

... ET DES SERVICES POUR PRENDRE SOIN DE VOS SALARIES

» Des prestations d'assistance complètes

- Vie quotidienne
- Voyage et déplacements

» Un service de téléconsultation médicale inclus, 24h/24 – 7j/7

- Une consultation à distance est réalisée par un médecin basé en France et inscrit à l'Ordre des Médecins.
- Un numéro de téléphone unique : +33 1 55 92 27 54, joignable depuis la France et partout dans le monde

» Une gestion efficace et fiable

- Le remboursement sous 48H des frais de santé
- Un espace assuré pour consulter ses remboursements et envoyer ses pièces justificatives en ligne
- Une application mobile pour retrouver les infos de sa complémentaire santé !

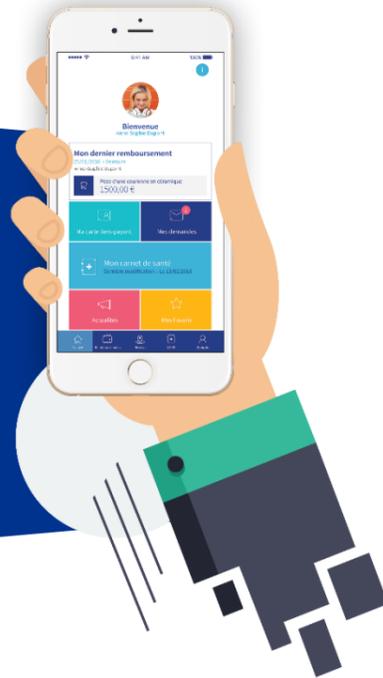
» Des économies grâce au réseau de soins Carte Blanche

- Pas d'avance de frais grâce au tiers payant chez plus de 160 000 professionnels de santé (opticiens, dentistes, audioprothésistes, ophtalmologues, kinésithérapeutes, pharmaciens, radiologues ...)
- Des tarifs négociés chez plus de 11 000 opticiens sur les verres et les montures (jusqu'à 35% d'économie sur le prix des verres)

Henner +

Toutes les infos de sa complémentaire santé sur notre appli !

- > Consultation des remboursements en cours
- > Affichage des tableaux de garanties
- > Carte de Tiers Payant dématérialisée
- > Devis, simulateur santé & optique
- > Carnet de santé
- > Transmission des documents par photo
- > Géolocalisation des professionnels de santé et des partenaires
- > Messagerie sécurisée



VOTRE CONTACT

Henner

H8701 - 08/2017 - Document non contractuel



Pour l'employeur

7 niveaux cofinancés avec le salarié
(au minimum 50% financé par l'employeur)
Offre linéaire ou modulaire selon le nombre de salariés

SANTÉ



Pour le salarié

3 options individuelles et facultatives,
entièrement à la charge du salarié
Options semi-modulaires

UNE OFFRE SOUPLE QUI S'ADAPTE A VOTRE BUDGET ET A VOS OBLIGATIONS

» Le respect de vos obligations conventionnelles grâce à une solution modulaire

- ▶ 1 socle employeur composé de **7 niveaux de garanties au choix dont 1 niveau ANI et 1 niveau non responsable**
- ▶ 5 modules (hospitalisation, soins courants, dentaire, optique, prévention)
 - ➔ **Une offre linéaire** pour les entreprises de **-10 salariés** : vous choisissez un niveau parmi les 7 disponibles
 - ➔ **Une offre modulaire** pour les entreprises de **+10 salariés** : vous composez votre complémentaire en choisissant un niveau pour chaque module, avec un maximum d'amplitude -1/+1
- ▶ 3 options individuelles pour les salariés afin de renforcer leurs garanties
- ▶ La possibilité pour le salarié d'étendre la couverture choisie à ses ayants droit
- ▶ Plusieurs structures tarifaires au choix : salarié/conjoint/enfant ou isolé/famille ou isolé/duo/famille ou taux unique
- ▶ 2% de fonds social intégré

» Une cotisation globale à partir de **22,56 €** par mois pour un salarié (évolution des cotisations soumise à la variation du PMSS)

» Des avantages fiscaux et sociaux

- Les cotisations versées par l'employeur sont déductibles du bénéfice imposable.
- Exonération des charges sociales sur la part employeur, dans les limites d'un certain plafond

DES SERVICES INDISPENSABLES POUR VOUS FAIRE GAGNER DU TEMPS

» Un accompagnement personnalisé

- Une équipe dédiée pour vous faciliter la mise en place de votre régime et vous appuyer dans sa gestion
- Un numéro unique d'appel : soyez en relation directe avec les gestionnaires de votre contrat

» Votre espace client RH en ligne, disponible 24h/24 et 7j/7

- Gérer en ligne les mouvements de vos salariés (inscription, modification, radiation) et les paiements des cotisations
- Consulter la liste de vos salariés inscrits

SANTÉ



Les garanties sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR).
 Les montants indiqués sont indiqués y compris remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés.
 Les forfaits en euros s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf indications).
 Le fonds social de 2% est inclus dans l'offre.

