



BRINKS

Henner

Here to care

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



HENNER - UG 57
TSA 51935
92894 NANTERRE CEDEX 9
Tél : 03.28.76.20.21
brinks.sante@henner.fr



Sommaire



Votre complémentaire santé

- Vos garanties
- Vos exemples de remboursement
- Les bénéficiaires de votre contrat
- L'essentiel de votre contrat
- Les services associés à votre contrat
- Le maintien de vos garanties



Vos services Henner et vos démarches

- Découvrez les services de votre complémentaire santé :
 - Les fonctionnalités de votre espace client
 - Votre carte d'assuré Henner
 - Le réseau de soins Santéclair
 - Votre Unité de Gestion
- Pour être remboursé plus rapidement :
 - Bénéficiez de la télétransmission
 - Effectuez vos demandes de remboursement en un clic
 - Envoyez vos pièces justificatives
 - Optimisez vos dépenses de santé



Traitement des données à caractère personnel

- Charte RGPD



Votre complémentaire santé Henner



VOTRE TABLEAU DE GARANTIES AU 01/01/2023

[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 SURCOMPLEMENTAIRE n'est pas responsable au sens des articles susvisés et fera l'objet d'un contrat distinct du régime BASE conformément aux dispositions de la Circulaire DSS du 30 janvier 2015.



La garantie SURCOMPLEMENTAIRE 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	SURCOMPLEMENTAIRE
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 Non conventionné : 90 % FR	-
Chambre particulière	100 % FR	-
Chambre particulière ambulatoire	15 € par jour	-
Honoraires		
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTM : 100 % FR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR	Médecin non DPTM : 100 % FR y compris base
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 Non conventionné : 90 % FR	-
Chambre particulière	100 % FR limité à 60 jours par année civile en psychiatrie	-
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-
Autres frais hospitaliers		
Lit d'accompagnant (moins de 12 ans)	100 % FR	-
Frais de transport	TM + 165 % BR	-
Maternité		
Chambre particulière	100 % FR	-
Forfait naissance ou adoption (par enfant)	15 % du PMSS si déclaration dans les 3 mois suivants sa naissance	-
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Médecin généraliste	Médecin DPTM : 100 % FR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR	Médecin non DPTM : 100 % FR y compris base
Médecin spécialiste	Médecin DPTM : 100 % FR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR	Médecin non DPTM : 100 % FR y compris base
Actes techniques dispensés par le médecin	Médecin DPTM : TM + 100 % BR Médecin non DPTM : TM + 80 % BR	-
Actes de radiologie et échographie	Médecin DPTM : TM + 100 % BR Médecin non DPTM : TM + 80 % BR	-
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux	TM + 100 % BR	-
Séance de psychologue	TM	-
Médicaments		
Médicaments et vaccins pris en charge par l'AM	TM	-
Vaccin anti-grippal	30 € par année civile	-
Vaccins prescrits non pris en charge par l'AM	30 € par année civile	-
Autres soins courants		
Analyses et examens de laboratoire	TM + 100 % BR	-
Matériel médical	TM + 165 % BR + 5,43 % du PMSS par acte	9,57 % du PMSS par acte
Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique	165 % BR + 5,43 % du PMSS par acte	9,57 % du PMSS par acte
Piles pour les prothèses auditives	TM	-
DENTAIRE		
Soins		
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	TM + 370 % BR	-
Radiologie dentaire	TM + 370 % BR	-
Parodontologie non prise en charge par l'AM Voir liste en annexe	-	200 € par année civile
Prothèses		
Prothèses 100% santé*		
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	100 % PLV - MR	-

