

**Henner**  
Here to care

 **sanef**  
une société d'Abertis

# Guide de votre complémentaire santé

Ensemble du personnel

# Bienvenue chez Henner

---

En tant que salarié(e) de votre entreprise, vous bénéficiez de la **complémentaire santé Henner**.

Vous trouverez dans ce guide, le détail de vos garanties ainsi que les informations relatives à la gestion de votre contrat (affiliation de vos ayants droit, maintien de vos garanties...).

Nous mettons également à votre disposition, sur votre espace client, un guide présentant les services intégrés dans votre contrat.

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

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous accordez.

Votre équipe Henner



HENNER – UG 57  
TSA 51935  
92894 NANTERRE CEDEX 9  
Tél : 03.28.76.21.00  
[sanef@henner.fr/](mailto:sanef@henner.fr)

# Vos garanties

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".

L'Option et la Surcomplémentaire s'expriment y compris la Base.

Les garanties Base et Option sont qualifiées de responsables conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 II du code de la sécurité sociale.

La garantie Surcomplémentaire n'est pas responsable et fait l'objet d'un contrat distinct.

Toutes les prestations respectent les dispositions du contrat solidaire : 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	Base + Option Confort	Base + Surcomplémentaire
--	------	--------------------------	-----------------------------

<b>Hospitalisation</b>			
<b>Hospitalisation chirurgicale et médicale (hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)</b>			
Frais de séjour	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 90 % FR - MR avec un minimum du TM	-	-
Chambre particulière	120 € par jour	160 € par jour	-
<b>Honoraires</b>			
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTM : TM + 300 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR	-	Médecin non DPTM: TM + 300 % BR
Forfait sur les actes lourds	100 % FR	-	-
<b>Hospitalisation en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé</b>			
Frais de séjour	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 90 % FR - MR avec un minimum du TM	-	-
Chambre particulière Limitation de la prise en charge à 90 jours par année civile en établissements psychiatriques	120 € par jour	160 € par jour	-
<b>Forfait journalier hospitalier</b>			
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	-
<b>Autres frais hospitaliers</b>			
Lit d'accompagnant (moins de 14 ans ou plus de 70 ans)	50 € par jour	-	-
Frais de transport	260 % BR	-	-

	Base	Base + Option Confort	Base + Surcomplémentaire
<b>Maternité</b>			
Frais de séjour	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 90 % FR - MR avec un minimum du TM	-	-
Chambre particulière	120 € par jour	170 € par jour	-
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTM : TM + 300 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR	-	Médecin non DPTM TM + 300 % BR
Forfait naissance ou adoption (par enfant)	350 €	-	-
<b>Soins courants</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>			
Médecin généraliste	Médecin DPTM : TM + 30 % BR Médecin non DPTM : TM	-	Médecin non DPTM: TM + 150 % BR
Médecin spécialiste	Médecin DPTM : TM + 130 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR	-	Médecin non DPTM: TM + 300 % BR
Actes techniques dispensés par le médecin	Médecin DPTM : TM + 130 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR	-	Médecin non DPTM: TM + 200 % BR
Actes de radiologie et échographie	Médecin DPTM : TM + 130 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR	-	Médecin non DPTM: TM + 200 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux	160 % BR	210 % BR	-
Séances de psychologue pris en charge par l'AM	TM	-	-
<b>Médicaments</b>			
Médicaments et vaccins pris en charge par l'AM	TM	-	-
<b>Autres soins courants</b>			
Analyses et examens de laboratoire	TM	-	-
<b>Matériel médical 100% santé*</b>			
Fauteuils roulants en location courte durée et prothèses capillaires avec prise en charge renforcée	100 % PLV - MR	-	-
<b>Matériel médical à tarifs libres</b>			
Matériel médical : semelles orthopédiques	150 % BR	450 % BR	-
Matériel médical : appareillage, orthopédie et prothèses médicales	150 % BR	450 % BR	-
Fauteuil roulant :	150 % BR	450 % BR	-
<b>Dentaire</b>			
<b>Soins</b>			
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	TM	TM + 50 % BR	-
Radiologie dentaire	100 % BR	-	-
Parodontologie et endodontie prise en charge par l'AM	560 % BR	-	-
Parodontologie et endodontie non prise en charge par l'AM Voir liste en annexe	400 € par année civile	600 € par année civile	-

