



# Henner TNS + Santé & Prévoyance



Chaque jour à vos côtés

# Henner TNS + SANTÉ, UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ PENSÉE POUR VOUS

En tant que Travailleur Non Salarié, une grande partie de vos dépenses de santé restent à votre charge.

Avec Henner TNS +, profitez d'une solution santé complète avec des garanties adaptées à vos besoins, tout en optimisant votre budget. Aussi, vous bénéficiez de la déduction fiscale dite « Loi Madelin ».

**Vous ne subissez pas de délai d'attente.  
 Vos garanties s'exercent dès la prise d'effet de votre contrat.**

## POUR VOTRE SANTÉ, C'EST VOUS QUI CHOISISSEZ :

**1** Votre santé étant notre priorité, nous mettons à votre disposition **4 niveaux de garanties** couvrant aussi bien les soins essentiels que les prestations haut de gamme.

Vous avez ainsi la liberté de choisir ce qui répond le mieux à vos besoins.



**2** Parallèlement, pour une meilleure prise en charge de l'hospitalisation et des soins courants chez les médecins non adhérents à un DPTM, vous pouvez souscrire une **option** (non responsable et non déductible loi Madelin).

**L'offre Henner TNS + s'adapte à votre situation familiale. Que vous soyez célibataire, en couple, avec ou sans enfants, vous souscrivez un seul contrat pour toute la famille. La cotisation enfant pour le 3<sup>e</sup> enfant (ou plus) est offerte.**

# DES GARANTIES ADAPTÉES À VOTRE STATUT AVEC UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE



Spécialiste adhérent à un DPTM :  
jusqu'à **105 €** par consultation



Prothèses dentaires :  
jusqu'à **420 €** par consultation



Optique :  
jusqu'à **625 €** pour un équipement  
monture et verres ultra complexes

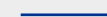
## Le plus

### PRISE EN CHARGE DES MÉDECINES DOUCES ET AUXILIAIRES MÉDICAUX

Jusqu'à **50 €** par acte  
dans la limite de 4 par an



**Médecines douces :**  
ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathie,  
phytothérapie, sophrologie, mésothérapie



**Auxiliaires médicaux :**  
pédicure-podologie, psychomotricité,  
ergothérapie, diététique

# BIEN PLUS QU'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ : UN ACCOMPAGNEMENT QUOTIDIEN & SERVICES INÉDITS



## Une assistance vie quotidienne

Pour soulager votre quotidien et celui de vos proches, en cas de :

- Immobilisation ou hospitalisation : aide à domicile, services de proximité comme le portage de repas ou la livraison de médicaments, garde d'enfants...
- Maternité complexe : prise en charge des enfants et ascendants...
- Pathologie lourde : soutien psychologique, aménagement de domicile...
- Décès : rapatriement du corps, aide à domicile...



## Une assistance voyages et déplacements

En cas d'accident ou de maladie lors d'un déplacement : organisation et prise en charge du rapatriement médical, ou des frais de prolongation de séjour ; retour anticipé au pays de domicile en cas d'hospitalisation d'un membre de la famille...



## Le réseau de soins Carte Blanche

Carte Blanche est un réseau de plus de **200 000 professionnels de santé** en France, auprès desquels vous pourrez bénéficier du tiers payant et ainsi ne pas avancer les frais. De plus, vous profiterez également de tarifs négociés auprès des partenaires participants :

- Optique : jusqu'à **40 %** de remise  
Avec l'offre Carte blanche - Prysme, vous êtes **intégralement remboursés** pour un équipement verres + montures
- Dentaire : jusqu'à **15 %** de remise
- Audiologie : jusqu'à **20 %** de remise



## Services de télémedecine

Vous pouvez bénéficier de téléconsultations gratuites avec un médecin généraliste ou spécialiste, 24h/24 et 7j/7. En cas de maladie grave, de doutes ou de question sur un diagnostic, vous avez accès à un médecin expert de la pathologie, et à accompagnement médical tout au long du parcours.

**Téléconsultation accessible partout dans le monde et sans surcoût.**



## Protection juridique

Grâce à la protection juridique, vous bénéficiez d'information sur vos droits et d'un accompagnement juridique que ce soit dans le cadre de la vie privée comme de la vie professionnelle.

