

Ma Protection Sociale Complémentaire obligatoire (PSC Santé)

Livret d'accueil



Contacter mon centre de gestion



Mon espace assuré Mercer ma santé :
www.mercermasante.fr, rubrique
« Demandes »



Par téléphone :
du lundi au vendredi de 8h30 à 18h

▶ N° Cristal 09 71 09 19 61

APPEL NON SURTAXE



Par courrier :
MERCER
TSA 51801
28039 CHARTRES CEDEX

Mes services Mercer 24h/24



Mon espace assuré Mercer ma santé

Prendre sa santé en main, c'est facile avec **Mercer ma santé** : un espace assuré et une application mobile pour gérer votre santé au quotidien et avoir tous vos services santé à portée de main !



La gestion de mon contrat santé

- Consulter mes remboursements et mes garanties.
- Accéder à ma carte de tiers payant et géolocaliser un professionnel de santé.
- Envoyer un devis, une facture ou une demande de prise en charge.
- Suivre en temps réel l'avancement de mes demandes.
- Contacter mon centre de gestion via la messagerie sécurisée.



Mes services Santé

- Simuler et estimer mon reste à charge.
- Contacter un médecin en moins de 3 minutes, 24h/24.
- Bénéficier d'une assistance en cas d'immobilisation.
- Accéder au réseau ITELIS : optique, audioprothèse et dentaire.
- Accéder à des médecins référents en téléconsultation.
- Etre guidé en cas d'hospitalisation :
 - palmarès des établissements ;
 - analyse tarifaire du dépassement des honoraires.



Comment accéder à mon espace Mercer ma santé ?

- Téléchargez sur l'Apple Store ou Google Play l'application mobile « Mercer ma santé » ou rendez-vous sur www.mercermasante.fr.
- Cliquez sur « Première connexion », puis « Je n'ai pas d'identifiant, ni de mot de passe ».
- Laissez-vous guider par les informations demandées.

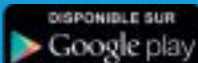


Le dépôt de document : simple, pratique et rapide !

- Envoyez vos devis, factures et autres justificatifs depuis votre espace personnel ou votre application mobile grâce à la rubrique « Demandes ».
- Pour bénéficier d'un suivi et d'un traitement optimal et complet, c'est simple et pratique.

1. Depuis votre espace Mercer ma santé, rendez-vous dans la rubrique « Demandes ».
2. Sélectionnez le type de demande, complétez les informations demandées.
3. Joignez vos documents et validez votre demande.

Scannez un des QR codes ci-contre pour télécharger sur votre smartphone





Les spécificités de mon contrat

- **Agents intégrés après le 1er décembre 2024**

Le gestionnaire de proximité RH vous transmettra essentiellement les informations utiles sur la PSC Santé obligatoire via l'envoi du livret d'accueil agents ou en l'invitant à consulter le site

<https://www.psc-agriculture-mercer.fr/>.

- **Adhésion**

Deux cas de figures sont possibles :

- Si vous souhaitez rejoindre le contrat de la PSC Santé, le gestionnaire de proximité RH procédera alors à votre pré-affiliation.
- Si vous souhaitez faire valoir une dispense, le RH de proximité vous communiquera le lien du portail de dispense et le code d'accès.

- **Définitions des intervenants au contrat**

Ayants droit

Sont considérés comme ayants droit au sens dudit contrat :

le conjoint, personne mariée avec le bénéficiaire actif ou retraité du contrat obligatoire et non séparée de corps, dans les conditions prévues à l'article 296 du Code civil.

Sont assimilés au conjoint :

- **le cocontractant d'un PACS.** Est assimilé au conjoint la personne qui a conclu avec le bénéficiaire actif ou retraité du contrat obligatoire un Pacte Civil de Solidarité conformément aux dispositions de l'article 515-1 et suivant du Code civil ;

- **le concubin,** personne avec laquelle le bénéficiaire actif ou retraité du contrat obligatoire vit en concubinage selon les dispositions de l'article 515-8 du Code civil.

