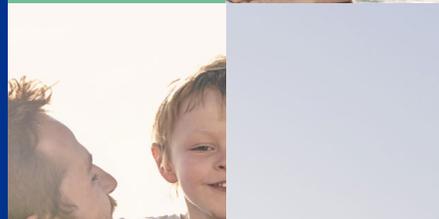
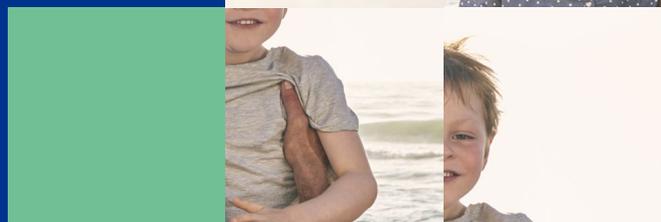
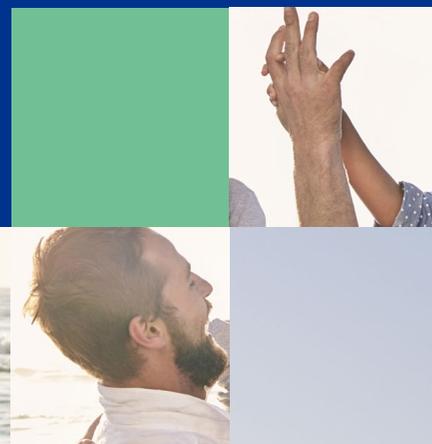




Henner Privilèges Santé



Chaque jour à vos côtés

VOTRE SANTÉ, NOTRE ENJEU PRIORITAIRE

Les besoins de santé sont propres à chacun et évoluent selon l'âge et la situation. C'est pourquoi il est indispensable de bien choisir sa complémentaire santé.

Henner vous accompagne dans le choix d'une complémentaire adaptée à vos besoins.

- **Consultation chez un spécialiste** (jusqu'à 59€ par consultation)
- **Prothèses dentaires** (jusqu'à 300€ par couronne avec un plafond de 2 000€ par an)
- **Optique** (jusqu'à 400€ pour un équipement monture et verres)
- **Médecines douces** (jusqu'à 30€ par acte dans la limite de 3 actes par an)

Les remboursements indiqués ci-dessus sont ceux proposés par Henner. Ils ne prennent pas en compte les remboursements de la Sécurité sociale.

Un bonus qui récompense votre fidélité !

A compter de la 3^{ème} année d'adhésion au contrat **Henner Privilèges Santé**, vous bénéficiez de remboursements plus importants sur l'optique et le dentaire, pour une meilleure prise en charge.



PROTECTION HENNER PRIVILÈGES SANTÉ

Composez vous-même votre complémentaire santé !

1 Vous choisissez votre formule

Choisissez parmi 5 formules, celle qui vous correspond, en fonction de vos besoins et de votre budget

Formule Hospi	Une couverture uniquement en cas d'hospitalisation
Formules 1, 2 et 3	Une couverture pour vos besoins du quotidien
Formule 4	Une solution en cas de dépenses importantes

2 Vous choisissez une option pour améliorer vos garanties*

Après avoir sélectionné la formule qui vous correspond, vous avez la possibilité de la compléter avec 1 renfort parmi :

2 niveaux présents sur trois postes de santé majeurs



* à partir de la formule 2

BIEN PLUS QU'UNE COMPLÉMENTAIRE

À VOS CÔTÉS EN CAS DE COUPS DURS



L'assistance vie quotidienne

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation, vous pouvez bénéficier de prestations telles que :

- L'aide à domicile
- Le transfert à l'hôpital et le retour au domicile
- Le portage de repas
- La garde des petits-enfants de moins de 16 ans
- La garde à domicile de vos animaux domestiques
- La présence d'un proche à votre chevet



La téléconsultation

Vous pouvez bénéficier de téléconsultations gratuites en visio ou par téléphone avec un médecin généraliste ou spécialiste, 24h/24 et 7j/7.



La protection juridique santé

La protection juridique médicale vous aide à faire valoir vos droits et défend vos intérêts. Des experts ou des avocats missionnés règlent vos litiges judiciaires à l'amiable ou par voie judiciaire.



L'option capital accident

Faites face aux conséquences financières d'un accident corporel, d'une perte totale ou irréversible d'autonomie (PTIA) grâce au capital accident : au choix 20 000 €, 40 000 € et 60 000 €. Option également valable en cas de décès.

Vous pouvez retrouver le détail des prestations dans la notice d'information du produit.



Et plein d'autres avantages avec Carte Blanche !



