

HENNER ENTREPRISE

Notice d'information

VOTRE COMPLEMENTAIRE SANTE

ADDEXPERT

Ensemble du personnel

Vos garanties au 01/07/2019



Cher(e) assuré(e),

Lors de votre affiliation, vous avez ou vous allez recevoir votre carte de tiers-payant : la Carte Blanche. Elle vous permet de bénéficier du tiers-payant auprès des professionnels de santé avec lesquels le réseau Carte Blanche a signé des accords.

Accueil et renseignements de 8h00 à 18h30 sans interruption.
Pour les urgences (prise en charge hospitalière, assistance...):
Permanence téléphonique 24h/24, 365 jours par an
Votre espace en ligne: www.hennergestion.fr

LES COORDONNÉES DE VOTRE UNITÉ DE GESTION

Elle est chargée au quotidien de l'ensemble de la gestion de votre complémentaire santé :

- ✓ Effectuer vos remboursements.
- ✓ Répondre à vos questions : par téléphone, courrier et e-mail.
- ✓ Etudier vos devis pour vous apporter un conseil avant d'engager vos dépenses.
- ✓ Mettre en œuvre les prises en charge hospitalières.
- ✓ Vous accompagner dans le réseau de soins Carte Blanche.

Votre carte change de look !

Votre carte évolue pour se mettre en conformité avec la mise en place du tiers payant généralisé auprès des professionnels de santé. Plus pratique, elle sera aussi imprimable via l'appli ou depuis l'espace client du site internet.

L'ACCES A VOTRE ESPACE CLIENT

Vous pourrez gérer votre contrat et vous tenir informé via votre espace www.hennergestion.fr ou via l'application mobile Henner +.

- ✓ Consulter vos décomptes
- ✓ Modifier vos coordonnées en temps réel
- ✓ Demander une prise en charge hospitalière :
- ✓ Accéder au réseau de soins
- ✓ Télécharger les modèles de devis optiques et dentaires.
- ✓ Retrouver les coordonnées de votre Unité de Gestion
- ✓ Demander une Carte Blanche supplémentaire.



Vous trouverez dans ce guide l'ensemble des informations concernant votre contrat santé.

Nous sommes à votre disposition pour répondre à toutes demandes et questions concernant votre contrat.

Bienvenue.

REGIME DE SANTE N° 4260100520000W02815501 OBLIGATOIRE

SOMMAIRE

VOS GARANTIES.....	4
LE CONTRAT RESPONSABLE.....	8
EXTRAITS DE VOS CONDITIONS GENERALES.....	8
COMMENT S’AFFILIER ?.....	12

L'OBJET DU CONTRAT

Votre contrat vous accorde le versement de prestations y compris 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.

1 | VOS GARANTIES

1.1 | LE TABLEAU DE GARANTIES

Les prestations Frais médicaux décrites ci-dessous sont en inclusion des régimes obligatoires de couverture sociale, sauf exception précisée expressément.

DATE D'EFFET : 01/07/2019

VOTRE LEXIQUE _____

- AM : Assurance Maladie.
- BR : Base de Remboursement retenue par l'Assurance Maladie pour le versement des prestations après application des coefficients modificateurs.
- CAS : Contrat d'Accès aux Soins
- MR : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie, proportion dans laquelle l'Assurance Maladie intervient pour le remboursement des actes médicaux.
- FR : Frais Réels, montant total de la dépense de santé.
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Il s'agit du salaire servant de référence pour déterminer certaines prestations. Il est de 3 377,00 € pour l'année 2019.
- TM : Ticket Modérateur. Il s'agit de la différence entre la Base de Remboursement et le Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie.

HOSPITALISATION

Hospitalisation chirurgicale et médicale (hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)	-
Frais de séjour	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 500 % BR
Chambre particulière	5% PMSS/jour
Honoraires	-
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTAM : 100 % FR Médecin non DPTAM : 200 % BR
Forfait sur les actes lourds	100% FR
Hospitalisation en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé	-
Frais de séjour	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 500 % BR
Chambre particulière (limitée à 30 jours par année civile)	5% PMSS/jour
Forfait journalier hospitalier	-
Forfait journalier hospitalier	100% FR
Autres frais hospitaliers	-
Lit d'accompagnant	3% PMSS/jour
Frais de transport	145% BR
Maternité	-
Forfait naissance (par enfant, doublé en cas de naissances multiples)	600 €
Chambre particulière	5% PMSS/jour
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTAM : 100 % FR Médecin non DPTAM : 200 % BR
Frais de séjour	Conventionné : 100 % FR Non conventionné : 500 % BR
Cures	-
Cures thermales, frais engagés plafonnés par année civile	500 €

MÉDECINE COURANTE

Honoraires médicaux	-
Médecin généraliste	Médecin DPTAM : 450 % BR Médecin non DPTAM : 200 % BR
Médecin spécialiste	Médecin DPTAM : 450 % BR Médecin non DPTAM : 200 % BR
Actes techniques dispensés par le médecin	Médecin DPTAM : 450 % BR Médecin non DPTAM : 200 % BR
Actes de radiologie et échographie	Médecin DPTAM : 450 % BR Médecin non DPTAM : 200 % BR
Honoraires paramédicaux	-
Auxiliaires médicaux	500% BR
Médicaments	-
Médicaments et vaccins pris en charge par l'AM	100% BR
Médicaments prescrits non pris en charge par l'AM	60 €/an

Suite du tableau des garanties

	Votre Formule
Vaccins prescrits non pris en charge par l'AM	350 €/an
Autres soins courants	-
Analyses et examens de laboratoire	500% BR
Matériel médical	450% BR
Aides auditives jusqu'au 31/12/2020	-
Prothèses auditives	450% BR
Aides auditives à partir du 01/01/2021 (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)	-
Aides auditives (équipements 100% Santé)	100 % PLV
Aides auditives jusqu'à 20 ans (équipements à tarifs libres)	1700 € / oreille
Aides auditives plus de 20 ans (équipements à tarifs libres)	1700 € / oreille
DENTAIRE	
Soins	-
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	350% BR
Radiologie dentaire	Médecin DPTAM : 450 % BR Médecin non DPTAM : 200 % BR
Parodontologie non prise en charge par l'AM	400 €/an
Prothèses	-
Plafond sur les prothèses dentaires (1)	2500 €/an
Prothèses 100% santé (tels que définies réglementairement)	-
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	100 % PLV
Prothèses à tarifs maîtrisés limités à 100 % PLV et à tarifs libres	-
Prothèses fixes sur dent du fond prises en charge par la SS sont compris : couronnes, couronne sur implant, bridges	550% BR
Prothèses fixes sur dent du sourire prises en charge par la SS sont compris : couronnes , couronne sur implant, bridges (2)	550% BR
Prothèses amovibles	550% BR
Couronnes provisoires	550% BR
Inlays core	400% BR
Inlays / onlays	500% BR
Prothèses non prises en charge par l'AM	550 €/dent
Implantologie	-
Plafond sur l'implantologie non prise en charge par l'AM	Maximum de 2 implants par année civile
Bilan pré-implantaire non pris en charge par l'AM	550 €/dent
Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM	750 €/dent
Inlay core non pris en charge par l'AM	750 €/dent
Orthopédie dento-faciale	-
Orthodontie (par semestre de soin)	570% BR
Orthodontie non prise en charge par l'AM (par semestre) limité à 4 semestres consécutifs	550 €