	Base	Base + Option Confort	Base + Surcomplémentaire
--	------	--------------------------	-----------------------------

<b>Prothèses</b>			
<b>Prothèses 100% santé*</b>			
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	100 % PLV - MR	-	-
<b>Prothèses à tarifs maîtrisés limités à 100 % PLV - MR et à tarifs libres</b>			
Prothèses fixes : couronnes et bridges	500 % BR	600 % BR	-
Prothèses amovibles	520 % BR	600 % BR	-
Couronnes provisoires	520 % BR	-	-
Inlays core	380 % BR	430 % BR	-
Inlays / onlays	510 % BR	600 % BR	-
Prothèses non prises en charge par l'AM Voir liste en annexe	350 € par dent	-	-
<b>Implantologie</b>			
Couronne sur implant (acte à tarif libre)	520 % BR	610 % BR	-
<b>Plafond sur l'implantologie</b> <b>Bilan pré-implantaire non pris en charge par l'AM</b> <b>Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM</b> <b>Inlay core non pris en charge par l'AM</b> <b>Bridge sur implant non pris en charge par l'AM</b>	800 € par implant avec un maximum de 2 implants par année civile	1100 € par implant avec un maximum de 2 implants par année civile	-
<b>Orthodontie</b>			
Orthodontie (par semestre de soin)	450 % BR	530 % BR	-
Orthodontie non prise en charge par l'AM	310 % BR reconstituée	500 % BR reconstituée	-
<b>Optique</b>			
<b>Paire de lunettes</b>			
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 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.			
<b>Equipements 100% Santé*</b>			
Monture, verres, suppléments et prestation optique	100 % PLV - MR	-	-
<b>Equipements à tarifs libres</b>			
<b>Réseau - adultes :</b>			
Monture	100 € - MR	-	-
<b>Par verre simple</b>			
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	150 € - MR	-	-
<b>Par verre unifocal complexe</b>			
Classe C : verres unifocaux différents de la classe A	200 € - MR	-	-
<b>Par verre progressif complexe</b>			
Classe C progressif : 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	300 € - MR	-	-
<b>Par verre très complexe</b>			
Classe F : verres multifocaux différents de la classe C	350 € - MR	-	-

	Base	Base + Option Confort	Base + Surcomplémentaire
<b>Réseau - enfant de moins de 18 ans :</b>	-	-	-
Monture	100 € - MR	-	-
Par verre simple			
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	140 € - MR	-	-
Par verre unifocal complexe			
Classe C : verres unifocaux différents de la classe A	180 € - MR	-	-
Par verre progressif complexe			
Classe C progressif : 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	290 € - MR	-	-
Par verre très complexe			
Classe F : verres multifocaux différents de la classe C	300 € - MR	-	-
<b>Hors réseau - adultes :</b>	-	-	-
Monture	80 € - MR	-	-
Par verre simple			
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	120 € - MR	-	-
Par verre unifocal complexe			
Classe C : verres unifocaux différents de la classe A	170 € - MR	-	-
Par verre progressif complexe			
Classe C progressif : 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	230 € - MR	-	-
Par verre très complexe			
Classe F : verres multifocaux différents de la classe C	290 € - MR	-	-