Le conjoint veuf/veuve et l'orphelin du bénéficiaire actif ou retraité décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin peuvent conserver à leur demande, la qualité de bénéficiaire après le décès du bénéficiaire décédé.

Enfants

Par « enfant », il faut entendre :

les enfants ou petits enfants des bénéficiaires actifs ou retraités tels que définis à l'article 3.2 de la présente notice,

- âgés de moins de 21 ans ;
- âgés de moins 25 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études, ou s'ils sont en contrat d'apprentissage ou demandeurs d'emploi ;
- s'ils sont handicapés reconnus par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, sans condition d'âge.

- **Changement de situation familiale**

Sont considérés comme constituant un changement de situation familiale, les événements suivants :

- le mariage, le concubinage, le PACS ;
- le divorce, la séparation de corps, la rupture des relations de concubinage, la dissolution du PACS ;
- la naissance ou l'adoption d'un enfant ;
- la perte de la qualité d'enfant à charge ;
- le décès d'un enfant à charge ou du conjoint, cocontractant d'un PACS ou concubin.

En cas d'adoption, de séparation de corps ou de divorce, la date de l'évènement à prendre en compte est celle du prononcé du jugement. En cas de conclusion ou de dissolution d'un PACS, la date de l'évènement à prendre en compte est celle de l'inscription sur le registre établi à cet effet au tribunal judiciaire du lieu de résidence commune.



Les modalités de choix d'adhésion à l'une des options facultatives

Lors de votre affiliation en ligne, vous aurez la possibilité de choisir l'option qui vous convient. Le régime de base sera appliqué en l'absence d'indication.

Le retour au panier de soins interministériel ou le changement d'option peut intervenir à tout moment dès lors que l'agent a cotisé au régime pendant au moins 2 ans (sauf cas de changement de situation de famille).

En cas de changement de situation de famille : la demande de changement doit être adressée à Mercer dans les 30 jours suivant la date de survenance de l'événement afin qu'elle soit prise en compte le 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de modification.

Au-delà de 1 mois, la modification prendra effet le 1^{er} janvier de l'année suivante.



Que faire en cas de fin de contrat ?

La portabilité des droits

En cas de cessation de votre relation ouvrant droit à une indemnisation par l'Assurance chômage, vous pouvez bénéficier du maintien de vos droits ouverts au panier de soins interministériel obligatoire de votre employeur. Ce maintien des garanties aura une durée égale à la durée de votre dernière relation de travail, dans la limite de 12 mois, sous réserve de transmettre chaque mois, à votre service de gestion, un justificatif de versement des allocations chômage.

Mon contrat frais de santé



Les cotisations du contrat

Le modèle de la cotisation a été définie par décret. Le montant du panier de soins interministériel obligatoire (panier socle) sera prélevé sur le bulletin de salaire, déduction faite de la participation employeur. Quant au règlement de l'option choisie, celle-ci s'effectuera par prélèvement bancaire directement sur le compte de l'agent. La participation de 5€ de l'employeur figurera sur le bulletin de salaire de l'agent.

Les tarifs présentés ci-dessous sont exprimés hors participation de l'employeur (panier de soins interministériel obligatoire et option).

	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL OBLIGATOIRE	OPTION 1 FACULTATIVE (en complément du régime de base)	OPTION 2 FACULTATIVE (en complément du régime de base)	OPTION 3 FACULTATIVE (en complément du régime de base)
REGIME GENERAL				
Agent	cf simulateur	11,70 €	24,14 €	37,13 €
Conjoint	83,55 €	12,88 €	26,55 €	40,83 €
Enfant < 21 ans*	37,98 €	5,86 €	12,07 €	18,56 €
Enfant > 21 ans	53,17 €	8,19 €	16,90 €	25,98 €
ALSACE MOSELLE				
Agent	cf simulateur	6,43 €	15,10 €	29,81 €
Conjoint	60,47 €	7,08 €	16,62 €	32,79 €
Enfant < 21 ans*	27,49 €	3,22 €	7,56 €	14,91 €
Enfant > 21 ans	38,48 €	4,51 €	10,57 €	20,88 €

*gratuité à compter du 3^{ème} enfant

Les tableaux suivants sont communiqués à titre d'information et ne sauraient être assimilés aux notices d'informations de l'assureur.