	Votre Formule
OPTIQUE	
Équipement renouvelable tous les 2 ans pour les adultes (tous les ans pour la formule 7) et tous les ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue justifiée par une prescription.	-
La période de référence s'apprécie à partir de la date d'achat de l'équipement.	-
Pour un équipement qui associe deux verres appartenant à deux catégories différentes, le remboursement est égal à la moyenne des remboursements des deux catégories.	-
Équipements 100% Santé (tels que définis réglementairement)	-
Monture, verres, suppléments et prestation optique	100 % PLV
Équipements à tarifs libres (les suppléments et prestations optiques pris en charge par l'AM sont inclus dans les plafonds pour l'équipement simple, complexe et très complexe)	-
Plafond sur les montures	100 €
Équipement simple (y compris monture) (3)	420 €
Équipement complexe (y compris monture) (4)	700 €
Équipement très complexe (y compris monture) (5)	800 €
Lentilles cornéennes	-
Prises en charge par l'AM, par paire	327 €/an
Non prises en charge par l'AM, par année civile et par bénéficiaire, y compris jetables	327 €/an
Chirurgie réfractive	1110 €/œil/an
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la Sécurité sociale sont remboursées à hauteur de	100% TM
PRÉVENTION	
Vos garanties incluent les actes de prévention prévus à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale	OUI
Médecine naturelle : Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Étiope, Pédiacre/Podologue, Homéopathe, Psychologues/ Psychothérapeutes, Psychomotricien, Diététicien (dans la limite de 4 séances/an/bénéficiaire)	180 €/an
Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) non pris en charge par la Sécurité sociale, dans la limite d'une prise en charge tous les 3 ans	400% BR
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250	400 €/an
Prothèses capillaires et mammaires suite à un cancer sur prescription médicale	300 €/an
Sevrage Tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) (6)	30 €/an /bénéficiaire
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant	200 €/an
Assistance Vie Quotidienne	OUI
Assistance Voyages et Déplacements	OUI

1 | VOTRE CONTRAT EST RESPONSABLE

Le décret définissant le nouveau cahier des charges des contrats responsables est paru au J.O. le 19 novembre. Il précise les planchers et les plafonds de garanties, applicables à certains postes de soins, que doivent respecter les contrats complémentaires santé pour bénéficier des aides fiscales et sociales.

Vos garanties respectent ces planchers et plafonds, votre contrat est donc responsable et vous pouvez en conséquence bénéficier des aides fiscales et sociales.

2 | EXTRAITS DE VOS CONDITIONS GENERALES

2.1 | L'OBJET DU CONTRAT

Votre contrat vous accorde le versement de prestations y compris celle 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.

Henner-GMC, 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 HAUSSMANN COURTAGE sous le n° de contrat 4260100520000W02815501.

2.2 | QUI PEUT BÉNÉFICIER DE VOTRE CONTRAT ?

- Vous-même en tant qu'affilié
- Votre conjoint, votre cosignataire du PACS (sur présentation d'une copie du pacte) ou votre concubin (sur présentation d'un justificatif de vie commune), qu'il exerce ou non une activité professionnelle,
- Vos enfants, et s'ils vivent au foyer, ceux de votre conjoint, de votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou ceux de votre concubin :
 - À charge au sens de la Sécurité sociale et âgés de moins de 18 ans,
 - Âgés de moins de 28 ans et affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - Âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - Âgés de moins de 28 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi),
 - Quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 Juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

2.3 | DATE D'EFFET

Votre garantie est acquise immédiatement pour vous et les membres de votre famille à compter de la date d'affiliation de l'entreprise ou de votre entrée dans l'entreprise.

2.4 | DISPOSITION GENERALES

> Maternité

Les frais relatifs à la maternité sont remboursés au titre des séjours hospitaliers et honoraires médicaux et chirurgicaux en hospitalisation.

> Exclusions générales

- Les prestations non indiquées dans ce guide.
- Les dossiers présentés plus de deux ans après la date des soins.
- Les actes médicaux dont la date figurant sur le volet de la caisse d'Assurance Maladie est antérieure ou postérieure à la période de garantie. Cependant, la date de début des soins est retenue lorsque seules les dates de début et de fin d'une série d'actes, dans le cadre d'un traitement, figurent sur le volet de la caisse d'Assurance Maladie.
- Les opérations de chirurgie esthétique, sauf intervention réparatrice à la suite d'un accident ou d'une affection somatique.
- Les frais engagés, soit avant l'affiliation de l'ayant droit, soit après la radiation de l'ayant droit.

> 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 nos remboursements. Les garanties souscrites s'appliquent, dans le monde entier, sous réserve des exclusions énoncées, aux affiliés travaillant à temps complet ou partiel ou encore détachés hors de France au sens du Code de la Sécurité sociale.

- « Les remboursements ou les indemnités 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'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix » (article 9 de la Loi du 31.12.1989).
 - > Cessation des garanties
- Votre contrat de travail est rompu ou suspendu,
- Vous faites valoir vos droits au moment de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale,
- À la date de résiliation du contrat.

2.5 | RECOURS À UN MÉDIATEUR

L'adhérent, le participant ou un ayant droit du participant peut, en cas de désaccord avec l'Institution, effectuer sa réclamation auprès de son interlocuteur habituel ; si la réponse fournie ne le satisfait pas, le demandeur peut adresser sa réclamation au « Service réclamation » d'UNIPRÉVOYANCE.

En cas de désaccord persistant avec l'Institution à l'issue de la procédure interne de réclamation, le demandeur peut saisir le médiateur du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), dont l'Institution lui adressera les coordonnées sur simple demande. Le recours au médiateur du CTIP s'exerce dans un souci de règlement à l'amiable, sans préjudice des autres voies d'action légales.

2.6 | PRESCRIPTIONS

Toutes actions relatives aux prestations sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Conformément aux dispositions de l'article L932-13 du Code de la Sécurité sociale, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Participant, que du jour où l'Institution en a eu connaissance.
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
- Quand l'action de l'Adhérent contre l'Institution a pour cause le recours à un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où le tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou a été indemnisé par celui-ci.

2.7 | CONTRÔLE MÉDICAL

L'Institution se réserve le droit de procéder ou faire procéder à tous contrôles, y compris sur dossier, afin d'apprécier si la nature du sinistre et les circonstances de sa survenance justifient le paiement des prestations.

L'Institution se réserve la possibilité de procéder à un contrôle médical pour valider la pertinence de certains frais médicaux et de refuser la prise en charge de dépenses abusives ou inutiles.

En cas de désaccord entre l'Institution et le participant, la procédure d'arbitrage prévue ci-dessous pourra être appliquée.

En cas de refus ou d'entrave, l'Institution suspendra le versement des prestations.

2.8 | CONTRÔLE ET ARBITRAGE MÉDICAL

Les médecins et experts désignés par l'Institution ont libre accès auprès du participant ou du bénéficiaire afin de pouvoir constater son état. Le droit aux prestations peut-être refusé, interrompu ou réduit, en raison des conclusions des médecins et experts désignés par l'Institution, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme.

Le participant doit fournir toute pièce justificative et se prêter à toute expertise ou examen demandés par l'Institution, lesquels auront lieu en France métropolitaine (ou dans les DOM-TOM si le participant y réside de façon permanente) ; à défaut, le participant s'expose à la suspension du service des prestations.

Les décisions de l'Institution, prises en fonction des conclusions du médecin conseil, sont notifiées au participant ou au bénéficiaire par courrier recommandé avec avis de réception ; il peut en contester le bien-fondé dans les 10 jours suivant la date de première présentation au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée au médecin conseil de l'Institution par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé du participant ou du bénéficiaire, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par le participant ou le bénéficiaire et le médecin délégué par l'Institution.

Si ces 2 médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes ou s'il est décidé de procéder directement à un arbitrage, le participant ou le bénéficiaire et l'Institution choisissent un médecin arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par voie judiciaire.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin, et par moitié, ceux du médecin arbitre.

2.9 | EXCLUSIONS GÉNÉRALES

En cas de résiliation, les frais seront pris charge par l'Institution en fonction de la date de soins retenue par la Sécurité Sociale, à défaut en fonction de la date de la facture du praticien ou du fournisseur.

2.10 | MAINTIEN DE GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI EVIN N°89-1009 DU 31/12/89

Le participant radié du contrat collectif en raison de la liquidation de sa pension de retraite servie par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, de la mise en préretraite, de la rupture du contrat de travail pour état d'incapacité de travail ou d'invalidité, indemnisé par la Sécurité sociale, du licenciement indemnisé par le régime d'assurance chômage, peut bénéficier d'un maintien de ses garanties sous réserve d'exprimer sa demande dans les 6 mois suivant sa radiation et sous réserve du règlement des cotisations correspondantes.

Ce maintien prend effet sans formalités médicales :

- Dès le lendemain de sa radiation du contrat collectif si sa demande est parvenue avant,
- Au 1er jour du mois qui suit sa demande pour toute demande ultérieure,
- Et au plus tard, 6 mois après sa date de radiation du contrat collectif.