Un réseau de soins composé de près de
200 000 professionnels de santé en France métropolitaine



Pas d'avance de frais grâce au tiers payant



Plus de 7 300 opticiens aux tarifs négociés
(jusqu'à 45 % d'économie)



L'offre Carte Blanche - Prysmo pour une paire
de lunettes intégralement remboursée

FORMULE HOSPI	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	RENFORT 1	RENFORT 2
---------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

H 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	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	-	-
Frais de séjour non conventionné	150 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-
Chambre particulière (limité à 90 jours par année civile)	30 € par jour	-	30 € par jour	50 € par jour	100 € par jour	-	-
Honoraires							
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur - DPTM	150 % BR	100 % BR	150 % BR	220 % BR	300 % BR	-	-
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur - Hors DPTM	150 % BR	100 % BR	130 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-
Forfait sur les actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	-	-
Hospitalisation en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé							
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Chambre particulière (forfait par jour, limité à 30 jours par année civile)	30 € par jour	-	30 € par jour	50 € par jour	100 € par jour	-	-
Forfait journalier hospitalier							
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	-	-
Autres frais hospitaliers							
Lits d'accompagnant (forfait limité à 20 jours par année civile)	-	-	30 € par jour	40 € par jour	50 € par jour	-	-
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Hospitalisation à domicile	150 % BR	-	-	-	-	-	-
Maternité							
Forfait naissance ou adoption (par enfant, doublé en cas de naissances multiples)	-	-	150 €	175 €	200 €	-	-
Chambre particulière	30 € par jour	-	30 € par jour	50 € par jour	100 € par jour	-	-
Horaires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur - DPTM	150 % BR	100 % BR	150 % BR	220 % BR	300 % BR	-	-
Horaires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur - Hors DPTM	150 % BR	100 % BR	130 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-

FORMULE HOSPI	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	RENFORT 1	RENFORT 2
---------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

 **SOINS COURANTS**

Honoraires médicaux							
Médecin généraliste - DPTM	-	100 % BR	150 % BR	220 % BR	300 % BR	-	-
Médecin généraliste - Hors DPTM	-	100 % BR	130 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-
Médecin spécialiste - DPTM	-	100 % BR	150 % BR	220 % BR	300 % BR	-	-
Médecin spécialiste - Hors DPTM	-	100 % BR	130 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-
Actes techniques dispensés par le médecin - DPTM	-	100% BR	150 % BR	220 % BR	300 % BR	-	-
Actes techniques dispensés par le médecin - DPTM - Hors DPTM	-	100 % BR	130 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-
Actes de radiologie et échographie DPTM	-	100 % BR	150 % BR	220 % BR	300 % BR	-	-
Actes de radiologie et échographie Hors DPTM	-	100 % BR	130 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-
Honoraires paramédicaux							
Auxiliaires médicaux	-	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-
Médicaments							
Médicaments et vaccins pris en charge par l'AM	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Médicaments et contraceptifs, prescrits non pris en charge par l'AM	-	-	30 € par année civile	40 € par année civile	50 € par année civile	-	-
Vaccins et antipaludéin prescrits non pris en charge par l'AM	-	-	30 € par année civile	40 € par année civile	50 € par année civile	-	-
Autre soins courants							
Analyses et examens de laboratoire	-	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-
Matériel médical	-	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-

FORMULE HOSPI	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	RENFORT 1	RENFORT 2
---------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

 **DENTAIRE**

Soins							
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	-	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-
Radiologie dentaire	-	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-
Parodontologie non prise en charge par l'AM	-	-	150 € par année civile ⁽¹⁾	200 € par année civile ⁽¹⁾	300€ par année civile ⁽¹⁾	+50 € par année civile ⁽¹⁾	+100 € par année civile ⁽¹⁾
Prothèses							
Prothèses 100% Santé*							
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	-	100 % FR dans la limite des HLF	100 % FR dans la limite des HLF	100 % FR dans la limite des HLF	-	-	-
Plafond sur les prothèses dentaires - Au delà du plafond, remboursement de 125 % de la BR Hors 100% Santé	-	1000 € par année civile	1000 € par année civile	1000 € par année civile	2000 € par année civile	-	-
Prothèses à tarifs maîtrisés⁽²⁾ et à tarifs libres							
Prothèses fixes : couronnes et bridges	-	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	+50 % BR au global	+100 % BR au global
Prothèses amovibles	-	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR		
Couronnes provisoires	-	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR		
Inlays core	-	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	-	-
Inlays / Onlays	-	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR		
Prothèses non prise en charge par l'AM	-	-	150 € par année civile ⁽¹⁾	200 € par année civile ⁽¹⁾	300 € par année civile ⁽¹⁾	+50 € par année civile ⁽¹⁾	+100 € par année civile ⁽¹⁾