Pour mieux comprendre les garanties

BR = Base de Remboursement : tarif servant de référence à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement

DTPM = Dispositif de la Pratique Tarifaire Maîtrisée

FR = Frais Réels

HLF = Honoraire de Limite de Facturation

PLV = Le Prix Limite de Vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le code de la Sécurité sociale.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

RO = Régime Obligatoire

RSS = Remboursement Sécurité Sociale

SS = Sécurité Sociale

TM = Le Ticket Modérateur est égal à la base de remboursement (BR) moins la déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux

Mes garanties frais de santé Agrica

Garanties y compris le remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire). Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).

PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL OBLIGATOIRE

OPTION 1 FACULTATIVE (en complément du régime de base)

OPTION 2 FACULTATIVE (en complément du régime de base)

OPTION 3 FACULTATIVE (en complément du régime de base)

Hospitalisation chirurgicale, médicale, obstétricale & maternité

	DPTAM	NON DPTAM	DPTAM	NON DPTAM	DPTAM	NON DPTAM	DPTAM	NON DPTAM
Honoraires praticien	150 % BR	130 % BR	-	-	+50 % BR	+50 % BR	+150 % BR	+70 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % BR		-		-		-	
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	100 % FR		-		-		-	
Frais de séjour (conventionné)	100 % BR						100 % FR	
Frais de séjour (non conventionné)	-		-		-		100 % BR	
Chambre particulière (sans limitation de durée) Court séjour et maternité	50 € / nuit		+ 10 € / nuit		+ 40 € / nuit		+ 70 € / nuit	
Chambre particulière (sans limitation de durée) Soins de suite	40 € / nuit		+ 5 € / nuit		+ 20 € / nuit		+ 50 € / nuit	
Chambre particulière (sans limitation de durée) Psychiatrie	45 € / nuit		+ 15 € / nuit		+ 45 € / nuit		+ 75 € / nuit	
Chambre particulière (sans limitation de durée) Ambulatoire	25 € / jour		+ 10 € / nuit		+ 10 € / nuit		+ 20 € / nuit	
Frais d'accompagnant - Etablissement conventionné	38,5 € / nuit		-		-		-	
Frais d'accompagnant - Etablissement non conventionné	25 € / nuit		-		-		-	

