BRANGEON Groupe

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 01
TSA 82005
59887 LILLE CEDEX 9
Tél : 02.51.88.75.11
groupebrangeon@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 Carte Blanche
  - 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 01/01/2024

[Document strictement commercial élaboré en vue d'avoir une visibilité globale sur l'ensemble des prestations dont bénéficieront les assurés à la suite de la souscription du contrat socle responsable et du contrat sur complémentaire non responsable.]
Les prestations s'entendent en complément des remboursements de l'Assurance maladie, sauf indication contraire spécifique : "y compris Sécurité sociale" ou "Non pris en charge par l'AM".
La garantie Base est qualifiée de responsable conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 II du code de la sécurité sociale modifiés par la LFSS pour 2019 et du décret du 11 janvier 2019 visant notamment à garantir un accès sans reste à charge de certains soins ou équipements en optique, dentaire et audiologie. En tout état de cause, le contrat prend en charge le ticket modérateur dans les conditions fixées par l'article R. 871-1 II du code de la sécurité sociale.
La garantie Sur complémentaire n'est pas responsable au sens des articles susvisés et fera l'objet d'un contrat distinct du régime N1 conformément aux dispositions de la Circulaire DSS du 30 janvier 2015.
La garantie Sur complémentaire s'exprime en complément de la garantie de base choisie.
Toutes les prestations respectent les dispositions du contrat solidaire en application de la loi du 13 août 2004 : ainsi sont exclues la participation forfaitaire, les franchises et la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

	BASE	SUR COMPLÉMENTAIRE
HOSPITALISATION		
Hospitalisation chirurgicale et médicale (hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)		
Frais de séjour	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 90 % FR - MR avec un minimum du TM	-
Chambre particulière	2,2 % 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 Non conventionné : 90 % FR - MR avec un minimum du TM	-
Chambre particulière	2,2 % 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	2,2 % PMSS par jour	1 % PMSS par jour
Forfait naissance (par enfant)	10,22 % PMSS	10 % PMSS
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Médecin généraliste	Médecin DPTM :TM + 110 % BR Médecin non DPTM :TM + 90 % BR	Médecin DPTM :0 % BR 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
Séances de psychologues conventionnés dans le cadre du dispositif « MonPsysanté »	TM	-
Médicaments		
Médicaments et vaccins pris en charge par l'AM	TM	-
Médicaments prescrits non pris en charge par l'AM	51 € par année civile	-
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 maitrisés 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

VOTRE TABLEAU DE GARANTIES AU 01/01/2024

Implantologie		
Couronne sur implant (acte à tarif libre)	290 % BR	100 % BR
Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM	400 € par année civile	500 € par année civile
Parodontologie non prise en charge par l'AM		
Orthopédie dento-faciale		
Orthodontie (par semestre de soin)	200 % BR	150 % BR
Orthodontie non prise en charge par l'AM	150 % BR reconstituée	200 % BR reconstituée
OPTIQUE		
Paire de lunettes		
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. A l'exception des cas mentionnés dans la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS notamment** pour les enfants de moins de 16 ans et les adultes de 16 ans et plus pour lesquels un renouvellement est prévu chaque année en cas de dégradation des performances oculaires d'au moins 0.5 sur un œil ou 0.25 sur les deux yeux. Pour 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 €	50 €
A -Equipement composé de deux verres "simples"	300 €	150 €
B - Equipement mixte composé d' un verre "simple" (A) et d'un verre "complexe" (C)	450 €	175 €
C -Equipement composé de deux verres "complexes"	600 €	200 €
D -Equipement mixte composé d' un verre "simple" (A) et d'un verre très "complexe" (F)	450 €	175 €
E -Equipement mixte composé d' un verre "complexe" (C) et d'un verre très "complexe" (F)	600 €	200 €
F -Equipement composé de deux verres "très complexes"	600 €	200 €
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 année civile	150 € par année civile
Chirurgie réfractive	700 € par œil	200 € 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	1700 € - MR	-
Aides auditives plus de 20 ans	TM + 250 % BR limité à 1700 € - MR par oreille	-
CURES		
Cures thermales, frais engagés plafonnés par année civile (frais de surveillance, hébergement et transport pris en charge par l'AM)	TM + 21 % PMSS	-
PRÉVENTION NON PRISE EN CHARGE PAR L'AM		
Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Etiopathe, Nutritionniste, Diététicien, Réflexologie, Homéopathie, Naturopathe, Pédicure, Psychologue	160 € par année civile	100 € par année civile
Ostéodensitométrie	40 € par année civile	-
Moyens contraceptifs	51 € par année civile	49 € par année civile
Sevrage tabagique	65 € par année civile	49 € par année civile

