



Le contrat frais de santé de votre entreprise évolue au 01/01/2022

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que le contrat collectif frais de santé souscrit par votre entreprise évolue au 01/01/2022.

1) Changement d'organisme assureur. Maintien de la gestion par Henner

GENERALI sera l'assureur au 01/01/2022 (à la place de Allianz)

En revanche, Henner reste le gestionnaire ; si vous adhérez déjà au contrat collectif Frais de santé souscrit par votre entreprise vous n'avez donc pas besoin de compléter un nouveau bulletin d'affiliation ; ce changement sera transparent pour vous.

2) Augmentation des taux de cotisations

Les résultats déficitaires de l'année 2020 et les projections 2021 nécessitent d'ajuster la cotisation :

- du régime de base obligatoire (y compris donc pour la part financée par l'employeur)
- de la cotisation supplémentaire famille et de l'option pour les salariés qui ont choisi d'y adhérer.

Pour mieux illustrer cette augmentation, vous trouverez ci-dessous, le delta en euro entre aujourd'hui et 2022.

Selon que vous adhérez en isolé ou en famille, que vous adhérez (ou pas) aux options ce tableau vous éclaire pour demain.

Salariés relevant du régime général

PART DU SALARIE QUI ADHERE SEUL (ISOLE)		
CHALLANCIN PREVENTION SECURITE (CPS) REGIME GENERAL	FORFAIT EN € PART DU SALARIE	DELTA en + PAR RAPPORT A AUJOURD'HUI
base obligatoire	8,94 €	1,85 €
Option 1 facultative	36,86 €	8,51 €
Option 2 facultative	40,98 €	9,46 €

PART DU SALARIE QUI ADHERE AVEC SA <u>FAMILLE</u>		
CHALLANCIN PREVENTION SECURITE (CPS) REGIME GENERAL	FORFAIT EN € PART DU SALARIE	DELTA en + PAR RAPPORT A AUJOURD'HUI
base obligatoire	8,94 €	1,85 €
Supplément base famille (facultatif)	46,46 €	23,23 €
Option 1 facultative	80,29 €	18,53 €
Option 2 facultative	101,56 €	23,44 €

Salariés relevant du régime Alsace Moselle

PART DU SALARIE QUI ADHERE <u>SEUL</u> (ISOLE)		
CHALLANCIN PREVENTION SECURITE (CPS) REGIME ALSACE MOSELLE	FORFAIT EN € PART DU SALARIE	DELTA en + PAR RAPPORT A AUJOURD'HUI
base obligatoire	6,70 €	1,38 €
Option 1 facultative	30,49 €	7,04 €
Option 2 facultative	37,43 €	8,64 €

PART DU SALARIE QUI ADHERE AVEC SA <u>FAMILLE</u>		
CHALLANCIN PREVENTION SECURITE (CPS) REGIME ALSACE MOSELLE	FORFAIT EN € PART DU SALARIE	DELTA en + PAR RAPPORT A AUJOURD'HUI
base obligatoire	6,70 €	1,38 €
Supplément base famille (facultatif)	23,30 €	11,65 €
Option 1 facultative	73,40 €	16,94 €
Option 2 facultative	96,54 €	22,28 €

3) Si vous êtes adhérent votre adhésion ne change pas

Henner reprendra votre affiliation en l'état.

Cependant, si vous souhaitez modifier votre affiliation, vous pourrez le faire, jusqu'au 31/01/2022 :

Modification affiliation	Auprès de qui?
Vous voulez ajouter ou radier un membre de la famille ?	contacter Henner
Vous voulez adhérer ou radier votre option ?	



N° tel dédié : 03 28 76 26 80



Adresse mail dédiée : challancin@henner.fr



**Henner Unité de Gestion N°57 - Lille
TSA 51935
92894 NANTERRE Cedex 9**

4) Nouveau réseau de soins : Carte Blanche

Les garanties restent inchangées.

Néanmoins, pour simplifier et faciliter la compréhension des garanties, le réseau de soins Santéclair sera remplacé par le réseau Carte Blanche.

Vous trouverez ci-joint :

- Les garanties 2022 (pages 5 à 7)
- Un descriptif de votre réseau de soins Carte Blanche (page 8)

5) Votre carte TP complémentaire

Si vous êtes adhérent, vous recevrez votre carte tiers payant avant le 01/01/2022, par courrier postal. Tous les membres de votre famille, couverts sur le contrat, figureront sur la carte (maximum 5 personnes ; carte supplémentaire au-delà de 5)



6) Vous avez des questions ?

