Atos

Henner
Here to care

GUIDE DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ 2022

Garanties et services

Personnel Actif et Sortant

UG 03
TSA 11940
92894 NANTERRE CEDEX 9
atos@henner.fr
01 55 62 52 37

Bienvenue !

Nous avons le plaisir de vous présenter le guide Henner de votre complémentaire santé. Vous y trouverez tous les services et les avantages qui vous sont réservés, ainsi que nos conseils pour vous aider dans vos démarches !

Vous pouvez naturellement compter sur la disponibilité de notre équipe pour vous informer et vous accompagner au quotidien.

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous accordez.

Votre équipe Henner

Sommaire

Votre complémentaire santé

- L'essentiel de votre contrat
- Les services associés à votre contrat
- Votre tableau de garanties
- Exemples de remboursement

Comment bien utiliser les services de votre complémentaire santé ?

- Pour être mieux remboursé et bénéficier du tiers payant :
  1. Suivez votre parcours de soins
  2. Utilisez votre carte d'assuré
  3. Consultez un professionnel de santé du réseau de soins Kalixia
- Vos services en ligne
- Vos demandes de remboursement en un clic
- Votre Unité de Gestion

Vos démarches

- La télétransmission
- Vos pièces justificatives
- Informations pratiques

Traitement des données à caractère personnel

- Charte RGPD Assurés

Votre complémentaire santé

L’essentiel de votre contrat

L’objet du contrat

Votre contrat vous accorde le versement de prestations complémentaires à celles du régime de base de l’Assurance Maladie en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d’hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires. Sont exclues, les garanties qui ne sont pas mentionnées dans le tableau de garanties présenté dans ce document. Henner, qui a pour vocation de gérer des régimes de protection sociale, a été chargé de la gestion du contrat souscrit par votre société ou groupement auprès de Malakoff Humanis Prévoyance.

Les bénéficiaires

Sont bénéficiaires de la garantie, outre vous-même en tant qu’affilié, vos ayants droit (sous réserve du règlement de la cotisation correspondante), ci-après définis :

- Les enfants de l’affilié, et s’ils vivent au foyer, ceux de son conjoint, ou partenaire lié à l’affilié par un PACS ou concubin célibataire, divorcé ou veuf, bénéficiant d’un régime de Sécurité sociale du fait de l’affiliation de l’affilié ou de celle de son conjoint ou d’une affiliation personnelle :
  - de moins de 18 ans,
  - ou de moins de 28 ans :
    - s’ils poursuivent leurs études, hors étudiant effectuant une année de césure rémunérée,
    - s’ils sont inscrits à Pôle Emploi,
    - s’ils poursuivent une scolarité dans le cadre d’un contrat d’apprentissage, de qualification ou d’alternance,
  - ou de moins de 26 ans s’ils effectuent un service civique,
  - ou reconnus handicapés avant 28 ans et se trouvant dans l’incapacité d’exercer une activité professionnelle.

- Les ascendants à charge de l’affilié au sens fiscal.

- Le conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS sans revenu d’activité (salarié ou non) ni revenu de remplacement.

- Le conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, percevant un revenu d’activité ou un revenu de remplacement, peut être couvert par le contrat à titre facultatif moyennant le paiement de la cotisation supplémentaire « conjoint non à charge », pour une durée minimum d’une année.

- L’enfant majeur, de moins de 28 ans, sans activité professionnelle, résidant au foyer de l’affilié et ne répondant pas aux critères ci-dessus, peut être couvert par le contrat à titre facultatif moyennant le paiement de la cotisation supplémentaire « enfant majeur », pour une durée minimum d’une année.

- Le conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS dont le foyer n’est pas imposable (c’est-à-dire pour un couple non imposable) est couvert par le contrat sans acquitter la cotisation supplémentaire « conjoint non à charge ».

Formalités d'affiliation / radiation

Le contrat couvre l'ensemble du personnel et débute à la date de votre embauche.

Votre contrat comprend un régime de Base et un régime Surcomplémentaire à adhésion obligatoire.

Dès votre entrée dans la société, vous recevrez un e-mail d'Henner vous invitant à vous connecter pour procéder à votre inscription en ligne. Avant de commencer votre parcours, munissez-vous de votre attestation de droit Sécurité sociale, ainsi que celles de vos ayants droit et d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).

Prise d'effet de vos garanties :

Sous réserve que la demande d'affiliation nous parvienne dans les 30 jours, les garanties prennent effet :
Pour l'affilié :

- à la date d'effet du contrat,
- à la date de votre embauche (ou promotion), postérieurement à la souscription,
- au jour de votre demande d'affiliation, si vous bénéficiez auparavant d'une dispense d'affiliation.

Pour les ayants droit de l'affilié :

- à la même date que les garanties de l'affilié,
- à la date à laquelle ils répondent aux conditions d'ayants droit (cf pavé « les bénéficiaires),
- au jour de la demande d'affiliation, pour les ayants droit qui bénéficiaient d'une dispense d'affiliation.

Au-delà du délai de 30 jours, vos garanties et celles de vos ayants droit prennent effet au 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande.

Cessation de vos garanties :

Pour l'affilié, les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat souscrit par votre employeur,
- à la date de suspension de votre contrat de travail,
- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie de personnel assurée, sauf en cas de maintien des garanties dans le cadre de la portabilité,
- à la date à laquelle vous cessez de remplir les conditions vous permettant de bénéficier du maintien des garanties dans le cadre de la portabilité, dans la limite fixée par celle-ci,
- à la date d'effet de votre retraite de la Sécurité sociale (sauf dans le cas de cumul emploi-retraite).

Pour les ayants droit de l'affilié :

Les garanties cessent à la même date que celles de l'affilié. De plus, leurs garanties cessent à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayants droit (cf pavé « les bénéficiaires). Votre conjoint non à charge et/ou vos enfants majeur de moins de 28 ans, une fois radié(s), ne peut (peuvent) plus bénéficier des garanties au titre du contrat. La radiation est définitive, sauf en cas de changement de situation de famille.

A savoir :

En cas de changement de situation de famille (mariage, naissance, adoption, divorce, décès d'un ayant droit, signature d'un PACS), vous devez prévenir l'Unité de Gestion n° 03 (coordonnées en page 1) par mail ou via la fonctionnalité message de l'espace assuré dans les 30 jours, pour une prise en compte dès la date de l'évènement. A défaut, la date de prise d'effet est le 1er du jour du mois qui suit la date de réception du mail ou du message.
En cas de changement d'adresse ou d'organisme bancaire, vous devez également prévenir l'Unité de Gestion n°03 soit par mail soit via votre espace assuré (mes informations personnelles).