VOTRE TABLEAU DE GARANTIES AU 01/01/2024

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 Maitrisée 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" : Bilan parodontal (HBQD001), 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), Assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003), Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire 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 incisivocanin (HBMD048), Pose d'un attachement coronoradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronoradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009)

Cotisations au 1er Janvier 2024

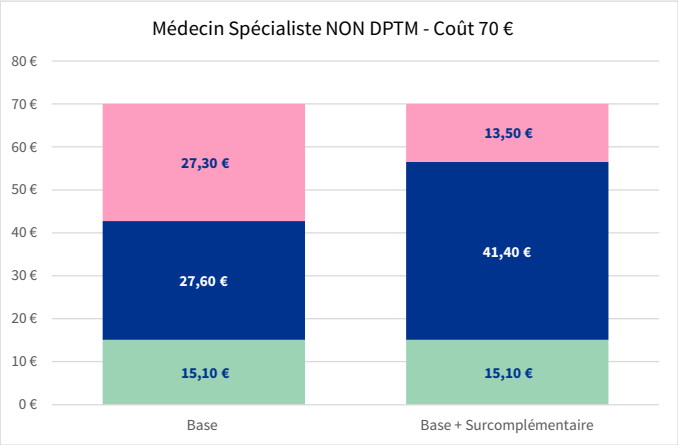
	Régime de base	
	Part employeur	Part salarié
Isolé (salarié inscrit seul) prélevé sur fiche de paie	Cotisation totale 1,61% PMSS* (soit 62,21 € en 2024)	
	38,47 €	23,74 €
Enfant(s) prélevé sur le compte bancaire	+ 1,31% PMSS* (soit + 50,62 € en 2024)	
	- €	+ 50,61 €
Conjoint prélevé sur le compte bancaire	+ 2,02% PMSS* (soit + 78,05 € en 2024)	
	- €	+ 78,05 €

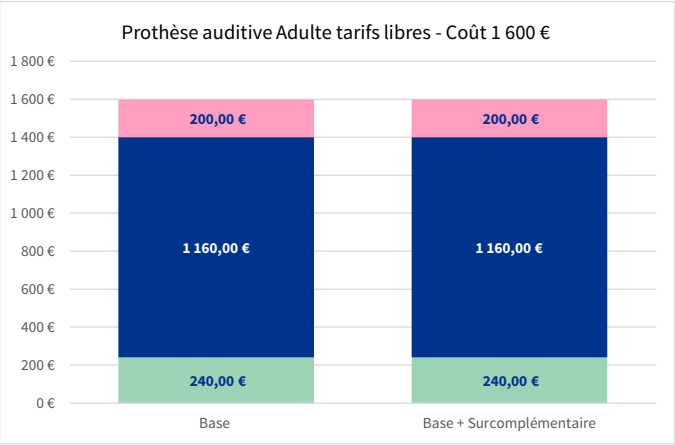
	Surcomplémentaire facultative
	Part salarié
Isolé (salarié inscrit seul) prélevé sur le compte bancaire	0,41% PMSS* (soit 15,84 € en 2024)
Affilié + enfant(s) prélevé sur le compte bancaire	0,95% PMSS* (soit 36,70 € en 2024)
Conjoint prélevé sur le compte bancaire	+ 0,64% PMSS* (soit + 24,73 € en 2024)

*Le Plafond Menseul de la Sécurité Sociale s'élève à 3 864 € en 2024, il évolue tous les ans

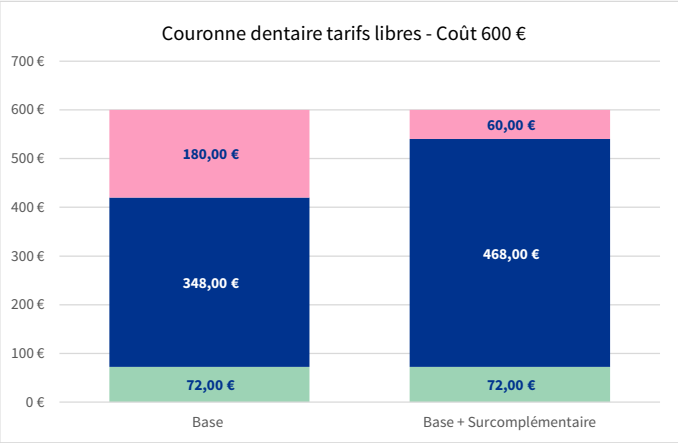
Quelques exemples de remboursements au 1er janvier 2024

