

GUIDE DE VOTRE COMPLEMENTAIRE SANTE

THE AMERICAN
UNIVERSITY 55
of PARIS YEARS



TABLEAU DE VOS GARANTIES

Les prestations s'entendent en complément des remboursements de l'Assurance maladie, sauf indication contraire spécifique : "Non pris en charge par l'AM".

Le régime de base du présent contrat est qualifié de responsable en application de la loi du 18/11/2014. Il respecte la réglementation prévue concernant les garanties et les montants des remboursements.

L'option est qualifiée non responsable en application de la loi du 18/11/2014 mais elle respecte néanmoins les 1ères dispositions du contrat responsable de la loi du 13 août 2004. Les garanties sont exprimées en complément du régime de base.

Condition d'adhésion au régime surcomplémentaire :

L'adhésion est annuelle et se renouvelle d'année en année par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'adhérent ou HENNER par lettre recommandée AR, au moins deux mois avant la date d'échéance.

Vous pouvez adhérer à l'option surcomplémentaire : à votre date d'entrée dans l'entreprise ou au 1er janvier de l'année suivante (à condition d'en faire la demande avant le 1^{er} novembre de l'année en cours).

En cas de changement de situation de famille (mariage, pacs...), au jour de l'évènement si celui-ci est déclaré dans les 2 mois qui suivent ; ou dans le cas contraire, au 1er jour du mois civil qui suit la demande.

Toute sortie du régime surcomplémentaire à la demande du salarié est définitive.

	Base	Surcomplémentaire
Hospitalisation (hors maternité)		
Hospitalisation chirurgicale et médicale (hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)		
Frais de séjour	TM + 400 % BR	300 % BR
Honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin OPTAM : 400 % BR Médecin non OPTAM : TM + 100 % BR	Médecin OPTAM: 240 % BR Médecin non OPTAM : 300 % BR
Chambre particulière	70 € par jour	
Chambre particulière ambulatoire	15 € par jour	
Hospitalisation en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé		
Frais de séjour	TM + 400 % BR	300 % BR
Chambre particulière	70 € par jour	
Chambre particulière ambulatoire	15 € par jour	
Autres frais hospitaliers		
Lit d'accompagnant	70 € par jour	
Forfait hospitalier journalier	100 % FR	
Forfait 18 € sur les actes lourds	100 % FR	
Frais de transport	TM	
Hospitalisation maternité		
Honoraires de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Voir hospitalisation	
Chambre particulière	70 € par jour	
Forfait naissance ou adoption (par enfant), doublé en cas de naissance multiple	10% PMSS	
Médecine courante		
Médecin généraliste	Médecin OPTAM : 170 % BR Médecin non OPTAM : TM + 100 % BR	20 € par consultation limité à TM + 470% BR
Médecin spécialiste	Médecin OPTAM : 370 % BR Médecin non OPTAM : TM + 100 % BR	50 € par consultation
Actes techniques dispensés par le médecin	Médecin OPTAM : 370 % BR Médecin non OPTAM : TM + 100 % BR	Médecin OPTAM : 170 % BR Médecin non OPTAM : 270 % BR
Actes de radiologie	Médecin OPTAM : 170 % BR Médecin non OPTAM : TM + 100 % BR	Médecin OPTAM : 70 % BR Médecin non OPTAM : 70 % BR
Actes d' échographie	Médecin OPTAM : 370 % BR Médecin non OPTAM : TM + 100 % BR	Médecin OPTAM : 270 % BR Médecin non OPTAM : 270 % BR
Auxiliaires médicaux	TM	
Kinésithérapie	100% BR	
Analyses et travaux de laboratoire	TM	
Médicaments et vaccins	TM	

