



Henner™

Guide pratique



Expats UNO

Expatriés français



Bienvenue chez Henner !

Nous nous réjouissons de vous compter parmi nos assurés. Pour vous accompagner mais aussi pour vous permettre de gérer le quotidien librement, vous trouverez dans ce guide pratique tout ce qui concerne votre couverture santé : de vos garanties à vos contacts privilégiés, ainsi que les procédures de remboursement et les principaux outils dont vous disposez pour agir rapidement et en toute indépendance.

Sommaire

- 4** Bienvenue chez Henner !
- 6** Vos services Henner
- 8** Votre réseau de soins
- 9** L'e-claiming : vos demandes de remboursement en ligne
- 10** Les procédures : le remboursement, comment ça marche ?
- 12** Les procédures : l'entente préalable
- 16** Glossaire

Bienvenue chez Henner !

Les coordonnées de votre Unité de Gestion, selon votre pays d'expatriation :



Asie / Océanie

Henner - GMC Services (Asia Pacific) Pte Ltd
International Administration
Client Services Team 37
137 Telok Ayer Street 07-01/02/03
Singapore 068602

- Tel : +65 6887 2489
- E-mail : serviceindiv@henner.com



Europe / reste du monde

Henner - Unité de Gestion 14
14 boulevard du Général Leclerc CS 20058
92527 Neuilly-sur-Seine Cedex France

- Tel : +33 1 55 62 52 14
- E-mail : ug14@henner.com

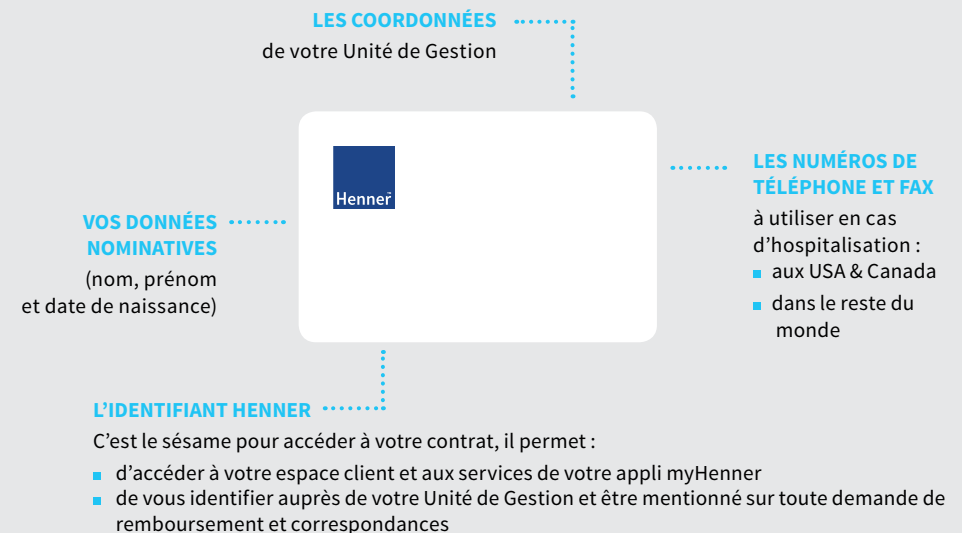
Les coordonnées de votre service d'Assistance :

- Tel : 09 77 40 70 57
- N° de convention : GAC08MED0105

Votre carte d'assuré Henner

Elle vous sera envoyée par courrier et vous pouvez également la télécharger via l'application myHenner. Chaque membre de votre famille a sa propre carte.

- ▶ Elle vous permet d'attester de votre qualité d'assuré auprès de vos prestataires de santé.
- ▶ Elle contient toutes les informations nécessaires pour contacter les services Henner et pour vous identifier.



LE SAVIEZ-VOUS ?

Cette carte est valable pendant toute la durée de votre contrat même si vous changez de pays de résidence. En cas de perte, contactez les Unités de Gestion pour qu'une nouvelle carte vous parvienne dans les plus brefs délais.