L'adhésion du participant expire au 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf en cas de non-paiement des cotisations ou dénonciation par le participant avec un préavis minimum de 2 mois exprimé par lettre recommandée avec accusé de réception.

Attention, la résiliation de l'adhésion entraîne l'impossibilité définitive de s'affilier à nouveau ultérieurement.

Les ayants droit du participant ne pourront bénéficier du présent maintien de garanties même s'ils étaient précédemment couverts.

La cotisation est payable mensuellement à terme à échoir et par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal du participant. En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions fixées précédemment, le paiement des prestations est suspendu.

L'Institution adresse au participant une lettre recommandée avec avis de réception, valant mise en demeure, l'informant qu'à défaut de régularisation des sommes dues, son adhésion sera résiliée au terme d'un délai de 40 jours.

Des modifications annuelles relatives à la révision des cotisations et des prestations en vigueur peuvent être décidées par la direction de l'Institution, après examen des résultats techniques enregistrés au titre des garanties et de l'évolution annuelle des indices économiques et sociaux, à effet du 1er janvier.

Toutefois, dans l'hypothèse où des modifications des prestations du régime de base de la Sécurité sociale entraînant un alourdissement des charges des contrats interviendraient en cours d'année, l'Institution pourrait être amenée à opérer une révision de ses tarifs sans attendre le 1er janvier.

Dans ce cas particulier, le participant peut résilier sans délai son adhésion, ou opter pour une autre garantie. Les diverses modifications prennent effet immédiatement.

Pour garantir ou faire adhérer un nouvel ayant droit, le participant doit adresser une copie de l'attestation jointe à la Carte Vitale ou tout autre document émanant de la Sécurité sociale, ainsi qu'un document justifiant que cette personne correspond à l'une des situations prévues au paragraphe « qui peut bénéficier des garanties ? » et acquitter la cotisation correspondante. En cas de décès du participant, il est nécessaire d'en informer HENNER par l'envoi d'un acte de décès.

Le conjoint, et le cas échéant le concubin ou cosignataire de PACS, a alors la possibilité de continuer à bénéficier à titre d'Adhérent principal, des garanties du participant, pendant une durée de 12 mois à compter de la date du décès sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 MOIS suivant le décès.

2.11 | MAINTIEN DE GARANTIES AU TITRE DE LA PORTABILITÉ

(Au titre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 & et de l'article L911-8 du CSS)

> Personnes garanties

Les présentes garanties sont maintenues aux salariés qui étaient assurés aux titres des contrats collectifs antérieurement à la date de rupture de leur contrat de travail et bénéficiant de droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, pour autant que l'employeur contractant en fasse la demande à HENNER au plus tard 20 jours suivant la date de rupture du contrat de travail de l'ex-salarié.

Néanmoins, ne sont pas éligibles dans le cadre de ce maintien :

- Les salariés pour lesquels les droits à couverture complémentaire n'étaient pas ouverts au jour de la cessation ou de la rupture de leur contrat de travail,
- Les salariés licenciés pour faute lourde,
- Les bénéficiaires couverts au titre de l'adhésion de l'ex-salarié bénéficiant du maintien pendant une durée identique à celui-ci.

> Définition des garanties maintenues

Les garanties du régime s'appliquent dans les mêmes conditions que lorsque l'intéressé était en activité.

> Effet des garanties

La date d'effet du maintien des garanties est fixée au lendemain, à 0 heure, de la date de rupture du contrat de travail et prolongé jusqu'à la fin du mois cotisé.

> Évolution des garanties et des cotisations

Les garanties suivront la même évolution que les garanties du personnel actif, assuré au titre des présentes garanties. Il est également précisé que si pendant la période durant laquelle jouent les droits à la portabilité, la situation familiale de la personne assurée change, cette dernière bénéficiera des prestations correspondant à sa nouvelle situation.

Toutes les communications de l'assuré devront être relayées par l'intermédiaire de l'employeur contractant.

> Durée du maintien

Il s'agit d'un maintien temporaire, valable pendant la durée durant laquelle l'ex-salarié est au chômage. La durée de la portabilité est égale à la durée de son dernier contrat de travail auprès de l'entreprise contractante, appréciée en mois entiers, dans la limite de 12 mois (exemple : contrat de travail ayant une durée de 3,5 mois = 4 mois de portabilité).

La durée de portabilité étant une durée fixe, la suspension des garanties chômage ne reporte pas d'autant la durée du maintien de couverture.

Le maintien cesse dès que l'ex-salarié reprend une activité professionnelle, à la fin de la période durant laquelle celui-ci peut prétendre aux indemnités chômage, et, en tout état de cause, lorsque l'ex-salarié fait valoir ses droits au bénéfice de la retraite. L'ancien salarié doit alors immédiatement informer son employeur ou HENNER.

À la date de cessation du maintien, l'ex-salarié pourra demander le maintien des prestations relatives au contrat santé au titre de la loi Evin, dans les conditions prévues par ce texte, sous réserve qu'il appartienne à une des catégories visées par celui-ci, au plus tard 6 mois suivant la date de fin de période de portabilité.

> Financement - Cotisations

Ce maintien est mutualisé par l'ancien employeur. La quote-part de cotisation de l'ancien salarié est entièrement pris en charge par l'ancien employeur.

La non présentation de l'attestation pôle emploi libère l'ancien employeur de toute obligation et entraîne la perte des garanties pour la période restant à courir.

> Résiliation

En cas de résiliation du contrat, l'employeur contractant s'engage à poursuivre, par l'intermédiaire d'un autre assureur, le maintien des garanties aux personnes en bénéficiant.

> Renonciation au maintien

Le salarié qui ne souhaite pas bénéficier du maintien des garanties au titre de l'ANI devra le notifier expressément par écrit dans les 10 jours suivants la date de cessation de son contrat de travail. Cette renonciation est définitive et concerne l'ensemble des garanties. A défaut, il sera réputé avoir accepté.

Articulation entre les modalités de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 et celles de l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Afin de préserver les droits des salariés qui pourraient par ailleurs, préalablement à ce maintien individuel défini par l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, bénéficier, pour une période comprise entre 6 mois et 12 mois, des modalités de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 Janvier 2008, ce délai de 6 mois pour effectuer leur demande est décompté à compter de la date à laquelle cessent pour ces anciens salariés leurs droits à la portabilité.

2.12 | GARANTIE ASSISTANCE

Ces prestations résultent d'une convention d'assurance de groupe passé avec GARANTIE ASSISTANCE sous le numéro de contrat GAC18SAN1747. Toute dépense engagée sans accord préalable ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge à posteriori.

> Recours

Toute réclamation concernant le présent contrat doit être adressée à au délégataire de l'Assureur, Henner - GMC 1 rue Marcel Paul - 44097 Nantes Cedex.

Le délégataire en accuse réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). Le délai de réponse maximal est de 2 mois à compter de la réception de la réclamation.

En cas de réponse non satisfaisante du délégataire à une réclamation de l'une des parties prenantes à l'adhésion ou de l'un des bénéficiaires, celui-ci a la faculté de faire appel au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance. Ses coordonnées sont communiquées par l'assureur via le délégataire sur simple demande.

> Prescriptions

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter :

1 - de l'événement qui y donne naissance,

2 - ou, en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du jour où l'assureur en a eu connaissance,

3 - ou, en cas de sinistre, du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là, sauf en cas d'application des dispositions particulières aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle prévues à l'article L192-1 du Code des assurances portant ce délai de deux ans à cinq ans en matière d'assurance sur la vie.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'affilié décédé.

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'affilié.

Par ailleurs, l'article L 114-2 du Code des assurances précise que la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

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 délégataire à l'affilié en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'affilié au délégataire en ce qui concerne le règlement de l'indemnité

> Contrôle médical

Le délégataire de l'assureur se réserve le droit de procéder ou faire procéder à tous contrôles, y compris sur dossier, afin d'apprécier si la nature du sinistre et les circonstances de sa survenance justifient le paiement des prestations.