Remarques importantes

- Ces prestations ont été établies en considération de la législation de l'Assurance Maladie en vigueur. Toute modification de cette législation pourra entraîner une modification de 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 garanties de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 9 de la Loi du 31.12.1989).

Le maintien des garanties

Portabilité

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

Vous partez prochainement à la Retraite ou dans le cadre de la Loi Evin ?

Vous pouvez bénéficier du contrat dédié aux anciens salariés du groupe ATOS, géré par Malakoff Humanis Prévoyance. Ce contrat propose des garanties identiques à celles du contrat couvrant les salariés ATOS (sauf dispositions spécifiques relatives à la psychomotricité et à l'ergothérapie en cas d'ALD (Affection Longue Durée).

Coordonnées :

Mr Gérald BONNO

Mail : gerald.bonno@malakoffhumanis.com (en précisant votre code postal + coordonnées téléphoniques)

Tel direct : 01 61 37 32 94 – Tel portable : 07 60 43 96 60

Horaires : du lundi au vendredi de 9h30 à 12h30 et 13h30 à 17h30.

Délai de prescription

Toute action résultant de l'application de votre contrat est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où le GIE HENNER-GMC et/ou votre assureur en a connaissance,
- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (action en justice, reconnaissance du droit de celui contre lequel il est prescrit) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le GIE HENNER-GMC au bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le bénéficiaire ou l'ayant droit au GIE HENNER-GMC, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les services associés à votre contrat

L'Assistance Malakoff Humanis

Certaines situations peuvent déstabiliser votre quotidien : immobilisation, hospitalisation, maladie grave, ….
Votre Garantie Assistance vous accompagne dans ces moments particuliers.

Un numéro d'appel vous est réservé pour bénéficier de l'ensemble des services et prestations :
0 979 99 03 03 (appel non surtaxé)
Lors de votre appel, le numéro de convention ci-après vous sera demandé : 753734.

Le service d'assistance est accessible du lundi au samedi de 8h à 20h (hors jours fériés).
Les prestations sont mises en œuvre du lundi au vendredi de 8h à 19h (hors jours fériés).

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations d'assistance doit être obligatoirement formulée dans un délai de 5 jours ouvrés suivant l'événement par le bénéficiaire ou ses proches.
L'ensemble des garanties est limité à la France métropolitaine.

La téléconsultation

Quand on a besoin de consulter un médecin, c'est souvent rapidement :

7j/7 24h/24, vous et vos ayants droit bénéficiez d'une consultation médicale à distance avec un médecin et, si nécessaire, sous certaines conditions, d'une ordonnance, en contactant le :
09 86 86 00 67 (appel non surtaxé).

Consultation à distance effectuée par un médecin inscrit à l'Ordre des Médecins et protégée par le secret médical.
Ce service est offert dans la limite de 5 téléconsultations annuelles par bénéficiaire.
Ce service opéré par Bien Etre Assistance est un service de télémédecine organisé conformément au Code de la santé publique. Ce service ne se substitue ni au médecin traitant ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée.

Fonds social

En cas de difficulté rencontrée du fait de votre état de santé ou de celle de vos ayants droit (par exemple : reste à charge important occasionné par une hospitalisation, sans possibilité de pouvoir faire face financièrement), il est également possible de faire appel au fonds social ATOS.

Les demandes d'aide sont à soumettre à l'assistant(e) social(e) et sont ensuite examinées de façon anonyme par une commission paritaire qui peut allouer des fonds si les dispositifs d'aide et de secours publics ou ceux de Malakoff Humanis se révèlent insuffisants.

Pour vous garantir un strict anonymat des demandes dans le cadre de ce dispositif, merci de contacter uniquement l'assistant(e) social(e).

Contact Assistante sociale Atos

Email : ServiceSocial.atos@socialinter.fr

Social Inter | EXPERTISE ET ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL

VOTRE TABLEAU DE GARANTIES AU 01/01/2022

[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 Surcomplémentaire 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 Surcomplémentaire 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	SURCOMPLÉMENTAIRE
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 dans la limite de 250 % BR Non conventionné : 90 % FR - MR (minimum TM) dans la limite de 250 % BR	-
Chambre particulière non prise en charge par l'AM	2,5 % PMSS par jour	-
Honoraires		
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTM : 100 % FR dans la limite de TM + 230 % BR Médecin non DPTM : Conventionné : 100 % FR dans la limite de TM + 100 % BR Non conventionné : 90 % FR (minimum TM) dans la limite de TM + 100 % BR	Médecin DPTM : 0 % BR Médecin non DPTM : 125 % 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 dans la limite de 250 % BR Non conventionné : 90 % FR - MR (minimum TM) dans la limite de 250 % BR	-
Chambre particulière non prise en charge par l'AM	2,5 % PMSS par jour limité à 90 jours par année civile pour les séjours en psychiatrie	-
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-
Autres frais hospitaliers		
Lit d'accompagnant	2,5 % PMSS par jour limité à 90 jours par année civile pour les séjours en psychiatrie	-
Frais de transport	100 % FR	-
Maternité		
Chambre particulière non prise en charge par l'AM	2,5 % PMSS par jour	-
Séjours et honoraires	cf hospitalisation	-
Forfait naissance (par enfant)	10% PMSS pour le 1er enfant puis 6 % PMSS pour les suivants	-
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Médecin généraliste	Médecin DPTM : TM + 160 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR	Médecin DPTM : 0 % BR Médecin non DPTM : 50 % BR
Médecin spécialiste	Médecin DPTM : TM + 200 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR	Médecin DPTM : 0 % BR Médecin non DPTM : 90 % BR
Actes techniques dispensés par le médecin	Médecin DPTM : TM + 200 % BR Médecin conventionné et non DPTM : TM + 100 % BR Non conventionné : 85 % FR (minimum TM) limité à TM + 100 % BR	-
Actes de radiologie et échographie	Médecin DPTM : TM + 200 % BR Médecin conventionné et non DPTM : TM + 100 % BR Non conventionné : 85 % FR (minimum TM) limité à TM + 100 % BR	-
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux	Conventionné : 100 % FR dans la limite de 200 % BR Non conventionné : 85 % FR (minimum TM) dans la limite de 200 % BR	-
Médicaments		
Médicaments pris en charge par l'AM	TM	-
Vaccins pris en charge par l'AM	100 % FR	-
Actes infirmiers et consultation associés (vaccins) non pris en charge par l'AM	100 % FR limité à 27 € pour une vaccination	-
Sevrage tabagique non pris en charge par l'AM	70 % FR limité à 4 % PMSS par année civile	-
Autres soins courants		
Analyses et examens de laboratoire	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 85 % FR (minimum TM)	-
Matériel médical	800 % BR	-
DENTAIRE		
Soins		
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	140 % BR	-
Parodontologie, gingivectomie et prophylaxie prises en charge par l'AM	780 % BR	-
Radiologie dentaire	140 % BR	-
Parodontologie non prise en charge par l'AM	20 % PMSS par année civile	-
Prothèses		
Prothèses 100% santé*		
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	100 % PLV - MR	-
Plafond sur les prothèses dentaires, implants, inlays/onlays et inlays core Au-delà du plafond, remboursement de 125 % de la BR - MR	160 % PMSS par année civile (sauf en cas d'accident)	-