	Base	Surcomplémentaire
Dentaire		
Radiologie dentaire	TM + 100 % BR	
Soins dentaires		
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	TM + 100 % BR	
Parodontologie non prise en charge par l'AM Voir liste en annexe	Forfait de 500 € pour l'ensemble des postes : parodontologie, implantologie et Orthodontie non pris en charge par l'AM	
Prothèses dentaires		
Prothèses fixes : couronnes et bridges	TM + 470 % BR	
Prothèses amovibles	TM + 300 % BR	
Inlays core	TM + 400 % BR	
Inlays / onlays	470% BR	
Prothèses non prises en charge par l'AM Voir liste en annexe	430 €	
Implantologie		
Couronne sur implant	TM + 470 % BR	
Plafond sur l'implantologie non prise en charge par l'AM	Forfait de 500 € pour l'ensemble des postes : parodontologie, implantologie et Orthodontie non pris en charge par l'AM	
Orthopédie dento-faciale		
Orthodontie (par semestre)	TM + 400 % BR	
Orthodontie non prise en charge par l'AM	Forfait de 500 € pour l'ensemble des postes : parodontologie, implantologie et Orthodontie non pris en charge par l'AM	
Optique		
Équipement renouvelable tous les 2 ans pour les adultes et tous les ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue justifiée par une prescription. La période de référence s'apprécie à partir de la date d'adhésion au contrat. 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.		
Adultes :		
Monture	150 €	
Par verre simple Classe A : verres unifocaux, sphère inférieure ou égale à 6, et cylindre inférieur ou égal à 4	137,50 €	
Par verre complexe Classe C : verres unifocaux de sphère supérieure à 6 ou de cylindre supérieur à 4, verres progressifs sphériques de sphère inférieure ou égale à 4 ou verres progressifs sphéro-cylindriques de sphère inférieure ou égale à 8	245 €	
Par verre très complexe Classe F : verres multifocaux sphériques de sphère supérieure à 4 ou verres sphéro-cylindriques de sphère supérieure à 8	245 €	
Enfants :		
Monture	150 €	
Par verre simple Classe A : verres unifocaux, sphère inférieure ou égale à 6, et cylindre inférieur ou égal à 4	87,50 €	
Par verre complexe Classe C : verres unifocaux de sphère supérieure à 6 ou de cylindre supérieur à 4, verres progressifs sphériques de sphère inférieure ou égale à 4 ou verres progressifs sphéro-cylindriques de sphère inférieure ou égale à 8	195 €	
Par verre très complexe Classe F : verres multifocaux sphériques de sphère supérieure à 4 ou verres sphéro-cylindriques de sphère supérieure à 8	195 €	
Lentilles cornéennes		
Lentilles prises en charge ou non par l'AM Au-delà du plafond, remboursement du TM		
Prises en charge par l'AM, par paire	350 € par an, au-delà du forfait, remboursement du TM	
Non prises en charge par l'AM, par an et par bénéficiaire, y compris jetables	350 €	
Chirurgie réfractive	400 € par œil	

Liste des actes limitativement couverts par le forfait "Parodontologie non prise en charge par l'AM" : Bilan parodontal (HBQD001), Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), Gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), Surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), Assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003), Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), Séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018)

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 (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une couronne dentaire transitoire (HBLD037), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronoradiculaire 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 coronoradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009)

	Base	Surcomplémentaire
Appareillage, cures		
Prothèses médicales (appareillages, accessoires)	TM + 300 % BR	
Prothèses auditives	TM + 300 % BR	
Fauteuil roulant	300% BR	
Cures thermales, frais engagés plafonnés par an	TM	
Prévention		
Vos garanties incluent les actes de prévention conformément aux dispositions du contrat responsable.	OUI	
Vaccins prescrits non pris en charge par l'AM	80 € par an	
Vaccin anti grippal	100% FR	
Pharmacie non prise en charge par l'AM	2 % PMSS	
Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Microkinésithérapie et psychologue	50€ par séance limité à 200€ par an	
Contraception féminine (Pilules, anneaux et patchs contraceptifs) non prise en charge par l'AM	180 € par an	
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)	40 € par an	
Consultation prescrite par un médecin, chez un diététicien par enfant de moins de 12 ans	1,25% PMSS	

AM : Assurance Maladie.

BR : Base de Remboursement retenue par l'Assurance Maladie pour le versement des prestations après application des coefficients modificateurs.

MR : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie, proportion dans laquelle l'Assurance Maladie intervient pour le remboursement des actes médicaux.

