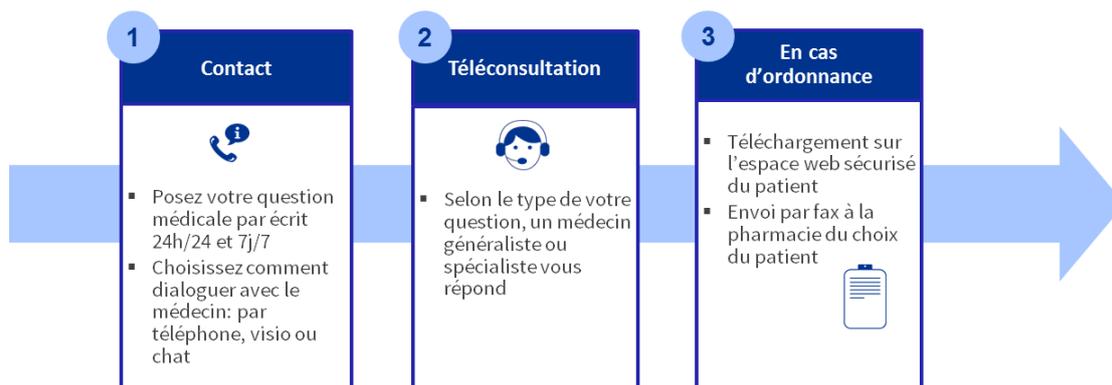
»» Le parcours salarié



Inscrivez-vous en trois étapes :

- Rendez-vous sur le site www.medecindirect.fr ou sur l'application gratuite MédecinDirect
- Remplissez le formulaire d'inscription et renseignez le code d'activation **BRAN186553**.
- Connectez-vous avec votre adresse e-mail et le mot de passe que vous avez choisi lors de votre inscription

»» Comment ça marche?



Dialoguez avec un médecin :

- Lorsque vous en avez besoin, faites votre demande de consultation par écrit.
- Choisissez comment vous souhaitez être recontacté par le médecin.
- Selon votre demande, un médecin généraliste ou spécialiste vous répond.
- En cas de besoin, vous pouvez obtenir une ordonnance en ligne ou un renouvellement d'ordonnance.

MédecinDirect n'est pas un service d'urgence. En cas de doute ou d'urgence, veuillez contacter votre médecin traitant ou le 112. MédecinDirect vient en soutien à la médecine de terrain, dans le respect du parcours de soin

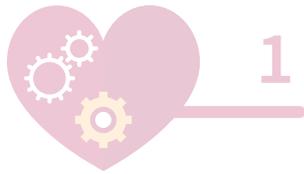
10 – La prescription

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

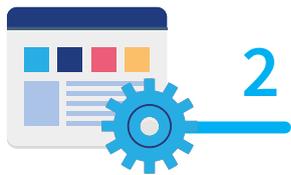
Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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.



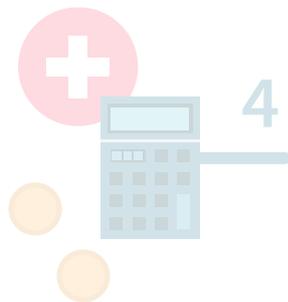
Votre complémentaire santé



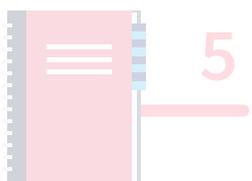
Vos services Henner



Vos démarches



Bien comprendre les réformes pour maîtriser vos dépenses de santé



Règlement général sur la protection des données (RGPD)

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.