### ■ Garantie « Atteinte à l'intégrité physique et/ou morale » :

En cas d'agression ou d'atteinte accidentelle à votre intégrité physique et/ou morale, tant dans le cadre de votre vie privée que dans le cadre de votre activité professionnelle, nous vous assistons pour faire valoir vos droits à l'encontre du tiers responsable de votre préjudice et nous prenons en charge les frais de procédure.\*

### ■ Garantie « Recours médical, paramédical et pharmaceutique » :

Si vous êtes victime d'une erreur médicale, d'une erreur de diagnostic, d'un défaut de conseil d'un praticien ou d'une infection nosocomiale, nous vous accompagnons pour faire reconnaître vos droits et nous prenons en charge les frais de procédure\*.

### ■ Garantie « Protection sociale » :

En cas de citation ou d'engagement d'une action devant toutes commissions ou juridictions statuant en matière sociale dans les litiges vous opposant aux organismes sociaux, aux caisses de retraites, à l'URSSAF... Votre assistance vous accompagne pour défendre vos intérêts.\*

\*dans la limite des plafonds de prise en charge par sinistre et par expertise judiciaire indiqués dans votre notice d'information protection juridique TNS Henner.

# Henner TNS + PRÉVOYANCE :

## UNE SOLUTION PERSONNALISÉE SELON VOS BESOINS

Les prestations du régime obligatoire sont souvent insuffisantes pour couvrir la perte de vos revenus en cas d'arrêt de travail temporaire ou définitif et ceux de votre famille en cas de décès.

Henner TNS + Prévoyance est la solution pour vous protéger, ainsi que votre famille, des risques financiers liés aux aléas de la vie.

### LES AVANTAGES DE Henner TNS + PRÉVOYANCE

Liberté de définir votre contrat en fonction de vos attentes et besoins.

Large choix d'options innovantes.

Des prestations forfaitaires proposées pour toutes garanties, dans la limite d'1,5 PASS pour l'incapacité et l'invalidité.  
Des prestations indemnitaires au-delà de 1,5 PASS.

Des garanties spécialement dédiées à la protection de votre famille.

Pas d'exclusion de pathologies dorsales, psychiatriques ni de sports à risques (sports nautiques, aériens et de montagne).

### COMMENT COMPOSER VOTRE CONTRAT PRÉVOYANCE :

**1** Votre couverture de base est composée d'un capital décès. À vous de le définir parmi **22 garanties** (ex : niveau 5 = 125 000 €).

		Garanties										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Exemple		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2** Pour ajuster votre couverture de base à vos besoins, vous pouvez souscrire des **garanties optionnelles**.

Exemple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Double effet	Doublement par accident	Majoration par enfant à charge	Rente éducation	Rente de conjoint
<hr/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Incapacité/invalidité	Frais généraux	Exonération des cotisations	Rachat des conditions d'hospitalisation psychiatrique	

# UN LARGE CHOIX D'OPTIONS POUR MIEUX VOUS PROTÉGER

## UN CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS **BASE OBLIGATOIRE**

Un capital sera versé à vos bénéficiaires en cas de décès. Ce versement permet de pallier les frais de la vie et d'aller au bout des projets familiaux : aide au financement des études des enfants par exemple.

### OPTIONS

#### Le doublement du capital décès en cas d'accident

En cas de décès suite à un accident, un capital supplémentaire est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

#### Un capital double effet

En cas de décès du conjoint en même temps ou dans les 365 jours qui suivent le décès de l'assuré, un capital supplémentaire égal au capital décès de base sera versé aux bénéficiaires.

#### Majoration par enfant à charge

Le capital décès est majoré en fonction du nombre d'enfants à charge. Exemple : Pour une famille de 3 enfants, le capital décès sera multiplié par 3.

#### Une rente de conjoint viagère

Une rente viagère est versée au conjoint pour permettre de maintenir le niveau de vie du reste de la famille en cas de décès. Celle-ci prend fin au décès de son bénéficiaire.

#### Une rente de conjoint temporaire

Une rente temporaire est versée au conjoint pendant 48 mois. Le choix du type de rente de conjoint (viagère ou temporaire) s'effectue le jour de la souscription.

#### Une rente éducation

En cas de décès, une rente sera versée à chacun des enfants jusqu'à leur 26 ans pour leur permettre de financer leurs études.