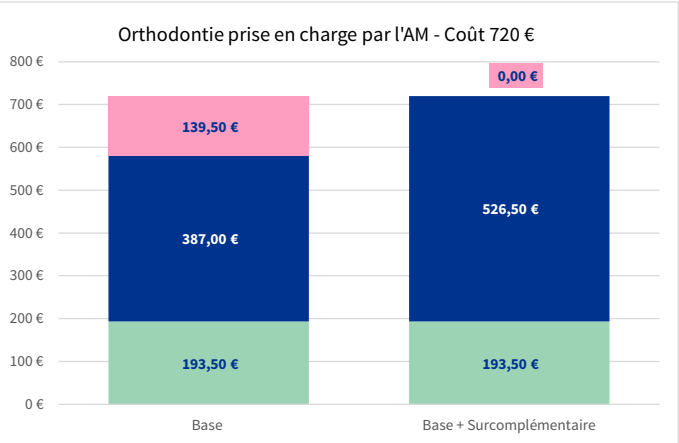
Remboursement Sécurité sociale | Remboursement Henner | Mon reste à charge

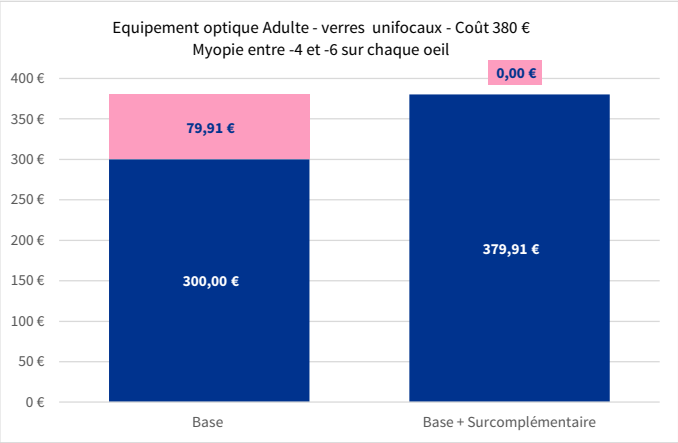




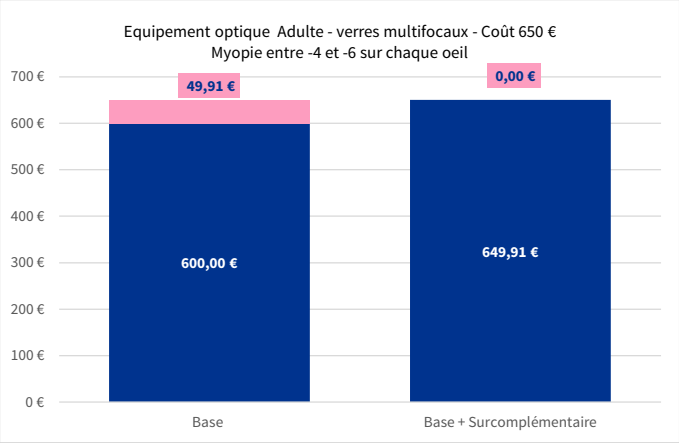
Consultation établie dans le cadre du parcours de soins.
La participation forfaitaire de 1 € reste à la charge de l'assuré.







La Sécurité sociale intervient à hauteur de 0,09 € par équipement.



La Sécurité sociale intervient à hauteur de 0,09 € par équipement.

Les bénéficiaires de votre contrat

Henner a été chargé de la gestion de votre contrat complémentaire santé souscrit par **BRANGEON** auprès de **KLESIA PREVOYANCE**. 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 et 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 18ème anniversaire,

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

- ✓ 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 contrats d'insertions professionnelles : 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 leurs activités salariée,

Jusqu'à leur 28ème 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.

L’essentiel de votre contrat

Adhésion / résiliation de la 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.

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.
- Les remboursements d’appareils orthodontiques amovibles (de type gouttière d’alignement) achetés sur internet sont exclus des garanties. Par ailleurs, l’achat d’appareils orthodontiques amovibles de type gouttières d’alignement non précédé d’un diagnostic, d’un examen et d’imagerie et non suivi périodiquement par un professionnel de santé qualifié (dentiste ou orthodontiste) est exclu de la garantie.