Soins courants

	DPTAM	NON DPTAM	DPTAM	NON DPTAM	DPTAM	NON DPTAM	DPTAM	NON DPTAM
Honoraires médicaux : consultations / visites de généralistes	100 % BR	100 % BR	+ 40 % BR	+10 % BR	+ 80 % BR	+ 50 % BR	+125 % BR	+100 % BR
Honoraires médicaux : consultations / visites spécialistes	150 % BR	130 % BR	-	-	+ 50 % BR	+ 30 % BR	+150 % BR	+ 70 % BR
Honoraires médicaux : médecin spécialiste	150 % BR	130 % BR	-	-	+ 50 % BR	+ 30 % BR	+150 % BR	+ 70 % BR
Honoraires Médicaux : actes d'imagerie médicale	130 % BR	100 % BR	+20 % BR	+30 % BR	+ 70 % BR	+ 60 % BR	+170% BR	+100 % BR
Actes Techniques Médicaux	150 % BR	130 % BR	-	-	+ 50 % BR	+ 30 % BR	+150 % BR	+ 70 % BR
Actes de Chirurgie	130 % BR	100 % BR	+20 % BR	+30 % BR	+ 70 % BR	+ 60 % BR	+170% BR	+100 % BR
Actes de laboratoire	100 % BR		-		-		-	
Analyses médicales et actes de biologie	100 % BR		-	-	+25 % BR	+ 5 % BR	+ 25 % BR	+25 % BR
Dispositif Monpsy	100 % BR		-		-		-	
Honoraires paramédicaux : infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 % BR		+ 10 % BR		+ 10 % BR		+ 25 % BR	
Honoraires paramédicaux : masseurs-kinésithérapeutes	130 % BR		-		-		-	
Frais de transport en véhicule sanitaire Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 % BR		-		+ 25 % BR		+ 25 % BR	
Transports urgents préhospitaliers (T.U.P.H) remboursés par la Sécurité sociale Urgent = pris en charge du régime de base 100% de la BR	FR		-		-		-	
Médicaments : remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100 % BR		-		-		-	
Médicaments : remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100 % BR		-		-		-	
Médicaments : remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	100 % BR		-		-		-	
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie)	70 € / an		-		-		-	
Matériel médical : appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200 % BR		-		+ 100 % BR		+ 200 % BR	

Aides auditives

Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Prestations du PANIER 100% SANTE

Aide auditive	Prise en charge intégrale	-	-	-
Piles et entretien pour prothèse auditive	100%BR	-	-	+200 % BR

Prestations du PANIER LIBRE

Equiperment à tarif libre	-	-	-	-
Moins de 20 ans et atteint de cécité	TM	1400 € par prothèse	1400 € par prothèse	100 % BR + 1400 € par prothèse
20 ans et plus	800 € par prothèse	1000 € par prothèse	1200 € par prothèse	100 % BR + 1400 € par prothèse