#### Une aide financière en cas d'incapacité ou d'invalidité

Si vous subissez une incapacité temporaire de travail, vous percevrez un complément d'indemnités journalières en plus de celles versées par votre régime obligatoire. Cette garantie permet de couvrir de 5500 € à 184000 € de vos revenus annuels. En cas d'invalidité, vous toucherez une pension pour compléter les versements de votre régime obligatoire et ainsi compenser tout ou partie de la perte de vos revenus.

#### Les « frais généraux »

En cas d'interruption de votre activité professionnelle pour maladie ou accident, l'indemnité Frais Généraux (loyer, factures électricité..) vous permet de couvrir tout ou partie des frais payés par votre entreprise

dans la limite des frais réellement engagés pendant la période d'arrêt de travail indemnisée. Les Frais Généraux sont décorrélés du revenu professionnel.

#### Exonération des cotisations

Si la durée de votre arrêt de travail dépasse 90 jours, vous êtes exonéré de cotisations à partir du 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail.

#### Rachat des conditions d'hospitalisation psychiatrique

En cas d'arrêt de travail ou d'hospitalisation pour un motif psychiatrique, vous avez la possibilité de racheter les conditions d'incapacité et invalidité.

# LA LOI MADELIN

## UN RÉEL AVANTAGE FISCAL POUR LES TNS

Les ressources des Travailleurs Non Salariés dépendent uniquement de leur aptitude à travailler. Et pourtant en cas de coup dur (maladie, arrêt de travail, décès...), ils sont très peu protégés.

Depuis 1994, les Travailleurs Non Salariés peuvent améliorer leur protection sociale à moindre frais grâce à la déduction fiscale du dispositif « Loi Madelin ».

### QU'EST-CE QUE LE DISPOSITIF LOI MADELIN ?

Les cotisations versées au titre des contrats santé, prévoyance, retraite et perte d'emploi sont déductibles du bénéfice imposable ou de l'impôt sur le revenu selon le statut et dans la limite du disponible fiscal.

#### Quels statuts sont concernés ?

Artisans, commerçants soumis à l'impôt sur le Bénéfice Industriel et Commercial (BIC)

Professions libérales imposées sur le Bénéfice Non Commercial (BNC)

Personnes affiliées au régime obligatoire maladie et vieillesse des TNS (non agricoles)

Gérants non salariés (déduction fiscale sur leur revenu imposable) d'EURL, de SARL

Associés de sociétés de personnes et associés uniques d'EURL



**Le contrat de santé Madelin permet également d'assurer le conjoint et les enfants (sous conditions).**

### Le calcul de la défiscalisation

La déduction fiscale des cotisations santé et prévoyance est plafonnée à 3,75 % du revenu professionnel + 7 % du PASS\*, soit 2 879,52 € en 2021 (dans la limite de 3 % de 8 fois le PASS\* : soit 9 872,64 € en 2021).

*Le calcul du plafond fiscal Madelin pour l'année N se fait par rapport à l'estimation du revenu de l'année N (et non pas N-1).*

#### Exemple

Julie dispose d'un revenu professionnel annuel de 30 000 €. Dans le cadre de sa protection santé, elle cotise 2 000 € par an.

Revenu professionnel annuel :

30 000 €

Cotisations annuelles santé :

2 000 €

Enveloppe maximale de déduction fiscale :

4 079,52 €

(3,75 % de 30 000 € + 7 % du PASS\*)

\* PASS (Plafond Annuel de la Sécurité Sociale) 2021 : 41 136 €

# HENNER VOUS ACCOMPAGNE



## Transmission des décomptes

Vos décomptes nous sont transmis automatiquement par votre régime obligatoire sans intervention de votre part. Grâce à cela, nous pouvons nous engager à vous rembourser sous 48h.



## Un espace en ligne et une application mobile

En tant que bénéficiaire Henner, vous avez accès à une application mobile et à un espace client pour traiter et suivre l'évolution de vos demandes, géolocaliser un professionnel de santé du réseau de soins, ou également retrouver votre carte d'assuré ouvrant droit au tiers payant, même hors connexion.



## Une mise en relation directe

Vous êtes mis en relation directement avec un conseiller basé en France, sans passer par une plateforme téléphonique, grâce à un numéro local non surtaxé.