Le délégataire de l'assureur se réserve la possibilité de procéder à un contrôle médical pour valider la pertinence de certains frais médicaux et de refuser la prise en charge de dépenses abusives ou inutiles.

En cas de désaccord entre le délégataire de l'assureur et l'affilié, la procédure d'arbitrage prévue ci-dessous pourra être appliquée.

En cas de refus ou d'entrave, le délégataire de l'assureur suspendra le versement des prestations.

> Contrôle et arbitrage médical

Les médecins et experts désignés par le délégataire de l'assureur ont libre accès auprès de l'affilié ou du bénéficiaire afin de pouvoir constater son état. Le droit aux prestations peut-être refusé, interrompu ou réduit, en raison des conclusions des médecins et experts désignés par le délégataire de l'assureur, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

L'affilié doit fournir toute pièce justificative et se prêter à toute expertise ou examen demandés par le délégataire de l'assureur, lesquels auront lieu en France métropolitaine (ou dans les DOM-TOM si l'affilié y réside de façon permanente); à défaut, l'affilié s'expose à la suspension du service des prestations.

Les décisions du délégataire de l'assureur, prises en fonction des conclusions du médecin conseil, sont notifiées à l'affilié ou au bénéficiaire par courrier recommandé avec avis de réception ; il peut en contester le bien-fondé dans les 10 jours suivant la date de première présentation au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée au médecin conseil du délégataire de l'assureur par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé de l'affilié ou du bénéficiaire, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par l'affilié ou le bénéficiaire et le médecin délégué par le délégataire de l'assureur.

Si ces 2 médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes ou s'il est décidé de procéder directement à un arbitrage, l'affilié ou le bénéficiaire et le délégataire de l'assureur choisissent un médecin arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par voie judiciaire.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin, et par moitié, ceux du médecin arbitre.

> Exclusions générales

En cas de résiliation, les frais seront pris charge par le délégataire de l'assureur en fonction de la date de soins retenue par la Sécurité sociale, à défaut en fonction de la date de la facture du praticien ou du fournisseur.

3 | COMMENT S’AFFILIER ?

Pour vous affilier, complétez le bulletin individuel d'affiliation au régime obligatoire remis par votre employeur qui devra ensuite nous le retourner.

Les pièces à joindre à votre bulletin d'affiliation sont :

- Une photocopie de votre Attestation Carte Vitale et de celle de vos ayants droit s'ils ont un numéro de Sécurité sociale différent du vôtre.
- Un relevé d'identité bancaire ou postal pour le versement des prestations.
- Une photocopie des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans ou tout autre document justifiant leur situation.

REGIME DE SANTE N° 4260100680000K02815505 / 4260100690000E02815505 OPTIONS FACULTATIVES INDIVIDUELLES

SOMMAIRE

VOS GARANTIES.....	14
EXTRAITS DE VOS CONDITIONS GENERALES.....	21
COMMENT S’AFFILIER.....	24

L'OBJET DU CONTRAT

HENNER ENTREPRISE OPTIONS INDIVIDUELLES vous offre la possibilité de bénéficier de garanties optionnelles facultatives en complément des prestations de l'Assurance Maladie en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation et dans la limite des frais réellement engagés. Ces garanties ne sont pas conformes au décret du 19 janvier 2014 également nommé décret du "Contrat Responsable".

1 | VOS GARANTIES

1.1 | LE TABLEAU DE GARANTIES

	Option 1 Hospi / Soins courants	Option 2 Hospi / Soins courants	Option 3 Hospi / Soins courants	Option 1 Hospi / Soins / Optique / Dentaire	Option 2 Hospi / Soins / Optique / Dentaire	Option 3 Hospi / Soins / Optique / Dentaire
Hospitalisation						
Hospitalisation chirurgicale et médicale (hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)	-	-	-	-	-	-
Frais de séjour	-	-	-	-	-	-
Chambre particulière	-	-	-	-	-	-
Honoraires	-	-	-	-	-	-
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	+100% BR	+200% BR	+300% BR	+100% BR	+200% BR	+300% BR
Forfait sur les actes lourds	-	-	-	-	-	-
Hospitalisation en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé	-	-	-	-	-	-
Frais de séjour	-	-	-	-	-	-
Chambre particulière (limitée à 30 jours par année civile)	-	-	-	-	-	-
Forfait journalier hospitalier	-	-	-	-	-	-
Forfait journalier hospitalier	-	-	-	-	-	-
Autres frais hospitaliers	-	-	-	-	-	-
Lit d'accompagnant	-	-	-	-	-	-
Frais de transport	-	-	-	-	-	-
Maternité	-	-	-	-	-	-
Forfait naissance (par enfant, doublé en cas de naissances multiples)	-	-	-	-	-	-
Chambre particulière	-	-	-	-	-	-
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	+100% BR	+200% BR	+300% BR	+100% BR	+200% BR	+300% BR
Frais de séjour	-	-	-	-	-	-
Cures	-	-	-	-	-	-
Cures thermales, frais engagés plafonnés par année civile	+50 €	+100 €	+150 €	+50 €	+100 €	+150 €

Médecine courante						
Honoraires médicaux	-	-	-	-	-	-
Médecin généraliste	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : + 50 % BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : +100% BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : +200% BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : + 50 % BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : +100% BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : +200% BR
Médecin spécialiste	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : + 50 % BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : +100% BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : +200% BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : + 50 % BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : +100% BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : +200% BR
Actes techniques dispensés par le médecin	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : + 50 % BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : +100% BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : +200% BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : + 50 % BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : +100% BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : +200% BR
Actes de radiologie et échographie	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : + 50 % BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : +100% BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : +200% BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : + 50 % BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : +100% BR	Médecin DPTAM : +0% BR Médecin non DPTAM : +200% BR
Honoraires paramédicaux	-	-	-	-	-	-
Auxiliaires médicaux	-	-	-	-	-	-
Médicaments	-	-	-	-	-	-
Médicaments et vaccins pris en charge par l'AM	-	-	-	-	-	-
Médicaments prescrits non pris en charge par l'AM	-	-	-	-	-	-
Vaccins prescrits non pris en charge par l'AM	-	-	-	-	-	-
Autres soins courants	-	-	-	-	-	-
Analyses et examens de laboratoire	-	-	-	-	-	-
Matériel médical	+50% BR	+100% BR	+150% BR	+50% BR	+100% BR	+150% BR
Aides auditives jusqu'au 31/12/2020	-	-	-	-	-	-
Prothèses auditives	-	-	-	-	-	-
Aides auditives à partir du 01/01/2021 (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)	-	-	-	-	-	-
Aides auditives (équipements 100% Santé)	-	-	-	-	-	-
Aides auditives jusqu'à 20 ans (équipements à tarifs libres)	+50 €	+100 €	+150 €	+50 €	+100 €	+150 €
Aides auditives plus de 20 ans (équipements à tarifs libres)	+50 €	+100 €	+150 €	+50 €	+100 €	+150 €

Suite du tableau des garanties

Dentaire						
Soins	-	-	-	-	-	-
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	-	-	-	+50% BR	+100% BR	+150% BR
Radiologie dentaire	-	-	-	+50% BR	+100% BR	+200% BR
Parodontologie non prise en charge par l'AM	-	-	-	+50 €/an	+75 €/an	+100 €/an
Prothèses	-	-	-	-	-	-
Plafond sur les prothèses dentaires (1)	-	-	-	+1000 €/an	+1000 €/an	+1000 €/an
Prothèses 100% santé (tels que définies réglementairement)	-	-	-	-	-	-
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	-	-	-	-	-	-
Prothèses à tarifs maîtrisés limités à 100 % PLV et à tarifs libres	-	-	-	-	-	-
Prothèses fixes sur dent du fond prises en charge par la SS sont compris : couronnes, couronne sur implant, bridges	-	-	-	+50% BR	+75% BR	+100% BR
Prothèses fixes sur dent du sourire prises en charge par la SS sont compris : couronnes , couronne sur implant, bridges (2)	-	-	-	+50% BR	+75% BR	+100% BR
Prothèses amovibles	-	-	-	+50% BR	+75% BR	+100% BR
Couronnes provisoires	-	-	-	+50% BR	+75% BR	+100% BR
Inlays core	-	-	-	+50% BR	+75% BR	+100% BR
Inlays / onlays	-	-	-	+50% BR	+75% BR	+100% BR
Prothèses non prises en charge par l'AM	-	-	-	+50 €/dent	+75 €/dent	+100 €/dent
Implantologie	-	-	-	-	-	-
Plafond sur l'implantologie non prise en charge par l'AM	-	-	-	+ 3 implants maximum par an	+ 3 implants maximum par an	+ 3 implants maximum par an
Bilan pré-implantaire non pris en charge par l'AM	-	-	-	-	-	-
Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM	-	-	-	+50 €/dent	+75 €/dent	+100 €/dent
Inlay core non pris en charge par l'AM	-	-	-	+50 €/dent	+75 €/dent	+100 €/dent
Orthopédie dento-faciale	-	-	-	-	-	-
Orthodontie (par semestre de soin)	-	-	-	+50% BR	+75% BR	+100% BR
Orthodontie non prise en charge par l'AM (par semestre) limité à 4 semestres consécutifs	-	-	-	+50 €	+100 €	+150 €