1 Identifiant internet pour la connexion à votre espace client

2 Coordonnées de votre Unité de Gestion "UG"

3 Actes bénéficiant du tiers payant

4 Bénéficiaires de votre contrat

N° AMC : 12345678		Henner		Période de validité	
Type conv : OC CSR		Adresse		Du XX/XX/XXXX	
N° adhérent : 12345678 (Identifiant internet)		Adresse		au XX/XX/XXXX	
		Email :			
		Tel : +33(0)X XX XX XX XX / Fax : +33(0)X XX XX XX XX			
SOINS MÉDICAUX					
Pharmacie 65/30/15%	100/100/100	Auxiliaires médicaux	100% du TM	Prénom Nom - bénéficiaire 1	1234567891234 18/08/62
Laboratoire	100% du TM	Soins externes	100% du TM	Prénom Nom - bénéficiaire 2	1234567891234 18/08/62
Radiologie	100% du TM	Consultations	100% du TM	Prénom Nom - bénéficiaire 3	1234567891234 18/08/62
Transport	100% du TM	Centre de santé	100% du TM	Prénom Nom - bénéficiaire 4	1234567891234 18/08/62
				Prénom Nom - bénéficiaire 5	1234567891234 18/08/62

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 180 000 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.



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



Optique



Pharmacie



Laboratoires d'analyses, radiologies



Dentaire



Audiologie



Hospitalisation

Comment accéder à votre espace client ?

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

Connexion

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.



Espace client

Appli mobile
Henner+

Henner+

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

Vos services en ligne



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



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.



Demandez une prise en charge hospitalière



Contactez votre Unité de Gestion facilement



Téléchargez votre carte d'assuré



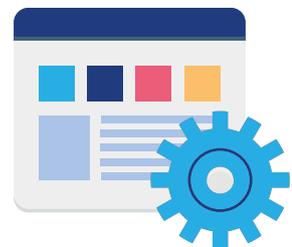
Déposez les justificatifs de vos enfants (espace client)



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



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



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 et sous réserve que l'assuré conserve pendant 12 mois les originaux pour nous les transmettre en cas de demande.

Votre Unité de Gestion

Votre Unité de Gestion est chargée de l'ensemble 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



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

Votre Unité de Gestion est ouverte de
8h00 à 18h30, du lundi au vendredi.

Par téléphone au : **02 51 88 75 11**

Par mail : **groupebrangeon@henner.fr**.

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



1

Votre complémentaire santé



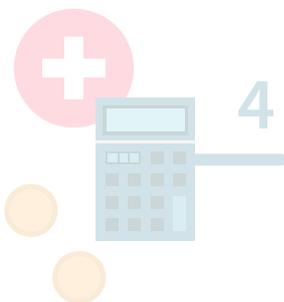
2

Vos services Henner



3

Vos démarches



4

Bien comprendre les réformes pour maîtriser vos dépenses de santé

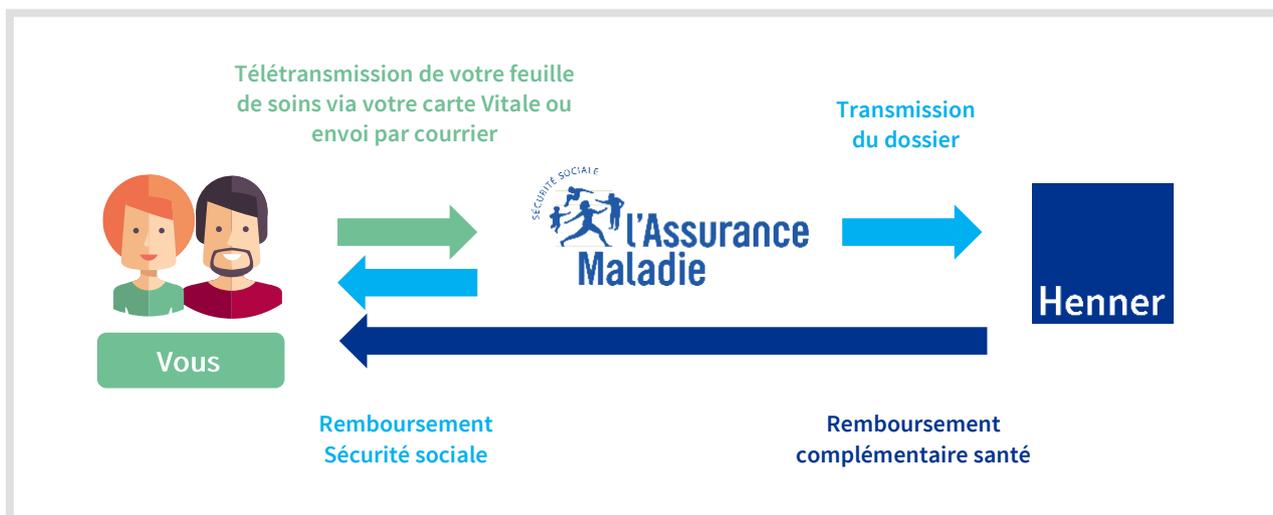


5

Règlement général sur la protection des données (RGPD)

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 n'en bénéficiez pas

Adressez-nous les décomptes de l'Assurance Maladie (Améli.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.**



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.