Vos services Henner



L'application myHenner

Toutes les informations relatives à votre contrat santé Henner réunies au même endroit : l'application myHenner (en téléchargement sur l'AppStore et sur GooglePlay).



Consultation et détail
des remboursements



Demande de remboursement
(e-claiming)



Carnet de santé



Envoi
de demande
d'entente préalable



Contact de votre UG
par messagerie
sécurisée



Transmission
des documents
par photo



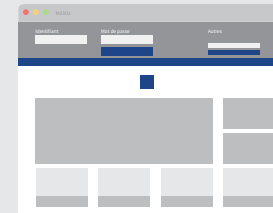
Recherche et localisation
des professionnels de santé,
listés par spécificités



Mes documents
à télécharger
(formulaires, contrat,
conditions générales...)



Votre carte d'assuré
dématérialisée reprenant
l'essentiel des garanties de
votre contrat



Votre espace personnel

C'est votre espace : entièrement sécurisé, il vous est dédié, ainsi qu'à tous les membres de votre famille.

Avec votre espace personnel

- Accédez au réseau médical et recherchez un professionnel de santé appartenant au réseau Henner.
- Recevez une alerte e-mail dès que les derniers décomptes ayant été traités pour vous ou votre famille sont disponibles.
- Gérez vos demandes de remboursement.
- Consultez et téléchargez la documentation relative à votre contrat : le détail des garanties, les conditions générales, les demandes d'entente préalable.
- Modifiez vos coordonnées postales, bancaires, e-mail...en temps réel.
- Retrouvez les coordonnées de votre Unité de Gestion dans vos contacts.

Comment ça fonctionne ?

- Connectez-vous sur notre site indiqué sur votre carte assuré.
 - Choisissez dans le menu déroulant « Accès client »
 - Renseignez votre identifiant (qui figure sur votre carte d'assuré Henner).
 - Entrez votre mot de passe.
- Bienvenue dans votre espace client ! A vous de jouer...



Première connexion ?

1. Cliquez sur le lien « première connexion ? »
2. Renseignez votre identifiant qui figure au recto de votre carte Henner
3. Choisissez de recevoir votre mot de passe par e-mail ou par SMS
4. Recevez votre mot de passe selon le mode choisi. Pour la sécurité de vos données, vous devrez le personnaliser

Votre réseau de soins



Le Groupe Henner a bâti le plus important réseau de partenaires de santé pour permettre un accès aux soins à ses assurés, où qu'ils se trouvent.

Le réseau Henner :

■ Pas d'avance de frais

Vous pouvez bénéficier du tiers payant auprès des professionnels de soins de notre réseau. Veuillez vérifier si votre contrat vous donne accès au tiers payant dans vos conditions générales.

■ Se faire soigner en toute confiance

Henner sélectionne pour vous les meilleurs professionnels de santé dans le monde. Choisissez parmi un réseau grandissant de plus de 57 000 prestataires de santé.

■ Votre porte-monnaie vous dit merci

Plus vous êtes nombreux à utiliser le réseau, plus nous pourrions négocier les tarifs auprès de nos partenaires. C'est l'opportunité pour vous d'obtenir des tarifs préférentiels, grâce à un réseau quotidiennement utilisé et mis à jour.

■ Faites-nous des recommandations !

Votre médecin est exceptionnel et il n'est pas encore dans le réseau Henner ? Renforcez notre réseau en nous recommandant vos prestataires de santé non membres du réseau.

■ Faites le choix de la proximité

Accédez à la géolocalisation sur l'appli myHenner et trouvez facilement les prestataires membres de notre réseau proches de chez vous.