VOTRE TABLEAU DE GARANTIES AU 01/01/2023

Prothèses à tarifs maîtrisés limités à 100 % PLV - MR et à tarifs libres		
Prothèses fixes : couronnes et bridges	TM + 270 % BR	100 % BR
Prothèses amovibles	TM + 270 % BR	100 % BR
Couronnes provisoires	TM + 270 % BR	100 % BR
Inlays core	TM + 270 % BR	100 % BR
Inlays / onlays	TM + 270 % BR	100 % BR
Prothèses non prises en charge par l'AM	754,65 € par dent	279,50 € par dent
Implantologie		
Couronne sur implant (acte à tarif libre)	TM + 270 % BR	100 % BR
Plafond sur l'implantologie Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM Inlay core non pris en charge par l'AM Bridge sur implant non pris en charge par l'AM	-	400 € par implant limité à 1200 € par année civile
Orthodontie		
Orthodontie (par semestre de soin)	400 % BR	100 % BR
Orthodontie non prise en charge par l'AM	400 % 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 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		
Plafond sur les montures	100 € - MR	-
Equipement simple (y compris monture) 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	290 €	-
Equipement complexe (y compris monture) 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	430 €	-
Equipement très complexe (y compris monture) Classe F : verres multifocaux différents de la classe C	570 €	-
Les suppléments et prestations optiques pris en charge par l'AM	TM	-
Lentilles cornéennes		
Prises en charge par l'AM, par paire	TM	8 % PMSS par année civile
Non prises en charge par l'AM, par bénéficiaire, y compris jetables	-	8 % PMSS par année civile
Chirurgie réfractive	-	600 € 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*		
Aides auditives	100 % PLV - MR	-
Equipements à tarifs libres		
Aides auditives jusqu'à 20 ans	TM + 165 % BR + 5,43 % du PMSS dans la limite de 1700 € - MR par oreille	9,57 % du PMSS par oreille
Aides auditives plus de 20 ans	TM + 165 % BR + 5,43 % du PMSS dans la limite de 1700 € - MR par oreille	9,57 % du PMSS par oreille
CURES		
Cures thermales, frais engagés plafonnés par année civile (frais de surveillance, hébergement et transport pris en charge par l'AM)	15 % PMSS	-
PRÉVENTION NON PRISE EN CHARGE PAR L'AM		
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Acupuncture,	120 € par année civile	110 € par année civile
Homéopathie	120 € par année civile	110 € par année civile
Pédicure, Podologie	120 € par année civile	110 € par année civile
Consultation Equilibre alimentaire et Diététique Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de la facture originale). Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.	120 € par année civile	110 € par année civile
Sebrage tabagique	-	60 € par année civile

 GARANTIE OBSÈQUES		
Prestation limitée aux frais réels	200 % du PMSS	-
 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
 TM : Ticket Modérateur

Liste des actes limitativement couverts par le forfait "Parodontologie non prise en charge par l'AM" : Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), Gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), Surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extraconaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), Séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018)
 Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non prises en charge par l'AM" : Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (bridge) (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (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 incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronaradiculaire 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 coronaradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009)

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT AU 01/01/2023

Régime Général

POSTE	DÉPENSE	REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE	REMBOURSEMENT DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (BASE)	RESTE À CHARGE	REMBOURSEMENT SURCOMPLEMENTAIRE MONTANT MAXIMUM (1)
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	-
Chambre particulière (sur demande du patient en chirurgie)	70,86 €	0,00 €	70,86 €	0,00 €	-
Honoraires du chirurgien (adhérent DPTM) pour une opération chirurgicale de la cataracte (2)	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €	-
Honoraires du chirurgien (non adhérent DPTM) pour une opération chirurgicale de la cataracte (2)	447,00 €	247,70 €	199,30 €	0,00 €	Frais réels
SOINS COURANTS					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires pour un patient de plus de 18 ans (3)	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	-
Consultation d'un médecin spécialiste (adhérent DPTM)(2) pour un patient de plus de 18 ans (3)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €	-
Consultation d'un médecin spécialiste (non adhérent DPTM)(2) pour un patient de plus de 18 ans (3)	57,00 €	15,10 €	29,90 €	12,00 €	Frais réels
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 €	360,00 €	94,70 €	+ 120,00 €
Couronne céramo - métallique sur molaires (prothèse à tarif libre)	550,00 €	84,00 €	360,00 €	106,00 €	+ 120,00 €
Orthodontie prise en charge par l'AM pour un enfant de moins de 16 ans (par semestre)	720,00 €	193,50 €	526,50 €	0,00 €	+ 193,50 €
OPTIQUE					
Équipement optique (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé) (4)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €	-
Équipement optique (monture + verres) de verres unifocaux (équipement à tarif libre) (4)	345,00 €	0,09 €	290,00 €	54,91 €	-
Équipement optique (monture + verres) de verres multifocaux (équipement à tarif libre) (4)	601,00 €	0,09 €	430,00 €	170,91 €	-
Chirurgie réfractive (tarif pour les 2 yeux)	2 000,00 €	0,00 €	0,00 €	2 000,00 €	+ 600 € par œil
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive par oreille pour un patient de plus de 20 ans (équipement 100% santé)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	-
Aide auditive par oreille pour un patient de plus de 20 ans (équipement à tarif libre)	1 476,00 €	240,00 €	1 019,06 €	216,94 €	+ 350,84 €