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).



La télétransmission fonctionne sur une seule complémentaire santé uniquement.

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	Facture originale* détaillée et acquittée
Frais de transport	
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 péridurale, 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

*Pour les assurés bénéficiant de la télétransmission, possibilité d'envoyer une copie par scan ou photo, selon les modalités du contrat 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 l'Assurance Maladie et votre contrat.



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. Vous pouvez également nous contacter au 01.55.62.90.00., muni de votre identifiant ou de votre numéro de Sécurité sociale.

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.



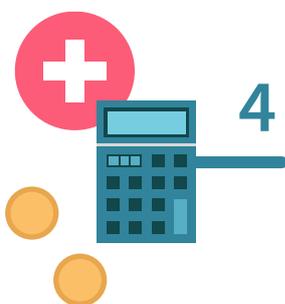
Votre complémentaire santé



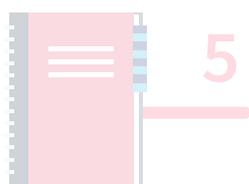
Vos services Henner



Vos démarches



Bien comprendre les réformes pour maîtriser vos dépenses de santé



Règlement général sur la protection des données (RGPD)

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 :



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



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



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



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 annuaire.sante.ameli.fr



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

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, dès 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 www.henner.com



1

Votre complémentaire santé



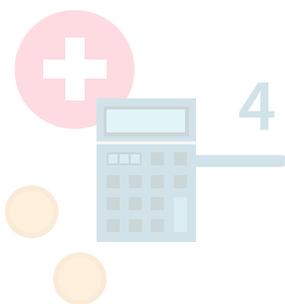
2

Vos services Henner



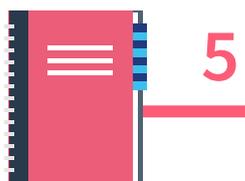
3

Vos démarches



4

Bien comprendre les réformes pour maîtriser vos dépenses de santé



5

Règlement général sur la protection des données (RGPD)



Traitement des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel qui sont recueillies dans le cadre de votre contrat d'assurance font l'objet d'un traitement dont la finalité est la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de votre contrat d'assurance. Elles sont conservées pour la durée nécessaire à son exécution. Ces données sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion de votre contrat, notamment aux partenaires assureurs, aux assistants et réseaux de soins intervenant dans la gestion des garanties. Compte tenu de la dimension internationale du Groupe Henner, présent dans le monde entier, certaines de vos données à caractère personnel sont susceptibles d'être transférées en dehors de l'Union Européenne (UE) vers d'autres entités du groupe, dans le strict cadre de nos opérations techniques de règlement direct de certains professionnels de santé. Ces opérations sont encadrées par des clauses contractuelles type ou par des règles internes d'entreprise (BCR), garantissant ainsi un niveau de protection aussi élevé qu'en France.

Dans tous les cas, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, de limitation, d'effacement, de portabilité et d'opposition de toute information vous concernant et figurant sur tout fichier à l'usage d'Henner ou des éventuels autres gestionnaires des risques garantis, partenaires assureurs ou tout autre organisme professionnel habilité en écrivant à l'adresse email : dpo@henner.com – ou par courrier à l'adresse postale suivante :

Ces données pourront également faire l'objet, dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, de traitements spécifiques :

- La lutte contre la fraude en assurance ;
- La lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme.



Groupe Henner
Délégué à la Protection des Données
Direction des Risques
14 boulevard du Général Leclerc
92200 Neuilly-sur-Seine
France