VOTRE TABLEAU DE GARANTIES AU 01/01/2022

Hors 100 % Santé

Prothèses à tarifs maitrisés limités à 100 % PLV - MR et à tarifs libres		
Prothèses fixes : couronnes et bridges	450 % BR	-
Prothèses amovibles	450 % BR	-
Couronnes provisoires	450 % BR	-
Inlays core	450 % BR	-
Inlays / onlays	700 % BR	-
Prothèses non prises en charge par l'AM (codes CCAM :HBLD034 et HBLD610)	505,25 € par prothèse	-
Implantologie		
Couronne sur implant (acte à tarif libre)	450 % BR	-
Plafond sur l'implantologie Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM Inlay core non pris en charge par l'AM Actes d'imagerie non pris en charge par l'AM	1075 € par implant	-
Orthodontie		
Orthodontie (par semestre de soin)	400 % BR	-
Orthodontie non prise en charge par l'AM	500 % 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		
Réseau :		
Plafond sur les montures	100 € - MR	Adulte : 40 € Enfant (moins de 18 ans) : 20 €
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	420 € - MR	-
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	700 € - MR	-
Equipement très complexe (y compris monture) Classe F : verres multifocaux différents de la classe C	800 € - MR	-
Hors réseau :		
Plafond sur les montures	100 € - MR	Adulte : 40 € Enfant (moins de 18 ans) : 20 €
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	356 €	-
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	580 €	-
Equipement très complexe (y compris monture) Classe F : verres multifocaux différents de la classe C	660 €	-
Adaptation et appairage	TM	-
Les suppléments et prestations optiques pris en charge par l'AM sont inclus dans les plafonds indiqués ci-dessus.		
Lentilles cornéennes		
Prises en charge par l'AM	18 % PMSS par année civile, au-delà du forfait, remboursement du TM	-
Non prises en charge par l'AM, par bénéficiaire, y compris jetables	12 % PMSS par année civile	-
Chirurgie réfractive	50 % PMSS par œil et par année civile	-
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	550 % BR limité à 1700 € - MR par oreille (Si un des 2 appareils pris en charge par l'AM : 1100% BR (y compris le remboursement AM))	550 % BR par oreille (Si un des 2 appareils pris en charge par l'AM : 1100% BR (y compris les remboursements AM et régime de base))
Aides auditives plus de 20 ans	550 % BR limité à 1700 € - MR par oreille (Si un des 2 appareils pris en charge par l'AM : 1100% BR (y compris le remboursement AM))	550 % BR par oreille (Si un des 2 appareils pris en charge par l'AM : 1100% BR (y compris les remboursements AM et régime de base))
Consommable et accessoires (piles, embouts …) pris en charge par l'AM	TM	-
CURES		
Cures thermales, frais engagés plafonnés par année civile (frais de surveillance, hébergement et transport pris en charge par l'AM)	25 % PMSS pour les enfants (moins de 18 ans) 10 % PMSS pour les adultes	-

VOTRE TABLEAU DE GARANTIES AU 01/01/2022

PRÉVENTION NON PRISE EN CHARGE PAR L'AM		
Consultation de psychologue	1,5 % PMSS par séance et dans la limite de 6 séances par année civile et par bénéficiaire	-
Assistance psychologue***	1,5 % PMSS par séance en cas de suicide ou de tentative et dans la limite de 50 séances par année civile et par foyer	-
Psychomotricien non pris en charge par l'AM - en cas d'ALD (Affection Longue Durée) ***	1,5 % PMSS par séance et dans la limite de 30 séances par année civile et par foyer	-
Psychomotricien non pris en charge par l'AM	1,5 % PMSS par séance et dans la limite de 5 séances par année civile et par bénéficiaire	-
Ergothérapeute non pris en charge par l'AM - en cas d'ALD (Affection Longue Durée) ***	2,5 % PMSS par séance et dans la limite de 30 séances par année civile et par foyer	-
Ergothérapeute non pris en charge par l'AM	2,5 % PMSS par séance et dans la limite de 5 séances par année civile et par bénéficiaire	-
Ostéopathe et Chiropracteur (sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel)	1,8 % PMSS par séance, dans la limite de 12 % PMSS par année civile et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste	-
Acupuncteur, homéopathie, mésothérapie, diététicien pour les bénéficiaires de moins de 12 ans, technique Mézières, étiopathie, tabacologues non médecins et sophrologue (sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel)	1,5 % PMSS par séance, dans la limite de 7 % PMSS par année civile et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste	-
ACTES DE PRÉVENTION		
Un détartrage annuel complet sus et sous gingival Dépistage de l'hépatite B 2 autodiagnostics dépistage VIH par an	oui	-
ASSISTANCE		
AUXIA Assistance	cf notice Malakoff Humanis Assistance	-

* tels que définis réglementairement.

** Article qui renvoie à la liste prévue par l'Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associés pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste des produits et prestations remboursés prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (§ VIII qui vise les cas de renouvellements anticipés).