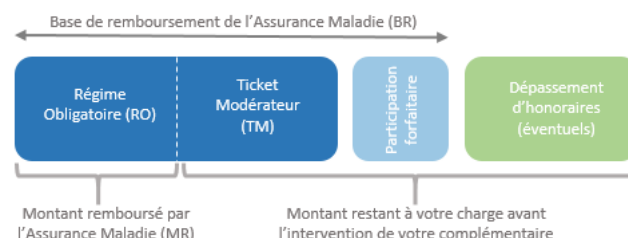
Les exemples sont à titre indicatif, sans valeur contractuelle.

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

(2) Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des spécialités de médecins. Il s'agit d'un engagement du médecin envers la Sécurité sociale, visant à encadrer la prise en charge des dépassements d'honoraires.

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

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



Les bénéficiaires de votre contrat

Henner a été chargé de la gestion de votre contrat complémentaire santé souscrit par Brink's auprès d'Allianz.

Sont exclues, les garanties qui ne sont pas mentionnées dans le tableau de garanties précédent.

Votre contrat vous accorde, à vous et vos éventuels ayants droit, le versement de prestations complémentaires à celles de l'Assurance Maladie en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés.

Les bénéficiaires

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

- **Votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement bénéficiant d'un régime d'Assurance Maladie :**

Est assimilé au conjoint, le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou le concubin vivant maritalement avec l'assuré.

- **Vos enfants et ceux de votre conjoint :**

Jusqu'à leur 20e anniversaire, s'ils sont à votre charge (ou celle de votre conjoint) au sens de l'Assurance Maladie,

Jusqu'à leur 28e anniversaire, s'ils remplissent une des conditions suivantes :

- ✓ s'ils sont affiliés au régime étudiant de l'Assurance Maladie,
- ✓ s'ils suivent des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance,
- ✓ s'ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,

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.

- **Vos ascendants ou ceux de votre conjoint ou de votre concubin, ou de votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à charge au sens de l'Assurance Maladie.**

L'essentiel de votre contrat

Adhésion / résiliation de la Surcomplémentaire

Affiliation :

Les garanties liées à la surcomplémentaire choisie, prennent effet au 1er jour du mois qui suit la demande d'affiliation, pour une période minimale d'un an.

Modification :

L'affilié peut modifier son choix pour lui-même et les membres de sa famille :

- à la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce...)
- au 1er janvier de chaque année, après au moins douze mois d'affiliation sans suspension des garanties, sous réserve que sa demande parvienne à l'assureur avant le 30 novembre.

De plus, si les membres de la famille de l'affilié bénéficient du contrat, alors le changement est identique pour l'affilié et les membres de sa famille :

- La modification à la suite d'une naissance prend effet à la date de naissance du bénéficiaire ;
- Pour les autres cas, le premier jour du mois qui suit la demande de modification.

Radiation :

Le salarié peut résilier son affiliation à tout moment sans frais ni pénalités à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prend effet un mois après que l'assureur en ait reçu notification.

Il est toutefois possible de souscrire à nouveau à la Surcomplémentaire dans un délai de 24 mois (date anniversaire) à compter de la date de sortie.

Remarques importantes concernant vos remboursements

- Les 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 vos remboursements. Pour tous les soins pratiqués à l'étranger, le 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 soins réalisés par des professionnels de santé non reconnus et non diplômés ne sont pas remboursés.
- 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 Evin du 31/12/1989).
- Le forfait maternité est destiné à couvrir les frais d'accouchement et les premiers jours d'hospitalisation d'une bénéficiaire.

Délai de prescription

La prescription en assurance est le délai de deux ans au-delà duquel un assuré ne peut plus exercer de recours. Toute action résultant de l'application de votre contrat (par exemple le règlement d'une prestation) 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, à partir du jour où Henner et/ou votre assureur en a connaissance,
- En cas de sinistre, à partir 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 Henner au bénéficiaire, concernant l'action en paiement de la cotisation, et par le bénéficiaire ou l'ayant droit à Henner, concernant le règlement de la prestation

Le service associé à votre contrat



L'ASSISTANCE

Ces prestations résultent d'une convention d'assurance de groupe passée avec Allianz. 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 contrat d'assistance, consulter la notice d'information Allianz qui vous sera remise par votre employeur.

