



Henner TNS

Tableau de garanties - Santé

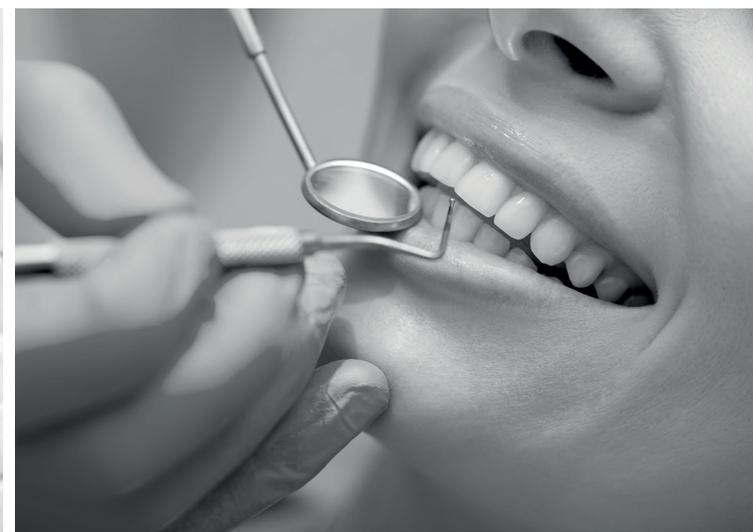


Tableau de garanties
et exemples de remboursement

Santé

Tableau de garanties

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 forfaits optiques intègrent le Ticket Modérateur.

Conformément à la législation en vigueur, restent à la charge des adhérents, la contribution de 1€ par acte médical et les franchises médicales de 0,50€ par boîte de médicaments - acte d'auxiliaires médicaux et de 2€ de transport.

* tels que définis réglementairement.

⁽¹⁾ Les frais d'hospitalisation pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques sont limités à 90 jours pour toute la vie de l'adhésion.

⁽²⁾ Sont exclus les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique et gériatrie. Les frais sont limités à 15 jours par an et par assuré lors de séjour de rééducation, convalescence et réadaptation fonctionnelle.

⁽³⁾ Sont compris dans ce forfait les vaccins et contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale prescrits sur ordonnance par un médecin.

⁽⁴⁾ Au-delà du plafond, le remboursement s'effectuera à hauteur de 125 % des bases de remboursement. Concernant les deux plafonds sur le poste dentaire, les prestations s'arrêtent dès que le premier des deux plafonds est atteint.

⁽⁵⁾ Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. A l'exception des cas mentionnés dans la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS notamment pour les enfants de moins de 16 ans et les adultes de 16 ans et plus pour lesquels un renouvellement est prévu chaque année en cas de dégradation des performances oculaires d'au moins 0,5 sur un œil ou 0,25 sur les deux yeux. Pour un équipement qui associe deux verres appartenant à deux catégories différentes, le remboursement est égal à la moyenne des remboursements des deux catégories. Pour les assurés presbytes ne pouvant ou ne souhaitant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de près et un équipement pour la vision de loin toutes les périodes de 2 ans.

LEXIQUE

Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est souscrit le contrat santé et qui reçoit à ce titre les prestations prévues

Ss : Sécurité sociale

FR : Frais Réels

HLF : Honoraire Limite de Facturation

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

PLV : Prix Limite de Vente

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

« **Par an** » et « **Tous les deux ans** » s'entendent par année d'assurance à compter de la date d'adhésion au contrat

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 ultra 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

SANTÉ

HOSPITALISATION

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Option
Hospitalisation chirurgicale et médicale (y compris maternité)						
Frais de séjour ⁽¹⁾	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR	
Chambre particulière ⁽²⁾	40 € / jour	60 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	120 € / jour	
Honoraires dans le cadre du DPTM, Chirurgie - Obstétrique - Anesthésie	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR	
Honoraires hors DPTM, Chirurgie - Obstétrique - Anesthésie	100 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	+250% BR
Forfait sur les actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	
Lit accompagnant	20 € / jour	28 € / jour	36 € / jour	44 € / jour	52 € / jour	
Frais de télévision pendant 15 jours <i>Par événement</i>	5 € / jour	5 € / jour				
Frais de transport	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR	
Hospitalisation à domicile	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR	
Forfait naissance ou adoption par enfant <i>Délai d'attente 9 mois</i>	100 €	150 €	250 €	300 €	350 €	