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.

Les services associés à votre contrat

LA TELECONSULTATION

Une consultation médicale à distance par téléphone au **+33 1 41 85 80 27** ou par vidéo sur le portail web https://klesia.medetvous.fr/.

- ✓ Un médecin généraliste accessible 24h/24 et 7J/7 en moins de 30 min ou sur RDV.
- ✓ Un dermatologue, un psychologue, une sage-femme, un sexologue, un infirmier conseil disponibles sur RDV.

L'ASSISTANCE

Ces prestations résultent d'une convention d'assurance de groupe passée avec Klésia. 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, contactez le 01 41 85 95 81, et communiquez le numéro de contrat.

Le maintien de vos garanties

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.

Loi Evin

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 %

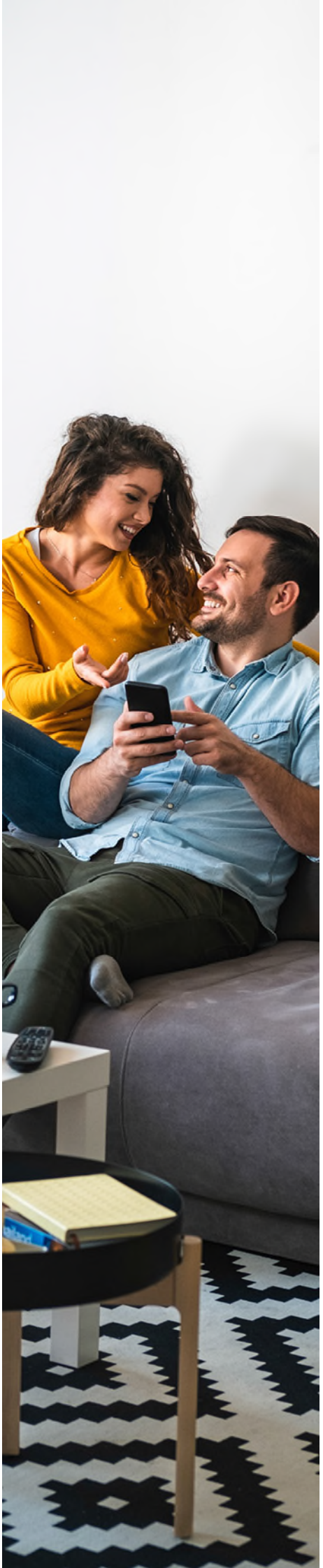
Pour bénéficier de ce maintien, rapprochez-vous, dans les 6 mois suivant votre sortie des effectifs, de votre contact de gestion dédié.

Pour les salariés partant à la retraite, le maintien de couverture portera uniquement sur les garanties frais de santé. Sont aussi exclues du maintien, 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 d'adresse email.

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+

Télécharger dans l'App Store | DISPONIBLE SUR Google Play

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.