Le maintien de vos garanties

Suspension de contrat de travail non indemnisé

En cas de suspension de contrat de travail non indemnisé (congrés sans solde de type congé parental ou sabbatique), vous pouvez maintenir votre couverture santé en vous acquittant de la cotisation totale (part salariale et part patronale).

Pour toute demande d'affiliation, rapprochez-vous de votre Unité de Gestion, afin de compléter un bulletin d'adhésion.

Portabilité

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à la prise en charge de la portabilité par le régime d'assurance chômage, les garanties pourront être maintenues sous certaines conditions pour une durée de 12 mois maximum (article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale). Les modalités de maintien sont communiquées par votre employeur.

Pour bénéficier de la portabilité, transmettez vos justificatifs d'indemnisation Pôle Emploi à votre Unité de Gestion, dans le mois qui suit le départ de la société.

Départ à la retraite

Maintien « Loi Evin » (Article 4 loi Evin 31 décembre 1989) des garanties à l'identique, uniquement pour vous-même.

- > La première année, la cotisation est identique à celle des actifs
- > La deuxième année, la cotisation est majorée de 25 %
- > La troisième année, la cotisation est majorée de 50 %

Pour bénéficier de ce maintien, rapprochez-vous, dans les 6 mois suivant votre sortie des effectifs, de votre contact de gestion dédié.

« Pour les salariés partant à la retraite, le maintien de couverture portera uniquement sur les garanties frais de santé. Sont ainsi exclues du maintien la Garantie Obsèques et les garanties d'assistance. »

Offre contrat individuel Henner

Lorsque vous quittez les effectifs de votre entreprise, vous pouvez également souscrire un contrat complémentaire santé individuel Henner et bénéficier d'un tarif préférentiel, à savoir une remise de 10 % sur le montant de la cotisation. La gestion de votre contrat continue d'être assurée par Henner.

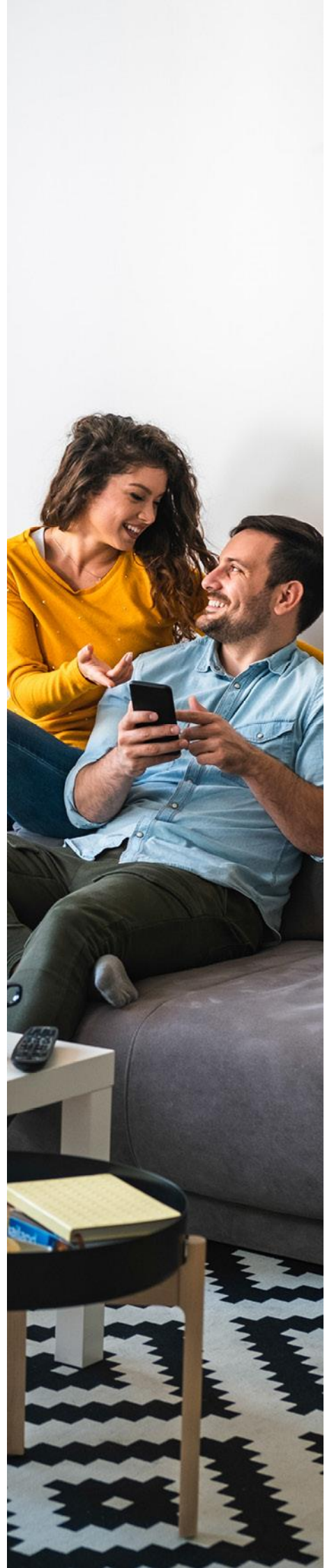
Pour obtenir un devis, contactez les équipes Henner aux coordonnées ci-dessous :

Email : sante.individuels@henner.fr

Téléphone : 03.28.76.37.37.



Vos services Henner et vos démarches



Les fonctionnalités de votre espace client

Comment vous connecter à votre espace client ?