Lexique

AM : Assurance Maladie
BR : Base de Remboursement de l'Assurance Maladie
BR-MR : Base de Remboursement de l'Assurance Maladie sous déduction du Montant Remboursé par l'Assurance Maladie
FR-MR : Frais Réels sous déduction du Montant Remboursé par l'Assurance Maladie
TM : Ticket Modérateur
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
DPTM : le Dispositif de Pratique Tarifaire 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).
PLV : Prix Limite de Vente
HLF : Honoraires Limites de Facturation

*** La demande de remboursement doit être adressée sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'Henner (14 boulevard du Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine)

Grille optique responsable	Plafond de remboursement par équipement y compris la monture	
	Dans le réseau	Hors réseau
2 verres simples	420€ / équipement	356€ / équipement
1 verre simple + 1 verre complexe	560€ / équipement	468€ / équipement
1 verre simple + 1 verre très complexe	610€ / équipement	508€ / équipement
2 verres complexes	700€ / équipement	580€ / équipement
1 verre complexe + 1 verre très complexe	750€ / équipement	620€ / équipement
2 verres très complexes	800€ / équipement	660€ / équipement

QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT AU 01/01/2022
Régime Général

POSTE	DÉPENSE	REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE	REMBOURSEMENT DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (BASE)	RESTE À CHARGE	REMBOURSEMENT SURCOMPLÉMENTAIRE MONTANT MAXIMUM (1)
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier en court séjour (2)	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	-
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTM) pour une opération chirurgicale de la cataracte (3)	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €	-
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTM) pour une opération chirurgicale de la cataracte (3)	431,00 €	247,70 €	183,30 €	0,00 €	+ 339,63 €
Chambre particulière en chirurgie/jour	70,86 €	0,00 €	70,86 € par jour	0,00 €	-
SOINS COURANTS					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires (4)	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	-
Consultation d'un médecin traitant généraliste avec dépassement d'honoraires (non adhérent DPTM) (4)	43,36 €	15,10 €	27,26 €	1,00 €	+ 11,50 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires (4)	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €	-
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent DPTM) (4)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €	-
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent DPTM) (4)	56,00 €	15,10 €	29,90 €	11,00 €	+ 20,70 €
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 maitrisé)	538,70 €	84,00 €	454,70 €	0,00 €	-
Couronne céramo - métallique sur molaires (prothèse à tarif libre)	538,70 €	75,25 €	463,45 €	0,00 €	-
Orthodontie prise en charge par l'AM	743,00 €	193,50 €	549,50 €	0,00 €	-
OPTIQUE					
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé) (5)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €	-
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux (équipement à tarif libre) (5)	345,00 €	0,09 €	344,91 €	0,00 €	+ 40,00 €
Lentilles jetables non prises en charge par l'AM	176,00 €	0,00 €	176,00 €	0,00 €	-
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé) (6)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	-
Aide auditive de classe II par oreille (équipement à tarif libre) (7)	1 476,00 €	240,00 €	1 236,00 €	0,00 €	+ 2 200,00 €
PRÉVENTION					
Ostéopathie	55,52 €	0,00 €	55,52 €	0,00 €	-

Les exemples sont à titre indicatif, sans valeur contractuelle.

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

(2) Hors hospitalisation en milieu psychiatrique

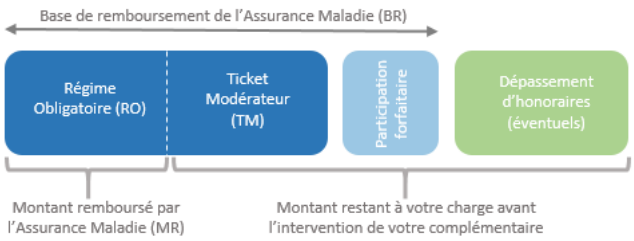
(3) Opération de la cataracte (acte BFGA427)

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

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

(6) Pour un adulte de plus de 20 ans à compter du 01/01/2021

(7) Pour un adulte de plus de 20 ans



Comment bien utiliser les services de votre complémentaire santé?

Pour être mieux remboursé et bénéficier du tiers payant

1 Suivez votre parcours de soins

Le parcours de soins coordonnés consiste à confier à votre médecin traitant la coordination de vos soins pour un suivi médical optimisé et pour être mieux remboursé.

- **Choisissez et déclarez un médecin traitant généraliste ou spécialiste auprès de votre caisse d'Assurance Maladie.**

- **Rendez-vous chez votre médecin traitant.**
  En fonction de votre pathologie, il peut vous proposer des soins adaptés et vous orienter vers un spécialiste.

- **Si besoin, rendez-vous chez un médecin spécialiste dit « médecin correspondant ».**
  Celui-ci informera votre médecin traitant de votre état de santé et transmettra les résultats d'examens complémentaires effectués, avec votre accord préalable.

Bon à savoir

Les spécialistes suivants ne requièrent pas une consultation préalable auprès de votre médecin traitant : chirurgien-dentiste, gynécologue, ophtalmologue, psychiatre ou neuropsychiatre, stomatologue. Ce médecin spécialiste cochera la case « accès direct spécifique » sur la feuille de soins et vous serez remboursé normalement.

Dans le cadre de l'exception au parcours de soins, les auxiliaires médicaux suivants peuvent pratiquer certains actes sans prescription préalable du médecin traitant : sage-femme, infirmier, diététicien, podologue, kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien, orthoptiste, etc.