SOINS COURANTS

Honoraires dans le cadre du DPTM, Médecins - Radiologie - Imagerie - Echographie - Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR	
Honoraires hors DPTM, Médecins - Radiologie - Imagerie - Echographie - Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR	+250% BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR	
Médicaments, vaccins	100 % BR					
Pharmacie non remboursée (par an) ⁽³⁾	75 €	75 €	75 €	75 €	75 €	
Analyses et examens de laboratoire, matériel médical	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR	

DENTAIRE

Prothèses 100 % santé*						
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	100 % HLF	100 % HLF	100 % HLF	100 % HLF	100 % HLF	
Soins						
Soins conservateurs, chirurgicaux, actes techniques et radiologie dentaire	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR	
Parodontologie non pris en charge par l'AM (par an)	100 €	150 €	250 €	300 €	350 €	
Prothèses à tarifs maîtrisés limités à 100 % HLF et à tarifs libres						
Plafond annuel de remboursement actes prothétiques hors panier de soins 100% Santé	-	-	-	1 800 €	2 450 €	
Au-delà du plafond, remboursement du TM + 25 % de la BR ⁽⁴⁾						
Prothèses fixes : couronnes et bridges, prothèses amovibles, couronnes provisoires, inlays core	125 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR	
Inlays /onlays	100 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR	
Prothèses non prises en charge par l'AM	100 €	150 €	200 €	300 €	350 €	
Implantologie						
Couronne sur implant (acte à tarif libre)	125 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR	
Plafond sur l'implantologie non prise en charge par l'AM						
Bilan pré-implantaire	100€ par dent	150 € par dent	200 € par dent	300€ par dent	350 € par dent	
Implant intraosseux (racine)						
Inlay core						
Bridge sur implant						
Plafond sur le dentaire non remboursé <i>Par an et par bénéficiaire</i>	250 €	400 €	500 €	600 €	750 €	
Orthopédie dento-faciale						
Orthodontie remboursée par l'AM <i>Par semestre de soin</i>	125 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR	
Orthodontie non prise en charge par l'AM <i>Par an</i>	150 €	200 €	300 €	350 €	400 €	

SANTÉ

OPTIQUE ⁽⁵⁾

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Option
Equipements 100% Santé*						
Monture, verres, suppléments et prestation optique	100% PLV					
Equipements à tarifs libres						
Plafond sur la monture	50 €	70 €	90€	100 €	100 €	Forfait de + 100 € / an
Un équipement de 2 verres simples + monture	100 €	160 €	220€	290 €	320 €	
Un équipement d'un verre simple et un verre complexe + monture	175 €	265 €	345€	425 €	460 €	
Un équipement d'un verre simple et un verre ultra complexe + monture	175 €	290 €	385€	465 €	510 €	
Un équipement de 2 verres complexes + monture	200 €	300 €	400€	500 €	600 €	
Un équipement d'un verre complexe + un verre ultra complexe + monture	200 €	325 €	445 €	550 €	660 €	
Un équipement de 2 verres ultra complexes + monture	200 €	350 €	480 €	600 €	710 €	
Lentilles cornéennes						
Lentilles prises en charge ou non par l'AM (par an). Au-delà du plafond, remboursement de 100 % de la BR – MR	100 €	150 €	200€	250 €	300 €	
Chirurgie réfractive - Forfait par an	100 €	150 €	200€	250 €	300 €	

AIDES AUDITIVES

Aides auditives jusqu'au 31/12/2020						
Prothèses auditives par an	100 % BR + 50 €	200 % BR + 90 €	300 % BR + 130 €	400 % BR + 180 €	500 % BR + 240 €	
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.						
Equipements 100 % Santé*						
Aides auditives	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV	
Equipements à tarifs libres						
Aides auditives par an (limité à 1700€)	100 % BR + 50 €	200 % BR + 350 €	300 % BR + 700 €	400 % BR + 1000 €	500 % BR + 1300 €	