	Base	Base + Option Confort	Base + Surcomplémentaire
<b>Hors réseau - enfant de moins de 18 ans :</b>	-	-	-
Monture	90 € - MR	-	-
Par verre simple			
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	100 € - MR	-	-
Par verre unifocal complexe			
Classe C : verres unifocaux différents de la classe A	140 € - MR	-	-
Par verre progressif complexe			
Classe C progressif : 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	140 € - MR	-	-
Par verre très complexe			
Classe F : verres multifocaux différents de la classe C	250 € - MR	-	-
<b>Les suppléments et prestations optiques pris en charge par l'AM sont inclus dans les plafonds indiqués ci-dessus.</b>			
<b>Lentilles cornéennes</b>			
Prises en charge par l'AM	200 € par année civile, au-delà du forfait, remboursement du TM	250 € par année civile au-delà du forfait, remboursement du TM	-
Non prises en charge par l'AM, par bénéficiaire, y compris jetables	250 € par année civile	-	-
Chirurgie réfractive	800 € par œil	1100 € par œil	
<b>Aides auditives</b>			
<b>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.</b>			
<b>Equipements 100% Santé*</b>			
Aides auditives	100 % PLV - MR	-	-
<b>Equipements à tarifs libres</b>			
Aides auditives jusqu'à 20 ans	200 % BR limité à 1700 € - MR par oreille	400 % BR limité à 1700 € - MR par oreille	-
Aides auditives plus de 20 ans	200 % BR limité à 1700 € - MR par oreille	400 % BR limité à 1700 € - MR par oreille	-
Pile non prise en charge par l'AM pour appareil auditif	30 € par année civile		
<b>Cures</b>			
Cures thermales, frais engagés plafonnés par année civile (frais de surveillance, hébergement et transport pris en charge par l'AM)	TM + 195€	-	-

	Base	Base + Option Confort	Base + Surcomplémentaire
--	------	--------------------------	-----------------------------

### Prévention non prise en charge par l'AM

Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Etiopathe	40 € par acte et par bénéficiaire (limité à 3 actes par année civile)	60 € par acte et par bénéficiaire (limité à 3 actes par année civile)	-
Séance de psychologue non prise en charge par l'AM	60 € par acte et par bénéficiaire (limité à 10 actes par année civile)	75 € par acte et par bénéficiaire (limité à 10 actes par année civile)	-
Pilule contraceptive	30 € par année civile et par bénéficiaire	-	-
Sevrage tabagique prescrit	50 € par année civile et par bénéficiaire	-	-

### Assistance

Vie quotidienne	NON	-	-
-----------------	-----	---	---

Liste des actes limitativement couverts par le forfait "Parodontologie non prise en charge par l'AM" : Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), Gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), Surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), Séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018)

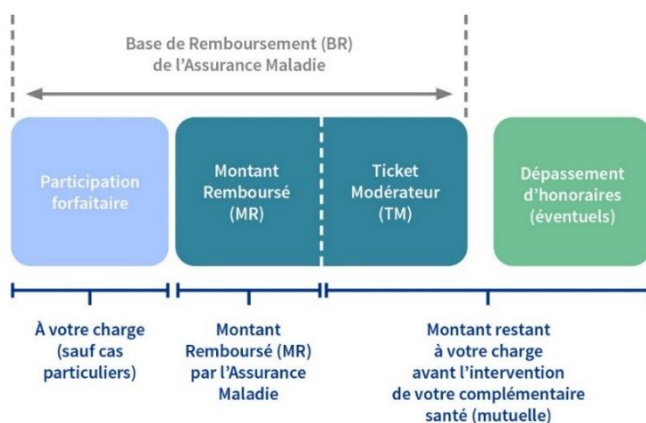
Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non prises en charge par l'AM" : Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (bridge) (HBLD034), Pose de mainteneur 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)

# Lexique

\* 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).