## Une gestion reconnue et certifiée ISO 9001

- Prise en charge des remboursements sous 48h.
- Un suivi personnalisé des dossiers clients.



Les prestations s'entendent remboursements de l'Assurance maladie compris, sauf pour les forfaits exprimés en numéraire ou en pourcentage du PMSS ou indication expresse « Non pris en charge par l'AM ».

Les garanties de base Niveau 1, Niveau 2, Niveau 3 et Niveau 4 sont qualifiées de 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. En tout état de cause, le contrat prend en charge le ticket modérateur dans les conditions fixées par l'article R. 871-1 II du code de la Sécurité sociale.

La garantie Option 1 n'est pas responsable au sens des articles susvisés et fera l'objet d'un contrat distinct du régime de base conformément aux dispositions de la Circulaire DSS du 30 janvier 2015.

La garantie Option 1 s'exprime en complément de la garantie de base choisie et est accessible à partir du Niveau 2.

Toutes les prestations respectent les dispositions du contrat solidaire en application de la loi du 13 août 2004 : ainsi sont exclues la participation forfaitaire, les franchises et la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

	Niveau 1 Responsable	Niveau 2 Responsable	Niveau 3 Responsable	Niveau 4 Responsable	Option Non responsable
<b>HOSPITALISATION</b>					
<b>Hospitalisation chirurgicale et médicale (hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)</b>					
Frais de séjour	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Chambre particulière	30 € / jour	50 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	-
<b>Honoraires</b>					
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 175 % BR Médecin non DPTM : 155 % BR	Médecin DPTM : 250 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTM : 350 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin non DPTM : 250 % BR
Forfait sur les actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	-
<b>Hospitalisation en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé</b>					
Frais de séjour	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Chambre particulière - durée limitée <sup>(1)</sup> Forfait par année d'affiliation	30 € / jour	50 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	-
<b>Forfait journalier hospitalier</b>					
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	-

	Niveau 1 Responsable	Niveau 2 Responsable	Niveau 3 Responsable	Niveau 4 Responsable	Option Non responsable
<b>H HOSPITALISATION</b>					
<b>Autres frais hospitaliers</b>					
Lit d'accompagnant	10 € / jour	20 € / jour	30 € / jour	40 € / jour	-
Frais de télévision pendant 15 jours <i>Par événement</i>	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour	-
Frais de transport	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
<b>Maternité</b>					
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 175 % BR Médecin non DPTM : 155 % BR	Médecin DPTM : 250 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTM : 350 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin non DPTM : 250 % BR
Frais de séjour	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Chambre particulière	30 € / jour	50 € / jour	80 € / jour	100 € / jour	-
<b>U SOINS COURANTS</b>					
<b>Honoraires médicaux</b>					
Médecin généraliste	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 175 % BR Médecin non DPTM : 155 % BR	Médecin DPTM : 250 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTM : 350 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	-
Médecin spécialiste	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 175 % BR Médecin non DPTM : 155 % BR	Médecin DPTM : 250 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTAM : 350 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin non DPTM : 250 % BR
Actes techniques dispensés par le médecin	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 175 % BR Médecin non DPTM : 155 % BR	Médecin DPTM : 250 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTM : 350 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin non DPTM : 250 % BR
Actes de radiologie et échographie	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 175 % BR Médecin non DPTM : 155 % BR	Médecin DPTM : 250 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTM : 350 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	-

	Niveau 1 Responsable	Niveau 2 Responsable	Niveau 3 Responsable	Niveau 4 Responsable	Option Non responsable
<b>SOINS COURANTS</b>					
<b>Honoraires paramédicaux</b>					
Auxiliaires médicaux	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
<b>Médicaments</b>					
Médicaments et vaccins pris en charge par l'AM	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-
Médicaments prescrits non remboursés	-	40 € / année d'affiliation	55 € / année d'affiliation	70 € / année d'affiliation	-
<b>Autres soins courants</b>					
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Matériel médical	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
<b>DENTAIRE</b>					
<b>Soins</b>					
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Radiologie dentaire	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Parodontologie non prise en charge par l'AM	-	125 € / année d'affiliation	200 € / année d'affiliation	275 € / année d'affiliation	-
<b>Prothèses 100% santé*</b>					
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	100 % HLF - MR	100 % HLF - MR	100 % HLF - MR	100 % HLF - MR	-
<b>Prothèses à tarifs maîtrisés limités à 100 % HLF - MR et à tarifs libres</b>					
Plafond par année d'affiliation de remboursement actes prothétiques remboursés par l'AM hors panier de soins 100% Santé	-	-	-	1 600 €	-
Au-delà du plafond, remboursement du TM					
Prothèses fixes : couronnes et bridges	125 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Prothèses amovibles	125 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Couronnes provisoires	125 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Inlays core	125 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Inlays / onlays	100 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Prothèses non prises en charge par l'AM	-	125 € / dent	175 € / dent	250 € / dent	-