PRÉVENTION

Médecines douces non remboursées (Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Homéopathie, Phytothérapie, Sophrologie, Mésothérapie) et Auxiliaires Médicaux (Pédicure-podologie, Psychomotricité, Ergothérapie, Diététique) ou toute autre pratique si prescrite sur ordonnance par un médecin - Forfait par acte (maxi 5 par an et par bénéficiaire)	30 €	50 €	70€	90 €	110 €	
Forfait prothèse capillaire remboursée par l'AM - par an et par bénéficiaire	50 €	90 €	130€	180 €	240 €	
Forfait prévention santé : Prise en charge de 50 % des dépenses de prévention non remboursées par l'AM listées au contrat, Forfait par an et par bénéficiaire	100 €	100 €	100€	100 €	100 €	
Cures thermales, forfait annuel (par an)	100 % BR + 150€	200 % BR + 200€	300 % BR + 250€	400 % BR + 300€	500 % BR + 300€	

GARANTIE OBSÈQUES

Garantie Obsèques, prestation limitée aux frais réels	1 500 €	1 500 €	1 500€	1 500 €	1 500 €	
---	---------	---------	--------	---------	---------	--

Quelques exemples de remboursement Henner (niveau 3)

● Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé

● Remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire

● Remboursement avec la complémentaire santé Henner

● Reste à charge

H HOSPITALISATION

SANTÉ

20 €	Forfait journalier hospitalier	0 €	20 €	0 €
1 059 €	Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale (exemple avec un code acte MFCA001)	209 €	418 €	432 €
1 059 €	Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale (exemple avec un code acte MFCA001)	209 €	209 €	641 €

🕶 OPTIQUE

135 €	Équipement de classe A (monture + verres) avec verres unifocaux complexes (équipement 100 % Santé, à partir de 2020)	22,5 €	112,50 €	0 €
400 €	Équipement optique de classe B (monture + verres) avec verres unifocaux complexes (équipement à tarif libre)	0,09 €	399,91 €	0 €

🦷 DENTAIRE

28,92 €	Détartrage	20,24 €	7,68 €	1 €
500 €	Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100 % Santé) - A partir de 2020	84 €	416 €	0 €
550 €	Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires (prothèse à tarif maîtrisé)	84 €	276 €	190 €
650 €	Couronne céramo-métallique sur molaires (prothèse à tarif libre)	84 €	276 €	290 €

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

Quelques exemples de remboursement Henner (niveau 3)

● Prix moyen pratiqué
ou tarif réglementé

● Remboursement de l'Assurance
Maladie obligatoire

● Remboursement avec la
complémentaire santé Henner

● Reste à charge



AIDES AUDITIVES

SANTÉ

1 100 €	Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé, à partir de 2021)	240 €	860 €	0 €
----------------	---	--------------	--------------	------------

1 300 €	Aide auditive de classe II par oreille (équipement à tarif libre, BR 2021)	240 €	1 060 €	0 €
----------------	--	--------------	----------------	------------



SOINS COURANTS

25 €	Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	16,50 €	7,50 €	1 €
-------------	---	----------------	---------------	------------

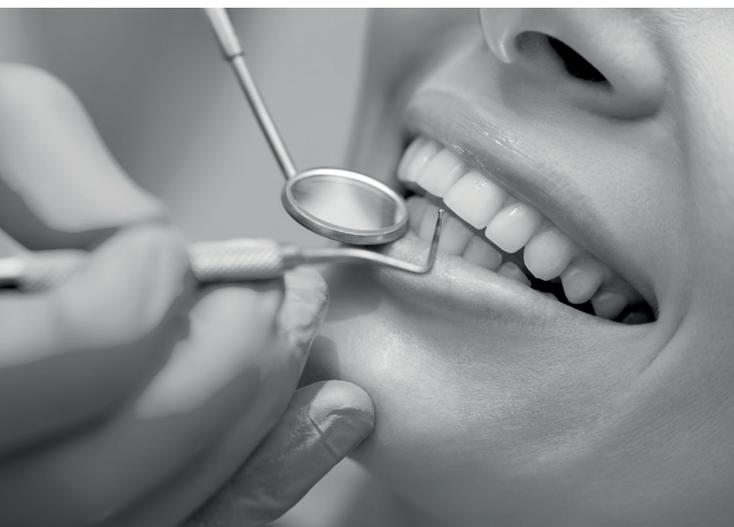
30 €	Consultation d'un médecin spécialiste sans dépassement d'honoraires (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	20 €	9 €	1 €
-------------	--	-------------	------------	------------

80 €	Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	20 €	59 €	1 €
-------------	--	-------------	-------------	------------

150 €	Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	20 €	39 €	91 €
--------------	---	-------------	-------------	-------------

Ces montants correspondent au remboursement maximal possible.

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



www.henner.com