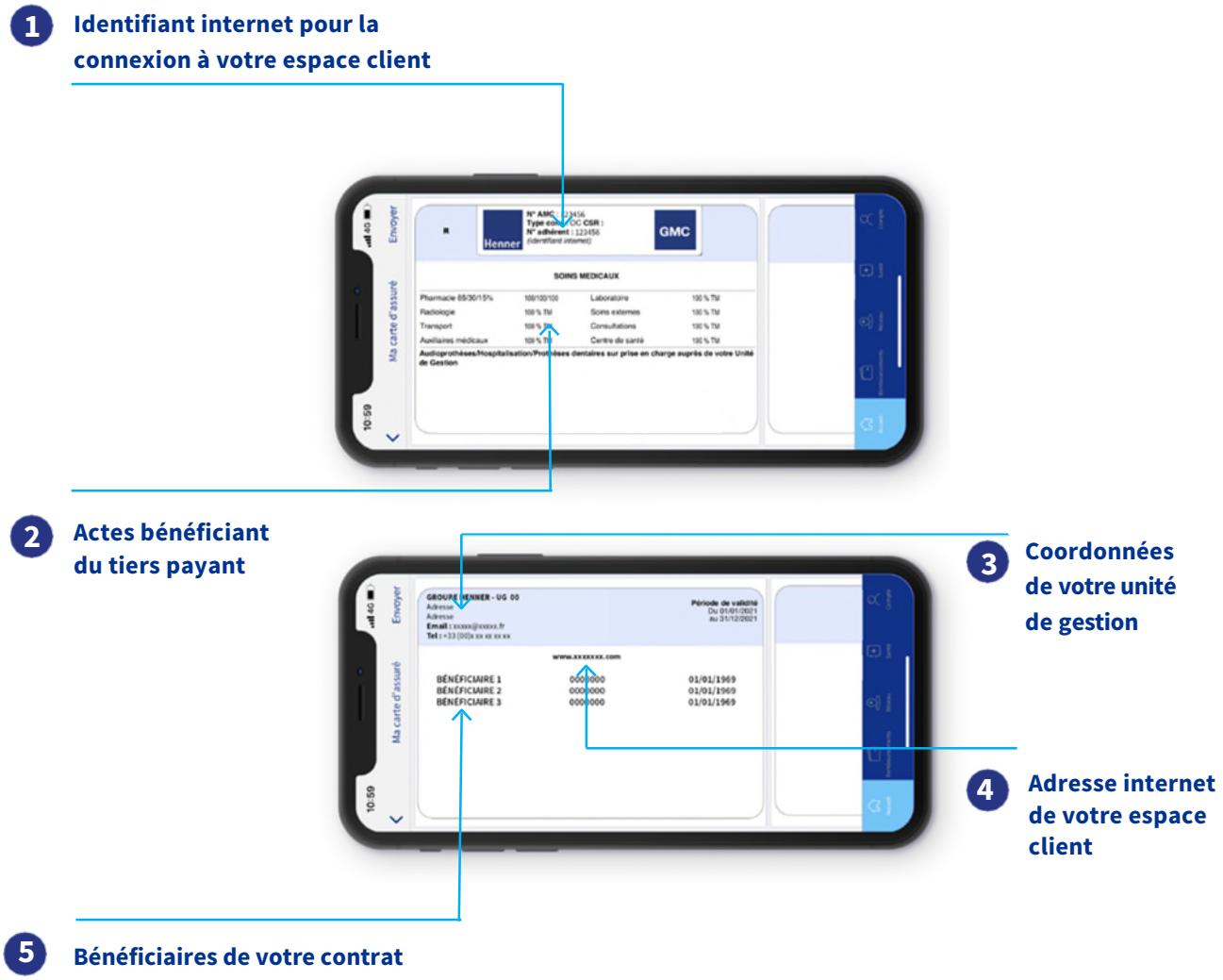
Votre carte d’assuré Henner

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.



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

Votre réseau de soins Carte Blanche

Grâce à votre complémentaire santé Henner, vous bénéficiez du réseau de soins Carte Blanche composé de près de 280 000 professionnels de santé partenaires. Découvrez ses nombreux services et avantages.

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

Le réseau de soins Carte Blanche est un regroupement de 280 000 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'optique, le dentaire et l'audiologie.

Quels sont les avantages du réseau Carte Blanche ?

- Avec votre carte d'assuré ouvrant droit au tiers payant, vous n'avancez pas les frais chez les professionnels de santé du réseau pratiquant le tiers payant, dans la limite de vos garanties.
- Vous bénéficiez de tarifs négociés en optique, dentaire et audiologie.
- Vous êtes pris en charge dans des conditions optimales chez les professionnels partenaires, rigoureusement sélectionnés.
- Des réseaux complémentaires de professionnels paramédicaux peuvent également vous appliquer des tarifs préférentiels : réseau prévention (ostéopathes), réseau podologie, réseau diététique.
- Vous avez accès à de multiples services et informations pratiques sur la santé, la prévention et le bien-être. Nos équipes dédiées vous accompagnent dans vos démarches de santé au quotidien.

Comment accéder à vos services et identifier un professionnel de santé partenaire ?

Retrouvez l'ensemble des services Carte Blanche, dont l'annuaire de géolocalisation des professionnels de santé, sur votre espace Client Henner : clients.henner.com ou sur l'application Henner*

Votre identifiant est indiqué sur votre carte d'assuré ouvrant droit au tiers payant.

Accès au tiers payant en :

- **Optique**
- **Dentaire**
- **Audiologie**
- **Pharmacie**
- **Hospitalisation**
- **Laboratoires d'analyses / Radiologues**

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

Les tarifs préférentiels Carte Blanche

Optique	Dentaire	Audiologie
Jusqu'à **40 % de remise**	Jusqu'à **10 % de remise**	Jusqu'à **20 % de remise**

Et pour l'optique, l'offre packagée Carte Blanche - Prysme

Votre équipement optique de qualité sans reste à charge

Des verres issus de verriers de qualité

mondialement reconnus
(Essilor, Hoya, Nikon, Seiko, Carl Zeiss vision)

42 montures
de marque
1796 NAF NAF PARIS KAPORAL EYEWEAR

adaptées à toutes
les morphologies

Comment cela fonctionne ?