Garanties y compris le remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire). Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL OBLIGATOIRE	OPTION 1 FACULTATIVE (en complément du régime de base)	OPTION 2 FACULTATIVE (en complément du régime de base)	OPTION 3 FACULTATIVE (en complément du régime de base)
Optique Une paire de lunettes tous les 2 ans pour les adultes et les enfants de + de 16 ans sauf changement de correction visuelle et pathologies définies par le législateur				
	ITELIS	ITELIS	ITELIS	ITELIS
Prestations du PANIER 100% SANTE				
Monture, verres & examen visuel	100 % PLV - RSS	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Appairage, suppléments pour verre en cas de pathologie	100 % PLV - RSS	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Prestations du PANIER LIBRE				
Monture	50 € / an	+ 50 € / an	+ 50 € / an	+ 50 € / an
Verres	Cf. grille optique	Cf. grille optique	Cf. grille optique	Cf. grille optique
Autres prescriptions optique	100 % BR	-	-	-
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur.	100 € / an	+ 75 € / an	+ 150 € / an	+ 250 € / an
Lentilles non remboursées par le régime de base	100 € / an	+ 75 € / an	+ 150 € / an	+ 250 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 €	-	+ 100 €	+ 200 €
Dentaire				
		Plafond dentaire : 1 500 € / an	Plafond dentaire : 2 000 € / an	Plafond dentaire : 3 500 € / an
Prestations du PANIER 100% SANTE				
Soins et prothèses dentaires	100 % HLF - RSS	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, (acceptée SS)	100 % HLF - RSS	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Prestations du PANIER MAÎTRISÉ				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375 % BR	+ 25 % BR	+ 75 % BR	+ 175 % BR
Prothèses amovibles	375 % BR	+ 25 % BR	+ 75 % BR	+ 175 % BR
Prothèses provisoires	375 % BR	+ 25 % BR	+ 75 % BR	+ 175 % BR
Inlay Core	375 % BR	+ 25 % BR	+ 75 % BR	+ 175 % BR
Inlays onlays d'obturation	150 % BR	+ 250 % BR	+ 300 % BR	+ 400 % BR
Prestations de PANIER LIBRE				
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie (acceptée SS)	100 % BR	-	-	-
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Dent visible : 300 % BR Dent non visible : 250 % BR	Dent visible : - Dent non visible : + 50 % BR	Dent visible : + 150 % BR Dent non visible : + 200 % BR	Dent visible : + 250 % BR Dent non visible : + 300 % BR
Prothèses amovibles	Dent visible : 300 % BR Dent non visible : 250 % BR	Dent visible : - Dent non visible : + 50 % BR	Dent visible : + 150 % BR Dent non visible : + 200 % BR	Dent visible : + 250 % BR Dent non visible : + 300 % BR
Prothèses provisoires	300 % BR	-	+ 150 % BR	+ 250 % BR
Inlay Core	200 % BR	+ 100 % BR	+ 250 % BR	+ 350 % BR
Inlays onlays d'obturation	-	+ 300 % BR	+ 450 % BR	+ 550 % BR
Implants dentaire (limite 2 implants / an)	500 € / implant	+ 300 € / implant	+ 500 € / implant	+ 700 € / implant
Couronne sur implant (limite 2 couronnes / 2 ans)	200 € / couronne	+ 122,50 € / couronne	+ 230 € / couronne	+ 713,75 € / couronne
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	+ 150 € / an	+ 250 € / an	+ 400 € / an
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	-	+ 150 € / an	+ 250 € / an	+ 400 € / an
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250 % BR	+ 100 % BR	+ 200 % BR	+ 300 % BR
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale) y compris les bilans et la contention	400 € / semestre	+ 180,50 € / semestre	+ 374 € / semestre	+ 470,75 € / semestre
Médecine douce (y compris la base)				
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étioathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances / an (limite 40 € / séance)	4 séances / an (limite 40 € / séance)	4 séances / an (limite 50 € / séance)	4 séances / an (limite 60 € / séance)
Psychologue - forfait par bénéficiaire (y compris bilan neuropsychologue)	4 séances / an (limite 30 € / séance)	6 séances / an (limite 40 € / séance) complément tarifaire de 10 € sur les 4 séances de base	8 séances / an (limite 40 € / séance) complément tarifaire de 10 € sur les 4 séances de base	8 séances / an (limite 40 € / séance) complément tarifaire de 10 € sur les 4 séances de base

Garanties y compris le remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire). Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).

PANIER DE SOINS
INTERMINISTÉRIEL
OBLIGATOIRE

OPTION 1
FACULTATIVE
(en complément du
régime de base)

OPTION 2
FACULTATIVE
(en complément du
régime de base)

OPTION 3
FACULTATIVE
(en complément du
régime de base)

Autres soins

Cure thermale acceptée par la S.S. : honoraires, traitements et transport

100 % BR

+ 200 € / an

+ 300 € / an

+ 400 € / an

Prévention

Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique par bénéficiaire

80 € / an

-

-

-

Allocation naissance doublée en cas de naissance gémellaire

-

-

+ 5 % PMSS

+ 15 % PMSS

Contraception, tests de grossesse

80 € / an

+ 40 € / an

+ 70 € / an

+ 100 € / an

Amniocentèse, dépistage prénatal non invasif

183 € / acte

-

-

-

Protection périodique durable (Cup / culotte de règle / serviette hygiénique lavable)

-

+ 120 € / an

+ 120 € / an

+ 120 € / an

Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale

100 % BR

-

-

-

Services complémentaires

Assistance

N° Tél 01.42.99.82.14 - N° Convention : n° 922922
Mondial Assistance

Réseau de soins : ITELIS

Prix et services négociés chez des partenaires opticien, dentiste, audioprothésiste
Accès aux partenaires via la géolocalisation via votre espace assuré Mercer ma santé