	FORMULE HOSPI	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	RENFORT 1	RENFORT 2
Implantologie							
Couronne sur implant (acte à tarif libre)	-	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	+50 % BR au global	+100 % BR au global
Plafond sur l'implantologie							
Bilan pré-implantaire non pris en charge par l'AM	-	-	150 € par année civile ⁽¹⁾	200 € par année civile ⁽¹⁾	300 € par année civile ⁽¹⁾	+50 € par année civile ⁽¹⁾	+100 € par année civile ⁽¹⁾
Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM	-	-	150 € par année civile ⁽¹⁾	200 € par année civile ⁽¹⁾	300 € par année civile ⁽¹⁾	+50 € par année civile ⁽¹⁾	+100 € par année civile ⁽¹⁾
Inlay core non pris en charge par l'AM	-	-	150 € par année civile ⁽¹⁾	200 € par année civile ⁽¹⁾	300 € par année civile ⁽¹⁾	+50 € par année civile ⁽¹⁾	+100 € par année civile ⁽¹⁾
Bridge sur implant non pris en charge par l'AM	-	-	150 € par année civile ⁽¹⁾	200 € par année civile ⁽¹⁾	300 € par année civile ⁽¹⁾	+50 € par année civile ⁽¹⁾	+100 € par année civile ⁽¹⁾
Orthodontie							
Orthodontie (par semestre de soins)	-	200 €	300 €	400 €	500 €	-	-
Orthodontie non prise en charge par l'AM	-	-	150 € par année civile ⁽¹⁾	200 € par année civile ⁽¹⁾	300 € par année civile ⁽¹⁾	+50 € par année civile ⁽¹⁾	+100 € par année civile ⁽¹⁾
Bonus Fidélité dentaire (ne concerne pas les prothèses dans le cadre du 100 % Santé et orthodontie) : À compter de la 3ème année d'assurance	-	+ 20 % BR	+ 20 % BR	+ 20 % BR	+ 20 % BR	-	-

FORMULE HOSPI	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	RENFORT 1	RENFORT 2
---------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

🕒 OPTIQUE

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 oeil 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.

Équipements 100 % Santé*

Monture, verres, suppléments et prestation optique	-	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	-	-	-
--	---	-------------------	-------------------	-------------------	---	---	---

Équipements à tarifs libres

Plafond sur les montures	-	100 € - MR	-	-			
---------------------------------	---	------------	------------	------------	------------	---	---

Équipement unifocal simple (y compris monture)	-	100 €	150 €	200 €	300 €	+ 50 € au global	+ 100 € au global
Équipement comprenant un verre simple et un verre complexe ou très complexe	-	150 €	200 €	250 €	350 €		
Équipement unifocal complexe (y compris monture)	-	200 €	250 €	300 €	400 €		
Équipement progressif complexe (y compris monture)	-	200 €	250 €	300 €	400 €		
Équipement progressif très complexe (y compris monture)	-	200 €	250 €	300 €	400 €		
Bonus Fidélité optique (ne concerne pas les équipements pris en charge dans le cadre du 100 % Santé* et les montures) : à compter de la 3^{ème} année d'assurance	-	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	+ 20 €	-	-

Les suppléments et prestations optiques pris en charge par l'AM sont inclus dans les plafonds indiqués ci-dessus

Lentilles cornéennes

Prises en charges ou non par l'AM, au delà du plafond, remboursement de 100 % de la BR - MR	-	100 % BR + 50 € par année civile	100 % BR + 75 € par année civile	100 % BR + 100 € par année civile	100 % BR + 100 € par année civile	-	-
Chirurgie réfractive	-	-	150 € par oeil et par année civile	200 € par oeil et par année civile	300 € par oeil et par année civile	+ 50 €	+ 100 €

FORMULE HOSPI	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	RENFORT 1	RENFORT 2
---------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

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.