## SANTÉ

### DENTAIRE

	Niveau 1 Responsable	Niveau 2 Responsable	Niveau 3 Responsable	Niveau 4 Responsable	Option Non responsable
<b>Implantologie</b>					
Couronne sur implant (acte à tarif libre)	125 % BR <i>(au-delà du plafond sur l'implantologie ci-dessous, remboursement TM)</i>	175 % BR <i>(au-delà du plafond sur l'implantologie ci-dessous, remboursement TM)</i>	250 % BR <i>(au-delà du plafond sur l'implantologie ci-dessous, remboursement TM)</i>	350 % BR <i>(au-delà du plafond sur l'implantologie ci-dessous, remboursement TM)</i>	-
<b>Plafond sur l'implantologie</b>					
Bilan pré-implantaire non pris en charge par l'AM Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM Inlay core non pris en charge par l'AM Bridge sur implant non pris en charge par l'AM Couronne sur implant (au-delà du plafond, remboursement du TM)	100 € / implant	200 € / implant	350 € / implant	450 € / implant	-
Plafond sur le dentaire non remboursé (hors orthodontie) par année d'affiliation et par bénéficiaire	400 €	700 €	900 €	1 100 €	-
<b>Orthodontie</b>					
Orthodontie remboursée par l'AM <i>Par semestre de soin</i>	125 % BR	175 % BR	250 % BR	350 % BR	-
Orthodontie non prise en charge par l'AM	-	175 € / année d'affiliation	250 € / année d'affiliation	325 € / année d'affiliation	-
<b> OPTIQUE</b>					
<b>Paire de lunettes</b>					
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. À l'exception des cas mentionnés dans la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS notamment** pour les enfants de moins de 16 ans et les adultes de 16 ans et plus pour lesquels un renouvellement est prévu chaque année en cas de dégradation des performances oculaires d'au moins 0.5 sur un œil ou 0.25 sur les deux yeux. Pour les assurés presbytes ne pouvant ou ne souhaitant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de près et un équipement pour la vision de loin toutes les périodes de 2 ans.					
<b>Équipements 100% Santé*</b>					
Monture, verres, suppléments et prestation optique	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	-
<b>Équipements à tarifs libres</b>					
Plafond sur la monture	100 € - MR	100 € - MR	100 € - MR	100 € - MR	-
Un équipement de deux verres simples + monture	100 €	150 €	230 €	290 €	-
Un équipement de verre simple et un verre complexe + monture	175 €	220 €	305 €	385 €	-
Un équipement d'un verre simple et un verre ultra complexe + monture	175 €	235 €	335 €	425 €	-

## SANTÉ



	Niveau 1 Responsable	Niveau 2 Responsable	Niveau 3 Responsable	Niveau 4 Responsable	Option Non responsable
<b>👁️ OPTIQUE</b>					
Un équipement de deux verres complexes + monture	200 €	250 €	350 €	450 €	-
Un équipement d'un verre complexe et un verre ultra complexe + monture	200 €	260 €	385 €	500 €	-
Un équipement de deux verres ultra complexes + monture	200 €	310 €	485 €	625 €	-
Les suppléments et prestations optiques pris en charge par l'AM sont inclus dans les plafonds indiqués ci-dessus.					
<b>Lentilles cornéennes</b>					
Prises en charge par l'AM, par paire Au-delà du forfait, remboursement du TM	100 € / année d'affiliation	150 € / année d'affiliation	200 € / année d'affiliation	250 € / année d'affiliation	-
Non prises en charge par l'AM, par bénéficiaire, y compris jetables	-	75 € / année d'affiliation	125 € / année d'affiliation	175 € / année d'affiliation	-
Chirurgie réfractive	-	250 € / année d'affiliation	350 € / année d'affiliation	450 € / année d'affiliation	-
<b>👂 AIDES AUDITIVES</b>					
Le renouvellement de la prise en charge ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.					
<b>Équipements 100% Santé*</b>					
Aides auditives	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	100 % PLV - MR	-
<b>Équipements à tarifs libres</b>					
Aides auditives jusqu'à 20 ans	100 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	175 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	250 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	350 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	-
Aides auditives plus de 20 ans	100 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	175 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	250 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	350 % BR limité à 1 700 € - MR par oreille	-
<b>🌸 CURES</b>					
Cures thermales, frais engagés plafonnés par année de soins (frais de surveillance, hébergement et transport pris en charge par l'AM)	100 % BR + 100 €	175 % BR + 175 €	250 % BR + 225 €	350 % BR + 275 €	-