Optique						
Équipement renouvelable tous les 2 ans pour les adultes (tous les ans pour la formule 7) et tous les ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue justifiée par une prescription.	-	-	-	-	-	-
La période de référence s'apprécie à partir de la date d'achat de l'équipement.	-	-	-	-	-	-
Pour un équipement qui associe deux verres appartenant à deux catégories différentes, le remboursement est égal à la moyenne des remboursements des deux catégories.	-	-	-	-	-	-
Équipements 100% Santé (tels que définis réglementairement)	-	-	-	-	-	-
Monture, verres, suppléments et prestation optique	-	-	-	-	-	-
Équipements à tarifs libres (les suppléments et prestations optiques pris en charge par l'AM sont inclus dans les plafonds pour l'équipement simple, complexe et très complexe)	-	-	-	-	-	-
Plafond sur les montures	-	-	-	-	-	-
Équipement simple (y compris monture) (3)	-	-	-	+100 € au global	+200 € au global	+300 € au global
Équipement complexe (y compris monture) (4)	-	-	-	+100 € au global	+200 € au global	+300 € au global
Équipement très complexe (y compris monture) (5)	-	-	-	+100 € au global	+200 € au global	+300 € au global
Lentilles cornéennes	-	-	-	-	-	-
Prises en charge par l'AM, par paire	-	-	-	-	-	-
Non prises en charge par l'AM, par année civile et par bénéficiaire, y compris jetables	-	-	-	-	-	-
Chirurgie réfractive	-	-	-	-	-	-
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la Sécurité sociale sont remboursées à hauteur de	-	-	-	-	-	-

Prévention						
Vos garanties incluent les actes de prévention prévus à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale	-	-	-	-	-	-
Médecine naturelle : Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Étiope, Pédiacre/Podologue, Homéopathe, Psychologues/ Psychothérapeutes, Psychomotricien, Diététicien (dans la limite de 4 séances/an/bénéficiaire)	-	-	-	+50 €/an	+75 €/an	+100 €/an
Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) non pris en charge par la Sécurité sociale, dans la limite d'une prise en charge tous les 3 ans	-	-	-	+50% BR	+100% BR	+150% BR
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250	-	-	-	-	-	-
Prothèses capillaires et mammaires suite à un cancer sur prescription médicale	-	-	-	-	-	-
Sevrage Tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) (6)	-	-	-	-	-	-
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant	-	-	-	-	-	-
Assistance Vie Quotidienne	-	-	-	-	-	-
Assistance Voyages et Déplacements	-	-	-	-	-	-

BON A SAVOIR

TIERS-PAYANT OPTIQUE ET DENTAIRE

Présentez votre Carte Blanche à votre opticien ou à votre dentiste agréé du réseau Carte Blanche. Il se chargera alors de nous demander une entente préalable. Celle-ci sera délivrée sous réserve du respect de notre grille tarifaire négociée avec lui et dans la limite des garanties prévues à votre contrat.

1.2 | Quelques exemples de remboursement

Date de mise à jour des valeurs de l'Assurance Maladie : 01/01/2019

> Dans le parcours de soins

La participation forfaitaire de 1€ restant à la charge de l'affilié est déduite du remboursement de l'AM.

	Base de remboursement de l'AM	Remboursement de l'AM	Option 1 Hospi / Soins courants	Option 2 Hospi / Soins courants	Option 3 Hospi / Soins courants	Option 1 Hospi / Soins / Optique / Dentaire	Option 2 Hospi / Soins / Optique / Dentaire	Option 3 Hospi / Soins / Optique / Dentaire
Forfait journalier hospitalier			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale (exemple avec un code acte MFCA001)			+209,00 €	+418,00 €	+627,00 €	+209,00 €	+418,00 €	+627,00 €

	Base de remboursement de l'AM	Remboursement de l'AM	Option 1 Hospi / Soins courants	Option 2 Hospi / Soins courants	Option 3 Hospi / Soins courants	Option 1 Hospi / Soins / Optique / Dentaire	Option 2 Hospi / Soins / Optique / Dentaire	Option 3 Hospi / Soins / Optique / Dentaire
Équipement de classe A (monture + verres) avec verres unifocaux complexes (équipement 100 % Santé, à partir de 2020)			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) avec verres unifocaux complexes (équipement à tarif libre)			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+100,00 €	+200,00 €	+300,00 €
Détartrage			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+14,46 €	+28,92 €	+43,38 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100 % Santé) - A partir de 2020			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires (prothèse à tarif maîtrisé)			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+60,00 €	+90,00 €	+120,00 €
Couronne céramo-métallique sur molaires (prothèse à tarif libre)			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+60,00 €	+90,00 €	+120,00 €
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100 % Santé, à partir de 2021)			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille (équipement à tarif libre, BR 2021)			+50,00 €	+100,00 €	+150,00 €	+50,00 €	+100,00 €	+150,00 €
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste sans dépassement d'honoraires (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €
Analyses et examens de laboratoire (exemple avec un acte coté B, acte de biologie)			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €
Honoraires paramédicaux (exemple avec un kinésithérapeute)			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €
Médicaments			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €
Matériel médical (exemple avec une orthèse)			+7,22 €	+14,43 €	+21,65 €	+7,22 €	+14,43 €	+21,65 €
Cures thermales remboursées par l'AM			+50,00 €	+100,00 €	+150,00 €	+50,00 €	+100,00 €	+150,00 €

BON A SAVOIR

PARCOURS DE SOINS

■ En choisissant un médecin traitant, vous faites le choix de bénéficier d'un suivi médical coordonné et d'une prévention personnalisée. En le consultant en priorité, le remboursement de vos consultations demeure inchangé.

■ Pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et d'une prévention personnalisée, pour obtenir un meilleur remboursement : pensez à choisir et à déclarer votre médecin traitant à votre caisse d'Assurance Maladie.

> Pour les prestations non concernées par le parcours de soins .

	Base de remboursement de l'AM	Remboursement de l'AM	Option 1 Hospi / Soins courants	Option 2 Hospi / Soins courants	Option 3 Hospi / Soins courants	Option 1 Hospi / Soins / Optique / Dentaire	Option 2 Hospi / Soins / Optique / Dentaire	Option 3 Hospi / Soins / Optique / Dentaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale (exemple avec un code acte MFCA001)			+209,00 €	+418,00 €	+627,00 €	+209,00 €	+418,00 €	+627,00 €
Chambre particulière (limité à 30 jours pour service psychiatrie)			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €
Lit accompagnant			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €
Médecines douces			+0,00 €	+0,00 €	+0,00 €	+50,00 €	+75,00 €	+100,00 €

N'hésitez pas à demander un devis à votre opticien ou à votre dentiste et à le soumettre à votre Unité de Gestion.

2 | EXTRAITS DE VOS CONDITIONS GENERALES

2.1 | 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.

HENNER-GMC, 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 HAUSSMANN COURTAGE sous le n° de contrat 4260100520000W02815501.

2.2 | QUI PEUT BENEFICIER DE VOTRE CONTRAT ?