Équipements 100 % Santé*

Aides auditives	-	100 % FR dans la limite du PLV	100 % FR dans la limite du PLV	100 % FR dans la limite du PLV	-	-	-
-----------------	---	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---	---	---

Équipements à tarifs libres

Aides auditives + forfait prothèse auditive remboursées par la Sécurité sociale - dans la limite de 1 700 € par oreille	-	100% BR + 400 €	100% BR + 450 €	100% BR + 500 €	100% BR + 600 €	+ 50 €	+ 100 €
---	---	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	--------	---------

FORMULE HOSPI	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	RENFORT 1	RENFORT 2
---------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

 **CURES**

Cures thermales, frais engagés plafonnés par année civile (frais de surveillance pris en charge par l'AM, hébergement et transport non pris en charge par l'AM)	-	-	-	150 €	200 €	-	-
---	---	---	---	-------	-------	---	---

 **PRÉVENTION NON PRISE EN CHARGE PAR L'AM**

Médecines douces non remboursées par la sécurité sociale : ostéopathe, chiropraticien, acupuncteur, etiopathe, pédicure / podologue, homéopathe, psychologues / psychothérapeutes, psychomotricien, diététicien - Forfait par séance	-	-	30 € par acte (limité à 3 séances par année civile)	30 € par acte (limité à 3 séances par année civile)	30 € par acte (limité à 3 séances par année civile)	-	-
Ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-	-
Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (test HPV) non remboursé par la Sécurité Sociale, dans la limite d'une prise en charge tous les 3 ans	-	30 €	30 €	40 €	50 €	-	-
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250 - Forfait par année civile	-	-	50 €	100 €	200 €	-	-
Sevrage tabagique : tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou Norme Afnor) - Forfait par année civile	-	-	30 €	30 €	30€	-	-

 **GARANTIE OBSÈQUES**

Moins de 12 ans, prestation limitée aux frais réels	-	-	500 €	500 €	1000 €	-	-
De 12 à 65 ans, forfait	-	-	500 €	500 €	1000 €	-	-

 **SERVICES**

Assistance vie quotidienne	-	OUI	OUI	OUI	OUI	-	-
Téléconsultation	-	OUI	OUI	OUI	OUI	-	-

Les garanties exprimées en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés.

Les garanties FORMULE 1, FORMULE 2, FORMULE 3 ainsi que Renfort 1 et Renfort 2, s'ils sont retenus dans le cadre de l'une de ces 3 formules, sont qualifiées de solidaires et responsables conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 II du code de la sécurité sociale modifiés par la LFSS pour 2019 et du décret du 11 janvier 2019 visant notamment à garantir un accès sans reste à charge de certains soins ou équipements en optique, dentaire et audiologie.

Les garanties FORMULE HOSPI, FORMULE 4, ainsi que RENFORT 1 et RENFORT 2 s'ils sont retenus en complément de FORMULE 4, sont solidaires mais qualifiées de non-responsables. Les garanties RENFORT 1 et RENFORT 2 s'expriment en complément de la Formule de base choisie.

En tout état de cause, le contrat prend en charge, pour les formules dites « responsables », le ticket modérateur dans les conditions fixées par l'article R. 871-1 II du code de la Sécurité sociale.

Pour toutes les formules, que les garanties soient « responsables » ou « non responsables » sont exclues la participation forfaitaire, les franchises et la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

(1) Forfait global pour les prestations non prises en charge par l'AM : orthodontie, parodontologie, prothèses, implantologie

(2) Remboursement dans la limite des HLF

* 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).

Définition verres optique :

- **Verre simple** : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00.
- **Verre complexe** : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verres multifocal ou progressif.
- **Verre très complexe** : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00.

Lexique

AM : Assurance Maladie

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais Réels

MR : Montant remboursé par la Sécurité sociale. Une garantie exprimée en «MR» signifie que la Sécurité sociale est incluse.

PLV : Prix Limite de Vente défini par la réglementation en vigueur

TM : Ticket Modérateur

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

DPTM : le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée est applicable à l'ensemble des spécialités de médecins. Il s'agit d'un engagement du médecin envers la Sécurité Sociale, visant à encadrer la prise en charge des dépassements d'honoraires. Ce dispositif recouvre le C.A.S (Contrat d'accès aux soins), l'OPTAM ET l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée)(CO pour chirurgie et obstétrique).

HLF : Honoraires Limites de Facturation

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (1/3)

(FORMULE 3)

	Tarif moyen pratiqué	Sécurité sociale	Complémentaire Santé Henner	Reste à charge
HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 €	0 €	20 €	0 €
Forfait journalier hospitalier (hébergement en psychiatrie)	15 €	0 €	15 €	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	55 €	0 €	50 €	5 €

L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

FRAIS DE SÉJOUR

Frais de séjour en secteur privé (non conventionné)	745,54 €	721,54 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur public (conventionné)	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	355 €	271,70 €	83,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	447 €	271,70 €	175,30 €	0 €

L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.