En ligne (l'adresse internet est indiquée sur votre carte d'assuré) ou via votre application mobile Henner+. Pour vous connecter, renseignez :

Votre identifiant internet :

N° d'adhérent figurant sur votre carte d'assuré. Vos identifiants vous sont également adressés, lors de votre affiliation, par email ou par courrier si vous n'avez pas communiqué

Votre mot de passe :

En cas de première connexion ou si vous n'avez pas votre mot de passe, cliquez sur « Première connexion / mot de passe oublié ».



Carte d'assuré

Téléchargez votre carte d'assuré



Géolocalisation

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



Remboursements

Envoyez votre justificatif par scan ou photo* et suivez l'avancement de votre demande



Décomptes

Consultez le détail de vos remboursements et téléchargez vos décomptes



Hospitalisation

Demandez une prise en charge hospitalière pour ne pas avancer les frais



Contrat

Retrouvez les informations relatives à votre contrat et modifiez vos coordonnées



Devis

Faites analyser vos devis optiques et dentaires avant d'engager des frais importants



Enfants

Déposez les justificatifs de vos enfants



Unité de Gestion

Echangez avec votre Unité de Gestion



Prévention santé

Accédez à une plateforme dédiée à la prévention santé



Besoin d'un conseil ou d'une information complémentaire ?

Consultez notre aide en ligne et trouvez une réponse à vos questions en un clic.

Henner+



www.henner.com

*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 24 mois les originaux pour nous les transmettre en cas de demande.

Votre carte d'assuré Henner

À quoi sert votre carte d'assuré ?

Votre carte d'assuré est une carte de tiers payant. En l'utilisant chez un professionnel de santé pratiquant le tiers payant, 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 et dans votre application mobile Henner+*. Dès votre affiliation, vos identifiants vous seront adressés par email ou par courrier si vous n'avez pas communiqué d'adresse email.

1 Identifiant internet pour la connexion à votre espace client

2 Coordonnées de votre Unité de Gestion « UG »

3 Bénéficiaires de votre contrat

4 Actes bénéficiant du tiers payant

ATTESTATION DE TIERS PAYANT
Henner-GMC - UG X
Tel : +33(0)X XX XX XX XX - Fax : +33(0)X XX XX XX XX

Assuré social : NOM PRENOM
N° INSEE : X XX XX XX XXX XXX XX
Code GR : XX XXX Complément GR : N° Contrat : HEN XXXXXXXXXXXX

Période de validité : 01/01/2020 au 31/12/2020

Bénéficiaire(s) du tiers-payant			Dépenses de Santé concernées par le tiers-payant										
Nom - Prénom	Date de naissance - Rang	Type Conv	PHAR* SP	MED* SP	CSTE* SP	SVIL* SP	CSTD OC	EXTE OC	HOSP OC	DENT SC	OPTI SC	AUDI SC	TRAN OC
NOM PRENOM XX/XX/XXXX-1			100/100/100	100%	100%	100%	100%	100%	PEC (1)	PEC (2)	PEC (2)	PEC (2)	100%
NOM PRENOM XX/XX/XXXX-2			100/100/100	100%	100%	100%	100%	100%	PEC (1)	PEC (2)	PEC (2)	PEC (2)	100%
NOM PRENOM XX/XX/XXXX-1			100/100/100	100%	100%	100%	100%	100%	PEC (1)	PEC (2)	PEC (2)	PEC (2)	100%

(*) : Règle de calcul O2A : Mt RC = %TR/MRO
(1) Prise en charge auprès de votre centre de gestion
(2) Prise en charge pour les partenaires SANTECLAIR par internet - <http://www.santeclair.fr/ffil>
... : Taux AMC sur pharmacie remboursable 65% (60% LPP)/ 30% / 15%

SANTECLAIR
MON REPERE SANTE

Important : Seules les dépenses avec la mention SP sont prises en charge par SP Santé

Grâce à votre complémentaire santé Henner, vous bénéficiez des services Santéclair. Découvrez ses nombreux services et avantages

Qu'est-ce que Santéclair ?

Santéclair vous propose de nombreux services et conseils pour vous accompagner dans votre parcours santé. Vous bénéficiez de soins et d'équipements de qualité à tarifs négociés et du tiers payant chez les praticiens partenaires Santéclair pour vos dépenses en optique, dentaire et audioprothèse.

Quels sont les avantages Santéclair ?