- **AM** : Assurance Maladie. Organisme qui indemnise et accompagne toutes les victimes de maladies et d'accidents et qui, à ce titre, prend notamment en charge tout ou partie de vos dépenses de santé.
- **BR** : Base de Remboursement. Tarif de référence sur lequel l'Assurance Maladie se base pour calculer le montant de vos remboursements. En fonction de l'acte médical, un coefficient multiplicateur est appliqué à la base de remboursement pour déterminer le montant versé.
- **Dépassements d'honoraires** : part du tarif de l'acte médical supérieure au tarif conventionné établi par l'Assurance Maladie. Lorsque que les tarifs pratiqués par un professionnel de santé sont supérieurs aux tarifs de convention (i.e. BR), on dit qu'il pratique des « dépassements d'honoraires ».
- **FR** : Frais Réels. Le montant réel des frais engagés. Une garantie aux frais réels signifie que les dépenses facturées seront intégralement remboursées.
- **MR** : Montant Remboursé par l'Assurance Maladie. Montant réel remboursé par l'Assurance Maladie dans le cadre d'un acte médical.
- **OPTAM / DPTM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Engagement du médecin envers l'Assurance Maladie visant à encadrer la prise en charge des dépassements d'honoraires. Le DPTM est applicable à l'ensemble des spécialités de médecins et recouvre l'OPTAM et l'OPTAM-CO (CO pour chirurgie et obstétrique).
- **Participation forfaitaire** : contribution obligatoire entièrement à votre charge (sauf cas particuliers) qui a pour objectif de limiter les déficits de l'Assurance Maladie et ainsi préserver le système de santé. Elle s'applique dans le cadre d'actes et de consultations réalisés par un médecin, d'examens radiologiques, d'analyses de biologie médicale...
- **PLV** : Prix Limite de Vente défini par la réglementation en vigueur. Prix plafond limitant les tarifs de certaines prestations de santé. Par exemple, les aides auditives et les lunettes ont un PLV dans le cadre de la réforme « 100 % Santé » qui permet aux assurés de bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.
- **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Montant de salaire servant de référence pour le calcul de certaines cotisations sociales. Dans le cadre d'une complémentaire santé, certaines garanties ou cotisations peuvent être exprimées en pourcentage du PMSS.
- **RO** : Régime Obligatoire. Régime de protection sociale auquel vous êtes rattaché(e). Il est déterminé en fonction de votre situation et de votre statut professionnel. Exemple : le régime général (le plus important de France), le régime agricole, les régimes spéciaux (fonction publique, SNCF...).
- **Séance de psychologue** : Séance liée au Dispositif "Mon psy santé"
- **TM** : Ticket Modérateur. Part des dépenses de santé qui n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie et qui reste à votre charge. Le TM peut être remboursé en partie ou dans sa totalité par votre complémentaire santé, en fonction des garanties de votre contrat (hors participation forfaitaire).



# Vos exemples de remboursement

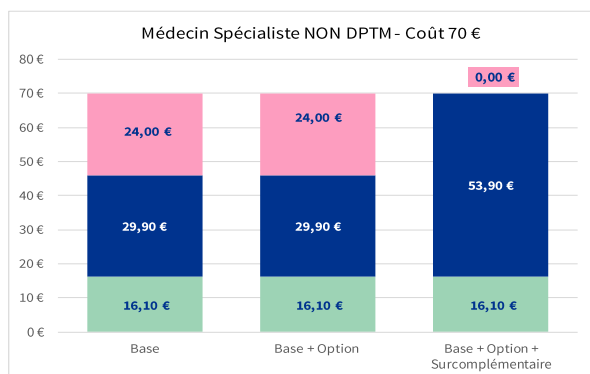
Ces exemples de remboursement relatifs à vos garanties, sont indicatifs et vous sont présentés sous réserve de toute modification de la législation en vigueur sur les frais de santé. Ils viennent améliorer la lisibilité et la compréhension des garanties mais peuvent ne pas correspondre en tous points à votre situation et ne se substituent pas aux documents contractuels.

Pour toute information, référez-vous à la Notice d'information.