Le tarif moyen pratiqué correspond à la dépense moyenne envisagée pour le type de soins. Sur ce tarif moyen pratiqué, la Sécurité sociale accorde un premier remboursement. Votre complémentaire Henner Privilèges Santé viendra alors compléter ce remboursement, afin de vous assurer un niveau de prise en charge optimal.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (2/3)

(FORMULE 3)

	Tarif moyen pratiqué	Sécurité sociale	Complémentaire Santé Henner	Reste à charge
SOINS COURANTS				
Matériel médical : achat d'une paire de béquilles	25,80 €	14,64 €	11,16 €	0 €
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 1 (GÉNÉRALISTES OU SPÉCIALISTES)				
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	16,50 €	7,50 €	1 €
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30 €	20 €	9 €	1 €
HONORAIRES MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-CO				
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44 €	20 €	23 €	1 €
HONORAIRES MÉDECINS SECTEUR 2 NON ADHÉRENTS OPTAM OU OPTAM-CO				
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	55 €	16,10 €	29,90 €	9 €
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	57 €	15,10 €	34,50 €	12 €

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (3/3)

(FORMULE 3)

	Tarif moyen pratiq��	Sécurité sociale	Complémentaire Santé Henner	Reste à charge
 DENTAIRE				
Orthodontie (moins de 16 ans) : traitement par semestre (6 semestres maximum)	720 à	193,50 à	400 à	126,50 à
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaire (Soins et prothèses 100% santé)	500 à	84 à	416 à	0 à
Détartrage (global) (Soins et prothèses hors 100% santé)	43,38 à	30,37 à	13,01 à	0 ��
Couronne céramo-métallique sur molaires (Soins et prothèses hors 100% santé)	537,48 à	84 à	156 à	297,48 à
 OPTIQUE				
Lentilles : forfait annuel	55 à	0 à	55 à	0 à
Chirurgie réfractive : opération correctrice de la myopie	1 500 ��	0 à	200 à	1 300 à
Verres simples et montures (��quipement 100% santé)	112 à	20,70 à	91,30 à	0 à
Verres progressifs et monture (��quipement 100% santé)	210 à	37,80 à	172,20 à	0 à
Verres simples et montures (��quipement hors 100% santé)	339 à	0,09 à	199,91 à	139 à
Verres progressifs et monture (��quipement hors 100% santé)	601 à	0,09 à	299,91 à	301 à
 AIDES AUDITIVES				
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans (��quipement 100% santé)	950 à	240 à	710 à	0 à
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans (��quipement hors 100% santé)	1 476 à	240 à	660 à	576 à

HENNER AU CŒUR DE VOTRE SANTÉ



LA RAPIDITÉ

Une adhésion immédiate :
Pas de délai d'attente ni de questionnaire
médical



LA SÉRÉNITÉ

Le réseau de soins Carte Blanche
—
Des tarifs avantageux chez nos partenaires



L'EFFICACITÉ

Des remboursements sous 48h
—
Le tiers payant (pas d'avance de frais)



LA QUALITÉ

Des formules adaptées à vos besoins
—
Des services d'assistance complets
—
Des équipes à votre écoute
—
Une qualité de service reconnue par nos
clients et certifiée ISO 9001

LA QUALITÉ DES SERVICES



TRANSMISSION DES DÉCOMPTES

Vos décomptes nous sont transmis automatiquement par l'Assurance Maladie, sans intervention de votre part. C'est plus simple, plus direct et donc plus efficace. C'est également grâce à cela que nous nous engageons à vous rembourser sous 48h.



UNE APPLICATION PERSONNALISÉE

Pour traiter et suivre l'évolution de vos demandes, géolocaliser un professionnel de santé du réseau de soins, retrouver votre carte de tiers payant, et cela à tout moment.



UNE MISE EN RELATION DIRECTE

Vous êtes mis en relation directement avec un conseiller santé pour un suivi personnalisé de vos demandes, grâce à un numéro local non surtaxé.

Henner vous conseille !

Centre de Relation Client

+33 (0) 3 28 76 37 37
sante.individuels@henner.fr



Avec **Henner+**,
mettez votre santé dans votre poche !



[henner.com](https://www.henner.com)

*Here to care : Répondre présent à chaque moment

Henner, SAS de gestion et de courtage d'assurances - Capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739 - Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 (www.orias.fr) - Relevant du contrôle de l'ACPR (4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, www.acpr.banque-france.fr) - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France - www.henner.com - Réclamations : consulter la rubrique Réclamations sur www.henner.com

Document commercial à caractère non contractuel. H9032 - 12/2022 - Crédit: © Gettyimages