- Grâce au tiers payant, vous n'avancez pas les frais chez les professionnels de santé pratiquant le tiers payant, dans la limite de vos garanties.
- Vous diminuez vos dépenses de santé grâce à des tarifs avantageux en optique, dentaire et audiologie.
- 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.
- Accédez à près de 150 000 professionnels de santé partenaires Santéclair ou recommandés (médecins généralistes ou spécialistes, naturopathes, sophrologues, chiropracteurs, ostéopathes...)

Comment bénéficier de vos services Santéclair ?

- Connectez-vous sur votre espace client pour identifier le professionnel de santé souhaité (rubrique « réseau médical »), ou sur l'application Henner+* (rubrique « mes services »), pour accéder à l'annuaire de géolocalisation des professionnels de santé partenaires.
- Prenez rendez-vous chez le professionnel de santé partenaire
- Présentez votre carte d'assuré Henner lors de votre consultation. Votre carte vous permet de bénéficier des avantages Santéclair.

* Téléchargeable gratuitement sur Google Play ou sur l'App Store

Santéclair vous propose des services pour vous accompagner dans 6 domaines :



Optique



Dentaire



Audiologie



Médecins paramédicaux



Hospitalisation



Médecines douces

Optique

Plus de 3 000 opticiens partenaires

30 centres de chirurgie réfractive

Des tarifs négociés sur les verres de grandes marques (Essilor, Nikon, Optiswiss ou Zeiss)

Jusqu'à 20% de remise sur votre monture

Tarifs négociés sur les opérations de chirurgie réfractive laser

Audiologie

Plus de 1 300 audioprothésistes partenaires

Jusqu'à 35 % d'économies sur l'intégralité des gammes d'aides auditives

20% de remise sur les piles

10% de remise sur les accessoires (chargeur, produits d'entretien...)

Dentaire

3 000 chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires, 70 cabinets spécialisés en implantologie

Jusqu'à 40 % d'économies sur l'implantologie et les traitements d'orthodontie invisible par aligneurs

Médecines douces

400 diététiciennes partenaires

370 ostéopathes et chiropracteurs partenaires

Jusqu'à 15% d'économies sur les consultations et séances

Les services complémentaires Santéclair compris dans votre contrat :



Outil de géolocalisation

Pour trouver un professionnel de santé proximité ou un centre de services d'accueil d'urgence adapté à vos besoins



Analyse de devis

En optique, dentaire, audiologie et chirurgie



Analyse de symptômes et orientation

Pour obtenir un avis rapide sur ses symptômes et être guidé dans leur prise en charge



Deuxième avis médical :

Pour tester son audition



Téléconsultation

Sans frais et inclus dans votre contrat santé



Pour en savoir plus, **rendez-vous sur votre espace client Henner.**

Votre Unité de Gestion



Votre Unité de Gestion vous accompagne au quotidien grâce à des interlocuteurs disponibles qui vous conseillent dans la gestion de votre contrat complémentaire santé et dans vos demandes.



Comment contacter votre Unité de Gestion ?

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

HENNER – UG 57
TSA 51935
92894 NANTERRE CEDEX 9
Tél : 03.28.76.20.21
brinks.sante@henner.fr

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

La télétransmission

Henner se charge de mettre en place 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). Pour vous assurer que votre CPAM a bien validé la demande de télétransmission, vérifiez que le message « Henner SAS recevra directement ce décompte » est indiqué dans vos décomptes de l'Assurance Maladie. Dans ce cas, vous bénéficiez de la télétransmission. Plus besoin de nous envoyer vos décomptes de l'Assurance Maladie, celle-ci nous les transmet directement.



Vous bénéficiez de la télétransmission

Grâce à la télétransmission, plus besoin d'envoyer votre décompte de l'Assurance Maladie. Cependant, des pièces justificatives peuvent vous être demandées (voir rubrique « envoyez vos pièces justificatives »). Dans ce cas, envoyez-les à votre Unité de Gestion par email ou par courrier. Pensez à nous informer de toute modification susceptible de perturber la télétransmission (déménagement, affiliation à un autre régime ou entrée dans la vie active de votre enfant...).



Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission

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 (rubrique « envoyez vos pièces justificatives »). Vous pouvez à tout moment choisir de bénéficier de la télétransmission en nous adressant la photocopie de votre attestation de carte Vitale et en vous connectant sur le site ameli.fr.



Vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission

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



Votre conjoint bénéficie de la télétransmission 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 le remboursement de celui-ci (selon les garanties de votre contrat).



La télétransmission fonctionne sur une seule complémentaire santé uniquement. Chaque enfant peut être rattaché aux deux numéros de Sécurité sociale des deux parents et ainsi bénéficier de la télétransmission vers l'une ou l'autre couverture.

Le tiers payant

Le tiers payant est un dispositif qui permet, lors de la consultation d'un médecin ou de l'achat de médicaments prescrits sur ordonnance, de ne pas avoir à avancer la part remboursée par l'Assurance Maladie et/ou celle de votre complémentaire santé. Il existe plusieurs types de tiers payant :

Tiers payant total

Le professionnel de santé que vous consultez peut vous proposer le tiers payant total. Dans ce cas, il vous suffit de lui présenter votre carte Vitale et votre carte d'assuré Henner ouvrant droit au tiers payant. **Vous n'avez aucun frais à avancer ni aucune démarche à effectuer.** L'Assurance Maladie et votre complémentaire santé versent directement le montant dont vous êtes exonéré au professionnel de santé.

Tiers payant partiel

En cas de tiers payant partiel, seule la part de l'Assurance Maladie est prise en charge, sur présentation de votre carte Vitale. Vous devez donc régler au professionnel de santé la part complémentaire santé et envoyer ensuite votre facture à votre Unité de Gestion Henner afin d'être remboursé à hauteur de vos garanties.



Absence de tiers payant

Lorsque le professionnel de santé ne pratique pas de tiers payant, vous devez régler l'intégralité de la consultation ou des soins. Sur présentation de votre carte Vitale, et si vous bénéficiez de la télétransmission, **vous n'avez aucune démarche administrative à réaliser.** Les remboursements de la part de l'Assurance Maladie et de la part de votre complémentaire santé Henner se font automatiquement. Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, vous devez adresser le décompte original de l'Assurance Maladie à Henner pour être remboursé de la part complémentaire (selon les garanties de votre contrat).



A savoir : pour être mieux remboursé, il est nécessaire de respecter le parcours de soins coordonnés mis en place par la Sécurité sociale. Si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant, ou si vous consultez un autre médecin que votre médecin traitant sans être orienté par celui-ci, vous êtes hors du parcours de soins coordonnés. Dans ce cas, vos consultations sont moins bien remboursées.

Vos demandes de remboursement en un clic

**Vous souhaitez faire une demande de remboursement ?
Envoyez-nous vos factures directement en ligne !**



Depuis votre espace client

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



Depuis votre application mobile

Depuis la page d'accueil, cliquez sur
« **Demander un remboursement** ».

Et pour vous garantir un remboursement rapide de vos factures

- 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

Les avantages

**Envoyez vos factures par scan
ou par simple photo**



**Suivi en temps réel de l'avancement
de votre demande**



**Demandes de remboursement
traitées sous 48h**

*Si le montant de votre demande de remboursement en ligne est limité (1000 €), envoyez-nous vos factures par voie postale.

Envoyez vos pièces justificatives

Pour optimiser le délai de 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	<p>Facture originale* détaillée et acquittée</p> <p>Pour les lunettes, prescription médicale datant de moins de :</p> <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 <p>Sauf limite appliquée par le professionnel de santé</p> <p>Pour les lentilles cornéennes et jetables, prescription médicale datant de moins de :</p> <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 <p>Sauf limite appliquée par le professionnel de santé</p>
Prothèses dentaires et soins dentaires en cas de dépassement d'honoraires	Facture originale* détaillée et acquittée
Prothèses auditives	
Autres prothèses (appareillage médical...)	
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	
Médecines douces non prises en charge par l'Assurance Maladie (ostéopathie, acupuncture, chiropractie...)	Facture originale* détaillée et acquittée
Hospitalisation Si vous n'avez pas bénéficié d'une prise en charge directe par Henner	Bordereau AMC (Assurance Maladie Complémentaire) Facture originale* acquittée de l'établissement.
Maternité (autre que césarienne) Si votre garantie est exprimée dans la limite des frais engagés	Bordereau AMC (Assurance Maladie Complémentaire) Factures originales* acquittées de l'anesthésiste pour la péridurale, les frais de chambre particulière, les dépassements d'honoraires de l'obstétricien.
Maternité si votre contrat prévoit un forfait naissance	Extrait d'acte de naissance
Cure thermique	Facture originale* détaillée et acquittée de toutes les dépenses engagées
Ticket modérateur Notes d'honoraires réglées directement au praticien (hospitalisations) Soins à l'étranger	Facture originale* détaillée et acquittée

*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 24 mois les originaux pour nous les transmettre en cas de demande.