## PRÉVENTION NON PRIS EN CHARGE PAR L'AM

	Niveau 1 Responsable	Niveau 2 Responsable	Niveau 3 Responsable	Niveau 4 Responsable	Option Non responsable
Médecines douces (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 bénéficiaire	20 € par acte (limité à 2 actes / année d'affiliation)	30 € par acte (limité à 3 actes / année d'affiliation)	40 € par acte (limité à 4 actes / année d'affiliation)	50 € par acte (limité à 4 actes / année d'affiliation)	-



## SERVICES

Assistance vie quotidienne	OUI	OUI	OUI	OUI	-
Assistance voyages et déplacements	OUI	OUI	OUI	OUI	-
Services de télémedecine	OUI	OUI	OUI	OUI	-
Protection juridique	OUI	OUI	OUI	OUI	-

<sup>(1)</sup> Pour les séjours en psychiatrie, la chambre particulière pour la formule choisie est limitée à 90 jours par an et par assuré.

\* 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).

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.

## LEXIQUE

**AM** : Assurance Maladie

**BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

**FR** : Frais Réels

**MR** : Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

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

**TM** : Ticket Modérateur

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

**DPTM** : 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

**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.

# QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (1/3)

## NIVEAU 3

### SANTÉ

	Tarif moyen pratique	Sécurité sociale	Complémentaire Santé Henner	Reste à charge
<b>HOSPITALISATION</b>				
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 €	55 €	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.

### 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.

# QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (2/3)

## NIVEAU 3

### SANTÉ

	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 €	40,90 €	12 €



# QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (3/3)

## NIVEAU 3

### SANTÉ

	Tarif moyen pratiqué	Sécurité sociale	Complémentaire Santé Henner	Reste à charge
 DENTAIRE				
Orthodontie (moins de 16 ans) : traitement par semestre (6 semestres maximum)	720 €	193,50 €	290,25 €	236,25 €
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (Soins et prothèses 100% santé)	500 €	84 €	416 €	0 €
Détartrage (global) (Soins et prothèses hors 100% santé)	43,38 €	30,37 €	13,01 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur molaires (Soins et prothèses hors 100% santé)	537,48 €	84 €	216 €	237,48 €
 OPTIQUE				
Lentilles : forfait annuel	55 €	0 €	55 €	0 €
Chirurgie réfractive : opération correctrice de la myopie	1 500 €	0 €	350 €	1 150 €
Verres simples et montures (équipement 100% santé)	112 €	20,70 €	91,30 €	0 €
Verres progressifs et monture (équipement 100% santé)	210 €	37,80 €	172,20 €	0 €
Verres simples et montures (équipement hors 100% santé)	339 €	0,09 €	229,91 €	109 €
Verres progressifs et monture (équipement hors 100% santé)	601 €	0,09 €	349,91 €	251 €
 AIDES AUDITIVES				
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans (équipement 100% santé)	950 €	240 €	710 €	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans (équipement hors 100% santé)	1 476 €	240 €	760 €	476 €

## PRÉVOYANCE

Prestations en forfaitaire (sauf indication contraire). Les options ne peuvent être souscrites sans avoir préalablement choisi un niveau en Décès ou PTIA toutes causes. Tous les niveaux sont modulaires. t = taux d'invalidité.