Grille optique

Garantie exprimée
y compris
la Sécurité sociale

VERRE UNIFOCAL

VERRE PROGRESSIF / MULTIFOCAL

	Puissance (Sphère ou somme S)	Classe responsable	PANIER LIBRE BASE	PANIER LIBRE OPTION 1	PANIER LIBRE OPTION 2	PANIER LIBRE OPTION 3	Classe responsable	PANIER LIBRE BASE	PANIER LIBRE OPTION 1	PANIER LIBRE OPTION 2	PANIER LIBRE OPTION 3
VERRE SPHERIQUE	0,25 à 2,00	Simple	60 €	+ 20 €	+ 40 €	+ 90 €	Complexe	150 €	+ 25 €	+ 70 €	+ 125 €
	2,25 à 4,00	Simple	60 €	+ 20 €	+ 40 €	+ 90 €	Complexe	150 €	+ 25 €	+ 70 €	+ 125 €
	4,25 à 6,00	Simple	60 €	+ 20 €	+ 40 €	+ 90 €	Très complexe	200 €	+ 25 €	+ 75 €	+ 125 €
	6,25 à 8,00	Complexe	110 €	+ 65 €	+ 110 €	+ 165 €	Très complexe	200 €	+ 25 €	+ 75 €	+ 125 €
	8,25 à 12,00	Complexe	110 €	+ 65 €	+ 110 €	+ 165 €	Très complexe	200 €	+ 25 €	+ 75 €	+ 125 €
	> 12,00	Complexe	110 €	+ 65 €	+ 110 €	+ 165 €	Très complexe	200 €	+ 25 €	+ 75 €	+ 125 €
VERRE SPHERO- CYLINDRIQUE (+) 0,25 à 4,00	0,25 à 2,00	Simple	60 €	+ 20 €	+ 40 €	+ 90 €	Complexe	150 €	+ 25 €	+ 70 €	+ 125 €
	2,25 à 4,00	Simple	60 €	+ 20 €	+ 40 €	+ 90 €	Complexe	150 €	+ 25 €	+ 70 €	+ 125 €
	4,25 à 6,00	Simple	60 €	+ 20 €	+ 40 €	+ 90 €	Complexe	150 €	+ 25 €	+ 70 €	+ 125 €
	6,25 à 8,00	Complexe	110 €	+ 65 €	+ 110 €	+ 165 €	Complexe	150 €	+ 25 €	+ 70 €	+ 125 €
	8,25 à 12,00	Complexe	110 €	+ 65 €	+ 110 €	+ 165 €	Très complexe	200 €	+ 25 €	+ 100 €	+ 125 €
	> 12,00	Complexe	110 €	+ 65 €	+ 110 €	+ 165 €	Très complexe	200 €	+ 25 €	+ 100 €	+ 125 €
VERRE SPHERO- CYLINDRIQUE (+) > 4,00	0,25 à 2,00	Complexe	110 €	+ 65 €	+ 110 €	+ 165 €	Très complexe	200 €	+ 25 €	+ 100 €	+ 125 €
	2,25 à 4,00	Complexe	110 €	+ 65 €	+ 110 €	+ 165 €	Très complexe	200 €	+ 25 €	+ 100 €	+ 125 €
	4,25 à 6,00	Complexe	110 €	+ 65 €	+ 110 €	+ 165 €	Très complexe	200 €	+ 25 €	+ 100 €	+ 125 €
	6,25 à 8,00	Complexe	110 €	+ 65 €	+ 110 €	+ 165 €	Très complexe	200 €	+ 25 €	+ 100 €	+ 125 €
	8,25 à 12,00	Complexe	110 €	+ 65 €	+ 110 €	+ 165 €	Très complexe	200 €	+ 25 €	+ 100 €	+ 125 €
	> 12,00	Complexe	110 €	+ 65 €	+ 110 €	+ 165 €	Très complexe	200 €	+ 25 €	+ 100 €	+ 125 €

Verre simple (a) : verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et +6,00 dioptries ; verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verre complexe (c) : verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à +6,00 dioptries ; verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme est supérieure à 6,00 dioptries ; verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ; verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Verre très complexe (f) : verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ; verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme est supérieure à 8,00 dioptries.