Optimisez vos dépenses de santé

Vos dépenses de santé ont un impact sur vos cotisations.

Découvrez nos conseils pour bien utiliser votre complémentaire santé.



PRIVILEGIEZ LES PRATICIENS PARTENAIRES DE SANTECLAIR

Santclair vous permet de bénéficier de tarifs avantageux négociés (notamment en optique) et à des informations pratiques (prévention, bilan ...).



SUIVEZ LE PARCOURS DE SOINS

En choisissant votre médecin traitant et en le consultant en priorité, le remboursement de vos consultations demeure inchangé. En revanche, si vous n'avez pas encore de médecin traitant déclaré ou si vous ne respectez pas ce parcours, vous serez moins bien remboursé par l'Assurance Maladie.



CONSULTEZ VOTRE DENTISTE UNE FOIS PAR AN EN PREVENTION

Même si vous estimez que vos dents sont saines, ces contrôles réguliers éviteront d'engager des dépenses importantes par la suite.



DEMANDEZ UN DEVIS AUPRES DE PLUSIEURS PRATICIENS

En cas de dépenses importantes en dentaire ou en optique, Henner peut vérifier si les devis transmis sont sérieux et vous indique le montant remboursé par votre complémentaire santé.



INFORMEZ-VOUS SUR LES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES PRATIQUES

Avant de prendre rendez-vous avec vos praticiens, connectez-vous sur le site de l'Assurance Maladie : amelie-direct.fr pour connaître les praticiens adhérents au DPTM et les établissements de soins conventionnés.



NE COMMUNIQUEZ JAMAIS LES MONTANTS DE VOS GARANTIES

Afin de ne pas offrir aux praticiens l'opportunité d'ajuster leurs tarifs en fonction du niveau des garanties de votre contrat.



INTERROGEZ VOS PHARMACIENS SUR LES MEDICAMENTS GENERIQUES

Ils sont vendus 30 % à 40 % moins chers que le médicament original.



Traitement des données à caractère personnel



Règlement Général sur la Protection des Données

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données et à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par HENNER SAS, 14 Boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine et votre Organisme Assureur dont l'identité et les coordonnées se trouvent dans votre contrat d'assurance.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, l'exécution et la gestion (y compris commerciale) de votre contrat d'assurance, l'élaboration des statistiques et études actuarielles, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la lutte contre la fraude, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale, l'amélioration de la qualité des services et de la relation avec les assurés, la gestion des sites et applications et la gestion des demandes d'exercices de droits.

Certaines de vos données à caractère personnel sont susceptibles d'être transférées, pour les finalités précisées ci-dessus, en dehors de l'Union Européenne (UE) vers d'autres entités du Groupe Henner ou vers des tiers. Ces 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.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, en demander la portabilité ou leur suppression. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données, en demander la limitation ou retirer votre consentement à tout moment. Enfin, vous avez également le droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Pour exercer ces droits ou pour toute question relative au traitement de vos données, vous pouvez contacter notre service DPO par courrier à Henner, Délégué à la Protection des Données, Conformité/Relation Assureurs, 14 Boulevard du Général Leclerc 92 200 Neuilly-sur-Seine ou à l'adresse email suivante : dpo@henner.com

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL : 3 Place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données et pour exercer vos droits, reportez-vous à la Charte RGPD Assurés disponible sur votre Espace Client.



**HENNER – UG 57
TSA 51935
92894 NANTERRE CEDEX 9
Tél : 03.28.76.20.21
Brinks.sante@henner.fr**

Réclamation :

Vous avez la possibilité d'adresser une réclamation à votre unité de gestion. Pour en savoir plus, rendez-vous sur notre site Internet :
<https://www.henner.com/reclamations/>

***Here to care : Répondre présent à chaque moment.**

Document non contractuel

Henner, SAS de gestion et de courtage d'assurances - Capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 4832337739
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.

Crédits photo : © GettyImages. 01/2023