160 000

actes remboursés par jour

57 000

professionnels de santé dans le réseau Henner

187

pays représentés dans nos réseaux de soins

L'e-claiming

Vos demandes de remboursement en ligne

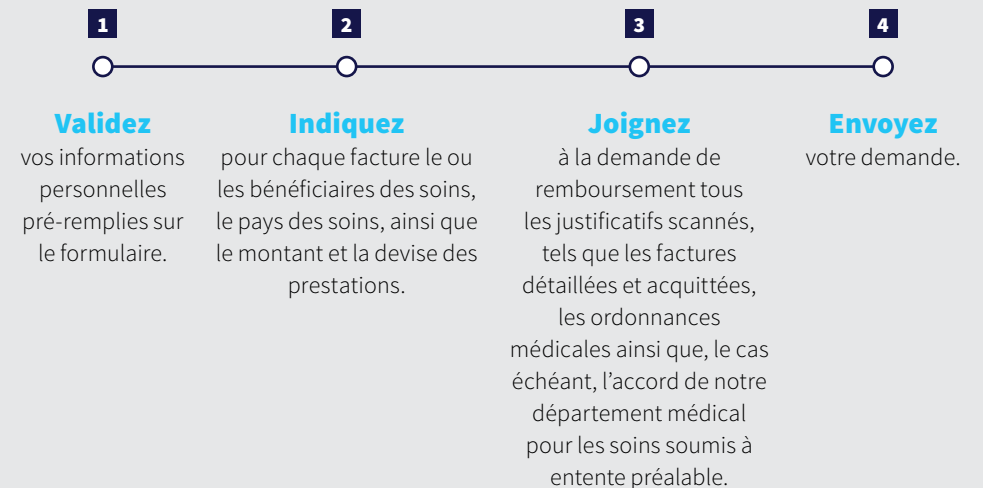
C'est quoi l'e-claiming ?

C'est la possibilité pour vous de faire vos demandes de remboursement directement en ligne.

- ▶ Evitez les frais postaux,
- ▶ Suivez l'état d'avancement du traitement de votre dossier.

L'e-claiming, comment ça marche ?

Connectez-vous à votre espace client et cliquez sur la rubrique « Créer une demande de remboursement en ligne ».



Les procédures

Le remboursement, comment ça marche ?



Comment soumettre ma demande de remboursement ?

■ Avec l'e-claiming ou votre application myHenner : envoyez-nous vos demandes de remboursement de factures de moins de 500 EUR/USD.

■ Par courrier :

Obligatoire pour les factures supérieures à 500 EUR/USD. Envoyez les originaux à votre Unité de Gestion.



Quels sont vos délais de remboursements ?

Les demandes de remboursement complètes ne nécessitant pas d'information complémentaire sont traitées, hors délais postaux et bancaires, dans un délai moyen de 3 jours ouvrés. Si vous êtes affilié à la CFE, le délai sera de 5 jours ouvrés.



Comment consulter mes remboursements de frais de santé ?

Ils sont accessibles sur votre espace personnel et sur votre appli mobile myHenner



Demande d'entente préalable : que faire en cas d'urgence ?

Dans les situations d'urgence, contactez-nous dans un délai de 48h après votre admission à l'hôpital, nous vous confirmerons si les soins sont couverts et organiserons le règlement direct des frais auprès de votre prestataire.



Puis-je bénéficier du service de tiers payant ?

Oui, uniquement en cas d'hospitalisation.



Comment vous faire rembourser ?

Comment constituer votre dossier de remboursement

L'assuré doit transmettre à Henner les pièces originales justificatives suivantes :

- Le formulaire de demande de remboursement complété et comportant les coordonnées de l'assuré et/ou de ses bénéficiaires,
- La copie de la prescription médicale,
- L'original de la facture détaillée et acquittée,
- L'original du décompte de tout autre organisme dont vous pouvez relever,
- Pour les soins soumis à entente préalable : l'accord du département médical de Henner.

Remboursement dans la devise de votre choix

Le remboursement de vos dépenses médicales s'effectue toujours dans une devise convertible. Lorsque la devise de votre compte bancaire et la devise utilisée pour régler vos dépenses médicales sont différentes, le taux de change utilisé par Henner peut être celui du jour ou la demande de remboursement est traitée.