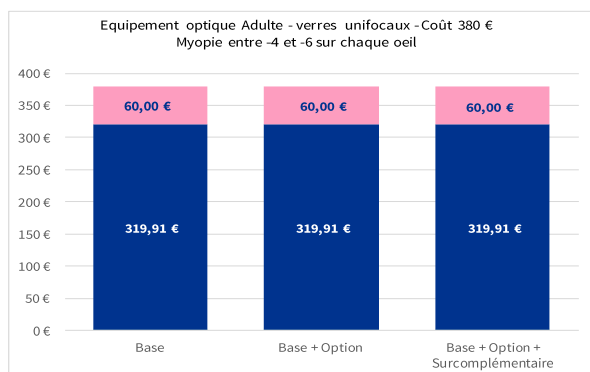
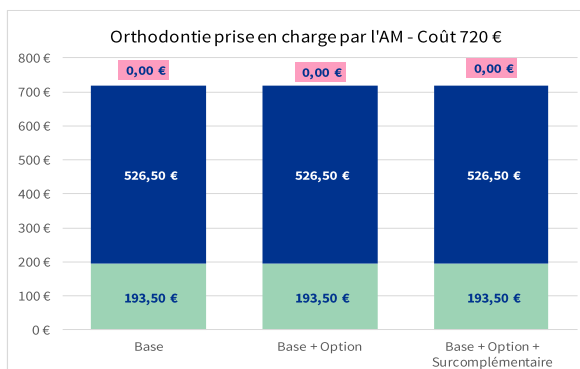
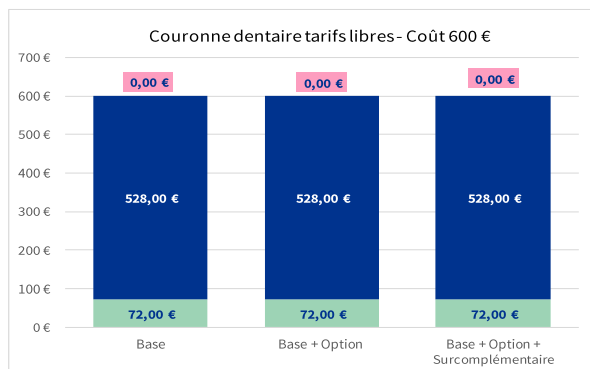
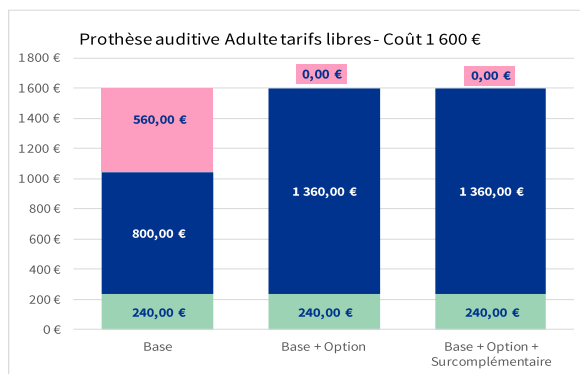
Dans les exemples ci-dessous, les médecins sont conventionnés.

## Exemples de remboursements Régime Général

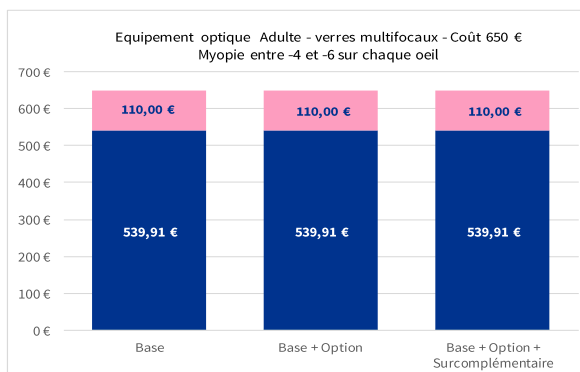
■ Remboursement Sécurité sociale ■ Remboursement Henner ■ Mon reste à charge



Consultation établie dans le cadre du parcours de soins. Le remboursement Sécurité sociale s'élève à 16,10 € (dont 2€ de franchise restant à la charge de l'assuré)