L'équipe de gestion, spécifiquement dédiée aux salariés du groupe Challancin, est à votre disposition :

Et n'hésitez pas aussi à :

Consulter
votre guide Henner 2022
Sera disponible ultérieurement



Consulter
votre espace assuré
depuis le site internet Henner
<https://welcome.henner.com>



Votre identifiant sera indiqué sur
votre carte de tiers-payant

Télécharger
votre application Henner +
depuis Play store ou Apple store



Votre identifiant sera indiqué sur
votre carte de tiers-payant

Les garanties 2022

Henner
Here to care

CHALLANCIN PREVENTION ET SECURITE (CPS)			
ASSUREUR GENERALI 01/01/2022 ENSEMBLE DU PERSONNEL			
Date d'effet :		01/01/2022	
Les prestations s'entendent remboursements de l'Assurance maladie compris, sauf indication expresse "Non pris en charge par l'AM".			
Les garanties Base, Option 1 (Base incluse) et Option 2 (Base incluse) sont qualifiées de responsable 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 audiology. 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.			
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.			
Garanties responsables	Responsable	Responsable	Responsable
	Base obligatoire (y compris SS)	Option 1 (y compris Base)	Option 2 (y compris Base)
HOSPITALISATION			
Hospitalisation chirurgicale et médicale (hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)			
Frais de séjour	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Chambre particulière		2,5 % PMSS par jour	3 % PMSS par jour
Honoraires			
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 200 % BR Médecin non DPTM : 180 % BR	Médecin DPTM : 300 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR
Forfait sur les actes lourds	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	200 % BR	300 % BR
Chambre particulière		2,5 % PMSS par jour	3 % PMSS par jour
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais hospitaliers			
Lit d'accompagnant		1 % PMSS par jour	2 % PMSS par jour
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Maternité			
Chambre particulière		2,5 % PMSS par jour	3 % PMSS par jour
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Médecin généraliste	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 220 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTM : 300 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR
Médecin spécialiste	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 220 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR	Médecin DPTM : 300 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR
Actes techniques dispensés par le médecin	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 200 % BR Médecin non DPTM : 180 % BR	Médecin DPTM : 300 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR
Actes de radiologie et échographie	Médecin DPTM : 100 % BR Médecin non DPTM : 100 % BR	Médecin DPTM : 200 % BR Médecin non DPTM : 180 % BR	Médecin DPTM : 300 % BR Médecin non DPTM : 200 % BR
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Médicaments			
Médicaments et vaccins pris en charge par l'AM	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins prescrits non pris en charge par l'AM y compris traitement anti palludisme		50 € par année civile	100 € par année civile
Autres soins courants			
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Matériel médical	100 % BR	200 % BR	300 % BR

Les garanties 2022 - suite

Garanties responsables	Responsable	Responsable	Responsable
	Base obligatoire (y compris SS)	Option 1 (y compris Base)	Option 2 (y compris Base)
DENTAIRE <i>Avec accès libre au réseau de soins Carte Blanche</i>			
Soins			
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Radiologie dentaire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses			
Prothèses 100% santé*			
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
Prothèses à tarifs maîtrisés limités à 100 % PLV			
Prothèses fixes : couronnes et bridges	125 % BR	270 % BR	350% BR
Prothèses amovibles	125 % BR	270 % BR	350% BR
Couronnes provisoires	125 % BR	270 % BR	350% BR
Inlays core	125 % BR	270 % BR	350% BR
Inlays / onlays	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Prothèses à tarifs libres			
Prothèses fixes : couronnes et bridges	125 % BR	270 % BR	350% BR
Prothèses amovibles	125 % BR	270 % BR	350% BR
Couronnes provisoires	125 % BR	270 % BR	350% BR
Inlays core	125 % BR	270 % BR	350% BR
Inlays / onlays	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Prothèses non prises en charge par l'AM (Voir liste ci-dessous)**		290 € par dent	322,50 € par dent
Implantologie			
Couronne sur implant	125 % BR	270 % BR	300 % BR
Plafond sur l'implantologie non prise en charge par l'AM			300 € par année civile
Orthopédie dento-faciale			
Orthodontie (par semestre de soin)	125 % BR	100 % BR + 250 €	100 % BR + 300 €
OPTIQUE <i>Avec accès libre au réseau de soins Carte Blanche</i>			
Paire de lunettes			
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 (disposition applicable même en cas de changement d'organisme assureur)			
A l'exception des cas mentionnés dans la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS notamment(1) 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.			
Equipements 100% Santé*			
Monture, verres, suppléments et prestation optique	100% PLV	100 % PLV	100 % PLV
Equipements à tarifs libres			
Plafond sur les montures	50 €	100 €	100 €
Equipement simple (y compris monture)			
Classe A : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 6	100 €	260 €	275 €
Equipement complexe (y compris monture)			
Classe C : verres unifocaux différents de la classe A, verres multifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -4 et 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 8	200 €	325 €	450 €
Equipement très complexe (y compris monture)			
Classe F : verres multifocaux différents de la classe C	200 €	400 €	500 €
Equipement verre simple + verre complexe (y compris monture)	150 €	300 €	370 €
Equipement verre simple + verre hypercomplexe (y compris monture)	150 €	300 €	370 €
Equipement verre hypercomplexe + verre complexe (y compris monture)	200 €	285 €	350 €
Les suppléments et prestations optiques pris en charge par l'AM sont inclus dans les plafonds indiqués ci-dessus.			
Lentilles cornéennes			
Prises en charge par l'AM, par paire	100 % BR	200 € par année civile, au-delà du forfait, remboursement du TM	290 € par année civile, au-delà du forfait, remboursement du TM