- Lorsque vous vous rendez chez un opticien partenaire, pensez à lui présenter votre carte d'assuré ouvrant droit au tiers payant.
- En fonction des équipements (monture + verres ou lentilles) que vous avez choisis, l'opticien vous fera un devis en temps réel. Vous n'avez pas de frais à avancer.

Vous bénéficiez de tarifs négociés en optique, dentaire et audiologie.
Les services complémentaires Carte Blanche compris dans votre contrat

Outil de géolocalisation

Pour trouver un professionnel
de santé à proximité

Essayage virtuel de monture

Essayer des montures en ligne
de l'offre Carte Blanche - Prysme

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 01

TSA 82005

59887 LILLE CEDEX 9

Tél : 02.51.88.75.11

groupebrangeon@henner.fr

Une permanence téléphonique est assurée 24h/24 et 7/7j.

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

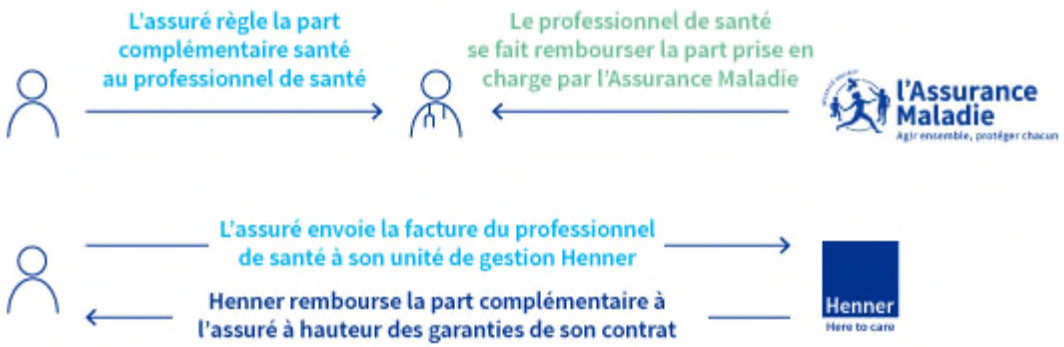
Le tiers payant est un dispositif qui permet, lors de la consultation d'un médecin ou de l'achat de médicaments prescrits sur ordonnance, de ne pas avoir à avancer la part remboursée par l'Assurance Maladie et/ou celle de votre complémentaire santé. Il existe plusieurs types de tiers payant :

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.



A savoir : si vous bénéficiez de la télétransmission, Henner vous rembourse automatiquement [1] 90 jours après réception des informations de votre caisse (pour être remboursé plus rapidement, vous deviez envoyer vos justificatifs de paiement, par photo ou scann, depuis votre espace client). Afin de simplifier vos démarches et optimiser le délai de remboursement une nouvelle fonctionnalité est accessible depuis votre espace client (site et appli), rubrique « Mes évènements », puis « Paiement(s) en attente de votre confirmation » vous permettant, en 1 clic, de confirmer la somme réglée par vos soins [2] au professionnel de **santé consulté dans le cadre du tiers payant partiel.**

(1) à hauteur des garanties de votre contrat
(2) dans certains cas, des justificatifs de paiement peuvent vous être demandés.

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 supérieur à 1000 euros, 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	**Facture originale* détaillée et acquittée** Pour les lunettes, prescription médicale datant de moins de : - 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 Sauf limite appliquée par le professionnel de santé Pour les lentilles cornéennes etjetables, prescription médicale datant de moins de : - 1 an, pour les patients âgés de moins de 16 ans - 3 ans, pour les patients âgés de plus de 16 ans Sauf limite appliquée par le professionnel de santé
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 thermale	**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.

CARTE BLANCHE

PRIVILEGIEZ LES PRATICIENS MEMBRES DU RESEAU CARTE BLANCHE

Le réseau Carte Blanche 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 connaitre 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 01
TSA 82005
59887 LILLE CEDEX 9
Tél : 02.51.88.75.11
groupebrangeon@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://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 48323377739 Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 (www.orias.fr) - Relevant du contrôle de l'ACPR (4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, www.acpr.banque-france.fr) - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France - www.henner.com - Réclamations : consulter la rubrique Réclamations sur www.henner.com. 01/2024