- Vous-même en tant qu'affilié,
- Votre conjoint, votre cosignataire du PACS (sur présentation d'une copie du pacte) ou votre concubin (sur présentation d'un justificatif de vie commune), qu'il exerce ou non une activité professionnelle,
- Vos enfants, et s'ils vivent au foyer, ceux de votre conjoint, de votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou ceux de votre concubin :
 - À charge au sens de la Sécurité sociale et âgés de moins de 18 ans,
 - Âgés de moins de 28 ans et affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - Âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - Âgés de moins de 28 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Assurance Chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi),
 - Quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 Juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

2.3 | DATE D'EFFET

Votre garantie est acquise immédiatement pour vous et les membres de votre famille éventuels à compter de la date d'affiliation qui figure sur votre demande d'adhésion individuelle. Un minimum d'adhésion de 2 ans est obligatoire. Toute demande de modification d'option ne peut être faite qu'à échéance principale, sauf changement de situation de famille. Tout retour à un niveau inférieur est définitif.

2.4 | DISPOSITION GENERALES

> Maternité

Les frais relatifs à la maternité sont remboursés au titre des séjours hospitaliers et honoraires médicaux et chirurgicaux en hospitalisation.

> Cures thermales

Sont couverts, dans la limite du plafond de la garantie, les frais médicaux relatifs à la cure, de soins et de surveillance médicale engagés en complément de l'Assurance Maladie et les frais de transport et d'hébergement exposés dans l'établissement de cure.

> Médecine douce

L'Institution prend en charge les consultations d'OSTÉOPATHIE, de CHIROPRACTIQUE ou de DIÉTÉTIQUE ou d'ACUPUNCTURE non prises en charge par la Sécurité Sociale (*).

Le remboursement ne sera effectué que sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative.

(*). Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.

Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).

Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

> Exclusions générales

- Les prestations non indiquées dans ce guide.
- Les dossiers présentés plus de deux ans après la date des soins.
- Les actes médicaux dont la date figurant sur le volet de la caisse d'Assurance Maladie est antérieure ou postérieure à la période de garantie. Cependant, la date de début des soins est retenue lorsque seules les dates de début et de fin d'une série d'actes, dans le cadre d'un traitement, figurent sur le volet de la caisse d'Assurance Maladie.
- Les opérations de chirurgie esthétique, sauf intervention réparatrice à la suite d'un accident ou d'une affection somatique.
- Les frais engagés, soit avant l'affiliation de l'ayant droit, soit après la radiation de l'ayant droit.

> 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 nos remboursements. Les garanties souscrites s'appliquent, dans le monde entier, sous réserve des exclusions énoncées, aux affiliés travaillant à temps complet ou partiel ou encore détachés hors de France au sens du Code de la Sécurité sociale.
- « Les remboursements ou les indemnités 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'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix » (article 9 de la Loi du 31.12.1989).

> Cessation des garanties

- Votre contrat de travail est rompu ou suspendu,
- Vous faites valoir vos droits au moment de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale,
- À la date de résiliation du contrat.

2.5 | RECOURS À UN MÉDIATEUR

L'adhérent, le participant ou un ayant droit du participant peut, en cas de désaccord avec l'Institution, effectuer sa réclamation auprès de son interlocuteur habituel ; si la réponse fournie ne le satisfait pas, le demandeur peut adresser sa réclamation au « Service réclamation » d'UNIPRÉVOYANCE.

En cas de désaccord persistant avec l'Institution à l'issue de la procédure interne de réclamation, le demandeur peut saisir le médiateur du CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), dont l'Institution lui adressera les coordonnées sur simple demande. Le recours au médiateur du CTIP s'exerce dans un souci de règlement à l'amiable, sans préjudice des autres voies d'action légales.

2.6 | PRESCRIPTIONS

Toutes actions relatives aux prestations sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Conformément aux dispositions de l'article L932-13 du Code de la Sécurité sociale, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Participant, que du jour où l'Institution en a eu connaissance.
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
- Quand l'action de l'Adhérent contre l'Institution a pour cause le recours à un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où le tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou a été indemnisé par celui-ci.

2.7 | CONTRÔLE MÉDICAL

L'Institution se réserve le droit de procéder ou faire procéder à tous contrôles, y compris sur dossier, afin d'apprécier si la nature du sinistre et les circonstances de sa survenance justifient le paiement des prestations.

L'Institution se réserve la possibilité de procéder à un contrôle médical pour valider la pertinence de certains frais médicaux et de refuser la prise en charge de dépenses abusives ou inutiles.

En cas de désaccord entre l'Institution et le participant, la procédure d'arbitrage prévue ci-dessous pourra être appliquée.

En cas de refus ou d'entrave, l'Institution suspendra le versement des prestations.

2.8 | CONTRÔLE ET ARBITRAGE MÉDICAL

Les médecins et experts désignés par l'Institution ont libre accès auprès du participant ou du bénéficiaire afin de pouvoir constater son état. Le droit aux prestations peut-être refusé, interrompu ou réduit, en raison des conclusions des médecins et experts désignés par l'Institution, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

Le participant doit fournir toute pièce justificative et se prêter à toute expertise ou examen demandés par l'Institution, lesquels auront lieu en France métropolitaine (ou dans les DOM-TOM si le participant y réside de façon permanente); à défaut, le participant s'expose à la suspension du service des prestations.

Les décisions de l'Institution, prises en fonction des conclusions du médecin conseil, sont notifiées au participant ou au bénéficiaire par courrier recommandé avec avis de réception ; il peut en contester le bien-fondé dans les 10 jours suivant la date de première présentation au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée au médecin conseil de l'Institution par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé du participant ou du bénéficiaire, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par le participant ou le bénéficiaire et le médecin délégué par l'Institution.

Si ces 2 médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes ou s'il est décidé de procéder directement à un arbitrage, le participant ou le bénéficiaire et l'Institution choisissent un médecin arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par voie judiciaire.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin, et par moitié, ceux du médecin arbitre.

2.9 | EXCLUSIONS GÉNÉRALES

En cas de résiliation, les frais seront pris charge par l'Institution en fonction de la date de soins retenue par la Sécurité sociale, à défaut en fonction de la date de la facture du praticien ou du fournisseur.

2.10 | GARANTIE ASSISTANCE

Ces prestations résultent d'une convention d'assurance de groupe passé avec GARANTIE ASSISTANCE sous le numéro de contrat GAC18SAN1747. Toute dépense engagée sans accord préalable ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge à posteriori.

> Recours

Toute réclamation concernant le présent contrat doit être adressée à au délégataire de l'Assureur, HENNER - GMC 1 rue Marcel Paul - 44097 Nantes Cedex

Le délégataire en accuse réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). Le délai de réponse maximal est de 2 mois à compter de la réception de la réclamation.

En cas de réponse non satisfaisante du délégataire à une réclamation de l'une des parties prenantes à l'adhésion ou de l'un des bénéficiaires, celui-ci a la faculté de faire appel au médiateur désigné par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance. Ses coordonnées sont communiquées par l'assureur via le délégataire sur simple demande.

> Prescriptions

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter :

1 - de l'événement qui y donne naissance,

2 - ou, en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du jour où l'assureur en a eu connaissance,

3 - ou, en cas de sinistre, du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là, sauf en cas d'application des dispositions particulières aux départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle prévues à l'article L192-1 du Code des assurances portant ce délai de deux ans à cinq ans en matière d'assurance sur la vie.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'affilié décédé.

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'affilié.

Par ailleurs, l'article L 114-2 du Code des assurances précise que la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

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 délégataire à l'affilié en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'affilié au délégataire en ce qui concerne le règlement de l'indemnité

> Contrôle médical

Le délégataire de l'assureur se réserve le droit de procéder ou faire procéder à tous contrôles, y compris sur dossier, afin d'apprécier si la nature du sinistre et les circonstances de sa survenance justifient le paiement des prestations.

Le délégataire de l'assureur se réserve la possibilité de procéder à un contrôle médical pour valider la pertinence de certains frais médicaux et de refuser la prise en charge de dépenses abusives ou inutiles.

En cas de désaccord entre le délégataire de l'assureur et l'affilié, la procédure d'arbitrage prévue ci-dessous pourra être appliquée.

En cas de refus ou d'entrave, le délégataire de l'assureur suspendra le versement des prestations.