Pour en savoir plus, **rendez-vous sur le site ameli.fr**

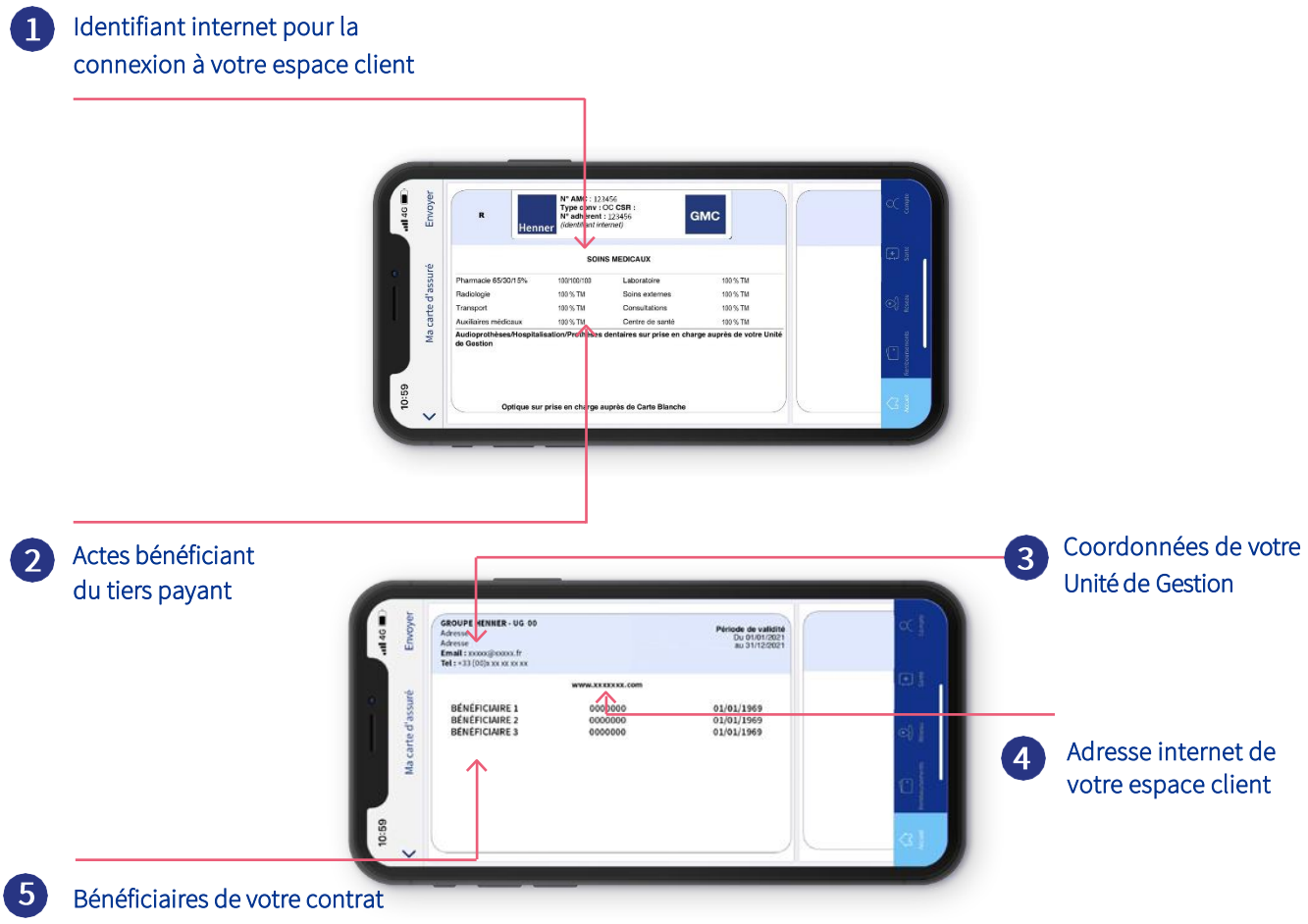
2 Utilisez votre carte d'assuré

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 du réseau Kalixia, 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 depuis votre application mobile Henner+*. Dès votre affiliation, vos identifiants vous seront adressés par email ou par courrier. Si vous n'avez pas renseigné d'adresse email, vous recevrez un courrier.



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

3 Consultez un professionnel de santé du réseau Kalixia

Votre carte d'assuré vous permet de bénéficier du tiers payant auprès des professionnels de santé partenaires des réseaux Kalixia et de tarifs négociés.

Qu'est-ce que les réseaux de soins Kalixia ?

Les réseaux de soins Kalixia fédèrent plus de 16 600 professionnels de santé sélectionnés sur la base de critères qualité précis. Leur 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 des réseaux Kalixia ?

- Grâce au tiers payant, vous n'avancez pas les frais chez les professionnels de santé du réseau, dans la limite de vos garanties.
- Vous diminuez vos dépenses de santé grâce à des tarifs avantageux en optique, dentaire et 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 offerts.
- Vous bénéficiez d'un réseau complémentaire de professionnels paramédicaux appliquant des remises : réseau prévention (ostéopathes), réseau podologie, réseau diététique.

Les réseaux de soins Kalixia, c'est un accès à des prestations de qualité pour un reste à charge maitrisé :

Optique

Audiologie

Comment bénéficier des avantages des réseaux Kalixia ?

Connectez-vous sur votre espace client pour identifier le professionnel de santé souhaité
(rubrique « réseau médical »), ou sur l'application Henner+* (rubrique « réseau »), pour accéder à l'annuaire de géolocalisation des professionnels de santé partenaires et découvrir les réseaux Kalixia.

Prenez rendez-vous chez le professionnel de santé partenaire

Présentez votre carte d'assuré lors de votre consultation
Votre carte vous permet de bénéficier du tiers payant et des avantages tarifaires des réseaux.

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

Les tarifs préférentiels Kalixia :

Kalixia

Optique

Jusqu'à **30 % de remise**
chez **6 800 opticiens** partenaires

Audiologie

Jusqu'à **15 % de remise** chez **4 400 audioprothésistes** partenaires

Les services complémentaires compris dans votre contrat :

Outil de géolocalisation

Pour trouver un professionnel
de santé à proximité

Compar'hospit

Pour comparer et choisir
un établissement hospitalier

Téléconsultation

Au
09 86 86 00 67

Assistance santé à domicile

Pour vous épauler en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation.
Contactez le 09.79.99.03.03 et précisez votre n° de convention

Essayage virtuel

Pour essayer des montures en ligne

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

Vos services en ligne Henner

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)
- **Votre mot de passe :** pour obtenir votre mot de passe, cliquez sur « Première connexion ».

Carte d'assuré

Téléchargez votre carte d'assuré

Géolocalisation

Géolocalisez les professionnels de santé partenaires du réseau Kalixia près de chez vous

Remboursements

Envoyez votre justificatif par simple 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 dentaire avant d'engager des frais importants

Enfants

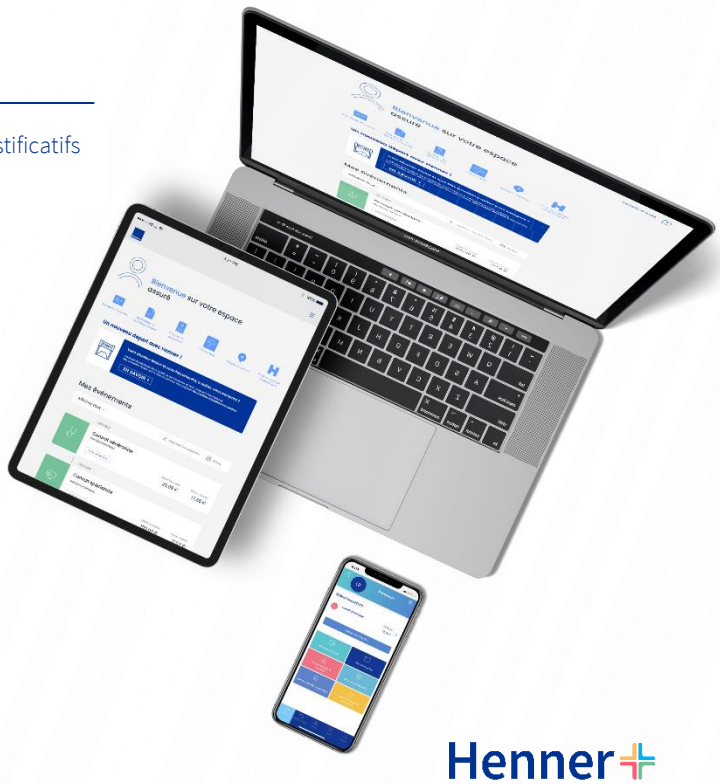
Déposez les justificatifs de vos enfants

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 12 mois les originaux pour nous les transmettre en cas de demande.