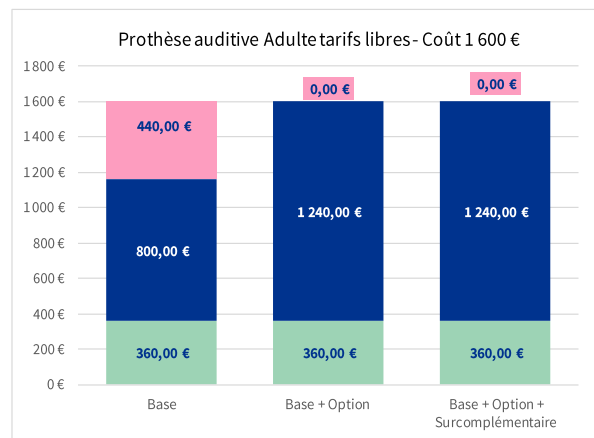
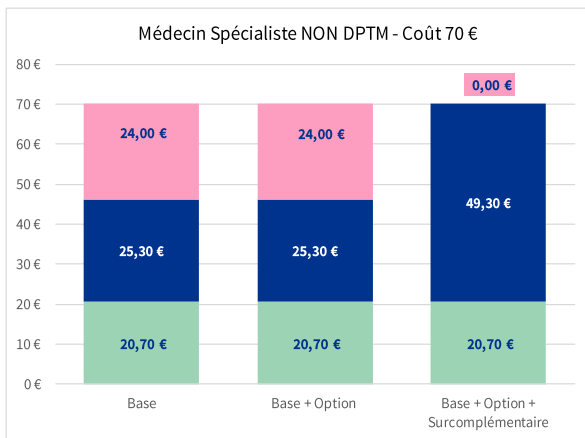
La Sécurité sociale intervient à hauteur de 0,09 € par équipement. Cet exemple représente un équipement Hors réseau de soins.



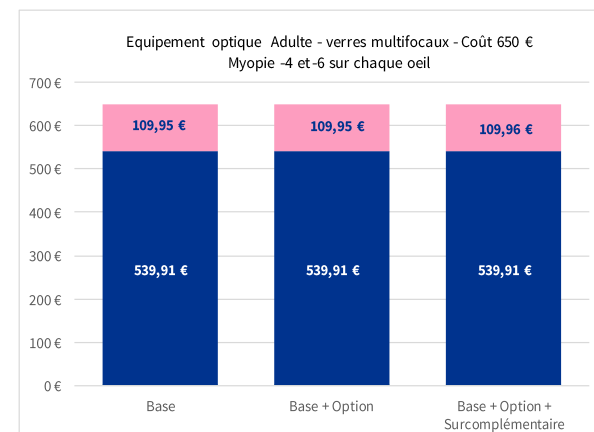
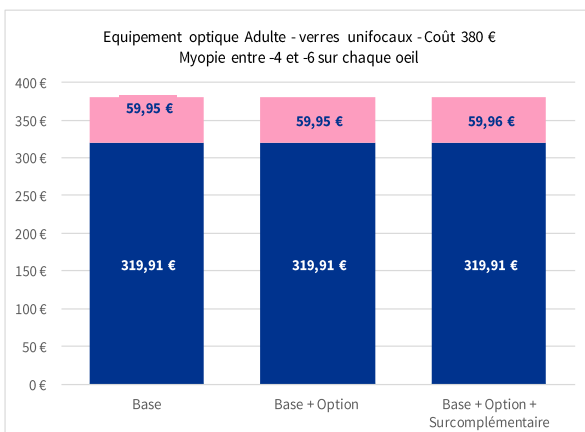
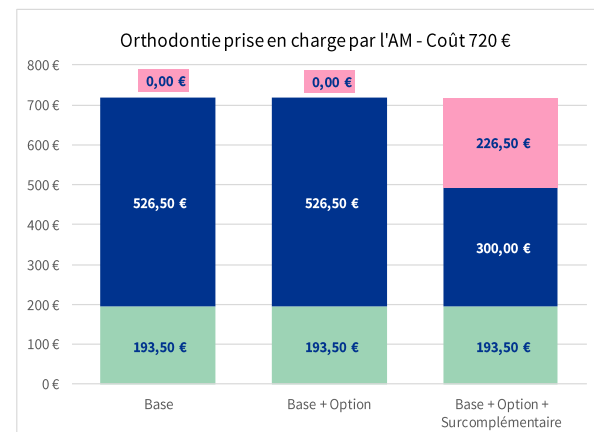
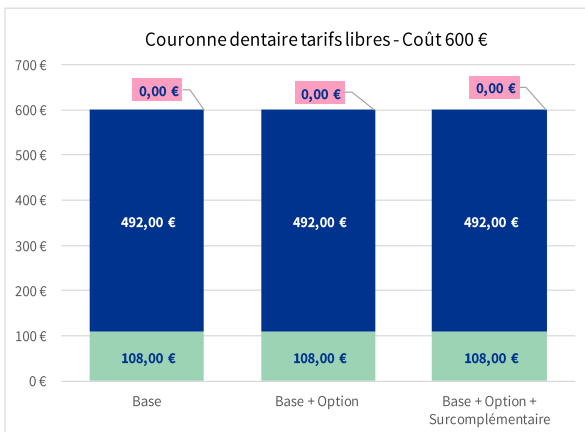
La Sécurité sociale intervient à hauteur de 0,09 € par équipement. Cet exemple représente un équipement Hors réseau de soins.