Dans le cadre de virements internationaux, nous vous recommandons de regrouper vos demandes de remboursement.

- Si les frais ont été engagés hors de votre pays de résidence, il faudra également fournir toute pièce établissant la preuve que les frais médicaux relèvent bien d'un accident ou d'une maladie inopinée tels que définis aux Conditions Générales.
- Les demandes de remboursements doivent être présentées à Henner, dans un délai de 12 mois maximum suivant la date de cessation des soins. Ce délai est ramené à 3 mois en cas de résiliation du contrat.
- Vous avez la possibilité d'opter pour un paiement de vos prestations directement sur votre compte à l'étranger.
- Le paiement est effectué à l'ordre de l'assuré, pour l'ensemble des bénéficiaires inscrits dans le contrat.

Les procédures

L'entente préalable

Pourquoi une demande d'entente préalable ?

Dans le cas d'une hospitalisation programmée ou de certains traitements importants ou récurrents, l'entente préalable permet une prise de contact entre nos praticiens-conseils et votre médecin prescripteur sur :

- la cohérence entre le diagnostic et le plan de traitement,
- l'adéquation des actes prescrits avec des pathologies identifiées,
- la cohérence des tarifs proposés.



Le saviez-vous ?

Nos praticiens-conseils, choisis pour leur expérience internationale, disposent d'un réseau de consultants spécialisés auxquels ils peuvent faire appel chaque fois qu'ils le jugent utile et enfin, ils sont à votre disposition pour vous orienter ou vous expliquer les raisons d'un avis médical.

Une demande d'entente préalable est obligatoire avant d'entreprendre certains soins. L'accord préalable de Henner doit être demandé pour tous les frais énumérés en page 13. En cas de non respect de la procédure d'entente préalable, le remboursement des soins fera l'objet d'un refus.

Quelles sont les dépenses soumises à entente préalable ?

- **Les actes en série**
(chimiothérapie, dialyse, électrothérapie, radiothérapie, kinésithérapie, orthophonie, orthoptie, soins infirmiers, etc.) dès lors que leur nombre est supérieur à 5
- **Les prothèses médicales**
(autres que prothèses dentaires)
- **L'hospitalisation**
(y compris l'accouchement)
- **Les séjours**
en maisons de convalescence, de rééducation ou autres séjours
- **Les actes dentaires**
(prothèses et implants dentaires, parodontie, inlays core, inlays, onlays)
- **L'orthopédie dento-faciale enfant**



Formulaire « Demande d'entente préalable Actes en série et prothèses »



Formulaire « Demande d'entente préalable Hospitalisation »



Formulaire « Demande d'entente préalable Traitements dentaires »



Veillez consulter votre tableau de garanties pour vérifier les soins soumis à entente préalable sur votre contrat.

Ces formulaires sont disponibles et téléchargeables sous format PDF dans votre espace personnel et votre application myHenner.

Les procédures (suite)

L'entente préalable

Où envoyer la demande d'entente préalable ?

Le formulaire d'entente préalable signé par votre praticien doit comporter un devis détaillé et préciser le diagnostic ainsi que la nature des soins à effectuer.

Le formulaire complété doit être adressé, au moins 10 jours avant la date prévue du début du traitement :



Sous pli confidentiel à :

Département Médical de Henner
14 boulevard du Général Leclerc
CS 20058 - 92527 Neuilly-sur-Seine Cedex
Fax : + 33 1 85 64 74 15



Par email :

medical@henner.com



Via l'appli myHenner

En cas d'hospitalisation en France pour les contrats en complément de la CFE, les démarches sont les mêmes, mais pour la part CFE c'est l'établissement hospitalier qui effectuera directement les démarches de demande d'entente préalable.



Le saviez-vous ?

La réponse du Département Médical de Henner vous sera envoyée à votre adresse e-mail personnelle dans les 5 jours suivant la réception de votre dossier complet. La prise en charge « lettre de garantie » sera adressée directement à l'établissement de soins.