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
« **Envoyer une facture** »

Et pour vous garantir un remboursement rapide de votre facture :

- **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 simple photo

Suivi en temps réel de l'avancement de votre demande

Remboursement sous 48h

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

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.

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

UG 03
TSA 11940
92894 NANTERRE CEDEX 9
atos@henner.fr
01 55 62 52 37

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

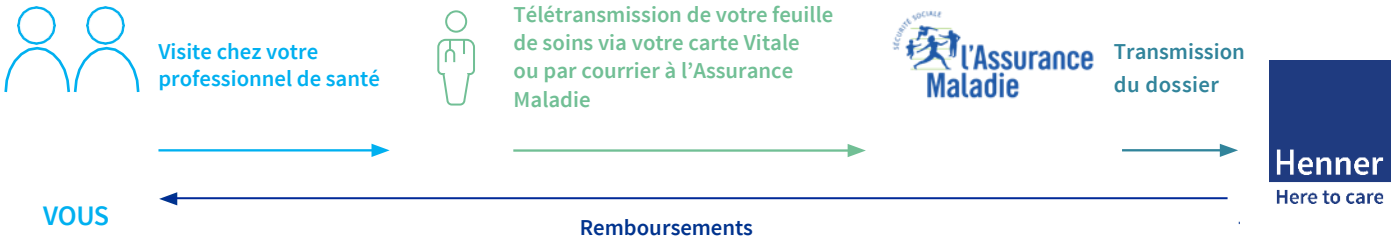
Vos démarches

Comment vous assurer que

Vous bénéficiez de 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-GMC 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 le tableau ci-après). Dans ce cas, il vous suffit de les envoyer 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 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.

Vous ne bénéficiez pas de la télétransmission

Adressez-nous les décomptes de l'Assurance Maladie (Améli.fr) et, éventuellement, les décomptes établis par d'autres organismes complémentaires, ainsi que les pièces justificatives énoncées dans le tableau ci-après. Vous pouvez à tout moment choisir de bénéficier de la télétransmission en nous adressant la photocopie de votre attestation de carte Vitale et en vous connectant sur le site Ameli.fr.

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.

Les 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 des 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 Pour les lentilles cornéennes et jetables, 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
Prothèses dentaires et soins dentaires en cas de dépassement d'honoraires **Prothèses auditives**	**Facture originale* détaillée et acquittée**
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 **Frais de transport** **Autres prothèses (appareillage médical…)**	**Facture originale* détaillée et acquittée**
Ticket modérateur Notes d'honoraires réglées directement au praticien (hospitalisations) Soins à l'étranger **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	**Facture originale* acquittée** de l'établissement. Bordereau AMC (Assurance Maladie Complémentaire).
Maternité (autre que césarienne) Si votre garantie est exprimée dans la limite des frais engagés	**Factures originales* acquittées** de l'anesthésiste pour la péridurale, les frais de chambre particulière, les dépassements d'honoraires de l'obstétricien. Bordereau AMC (Assurance Maladie Complémentaire).
Maternité si votre garantie prévoit un forfait naissance	Extrait d'acte de naissance
Cure thermale	**Facture originale* détaillée et acquittée** de toutes les dépenses engagées

*Pour les assurés bénéficiant de la télétransmission, possibilité d'envoyer une copie par scan ou photo, selon les modalités du contrat et sous réserve que l'assuré conserve pendant 12 mois les originaux pour nous les transmettre en cas de demande.

Informations pratiques

Consulter vos relevés de remboursement

Vos décomptes des 2 dernières années sont téléchargeables depuis votre espace client Henner et sur votre application mobile Henner+. Connectez-vous à votre espace afin de recevoir une alerte email vous informant que votre dernier décompte est disponible en ligne.

Modifier vos coordonnées bancaires et postales

Vous pouvez modifier vos coordonnées sur votre application mobile Henner+ ou dans votre espace client, dans la rubrique « Mon compte ».

Transmettre vos devis

Vous pouvez envoyer vos devis depuis votre application mobile ou depuis votre espace client, dans la rubrique « Mes demandes → Devis ». Votre Unité de Gestion estimera votre remboursement avant l'engagement de frais et pourra vous conseiller sur le devis.

Demandez deux devis en cas de dépenses importantes (dents, lunettes, prothèses auditives…) afin de pouvoir comparer les restes à charge éventuels. En cas de doute, n'hésitez pas à faire parvenir les devis à votre Unité de Gestion qui en vérifiera la cohérence et vous indiquera le montant remboursé par l'Assurance Maladie et votre contrat.

Demander une prise en charge hospitalière

Quelques jours avant votre hospitalisation, pensez à faire une demande de prise en charge hospitalière via le formulaire dédié « Demander une prise en charge » dans votre espace client ou bien sur votre application mobile Henner+.

Signaler un changement de situation

Vous déménagez

Transmettez votre nouvelle adresse postale à votre Unité de Gestion ainsi que la copie de votre nouvelle attestation de carte Vitale (si vous changez de CPAM).

Vous changez de situation de famille

En cas d'affiliation ou de radiation de l'un de vos bénéficiaires (mariage, concubinage, PACS, naissance d'un enfant, divorce, décès…), informez votre Unité de Gestion par mail ou par message depuis l'espace assuré.

Formuler une réclamation

Vous avez la possibilité d'adresser une réclamation à votre Unité de Gestion dont les coordonnées sont indiquées sur votre carte d'assuré. Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse apportée, vous avez la possibilité d'adresser une demande à la cellule réclamation : service.qualite@henner.fr

Henner s'engage à accuser réception de votre réclamation sous 10 jours et à vous adresser une réponse dans les meilleurs délais, au plus tard avant 2 mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire. En dernier recours, nous vous invitons à vous adresser au médiateur de l'assureur de votre contrat. Celui-ci vous sera communiqué par notre service Qualité.