	POUR L'EMPLOYEUR							POUR LES SALARIÉS *		
	NIVEAU ANI	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6	NIVEAU 7 (non responsable)	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE (y compris maternité) hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé										
Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	100 % BR	100 % FR	+100 % BR	+200 % BR	+300 % BR					
Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	500 % BR			
Frais de séjour - Conventionné	100 % BR	100 % FR								
Frais de séjour - Non conventionné	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	450 % BR	500 % BR	570 % BR			
Chambre particulière	-	5 % PMSS								
Hospitalisation centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé										
Frais de séjour - Conventionné	100 % BR	100 % FR								
Frais de séjour - Non conventionné	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	450 % BR	500 % BR	570 % BR			
Chambre particulière (limitation à 30 jours)	-	5 % PMSS								
Autres Frais Hospitaliers										
Lit d'accompagnant	-	3 % PMSS								
Forfait Hospitalier journalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR			
Forfait 18 € sur les actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR			
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Forfait Naissance (doublé en cas de naissances multiples)	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €	750 €			
Cures thermales, frais engagés plafonnés par an	100 % BR	150 €	250 €	350 €	450 €	500 €	650 €	+50 €	+100 €	+150 €
SOINS COURANTS										
Médecin généraliste ou spécialiste										
OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	450 % BR	570 % BR			
Hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	570 % BR	+50 % BR	+100 % BR	+200 % BR
Actes techniques dispensés par le médecin										
OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	450 % BR	570 % BR			
Hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	570 % BR	+50 % BR	+100 % BR	+200 % BR
Actes de radiologie et échographie										
OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	450 % BR	570 % BR			
Hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	570 % BR	+50 % BR	+100 % BR	+200 % BR
Auxiliaires médicaux										
Analyses et travaux de laboratoire	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR	500 % BR			
Médicaments et vaccins	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR			
Prothèses médicales (appareillages, accessoires)	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR	600 % BR	+50 % BR	+100 % BR	+150 % BR
Prothèses auditives	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR	600 % BR	+50 % BR	+100 % BR	+150 % BR
DENTAIRE										
Radiologie dentaire										
OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	420 % BR	570 % BR	+50 % BR	+100 % BR	+150 % BR
Hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	570 % BR			
Soins dentaires										
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	350 % BR	500 % BR	+50 % BR	+100 % BR	+150 % BR
Parodontologie non prise en charge par l'AM	-	150 €	250 €	300 €	350 €	400 €	500 €	+50 €	+75 €	+100 €
Prothèses dentaires										
Plafond sur les prothèses dentaires	-	1 000 €	1 500 €	1 800 €	2 000 €	2 500 €	3 000 €	+1 000 € par an	+1 000 € par an	+1 000 € par an
Au-delà du plafond, remboursement de TM + 25 % de la BR										
Prothèses fixes sur dent du fond prises en charge par l'AM : sont compris : couronnes, couronne sur implant, bridges	125 % BR	150 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR	500 % BR			
Prothèses fixes sur dent du sourire prises en charge par l'AM : sont compris : couronnes, couronne sur implant, bridges	-	150 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR	550 % BR	650 % BR	+50 % BR	+75 %	+100 % BR
Prothèses amovibles	125 % BR	150 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR	550 % BR	650 % BR	+50 % BR	+75 %	+100 % BR
Inlays core	-	150 % BR	250 % BR	300 % BR	350 % BR	400 % BR	450 % BR	+50 % BR	+75 %	+100 % BR
Inlays / onlays	-	150 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR	550 % BR	+50 % BR	+75 %	+100 % BR
Prothèses non prises en charge par l'AM y compris Inlay core, bridge sur implant non pris en charge par l'AM, pilier de bridge, élément supplémentaire de bridge et couronne sur dent saine, non pris en charge par l'AM	-	150 € par dent	250 € par dent	350 € par dent	450 € par dent	550 € par dent	650 € par dent	+50 € par dent	+75 € par dent	+100 € par dent
Implantologie										
Pose d'implant	-	250 € par dent	350 € par dent	450 € par dent	600 € par dent	750 € par dent	850 € par dent	+50 € par dent	+75 € par dent	+100 € par dent
Faux Moignon										
Orthopédie dento-faciale										
Orthodontie (par semestre)	125 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR	400 % BR	570 % BR	600 % BR	+50 % BR	+75 %	+100 % BR
Orthodontie non prise en charge par l'AM (par semestre, limité à 4 semestres consécutifs)	-	150 €	250 €	350 €	450 €	550 €	700 €	+50 €	+100 €	+150 €