Les garanties 2022 - suite

Garanties responsables	Responsable	Responsable	Responsable
	Base obligatoire (y compris SS)	Option 1 (y compris Base)	Option 2 (y compris Base)
AIDES AUDITIVES <i>Avec accès libre au réseau de soins Carte Blanche</i>			
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
Equipements à tarifs libres			
Aides auditives jusqu'à 20 ans	100 % BR limité à 1700 € par oreille	200 % BR limité à 1700 € par oreille	300 % BR limité à 1700 € par oreille
Aides auditives plus de 20 ans	100 % BR limité à 1700 € par oreille	200 % BR limité à 1700 € par oreille	300 % BR limité à 1700 € par oreille
PREVENTION NON PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE			
Ostéopathe		25 € par acte (limité à max 3 actes par année civile)	40 € par acte (limité à 3 actes par année civile)
Pilule contraceptif non prise en charge par l'AM		50 € par année civile	50 € par année civile
ASSISTANCE			
Assistance	OUI	OUI	OUI
**Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non prises en charge par l'AM" : Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (bridge) (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronaradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronaradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009)			
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 qu'elle est y compris Sécurité sociale			
PLV : prix limite de vente défini par la réglementation en vigueur.			
TM : Ticket Modérateur (delta restant entre la Base de remboursement Sécurité Sociale et le remboursement Sécurité Sociale)			
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).			
* tels que définis réglementairement.			
(1) 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).			



LE RÉSEAU DE SOINS

Grâce à votre complémentaire santé Henner, vous bénéficiez du réseau de soins Carte Blanche composé de près de 250 000 professionnels de santé partenaires. Découvrez ses nombreux services et avantages.



L'ACCOMPAGNEMENT SANTÉ

Profitez, à la carte, de services d'information, de conseils prévention, de tests et d'actualités santé.

1796 ∞

L'OFFRE CARTE BLANCHE - PRYSME

Une offre packagée verres + monture

Le tiers payant

Avec votre carte de tiers payant Henner, vous n'avancez pas les frais chez la plupart des professionnels du réseau, dans la limite de vos garanties.

Des conditions tarifaires

Vous bénéficiez de tarifs avantageux en optique, dentaire et audio.



Réseau optique
jusqu'à
40 %
de remise



Réseau dentaire
jusqu'à
15 %
de remise



Réseau audio
jusqu'à
20 %
de remise

Un réseau préventif

Plus de 2000 partenaires : ostéopathes diplômés d'État, diététiciens, pédicures-podologues.

Un environnement médical sécurisé

Vous êtes pris en charge dans des conditions optimales chez les professionnels partenaires.

Une information régulière

Vous avez accès à de nombreux services et informations pratiques sur la santé, la prévention et le bien-être. Nos équipes dédiées vous accompagnent sur vos démarches de santé au quotidien.



Annuaire de géolocalisation

Trouver un professionnel de santé à proximité



GuidHospi

Comparer et choisir un établissement hospitalier (hôpitaux, cliniques...)



Guide des Médicaments

S'informer sur les médicaments dont on peut disposer sans ordonnance



Newsletter infos Santé

Se documenter sur divers sujets relatifs à la santé

Retrouvez l'ensemble de ces services en vous connectant sur l'espace client Henner.

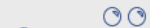
0€

0€
Votre équipement optique de qualité sans aucun reste à charge



Une monture de la marque 1796

42 montures « 1796 » de fabrication française



Des verres

Essilor, Nikon, Hoya, Seiko, Carl Zeiss Vision
Verriers de qualité mondialement reconnus

Comment ça marche ?



Je me rends chez un opticien partenaire et je présente ma carte de tiers payant.



L'opticien recherche les équipements qui me correspondent et me fait un devis en temps réel en fonction de la monture que j'ai choisie. Je n'ai pas de frais à avancer.

Toute l'équipe Henner vous remercie pour votre confiance,
L'équipe Henner.