FR : Frais Réels, montant total de la dépense de santé.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Il s'agit du salaire servant de référence pour déterminer certaines prestations. Il est de 3 311€ pour l'année 2018.

TM : Ticket Modérateur. Il s'agit de la différence entre la Base de Remboursement et le Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie

O.P.T.A.M. : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. Il s'agit d'un engagement du médecin envers la Sécurité sociale, visant à encadrer la prise en charge des dépassements d'honoraires. Elle remplace le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Quelques exemples de remboursement

Le présent contrat est qualifié de responsable en application de la loi du 18/11/2014.

Date de mise à jour des valeurs de l'Assurance Maladie : 01/10/2017

Type de soins	Frais Réels	Assurance Maladie		Votre contrat Henner-GMC Régime de Base			Reste à charge
		Base de Rembt	Montant remboursé	Votre garantie	Rembt maxi	Montant remboursé	
**Médecin généraliste conventionné secteur 1	25,00 €	25,00 €	16,50 €*	170% BR	42,50 €	7,50 €	1,00 €
**Médecin spécialiste correspondant signataire de l'OPTAM	50,00 €	30,00 €	20,00 €*	370% BR	111,00 €	29,00 €	1,00 €
**Médecin spécialiste de secteur 2 <u>non</u> signataire de l'OPTAM (honoraires libres)	50,00 €	23,00 €	15,10 €*	TM + 100% BR	29,90	29,90 €	5,00 €

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

** Dans le parcours de soins

Type de soins	Frais Réels	Assurance Maladie		Votre contrat Henner-GMC Régime de Base			Reste à charge
		Base de Rembt	Montant remboursé	Votre garantie	Rembt maxi	Montant remboursé	
Couronne dentaire	500,00 €	107,50 €	75,25 €	470 % BR + TM	537,50 €	424,75 €	0 €
Monture	150,00 €	2,84 €	1,70 €	150,00 €	150,00 €	148,30 €	0 €
2 verres complexes adulte (LPP °2288519)	450,00 €	18,90 €	11,34 €	490,00 €	490,00 €	438,66 €	0 €
Chambre particulière en hospitalisation par jour	80,00 €	0,00 €	0,00 €	70,00 €	70,00 €	70,00 €	10,00 €

Quelques exemples de remboursement

Le présent contrat est qualifié de responsable en application de la loi du 18/11/2014.

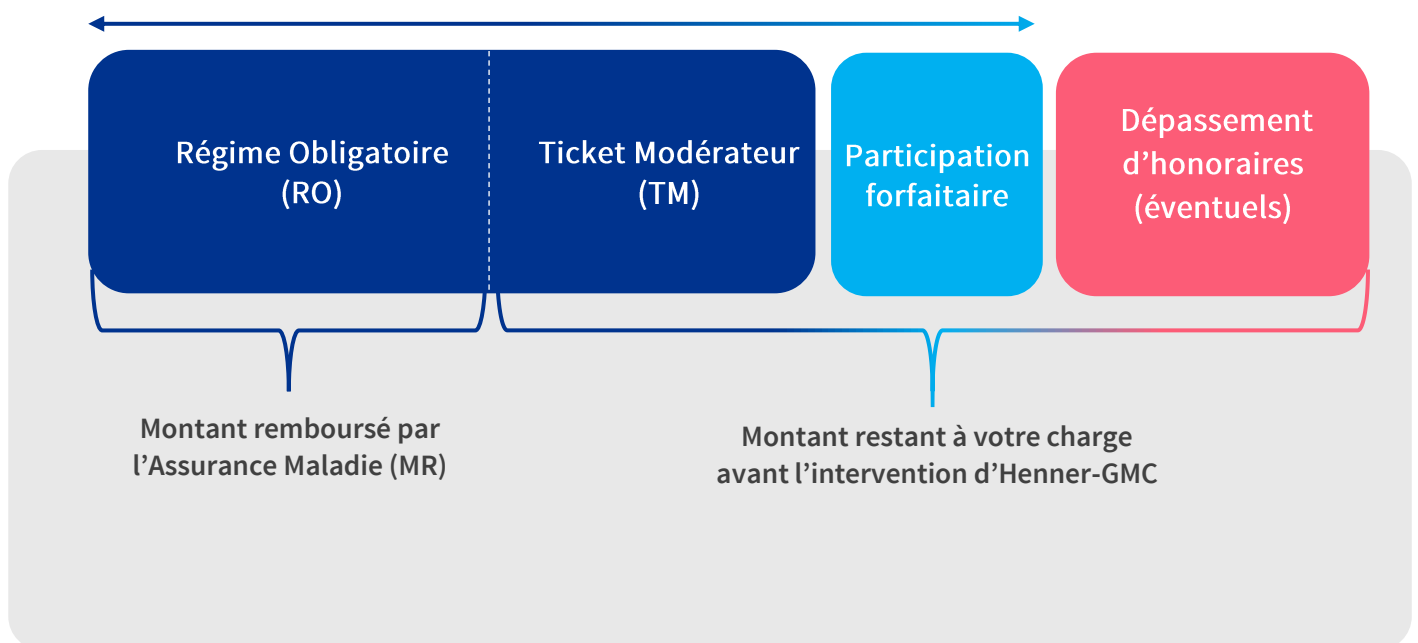
Date de mise à jour des valeurs de l'Assurance Maladie : 01/10/2017