BASE OBLIGATOIRE		v				
<b>DÉCÈS</b>						
Décès ou PTIA toutes causes	25 000 €, 50 000 €, 75 000 €, 100 000 €, 125 000 €, 150 000 €, 175 000 €, 200 000 €, 225 000 €, 250 000 €, 275 000 €, 300 000 €, 350 000 €, 400 000 €, 450 000 €, 500 000 €, 600 000 €, 700 000 €, 800 000 €, 900 000 €, 1 000 000 €, 1 500 000 €					
<b>OPTION DOUBLE EFFET</b>						
Niveau de garantie	100 % du Capital Décès					
<b>OPTION DOUBLEMENT PAR ACCIDENT</b>						
Niveau de garantie	100 % du Capital Décès					
<b>OPTION MAJORATION PAR ENFANT À CHARGE</b>						
Niveau de garantie	100 % du Capital Décès					
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	
<b>OPTION RENTE ÉDUCATION (par mois)</b>						
Jusqu'aux 11 ans de l'enfant	350 €	500 €	650 €	800 €	1 000 €	
de 12 à 18 ans	525 €	750 €	975 €	1 200 €	1 500 €	
de 19 à 28 ans inclus, si poursuite d'étude	700 €	1 000 €	1 300 €	1 600 €	2 000 €	
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	
<b>OPTION RENTE CONJOINT (par mois)</b>						
Rente viagère	400 €	800 €	1 200 €	1 600 €	2 000 €	
Rente temporaire pendant 48 mois	400 €	800 €	1 200 €	1 600 €	2 000 €	
<i>Le choix de la rente de conjoint s'effectue le jour de la souscription.</i>						
<b>OPTION INCAPACITÉ + INVALIDITÉ + MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE</b>						
<i>Les garanties maintien de revenus (indemnités journalières, rentes invalidité) prennent effet après expiration d'un délai d'attente de 3 mois décompté à partir de la prise d'effet de l'adhésion pour les maladies et grossesses pathologiques et de 12 mois pour les maladies mentales et affections psychiatriques.</i>						
Forfaitaire jusqu'à 1,5 PASS de revenu professionnel - Au-delà de 1,5 PASS : sous déduction du RO						
<b>OPTION INCAPACITÉ (par jour)</b>						
Niveau de garantie	25 garanties					
	15 €, 25 €, 35 €, 45 €, 55 €, 70 €, 80 €, 90 €, 100 €, 115 €, 125 €, 135 €, 145 €, 160 €, 170 €, 205 €, 235 €, 270 €, 305 €, 340 €, 370 €, 405 €, 440 €, 475 €, 505 €					
Franchise au choix	15 jours, 30 jours, 60 jours, 90 jours Option rachat de franchise : 3 jours en cas d'accident et d'hospitalisation					

## PRÉVOYANCE

Prestations en forfaitaire (sauf indication contraire). Les options ne peuvent être souscrites sans avoir préalablement choisi un niveau en Décès ou PTIA toutes causes. Tous les niveaux sont modulaires. t = taux d'invalidité.

OPTION INVALIDITÉ (obligatoire si souscription incapacité)						
Invalidité partielle						
Niveau de garantie	Rente partielle égale à $t^* \frac{3}{2}$ du montant de la rente souscrite en Incapacité					
Taux invalidité : barèmes disponibles pour toutes les professions pour les professions médicales et paramédicales	Croisé : $33\% \leq t \leq 65\%$ Pro16 : $15\% \leq t \leq 65\%$ Pro33 : $33\% \leq t \leq 65\%$ Croisé : $33\% \leq t \leq 65\%$					
Invalidité totale						
Niveau de garantie	Rente totale égale à : 100 % du montant de la rente souscrite en Incapacité					
Taux invalidité	$t \geq 66\%$					
OPTION MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE (obligatoire si souscription Incapacité)						
Niveau de garantie	50 % du montant des IJ - Durée d'indemnisation limitée à 6 mois					
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
OPTION FRAIS GÉNÉRAUX						
Niveau de garantie	50 € / jour	100 € / jour	150 € / jour	200 € / jour	250 € / jour	300 € / jour
Franchise au choix	15 jours, 30 jours, 60 jours, 90 jours					
OPTION EXONÉRATION DES COTISATIONS						
Niveau de garantie	Dans le cas où la durée d'arrêt de travail dépasse 90 jours, exonération des cotisations à partir du 1 <sup>er</sup> jour					
<i>Pour pouvoir bénéficier de cette garantie, l'option Incapacité/Invalidité/Mi-temps thérapeutique doit être souscrite.</i>						
OPTION RACHAT DES CONDITIONS D'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE						
Niveau de garantie	Possibilité de rachat des conditions d'hospitalisation psychiatrique pour les garanties Incapacité et Invalidité. En cas d'arrêt de travail pour un motif psychiatrique et <b>avec</b> hospitalisation d'au moins 1 jour en établissement spécialisé, les prestations Incapacité et Invalidité seront versées à 100 % des montants souscrits. En cas d'arrêt de travail pour un motif psychiatrique et <b>sans</b> hospitalisation d'au moins 1 jour en établissement spécialisé, les prestations Incapacité et Invalidité seront versées à 50 % des montants souscrits. En cas de souscription à cette option, l'indemnisation au titre de la garantie Incapacité ne se fera qu'après une franchise de 15 jours ou à partir de la franchise souscrite si celle-ci est supérieure. Délai d'attente de 3 mois.					