Traitement des données à caractère personnel

Charte RGPD Assurés

Dernière date de mise à jour : Octobre 2020
Cette Charte a pour objet de vous informer sur les modalités de collecte, de traitement et d'utilisation de vos Données à caractère personnel (ci-après « Données ») ainsi que des droits dont vous disposez sur celles-ci dans le cadre de l'exécution de votre contrat d'assurance. La présente Charte est accessible à tous sur les sites internet d'Henner, sur votre Espace Assurés ou dans votre guide Assurés et un renvoi à celle-ci figure sur nos formulaires et documents contractuels.
Nous sommes susceptibles de modifier cette Charte à tout moment en fonction des évolutions législatives ou réglementaires ou bien en cas de modification des modalités de collecte, de traitement et d'utilisation de vos Données. Nous vous conseillons de vérifier régulièrement l'existence d'éventuels amendements. Vous pouvez connaitre la date à laquelle le Groupe Henner a procédé aux dernières modifications en vous rapportant à la date mentionnée en tête du présent document.

1. Quelles entités traitent vos Données ?

Dans le cadre de l'exécution de votre contrat d'assurance, les Données collectées sont traitées conjointement par :

- Henner, Société par Actions Simplifiée (SAS), immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 323 377 739 et dont le siège social est situé au 14, boulevard du Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine (ci-après « Henner »).
- Malakoff Humanis Prévoyance (ci-après « Organisme Assureur »)

Toutefois, certains traitements, tels qu'indiqués à l'article 3 ci-après sont opérés spécifiquement et de manière autonome par Henner. Dans le cadre de l'accord de co-responsabilité entre Henner et l'Organisme assureur, Henner a été désignée comme point de contact des Assurés.

2. Comment collectons-nous vos Données ?

Vos Données sont collectées soit directement par Henner soit indirectement par un tiers. Vos Données peuvent en effet nous être transmises, selon la nature de votre contrat d'assurance, par votre employeur, votre courtier, l'Organisme Assureur, par les organismes sociaux de base ou complémentaire, les organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance ou par les autorités administratives habilitées. De plus, vos Données peuvent également être collectées indirectement dans le cadre de la navigation sur votre espace client (exemple : cookies).
Les catégories des Données concernées sont :

- Données relatives à l'identification ;
- Données relatives à la situation familiale, économique, patrimoniale, financière, vie personnelle et habitudes de vie ;
- Données relatives à la vie professionnelle ;
- Données relatives à la gestion du contrat ;
- Données relatives à la santé ;
- Données relatives au suivi de la relation commerciale ;
- Données relatives à la détermination et l'évaluation du risque et la gestion des sinistres et des prestations ;
- Le NIR (Numéro d'Inscription au Répertoire, correspond au numéro de Sécurité sociale);
- Données de connexion et de traçabilité ;
- Données relatives à la lutte contre la fraude ;

Henner vous indique lorsque la fourniture d'une information est obligatoire (notamment en raison d'une obligation légale, réglementaire, contractuelle ou tout simplement afin de pouvoir traiter votre demande ou vous répondre). A défaut de fourniture des informations obligatoires, Henner pourra se trouver dans l'impossibilité de donner suite à votre demande ou de passer, gérer ou exécuter votre contrat d'assurance. Les champs d'un formulaire qui ne sont pas renseignés comme étant obligatoires, sont laissés à votre discrétion. Il vous appartient de choisir de les remplir ou non.

3. Pourquoi traitons-nous vos Données ?

Vos Données sont traitées pour les finalités et bases juridiques suivantes :

Données traitées conjointement avec l'Organisme Assureur

Traitement	Finalités (objectifs poursuivis)	Bases juridiques (fondement ou justification du Traitement)
Passation, exécution et gestion d'un contrat d'assurance	• Étude des besoins spécifiques de chaque prospect/assuré éventuel afin de proposer des contrats adaptés • Examen, acceptation et surveillance du risque • Exécution des garanties des contrats • Gestion des contrats • Gestion commerciale des assurés • Gestion des réclamations et contentieux • Exercice des recours • Elaboration des statistiques et études actuarielles • Opération de communication et de fidélisation de la clientèle	• Nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'assuré est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles • Intérêts légitimes • Obligations légales et réglementaires
Lutte contre la fraude à l'assurance	• Analyse et détection des actes présentant une anomalie, une incohérence ou ayant fait l'objet d'un signalement pouvant révéler une fraude ; • Gestion des alertes en cas d'anomalie, d'incohérence ou de signalement ; • Transmission d'informations relatives à des suspicions de fraude aux destinataires concernés par leur traitement : • Constitution d'une liste de personnes identifiées comme auteurs d'actes pouvant être constitutifs d'une fraude ; • Gestion des procédures amiables, contentieuses et disciplinaires	• Obligations légales et réglementaires • Intérêt légitime d'Henner de pouvoir se prémunir contre la fraude.

Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	• Recherche de personnes devant faire l'objet de mesures de vigilance complémentaires en tant que personnes politiquement exposées (PPE) au sens de l'article R561-18 du Code monétaire et financier et de personnes susceptibles de faire l'objet de mesures de vigilance renforcée ; • Déclenchement des alertes et déclarations de soupçon ; • Mise sous surveillance de certains comptes, contrats ou clients sur la base de la classification des risques élaborée par l'organisme financier, ou d'opérations jugées complexes, d'un montant inhabituellement élevé ou ne paraissant pas avoir de justification économique ou d'objet licite, ou d'une déclaration de soupçon n'ayant pas donné lieu à la clôture du compte ; • Application des mesures de gel des avoirs dans le cadre de la lutte contre le financement du terrorisme et des sanctions financières	• Obligations légales et réglementaires
Traitements des Données de santé	• Des Données de santé sont susceptibles d'être traitées dès lors qu'elles sont nécessaires à la passation, la gestion ou l'exécution des contrats d'assurance. Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale	• Obligations légales en matière de protection sociale • Le cas échant, le consentement de l'assuré
Gestion des demandes d'exercice des droits	• Gestion des demandes d'exercice des droits	• Obligations légales et réglementaires

Données traitées spécifiquement par Henner :

Traitement	Finalités (objectifs poursuivis)	Bases juridiques (fondement ou justification du Traitement)
Amélioration de la qualité des services et de la relation avec les assurés	• Ecoute et enregistrement des conversations téléphoniques à des fins de formation, d'évaluation ou d'amélioration de la qualité de service • Réalisation d'enquêtes de satisfaction • Etudes statistiques et commerciales	• Nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'assuré est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles • Intérêt légitime d'Henner d'améliorer ses services et sa relation avec les assurés