> Contrôle et arbitrage médical

Les médecins et experts désignés par le délégataire de l'assureur ont libre accès auprès de l'affilié ou du bénéficiaire afin de pouvoir constater son état. Le droit aux prestations peut-être refusé, interrompu ou réduit, en raison des conclusions des médecins et experts désignés par le délégataire de l'assureur, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

L'affilié doit fournir toute pièce justificative et se prêter à toute expertise ou examen demandés par le délégataire de l'assureur, lesquels auront lieu en France métropolitaine (ou dans les DOM-TOM si l'affilié y réside de façon permanente); à défaut, l'affilié s'expose à la suspension du service des prestations.

Les décisions du délégataire de l'assureur, prises en fonction des conclusions du médecin conseil, sont notifiées à l'affilié ou au bénéficiaire par courrier recommandé avec avis de réception ; il peut en contester le bien-fondé dans les 10 jours suivant la date de première présentation au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée au médecin conseil du délégataire de l'assureur par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé de l'affilié ou du bénéficiaire, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par l'affilié ou le bénéficiaire et le médecin délégué par le délégataire de l'assureur.

Si ces 2 médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes ou s'il est décidé de procéder directement à un arbitrage, l'affilié ou le bénéficiaire et le délégataire de l'assureur choisissent un médecin arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par voie judiciaire.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin, et par moitié, ceux du médecin arbitre.

> Exclusions générales

En cas de résiliation, les frais seront pris charge par le délégataire de l'assureur en fonction de la date de soins retenue par la Sécurité sociale, à défaut en fonction de la date de la facture du praticien ou du fournisseur.

3 | COMMENT S’AFFILIER ?

Pour vous affilier, complétez le bulletin individuel d'affiliation au régime obligatoire remis par votre employeur qui devra ensuite nous le retourner.

Les pièces à joindre à votre bulletin d'affiliation sont :

- Une photocopie de votre Attestation Carte Vitale et de celle de vos ayants-droit s'ils ont un numéro de Sécurité sociale différent du vôtre.
- Un relevé d'identité bancaire ou postal pour le versement des prestations.
- Une photocopie des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans ou tout autre document justifiant leur situation.

LES SERVICES HENNER

SOMMAIRE

COMMENT VOUS FAIRE REMBOURSER ?.....	26
LES PIECES JUSTIFICATIVES PAR TYPE DE DEPENSE.....	27
LE TIERS-PAYANT.....	27
LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE.....	27
L'ETUDE DE VOS DEVIS.....	28
COMMENT RECEVOIR VOS DECOMPTES ?.....	28
COMMENT SIGNALER UN CHANGEMENT DE SITUATION ?.....	28
LE RESEAU CARTE BLANCHE.....	29
MAITRISEZ VOS DEPENSES DE SANTE.....	30

1 | COMMENT VOUS FAIRE REMBOURSER ?

1.1 | QU'EST-CE QUE LA TELETRANSMISSION AVEC L'ASSURANCE MALADIE ?

Grâce à celle-ci, plus besoin de nous envoyer vos décomptes de l'Assurance Maladie. Celle-ci nous les transmet sous format informatique après avoir remboursé sa part. Dès votre affiliation enregistrée, Henner se charge de vous déclarer auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie pour mettre en place la télétransmission.

Si votre décompte d'Assurance Maladie comporte le message «GMC-SANTE recevra directement ce décompte », inutile de nous l'adresser.

1.2 | VOUS NE BENEFCIEZ PAS DE LA TELETRANSMISSION...

Adressez-nous les originaux des décomptes de l'Assurance Maladie ou, éventuellement, les décomptes établis par d'autres organismes complémentaires, ainsi que les pièces justificatives énoncées ci-après.

Vous pouvez à tout moment choisir de bénéficier de la télétransmission en nous adressant la photocopie de votre Attestation de Carte Vitale. N'hésitez pas à contacter votre Unité de Gestion.

1.3 | VOUS BENEFCIEZ DE LA TELETRANSMISSION...

Grâce à la télétransmission, il vous suffit d'envoyer à votre unité de gestion les pièces énoncées dans le tableau des pièces justificatives, accompagnées du papillon détachable de votre dernier décompte HENNER - GMC, à défaut, votre numéro de Sécurité sociale et votre numéro d'Unité de Gestion.

Pensez à nous informer de toute modification susceptible de perturber la liaison (déménagement, inscription au régime étudiant ou entrée dans la vie active de votre enfant...).

BON A SAVOIR

LA TELETRANSMISSION NE PEUT FONCTIONNER QUE SUR UNE SEULE COMPLEMENTAIRE SANTE.

Dans ce cas, pour obtenir le remboursement supplémentaire, adressez à HENNER - GMC les décomptes originaux de la complémentaire santé de votre conjoint.

1.4 | VOUS NE SOUHAITEZ PAS BENEFCIER DE LA TELETRANSMISSION...

Spécifiez-le auprès de votre unité de gestion en précisant les membres de la famille éventuellement concernés ou sur votre bulletin individuel d'affiliation.

**Recevez directement vos remboursements par virement bancaire.
Ainsi, ils seront déjà versés sur votre compte lorsque vous recevrez votre décompte.**

2 | LES PIÈCES JUSTIFICATIVES PAR TYPE DE DEPENSE

N'attendez pas le remboursement de l'Assurance Maladie pour envoyer vos pièces justificatives à votre Unité de Gestion en indiquant votre numéro de Sécurité Sociale.

Actes nécessitant l'envoi de pièces justificatives	Pièces justificatives à envoyer à HENNER-GMC (originaux)
Lunettes	✓ Facture détaillée et acquittée ✓ Prescription médicale datant de moins de 3 ans
Lentilles cornéennes prises en charge par l'AM	✓ Facture détaillée et acquittée ✓ Prescription médicale datant de moins d'1 an
Lentilles cornéennes non prises en charge par l'AM	✓ Facture détaillée et acquittée ✓ Prescription médicale datant de moins d'1 an
Prothèses dentaires et soins dentaires en cas de dépassement d'honoraires	✓ Facture détaillée et acquittée
Hospitalisation	✓ Facture acquittée de l'établissement
Règlement des tickets modérateurs, notes d'honoraires réglées directement au praticien (hospitalisations), soins à l'étranger	✓ Facture détaillée et acquittée
Maternité	✓ Extrait d'acte de naissance
Maternité et cures thermales	✓ Factures justificatives des frais restant à charge
Autres actes non pris en charge par l'AM	✓ Facture détaillée et acquittée

3 | LE TIERS-PAYANT

3.1 | N'AVANCEZ PAS D'ARGENT, UTILISEZ VOTRE CARTE BLANCHE

Présentez votre Carte Blanche auprès des professionnels de santé appartenant au réseau Carte Blanche. Elle vous permet de ne pas avancer d'argent, dans la limite des garanties prévues à votre contrat et selon les accords passés :

- Pharmacie.
- Hôpitaux, cliniques, centres de soins.
- Laboratoires d'analyses, radiologie.
- Opticiens (sous réserve du respect de la grille tarifaire par l'opticien).
- Dentistes agréés (sous réserve du respect des accords tarifaires).

3.2 | ACCÉDEZ A UN RESEAU DE SOINS EN QUELQUES CLICS

En plus d'être une carte de Tiers-payant, votre Carte Blanche vous permet également de bénéficier d'un réseau de plus de 104.000 professionnels de santé en France. Rendez-vous sur votre espace personnel de notre site www.gmcgestion.fr ou contactez votre Unité de Gestion pour les connaître.

Avec Carte Blanche, accédez à Guidhospi, un outil Internet vous permettant de trouver en quelques clics le centre hospitalier le plus adapté à votre pathologie.

4 | LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

Quelques jours avant votre hospitalisation, il vous suffit de faire une demande de prise en charge auprès de votre Unité de Gestion. Communiquez-nous, le nom et l'adresse de l'établissement de soins, le service (médecine, chirurgie...) et la date d'hospitalisation. En cas d'urgence, la prise en charge sera délivrée immédiatement sur simple demande de votre part ou de l'un de vos proches. Certains établissements de soins s'en chargent directement.