Type de soins	Frais Réels	Assurance Maladie		Votre contrat Henner-GMC Régime de Base + Complément			Reste à charge
		Base de Rembt	Montant remboursé	Votre garantie	Rembt maxi	Montant remboursé	
**Médecin généraliste conventionné secteur 1	25,00 €	25,00 €	16,50 €*	170% BR + 20,00	62,50 €	7,50 €	1,00 €
**Médecin spécialiste correspondant signataire de l'OPTAM	50,00 €	30,00 €	20,00 €*	370% BR + 50,00 €	161,00 €	29,00 €	1,00 €
**Médecin spécialiste de secteur 2 <u>non</u> signataire de l'OPTAM (honoraires libres)	50,00 €	23,00 €	15,10 €*	TM + 100% BR + 50,00 €	79,90 €	33,90 €	1,00 €

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

** Dans le parcours de soins

Base de remboursement de l'Assurance Maladie (BR)



EXTRAIT DES CONDITIONS GENERALES DE VOTRE CONTRAT

1 - L'objet du contrat

Votre contrat vous accorde le versement de prestations complémentaires à celles du régime de base de l'Assurance Maladie en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires. Henner-GMC, qui a pour vocation de gérer des régimes de protection sociale, a été chargé de la gestion du contrat souscrit par votre société ou groupement auprès de AXA sous le numéro de contrat Régime de Base N° 225918040.- Régime Surcomplémentaire N° 225918060

2 - Qui peut en bénéficier ?

Sont bénéficiaires de la garantie, outre vous-même en tant qu'affilié, vos ayants droit ci-après définis :

► **Votre conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime d'Assurance Maladie**

Est assimilé au conjoint dans le cas où la situation de l'ayant droit ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ou, à défaut, son concubin s'il bénéficie d'un régime d'Assurance Maladie. Selon le cas une copie du Pacte Civil de Solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué. Le concubin doit répondre à la

définition de l'article L515-8 du Code civil ; il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte Civil de Solidarité à un tiers.

► **Vos enfants et ceux de votre conjoint**

- jusqu'à leur 20ème anniversaire, s'ils sont à votre charge (ou celle de votre conjoint) au sens de l'Assurance Maladie,
- jusqu'à leur 28ème anniversaire, s'ils remplissent une des conditions suivantes
 - > s'ils sont affiliés au régime étudiant de l'Assurance Maladie,
 - > s'ils suivent des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance,
 - > s'ils sont à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ont terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissent une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
- quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

► **Vos ascendants ou ceux de votre conjoint ou de votre concubin, ou de votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à charge au sens de l'Assurance Maladie.**

3 - Date d'effet

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

► Maternité

La prestation est versée en cas de maternité de l'affiliée ou de la conjointe si cette dernière est assurée. Elle a pour objet de couvrir les frais engagés restant à la charge de l'affiliée, liés aux actes médicaux et soins relatifs à la maternité, notamment les dépassements d'honoraires, les suppléments de chambre particulière, etc.