En cas d'hospitalisation d'urgence,

une lettre de prise en charge sera émise dans les 2 heures afin de garantir la prise en charge des frais. En cas d'hospitalisation en dehors du réseau de soins Henner, nous ferons notre possible pour que cette garantie soit acceptée.



Médecine ambulatoire courante : actes médicaux en série (plus de 5 séances)

Lorsque l'acte est effectué par un auxiliaire médical, la demande d'entente préalable doit être accompagnée de l'ordonnance du médecin prescripteur avec la pathologie et la durée prévisible du traitement clairement mentionnée.



Actes dentaires

Une radiographie panoramique peut être demandée dans certains cas.



Prothèses médicales d'appareillage

La formalité de l'entente préalable est exigée dans tous les cas.

En cas d'urgence

En cas d'urgence manifeste, les traitements réalisés sont tout de même soumis a posteriori à la procédure d'entente préalable. La demande doit être adressée à Henner dans les 48h qui suivent l'entrée à l'hôpital, avec mention du caractère urgent de l'hospitalisation.

Pour toute prolongation de l'hospitalisation, la demande d'entente préalable doit être renouvelée. Elle doit parvenir à Henner dans les 48 heures qui suivent la fin de ladite période.

Glossaire

Tout ce langage assurantiel peut vous sembler confus, mais c'est vraiment très simple ! Voici une liste de mots et de phrases - que vous nous avez probablement entendu utiliser - avec la brève explication de ce que chacun signifie.

Le remboursement

→ Base de remboursement

Le montant maximum que votre Sécurité sociale vous remboursera pour les frais médicaux.

→ Entente préalable

Avant d'engager certains types de soins ou de prestations, vous devez préalablement obtenir l'accord de l'assureur.

→ Franchise

La partie de vos frais médicaux que vous avez accepté de payer vous-même. Lorsque vous faites une demande de remboursement ou de prise en charge, tous les frais supérieurs à cette franchise seront remboursés par votre assureur.

→ Lettre de garantie

Un accord pour couvrir vos frais médicaux envoyé à votre établissement de santé par votre assureur ou Sécurité sociale.

→ Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

→ Tiers payant

Un paiement effectué par votre compagnie d'assurance directement à votre médecin ou à votre hôpital.

Le système de santé

→ Accident

Une atteinte corporelle involontaire causée par des facteurs et des événements indépendants de votre volonté.

→ Actes en série

Tout traitement médical qui se déroule sur plusieurs séances (ex. la kinésithérapie).

→ Ambulatoire

Un traitement ou une intervention dispensés dans le cabinet médical d'un médecin, d'un thérapeute ou d'un spécialiste qui ne nécessitent pas une hospitalisation.

→ Atteinte corporelle grave

Un accident ou une maladie inattendue qui pourrait engager mettre la vie en danger si elle n'est pas traitée immédiatement.

→ Chirurgie ambulatoire

Un traitement médical ou une intervention effectuée en ambulatoire à l'hôpital.

→ Demande de remboursement

Le processus de demander à votre assurance de rembourser vos frais médicaux.

→ Forclusion

Lorsque vous perdez le droit de faire une demande de remboursement parce que vous avez dépassé la date limite.

→ Hôpital

Tout établissement de santé agréé et légalement reconnu comme hôpital dans le pays où vous vous trouvez.

→ Hospitalisation

Tout traitement médical qui nécessite que vous restiez à l'hôpital pendant 24 heures ou plus.

→ Maladie inopinée

Une maladie soudaine que votre médecin estime devoir être traitée dans les 24 heures.

→ Ordonnance médicale

Une autorisation écrite de votre médecin pour acheter un certain type de médicament ou recevoir un traitement médical.

→ Soins courants

Un traitement médical standard de base, tel qu'un bilan de santé auprès votre médecin généraliste.

→ Traitement de jour

Un traitement planifié effectué dans un hôpital ou un établissement de soins pendant la journée et qui ne nécessite pas que le patient y passe la nuit.