BON A SAVOIR

LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

La demande de prise en charge peut se faire directement par internet, dans votre espace personnel en remplissant un formulaire.

5 | L'ETUDE DE VOS DEVIS

N'hésitez pas à nous adresser par mail ou par courrier vos devis optiques et dentaires. Votre Unité de Gestion vous adressera l'estimation de votre remboursement avant l'engagement des frais.

6 | COMMENT RECEVOIR VOS DECOMPTES ?

6.1 | PAR INTERNET

Vous souhaitez être informé en temps réel,

- Vous pouvez directement vous inscrire à partir de votre espace personnel afin de recevoir vos décomptes par e-mail,
- Vous pouvez également en faire la demande auprès de votre Unité de Gestion. Vous recevrez ainsi une alerte e-mail vous informant que votre dernier décompte est disponible sur votre espace personnel sur www.gmcgestion.fr.

Le décompte e-mail remplace le décompte papier. De plus, une copie est mise à votre disposition sur votre espace personnel en ligne pendant deux ans.

6.2 | PAR COURRIER

Toutes les 3 semaines, lorsque vous avez des dépenses de santé, HENNER-GMC vous envoie un décompte vous permettant de suivre le détail de vos remboursements.

7 | COMMENT SIGNALER UN CHANGEMENT DE SITUATION ?

7.1 | VOUS DEMENAGEZ

N'oubliez pas de nous indiquer votre nouvelle adresse et, si vous changez de Caisse Primaire d'Assurance Maladie, la copie de votre nouvelle Attestation de Carte Vitale. En vous connectant à votre espace personnel, vous pouvez directement modifier vos coordonnées postales.

7.2 | VOUS CHANGEZ DE SITUATION DE FAMILLE

Si votre famille est couverte par le contrat obligatoire de votre employeur, en cas de changement de situation de famille entraînant l'inscription ou la radiation de l'un de vos ayants droit (mariage, concubinage, PACS, naissance d'un enfant, divorce, décès...), il suffit d'informer votre service du personnel qui transmettra à HENNER-GMC les informations suivantes :

- Nom et prénom de l'ayant-droit.
- Date de naissance.
- Numéro de Sécurité sociale.
- Date d'effet de ce changement.

Si vous bénéficiez d'une option facultative individuelle, pour inscrire ou radier un membre de votre famille, merci de contacter votre unité de gestion HENNER-GMC pour obtenir vos nouvelles conditions tarifaires.

Pour l'affiliation d'un enfant, pensez à bien indiquer le numéro de Sécurité sociale de rattachement du père ou de la mère qui sera communément utilisé par l'Assurance Maladie et HENNER-GMC.

7.3 | VOUS SOUHAITEZ MODIFIER VOS COORDONNEES BANCAIRES

Modifiez vos coordonnées bancaires directement en ligne sur votre espace personnel ou bien adressez à votre Unité de Gestion un Relevé d'Identité Bancaire avec votre numéro de Sécurité sociale ainsi que vos coordonnées.

8 | VOTRE ESPACE EN LIGNE

HENNER-GMC a créé un espace entièrement sécurisé qui vous est consacré. Dans celui-ci vous pourrez gérer votre contrat et vous tenir informé.

8.1 | LA CONNEXION

Connectez-vous au site www.gmcgestion.fr.

Votre identifiant correspond au code inscrit au verso de votre Carte Blanche après la mention « Identifiant Internet ».

Lors de la 1ère connexion, cliquez sur « Première connexion », saisissez votre Identifiant et validez. En fonction de votre choix, vous recevrez votre mot de passe par email ou par sms ou par voie postale.

Une fois votre mot de passe reçu, reconnectez-vous et modifiez votre mot de passe.

Vous avez oublié votre mot de passe : cliquez sur « Mot de passe oublié » et renseignez votre identifiant internet. Un nouveau mot de passe vous sera alors envoyé.

8.2 | PLUS DE SERVICES INTERNET

- Consulter vos décomptes.
- Modifier vos coordonnées en temps réel.
- Demander une prise en charge hospitalière.
- Accéder au réseau de soins.
- Télécharger les modèles de devis optiques et dentaires.
- Retrouver les coordonnées de votre Unité de Gestion.
- Demander une Carte Blanche supplémentaire.

9 | LE RESEAU CARTE BLANCHE

Carte Blanche a été créé en 2001 en partenariat avec HENNER-GMC dans l'objectif de constituer un réseau de professionnels de santé, respectant des critères qualitatifs et tarifaires rigoureux. Carte Blanche propose de l'information santé et oriente les affiliés dans le système de soins.

- Plus de 104.000 professionnels de santé membres dans la France entière répondant aux normes Carte Blanche.
- Un site Internet riche proposant de nombreux services et informations pratiques pour l'affilié.
- L'accompagnement et l'orientation des affiliés dans leurs démarches de santé.
- La dispense d'avance de frais ou tiers-payant chez de nombreux professionnels de santé.
- Des conditions tarifaires pour les affiliés sur les postes représentant des dépenses importantes (grille optique).
- L'assurance d'être soigné dans un environnement médical sécurisé et dans des conditions de confort optimum.

Carte Blanche accrédite chaque professionnel de santé selon des accords et des critères stricts. Afin de garantir à l'affilié le meilleur réseau médical, l'adhésion d'un professionnel de santé au réseau Carte Blanche ne donne lieu à aucune contrepartie financière, d'aucune sorte.

BON A SAVOIR

LE RESEAU CARTE BLANCHE

Retrouvez le guide « Tout savoir sur Carte Blanche »

Dans la rubrique « Réseau de soins » de votre espace personnel en vous connectant sur notre site Internet.



MAITRISEZ VOS DEPENSES DE SANTE

VOS ACTIONS INDIVIDUELLES ONT UN IMPACT SUR LES DEPENSES GLOBALES

ADOPTÉZ LES 5 BONS REFLEXES !

1

Renseignez-vous sur les honoraires de votre médecin et s'il est conventionné ou non en consultant le site www.ameli.fr (L'Assurance Maladie en ligne). Ainsi, vous connaîtrez les éventuels dépassements d'honoraires et le niveau de remboursement de l'Assurance Maladie. Le remboursement en secteur non conventionné est très faible

2

Demandez systématiquement des devis auprès de différents praticiens en cas de dépense importante, notamment pour le dentaire, l'optique et les prothèses auditives. Faites parvenir vos devis à votre Unité de Gestion qui en vérifiera la cohérence et vous indiquera le montant remboursé par l'Assurance Maladie et par votre contrat.

3

N'utilisez pas systématiquement les médicaments originaux. Les génériques sont vendus 30 à 40% moins cher que les médicaments originaux, et sont de même qualité.

4

Ne communiquez pas le montant de vos garanties aux professionnels de santé. Afin de ne pas donner aux praticiens l'opportunité d'ajuster leurs tarifs lorsque la garantie est d'un bon niveau.

5

Au titre de votre complémentaire santé, vous avez accès au réseau de soins Carte Blanche, il vous fait bénéficier de nombreux avantages tarifaires, notamment chez les opticiens, les dentistes et les audioprothésistes. Carte Blanche vous aide également à prendre soin de votre santé grâce à de nombreuses informations pratiques, des coachings et des tests en ligne disponibles sur votre espace personnel en ligne.



Les conversations téléphoniques avec nos services de gestion peuvent être enregistrées aux fins d'amélioration de la qualité de nos services. Ces enregistrements ne sont pas destinés à être conservés au-delà d'une journée.

Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant et figurant sur tout fichier à l'usage de HENNER, Garantie Assistance et La Garantie Obsèques. Le droit d'accès et de rectification peut être exécuté au 14 boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004).

HENNER, SAS de courtage et de gestion d'assurances - Capital de 8 212 500 € - RCS NANTERRE 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739 - Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 (consultable sur www.orias.fr) - Relevant du contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - Entreprise certifiée ISO 9001 par le Bureau Veritas Certification.

Service réclamations : Siège social : 14 bd du Général Leclerc, CS 20058, 92527 Neuilly-sur-Seine Cedex- Département Qualité : 14 bd du Général Leclerc, CS 20058, 92527 Neuilly-sur-Seine Cedex

Edition du 22/07/2019