Gestion commerciale	• Gestion des prospects • Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle • Opérations de profilage : dans le cadre de la souscription et de l'exécution de votre contrat, vous êtes également informé qu'Henner combine et analyse tout ou partie de vos Données pour évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et pour vous proposer des garanties optionnelles à titre individuel.	• Intérêt légitimes d'Henner de prospecter ses clients pour leur proposer des offres et services analogues • Consentement dans les autres cas
Passation d'un contrat d'assurance (Activité de courtage)	• Etude des besoins spécifiques de chaque prospect/assuré éventuel afin de proposer des contrats adaptés (devoir de conseil)	• Nécessaire à l'exécution de mesures précontractuelles • Obligations légales et règlementaires
Gestion des sites et applications (espace client)	• Administration technique des sites et applications • Gestion des accès, de la sécurité, de la maintenabilité, des évolutions des sites et applications • Gestion des cookies	• Intérêt légitime d'Henner de s'assurer de la disponibilité et du bon fonctionnement de ses sites et applications

4. Qui peut accéder à vos Données ?

Vos Données sont principalement destinées aux personnels dûment habilités d'Henner : personnels en charge des relations commerciales et de la gestion des contrats, de la lutte contre la fraude ou de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, de l'audit et du contrôle ou de tout autre service en lien avec l'exécution de votre contrat, dans la limite de leurs attributions.

Ces Données peuvent également être transmises aux catégories de destinataires suivants :

- Aux organismes externes en charge de l'exécution des contrats et de la gestion des garanties : assureurs, réassureurs, réseaux de soins et de santé, réseaux de pompes funèbres, partenaires, intermédiaires, courtiers, etc. ;
- A toute personne partie ou intéressée au contrat (ayant-droit, bénéficiaires, souscripteurs, etc.) ;
- Aux sous-traitants/fournisseurs d'Henner pour toute opération liée à l'activité d'Henner pour les finalités précisées à l'article 3 des présentes et uniquement dans la limite nécessaire à l'accomplissement des tâches qui leur sont confiées ;
- Aux organismes susceptibles d'intervenir dans l'activité d'assurance, tels que les organismes publics, inspecteurs, enquêteurs, experts, auditeurs, auxiliaires de justices, officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, arbitres, médiateurs ou autorités de tutelles, ou les organismes professionnels, en qualité de personnes bénéficiant d'un droit de communication ;

Ces éventuels transferts de Données avec ces destinataires sont formalisés, le cas échéant, dans un cadre contractuel entre les parties intéressées

5. Où sont hébergées vos Données ?

Henner s'engage à prendre toutes les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour assurer la sécurité, la disponibilité, l'intégrité, l'authenticité et la confidentialité de vos Données ainsi que la résilience de ses systèmes d'information.
Henner privilégie l'hébergement et le traitement de vos Données en France ou au sein de l'Union Européenne (UE). Toutefois, vos Données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors de l'UE pour les finalités précisées plus haut, notamment vers des entités du Groupe Henner* ou vers des tiers tels que précisés dans l'article 4 ci-dessus. Dans ce cas, et afin de garantir un niveau de protection adéquat de vos Données, leurs 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.

*Liste à jour des pays dans lesquels le Groupe Henner est implanté en dehors de l'UE : Tunisie, Suisse, Malaisie, Hong Kong, Kenya, Côte d'Ivoire, Singapour, Canada et USA

6. Combien de temps conservons-nous vos Données ?

Vos Données sont conservées pour les durées nécessaires à l'exécution de votre contrat d'assurance et à la mise en œuvre des finalités énoncées ci-avant, majorées des durées de prescriptions légales en vigueur en la matière.

7. Quels sont vos droits et comment les exercer ?

Conformément à la Réglementation applicable en matière de protection des Données et dans les conditions prévues par cette Réglementation, vous bénéficiez des droits suivants :

- Un droit d'accès pour obtenir les informations relatives aux traitements de vos Données et la communication d'une copie de celles-ci ;
- Un droit de rectification pour demander à corriger vos Données lorsque celles-ci sont inexactes ou incomplètes ;
- Un droit à l'effacement de vos Données pour demander à supprimer vos Données si vous répondez aux conditions prévues par la réglementation ;
- Un droit au retrait de votre consentement à tout moment lorsque celui-ci a été recueilli ;
- Un droit d'opposition vous permettant de vous opposer à tout moment, pour des raisons tenant à votre situation particulière, à tout traitement de vos Données personnelles, sauf lorsqu'Henner démontre qu'il existe des motifs légitimes et impérieux pour le traitement qui prévalent sur vos intérêts, droits et libertés ou que le ou les traitements demeurent nécessaires pour la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice,
- Un droit de portabilité sur les Données que vous nous avez communiquées, Données nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis ;
- Un droit à la limitation de vos Données personnelles à leur seule conservation, si vous répondez aux conditions prévues par la réglementation ;
- Un droit de définir des directives sur le sort de vos Données après votre mort

En cas de non-paiement de vos cotisations, la procédure de relance, de mise en demeure et de résiliation est automatisée.

Ce traitement donnant lieu à une décision individuelle automatisée, vous disposez, conformément à la Réglementation applicable en matière de protection des Données, des droits suivants :

- Le droit de demander l'intervention d'un personnel dûment habilité d'Henner afin de vérifier le Traitement en cause et la conformité de la décision appliquée à votre situation ;
- Le droit de contester la décision prise de manière automatique par les systèmes d'Henner en adressant votre demande aux coordonnées habituelles de votre unité de gestion (UG) ou au service Réclamation d'Henner à l'adresse suivante : service.qualite@henner.fr

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande, en justifiant de votre identité par tout moyen et en précisant l'objet de votre demande, à l'adresse email suivante : dpo@henner.com ou à l'adresse postale : Henner, Délégué à la protection des Données, Conformité/Relation Assureurs, 14 Boulevard du Général Leclerc 92 200 Neuilly sur Seine Vous pouvez également rectifier vos Données directement sur votre espace client.
Enfin, en cas de désaccord persistant concernant vos Données, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL :

- **soit directement sur le site de la CNIL : www.cnil.fr**
- **soit par courrier : 3 Place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07**

Henner

Here to care

UG 03
TSA 11940
92894 NANTERRE CEDEX 9
atos@henner.fr
01 55 62 52 37

***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.
Crédits photo : © GettyImages