### BON À SAVOIR

Pro16 et Pro33 sont des barèmes spécifiquement conçus pour les professions médicales et paramédicales. Ils sont basés uniquement sur un taux d'invalidité professionnel à partir de 16 % ou 33 % d'invalidité alors que le barème croisé allie un taux d'invalidité professionnel et fonctionnel.

# EXEMPLES DE GARANTIES

PRÉVOYANCE

## EXEMPLE AVEC UN REVENU INFÉRIEUR À 1,5 PASS PRESTATION FORFAITAIRE

Marc, artisan, affilié au régime obligatoire de la SSI (Sécurité Sociale des Indépendants), sans enfant, 40 ans, a déclaré un revenu net annuel de **40 000 €** (revenu professionnel < 1.5 du PASS). Il a souscrit chez Henner un capital décès de **100 000 €** et le niveau à **100 €** par jour en incapacité/invalidité.

### En cas de décès

Henner versera au(x) bénéficiaire(s) de Marc **100 000 €** en complément du capital versé par le régime obligatoire.

### En cas d'arrêt de travail

À partir du 4<sup>e</sup> jour, Marc percevra **80 €** par jour de la part de Henner en complément de la somme versée par le régime obligatoire de **41,10 €** par jour.

## EXEMPLE AVEC UN REVENU SUPÉRIEUR À 1,5 PASS PRESTATION INDEMNITAIRE

Sana, dentiste, affiliée au régime obligatoire de la CARCDSF (Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens Dentistes et des Sages Femmes), sans enfant, 37 ans, a déclaré un revenu net annuel de **75 000 €** (revenu professionnel > 1.5 du PASS). Elle a souscrit chez Henner un capital décès de **250 000 €** et le niveau à **205 €** par jour en incapacité/invalidité.

### En cas de décès

Henner versera au(x) bénéficiaires(s) de Sana **250 000 €** en complément du capital versé par le régime obligatoire.

### En cas d'arrêt de travail

Du 4<sup>e</sup> jour au 90<sup>e</sup> jour, Sana percevra **102,26 €** par jour de la part de Henner en complément de la somme versée par le régime obligatoire de **102,74 €** par jour. À compter du 91<sup>e</sup> jour elle percevra **104,43 €** par jour de la part de Henner en complément de la somme versée par le régime obligatoire de **100,57 €** par jour.

# VOS AVANTAGES TARIFAIRES

La cotisation enfant pour le 3<sup>e</sup> enfant (ou plus) est offerte.

**-10 %**

sur votre cotisation  
Prévoyance en cas de  
souscription simultanée

**SANTÉ + PRÉVOYANCE**

**-20 %**

sur les garanties incapacité / invalidité pour les gérants  
avec une activité exclusive de direction

Des réductions sur les garanties incapacité et invalidité  
pour les créateurs / repreneurs d'entreprise de moins de 1 an :

**-20 %**

pour la 1<sup>re</sup> année

**-10 %**

pour la 2<sup>e</sup> année

**-5 %**

pour la 3<sup>e</sup> année

Des réductions sur les garanties  
incapacité et invalidité :

**-10 %**

si l'assuré  
est conjoint  
collaborateur

**-5 %**

si l'assuré souscrit en  
Décès un niveau  
> 50 000 €

# 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

\*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. H9038 - 08/2023 - Credit: © GettyImages