## Exemples de remboursements Alsace Moselle

■ Remboursement Sécurité sociale ■ Remboursement Henner ■ Mon reste à charge



Consultation établie dans le cadre du parcours de soins.  
Le remboursement Sécurité sociale s'élève à 16,10 € (dont 2€ de franchise restant à la charge de l'assuré)



La Sécurité sociale intervient à hauteur de 0,14 € par équipement.  
**Cet exemple représente un équipement Hors réseau de soins.**

La Sécurité sociale intervient à hauteur de 0,14 € par équipement.  
**Cet exemple représente un équipement Hors réseau de soins.**

## Qui bénéficie de la complémentaire santé Henner ?

---

En tant que salarié(e) de votre entreprise, vous bénéficiez de la complémentaire santé Henner. Selon les conditions de votre contrat, vos ayants droit ci-après définis, peuvent également bénéficier de la couverture :



Votre conjoint ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou concubin.



Vos enfants à charge et ceux de votre conjoint, âgés jusqu'à la fin du trimestre civil de leur 28<sup>e</sup> anniversaire  
sous réserve de fournir un justificatif (exemple : certificat de scolarité...) \*.



Vos enfants handicapés à charge\*.

*\* Selon les conditions prévues dans la notice d'information assureur.*

### **Bon à savoir :**

Pour faciliter la gestion de vos remboursements, Henner vous propose la "gestion multi-RIB" : votre conjoint et/ou vos enfants majeurs bénéficiaires peuvent percevoir directement leurs remboursements sur leur compte bancaire. Rapprochez-vous de votre unité de gestion pour en bénéficier.

## Quelles sont les modalités d'affiliation de vos ayants droit ?

---

### Mes ayants droit peuvent-ils être couverts ?

*Vous pouvez affilier vos ayants droit en contactant votre unité de gestion.*

*L'adhésion de votre conjoint implique le prélèvement d'une cotisation supplémentaire directement sur votre compte bancaire par Henner.*

### A qui dois-je m'adresser ?

*Pour affilier votre enfant et votre conjoint, contactez votre unité de gestion Henner.*

### Quelle prise d'effet ?

*L'adhésion de vos ayants-droits sera effective à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande*

*L'affiliation de votre nouveau-né sera effective à compter du jour de sa naissance.*



Retrouvez votre bulletin d'affiliation à compléter et à renvoyer, accompagné des justificatifs, directement sur votre espace client Henner, dans la rubrique "mes documents" ou directement sur le *Sharepoint* de votre société.

## Comment mettre fin à la couverture de vos ayants droit ?

---

La résiliation de la couverture santé de vos ayants droit peut être effective :

- Le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande.
- Le 31 décembre de l'année en cours.
- À la date à laquelle vos garanties prennent fin.
- À la date anniversaire de l'adhésion de votre conjoint, sous réserve d'une durée minimale de 2 ans.

**Toute demande de radiation sera effective à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois de la réception de la demande.**

Toute demande doit être transmise à votre Unité de gestion



# Vos garanties facultatives pour renforcer votre couverture

## Quand puis-je adhérer à l'option et/ou à la surcomplémentaire ?

---

Votre entreprise vous offre la possibilité de souscrire à une surcomplémentaire et/ou une option confort pour renforcer vos garanties. Le cas échéant, les cotisations relatives à ces régimes sont entièrement à votre charge.