→ Urgence

Un événement médical grave, comme une maladie ou une atteinte corporelle, qui nécessite une attention immédiate.

Glossaire (suite)

Votre contrat d'assurance

→ Année d'assurance

Une période de 12 mois au cours de laquelle votre assurance est valable à compter de votre premier jour de couverture.

→ Antécédents médicaux

Tout problème médical que vous avez déjà lorsque vous démarrez une nouvelle police d'assurance.

→ Assistance rapatriement

Prise en charge par votre assureur des prestations de rapatriement pour un traitement médical lors d'un incident ou d'un accident dont vous avez été victime partout dans le monde.

→ Assurance santé au 1^{er} euro/dollar

Un type d'assurance qui rembourse vos frais médicaux à partir du premier dollar ou du premier euro dépensé.

→ Assuré (affilié/adhérent)

Toute personne physique, titulaire d'un contrat d'assurance et dont les frais médicaux sont couverts par une assurance maladie.

→ Ayant droit

Un membre de la famille de l'assuré principal. Il peut ainsi bénéficier des garanties souscrites par l'assuré principal et est légalement couvert par la même police.

→ Délai d'attente

La durée de temps que vous devez attendre avant de faire une demande de remboursement pour vos frais médicaux.

→ Exclusion

Tout traitement, procédure ou consultation non couverts par votre police d'assurance.

→ Expatrié

Une personne qui vit et travaille de manière permanente à l'extérieur de son pays d'origine.

→ Indexation

Lorsque votre assureur ajuste son niveau de couverture en fonction de l'évolution de la consommation de soins médicaux pour l'ensemble des adhérents du contrat enregistrés au cours de l'année écoulée.

→ Pays de nationalité

Le pays où votre passeport a été délivré et dont vous détenez la citoyenneté.

→ Pays de résidence

Le pays où vous vivez pendant au moins six mois consécutifs de l'année.

→ Prime d'assurance

Un paiement régulier versé à l'assureur par l'assuré en échange d'une couverture.

→ Questionnaire de santé

Une série de questions sur votre santé que votre assureur demande avant de valider votre demande de souscription de couverture santé.

→ Reconduction de contrat

Lorsque vous prolongez la période pendant laquelle votre police d'assurance est valide.

→ Résiliation

Lorsque vous, votre employeur ou votre assureur décide de mettre fin à votre police d'assurance.

→ Responsabilité civile

Assurance qui couvre vos coûts lorsque vous causez des dommages corporels, matériels et immatériels à quelqu'un d'autre.

→ Tacite reconduction

Une entente avec votre assureur selon laquelle votre police sera automatiquement renouvelée.

→ Zone de couverture

Le pays ou une partie du monde dans lesquels vous êtes couvert par votre assurance.

La santé en France

→ Assurance santé en complément de la CFE

Cette couverture sociale internationale permet de compléter votre couverture de base souscrite auprès de la Caisse des Français de l'Étranger.

→ Dépassement d'honoraires

Différence entre les honoraires réglés à un praticien et le tarif de responsabilité (ou tarif de convention) de la Sécurité sociale.

→ Médecins conventionnés

Médecins français qui ont signé un accord avec le système national de santé en France pour appliquer des tarifs forfaitisés.

→ La Caisse des Français de l'Étranger (CFE)

Une organisation qui assure la sécurité sociale des citoyens français résidant à l'étranger. Vous pouvez vous y affilier dans les trois mois suivant votre départ de France.

H8721 - 05/2018

Henner

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) - Entreprise certifiée ISO 9001 par Bureau Veritas Certification - 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. Toutes les informations mentionnées dans ce document à caractère commercial sont communiquées à titre purement indicatif, sont susceptibles de modifications et n'ont pas valeur contractuelle. Les garanties peuvent donner lieu à exclusions, limitations et franchises. Pour connaître le détail, l'étendue et les conditions de garantie, reportez-vous aux conditions générales et particulières du contrat.