* Les options ne pourront pas être souscrites si l'employeur a choisi le niveau 7

	POUR L'EMPLOYEUR							POUR LES SALARIÉS *		
	NIVEAU ANI	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6	NIVEAU 7 (non responsable)	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
OPTIQUE										
Equipement renouvelable tous les 2 ans pour les adultes et tous les ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue justifiée par une prescription. La période de référence s'apprécie à partir de la date d'achat de l'équipement - Pour un équipement qui associe deux verres appartenant à deux catégories différentes, le remboursement est égal à la moyenne des remboursements des deux catégories.										
Renouvellement 1 fois par an										
Plafond sur les montures										
Equipement simple (y compris monture)	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €	300 €			
Classe A : verres unifocaux, sphère inférieure ou égale à 6, et cylindre inférieur ou égal à 4	100 €	200 €	250 €	300 €	400 €	470 €	650 €			
Equipement complexe (y compris monture)										
Classe C : verres unifocaux de sphère supérieure à 6 ou de cylindre supérieur à 4, verres progressifs sphériques de sphère inférieure ou égale à 4 ou verres progressifs sphéro-cylindriques de sphère inférieure ou égale à 8	200 €	300 €	400 €	550 €	650 €	750 €	900 €	+100 € au global	+200 € au global	+300 € au global
Equipement très complexe (y compris monture)										
Classe F : verres multifocaux sphériques de sphère supérieure à 4 ou verres sphéro-cylindriques de sphère supérieure à 8	200 €	350 €	500 €	600 €	700 €	850 €	1 200 €			
 Lentilles cornéennes										
Prises en charge par l'AM par an	100 €	200 €	250 €	300 €	327 €	327 €	327 €			
Non prises en charge par l'AM, par an et par bénéficiaire, y compris jetables		200 €	250 €	300 €	327 €	327 €	327 €			
Chirurgie réfractive										
		500 € par œil et par an	650 € par œil et par an	750 € par œil et par an	1 000 € par œil et par an	1 110 € par œil et par an	1 110 € par œil et par an			
PRÉVENTION										
Vos garanties incluent les actes de prévention conformément aux dispositions du contrat responsable.										
Médecine naturelle : Ostéopathe, chiropraticien, acupuncteur, pédicure/podologue, homéopathe, Psychologues/ Psychothérapeutes, Psychomotricien.	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI			
Vaccins et antipaludéens prescrits non pris en charge par l'AM, Dépistage des cancers prescrit non pris en charge		50 € par an	100 € par an	130 € par an	150 € par an	180 € par an	280 € par an	+50 €	+75 €	+100 €
Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) non pris en charge par l'AM, dans la limite d'une prise en charge tous les 3 ans		50 € par an	75 € par an	150 € par an	250 € par an	350 € par an	350 € par an			
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250		100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR	+50 % BR	+100 % BR	+150 % BR
Médicament et Contraceptif prescrits mais non pris en charge par l'AM		50 € par an	100 € par an	200 € par an	300 € par an	400 € par an	500 € par an			
Prothèses capillaires et mammaires suite à un cancer sur prescription médicale		20 € par an	30 € par an	40 € par an	50 € par an	60 € par an	65 € par an			
		50 € par an	100 € par an	150 € par an	200 € par an	300 € par an	320 € par an			

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Les montants correspondent au remboursement maximal possible.

Ils sont indiqués dans la limite des frais réellement engagés, c'est-à-dire que votre salarié ne sera jamais remboursé plus que sa dépense, même si la garantie le permet.

	Assurance Maladie	NIVEAU 2 (employeur)	OPTION 2 (salarié)
Consultation chez un dentiste (hors OPTAM)	15,10 €	+29,90 €	+23 €
Lunettes (monture + verres simples)	5,59 €	+200 €	+200 €

TM : Ticket Modérateur

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais réels

BR - MR : Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

FR - MR : Frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

OPTAM (OPTAM-CO) : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

ET POUR VOS SALARIÉS : DES OPTIONS SEMI-MODULAIRES

1^{ère} étape

Les salariés font le choix d'améliorer leurs garanties en :

- Hospitalisation et soins courants uniquement

OU

- Hospitalisation et soins courants + optique, dentaire et prévention

2^{ème} étape

Les salariés choisissent le niveau de garanties supplémentaire qu'ils souhaitent, plus ou moins élevé en fonction de leurs besoins : Option 1, 2 ou 3.