Dans le cadre de la réglementation du contrat responsable, les dépassements d'honoraires sont limités à 100% de la base de remboursement pour les médecins non adhérents à l'OPTAM. A noter, en cas de complication chirurgicale prise en charge par l'Assurance Maladie au titre de la branche maladie, les honoraires et le séjour sont réglés au tarif indiqué au paragraphe HOSPITALISATION.

► Cures thermales

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

► Exclusions générales

- Les prestations non indiquées ici
- Les dossiers présentés plus de deux ans après la date des soins.

- Les actes médicaux dont la date figurant sur le volet de la caisse d'Assurance Maladie est antérieure ou postérieure à la période de garantie. Cependant, la date de début des soins est retenue lorsque seules les dates de début et de fin d'une série d'actes, dans le cadre d'un traitement, figurent sur le volet de la caisse d'Assurance Maladie.

Remarques importantes

- Ces prestations ont été établies en considération de la législation de l'Assurance Maladie en vigueur. Toute modification de cette législation pourra entraîner une modification de nos remboursements. Pour tous les soins pratiqués à l'étranger, notre remboursement sera effectué en complément de l'Assurance Maladie sur la base des tarifs pratiqués en France.
- Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'affilié après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.
- Les garanties de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 9 de la Loi du 31.12.1989).

► **En cas de cessation d'affiliation au contrat « Groupe »**

Si votre affiliation au contrat groupe cesse, quel qu'en soit le motif, adressez-vous à votre Unité de Gestion.

► **Maintien des garanties**

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, les garanties pourront être maintenues sous certaines conditions pour une durée ne pouvant excéder 12 mois. Les modalités de ce maintien sont communiquées par votre employeur.

DROIT D'ACCES ET DE RECTIFICATION DE VOS INFORMATIONS

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de ce contrat pourront faire l'objet – dans le respect de la loi Informatiques et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée – d'un traitement informatique dont la finalité est la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de votre contrat d'assurance. Ces données sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion de votre contrat, notamment aux partenaires assureurs et réassureurs intervenant dans la gestion des garanties. Compte tenu de la dimension internationale du Groupe Henner,

présent dans le monde entier, vos données à caractère personnel peuvent être transférées en dehors de l'Union Européenne (UE) vers d'autres entités du groupe, y compris dans des pays dont la législation en matière de protection des données à caractère personnel diffère de celle de l'UE, dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance. Dans de tels cas, nous veillons à ce que des mesures adéquates soient mises en œuvre pour protéger vos données à caractère personnel conformément aux principes en vigueur au sein de l'UE.

Ces données pourront également faire l'objet, dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, de traitements spécifiques :

- Dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude aux assurances : ce traitement sera notamment susceptible de conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;
- Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, contre le financement du terrorisme ainsi qu'à l'application des sanctions financières : ce traitement sera notamment susceptible d'inclure la mise en place d'obligations de vigilance ainsi qu'une surveillance des opérations pouvant aboutir à une déclaration de soupçon ou à un gel des avoirs.

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

Dans tous les cas, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition de toute information vous concernant et figurant sur tout fichier à l'usage de Henner ou des éventuels autres gestionnaires des risques garantis, partenaires assureurs ou tout autre organisme professionnel habilité en écrivant à : Henner, Accès/Rectification des Données à Caractère Personnel, 14 boulevard du général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine ou à l'adresse de messagerie: informatique-libertes@henner.com

Ce document n'est qu'un simple extrait ; seule la notice d'information rédigée par l'organisme assureur sous sa seule responsabilité fait foi vis-à-vis des assurés (articles L932-6 du Code de la Sécurité sociale, L140-4 du Code des assurances et L221-6 du code de la Mutualité.)



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 (61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09, www.acpr.banque-france.fr) Entreprise certifiée ISO 9001 par Bureau Veritas Certification - Siège social : 14 bd du Général