Quelle que soit la formule de garanties retenue, elle est identique pour vous et vos ayants droit.

Vous pouvez souscrire à la surcomplémentaire et/ou à l'option confort :

- À l'entrée des effectifs
- À tout moment avec une date d'effet le 1er jour du mois qui suit
- En cas de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage, PACS ...).

**Veillez noter que votre adhésion sera maintenue pendant 2 ans minimum.**

## Quand puis – je radier mon option et/ou ma surcomplémentaire ?

---

La résiliation du régime option confort et/ou du régime surcomplémentaires peut être effective à la date anniversaire de leur adhésion, sous réserve d'une durée minimale de 2 ans :

- Le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande.
- Le 31 décembre de l'année en cours, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre
- À la date à laquelle vos garanties prennent fin.

## Suspension de votre contrat de travail non indemnisée

---

En cas de suspension de votre contrat de travail non indemnisée (congés sans solde de type congé parental ou sabbatique), vous pouvez maintenir votre couverture santé en vous acquittant de la cotisation totale (part salariale et part patronale). Pour toute demande d'affiliation, rapprochez-vous de votre unité de gestion afin de compléter un bulletin d'adhésion.

## Portabilité

---

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage, les garanties santé 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 l'employeur.

Pour bénéficier de la portabilité, transmettez vos justificatifs d'indemnisation France Travail (ex Pôle Emploi) à votre unité de gestion, dans le mois qui suit votre départ de la société.

## Départ à la retraite

---

Lors d'un départ à la retraite, plusieurs possibilités s'offrent à vous :

### 1. Le maintien des garanties dont vous bénéficiez en tant qu'actif pour vous-même et vos ayants droit.

L'ensemble des opérations de gestion relatives à votre contrat reste inchangé ainsi que vos interlocuteurs habituels Henner. Pour bénéficier de ce maintien, rapprochez-vous de votre unité de gestion et complétez le bulletin d'adhésion correspondant.

### 2. L'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](mailto:sante.individuels@henner.fr)

☎ Téléphone : 03.28.76.37.37

# Optimisez votre budget santé

Vos dépenses de santé ont un impact sur vos cotisations.



## PRIVILÉGIEZ LES PRATICIENS MEMBRES DU RÉSEAU CARTE BLANCHE

Votre réseau Carte Blanche vous permet de bénéficier de tarifs avantageux négociés (notamment en optique) et d'informations pratiques (prévention, bilan...)\*.



## SUIVEZ LE PARCOURS DE SOINS

Cela consiste à consulter en priorité votre médecin traitant pour votre suivi médical (avant de consulter un autre spécialiste par exemple). Si vous n'avez pas encore de médecin traitant déclaré ou si vous ne respectez pas ce parcours, vous serez moins bien remboursé(e) par l'Assurance Maladie\*\*.



## CONSULTEZ VOTRE DENTISTE UNE FOIS PAR AN EN PRÉVENTION

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



## DEMANDEZ UN DEVIS AUPRÈS DE PLUSIEURS PRATICIENS

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



## INFORMEZ-VOUS SUR LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES PRATIQUÉS

Avant de prendre rendez-vous avec votre praticien, connectez-vous sur le site de l'Assurance Maladie : [ameli-direct.fr](http://ameli-direct.fr) pour connaître les praticiens adhérent à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) 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 MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES

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

\*Pour plus d'informations, rendez-vous sur votre espace client. \*\*Hors cas particuliers.

## 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](mailto: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.

## NOTES

---





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

Document non contractuel. Pour les détails, référez-vous à la notice d'information assureur de votre contrat.

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](http://www.orias.fr)) - Relevant du contrôle de l'ACPR (4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, [www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr)) - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France - [www.henner.com](http://www.henner.com) - Réclamations : consulter la rubrique Réclamations sur [www.henner.com](http://www.henner.com).

Crédits photo : © GettyImages. 07/2026