Une offre qui vous permet d'accéder à **des lunettes de vue, des aides auditives, des prothèses dentaires** de qualité, prises en charge à 100% par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé **sans reste à charge garanti**. Pensez à demander à votre professionnel de santé le devis intégrant l'équipement du 100% santé.

Mon contrat frais de santé



Mes exemples de remboursements

Exemple	Garantie	Assiette de garantie	Expression de la garantie	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	
Hospitalisation					
Honoraire du chirurgien d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	300 %	BR	Hors Sécurité sociale	431,0 €	90,1 € 337,8 € 3,1 €
Soins courants					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO) (secteur 1)	30 %	BR	Hors Sécurité sociale	25,0 €	16,5 € 7,5 € 1,0 €
Consultation d'un médecin spécialiste (gynécologue) avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	200 %	BR	Hors Sécurité sociale	44,0 €	16,5 € 26,5 € 1,0 €
Optique					
Equipeement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux sphériques de -3 (verres simples)	300,0 €		Hors Sécurité sociale	345,0 €	0,1 € 300,0 € 44,9 €
Dentaire					
Détartrage	100 %	BR	Y compris Sécurité sociale	28,92 €	20,2 € 8,7 € 0,0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires	100 %	PLV	Y compris Sécurité sociale	500,0 €	84,0 € 416,0 € 0,0 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	700 %	BR	Hors Sécurité sociale	538,7 €	75,3 € 463,5 € 0,0 €

■ Remboursement obligatoire de l'Assurance maladie ■ Remboursement de votre Protection Sociale Complémentaire ■ Reste à charge



Les avantages du réseau

- Des **équipements de qualité**
- Des **tarifs privilégiés sans avance de frais*** auprès de plus de 13 000 partenaires (opticiens, centre d'audiologie, dentistes, ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et diététicien(ne)s)
- Des **avantages inclus sous conditions de délai** : garantie déchirure pour les lentilles, garantie casse pour les verres et la monture, remplacement de l'implant en cas de rejet, ...



Jusqu'à **-40 %** sur les verres, **-25 %** sur les montures, **10 %** de remise minimale sur les lentilles, **15 %** sur le para-optique (lunettes de soleil, produits de lentilles,...).



9 % d'économie moyenne et 24 actes plafonnés.



Jusqu'à **-15 %** sur les aides auditives et **15 %** de remise minimale sur les accessoires. Jusqu'à **35 %** d'économie sur l'intégralité des gammes de **prothèses auditives**, **-10 %** sur les **assistants d'écoute/accessoires**.

Pour localiser un professionnel de santé, connectez-vous sur votre espace Mercer ma santé ou via l'application mobile.



Les acteurs de votre régime

Votre organisme assureur



Votre gestionnaire



Les services accessibles depuis votre espace Mercer ma santé



Accédez à une équipe médicale

Qu'est-ce que c'est ?

- Une **consultation médicale** avec un médecin* à distance **24h/24, 7j/7**
- Un accès à plus de 30 spécialités (généralistes, gynécologues, pédiatres...)
- Un **service inclus dans votre contrat** donc aucun reste à charge

Comment ça marche ?

- **Créez votre compte** sur www.medaviz.com/mercer.
- Inscrivez votre code d'activation composé de votre numéro d'adhérent suivi des 4 chiffres de votre année de naissance.
- Accédez à ce service via le site web ou par téléphone au **+33 9 73 03 02 69** depuis la France ou l'étranger.

Confidentialité du secret médical garantie



Hospiway

Bien préparer son hospitalisation ou celle de ses proches.

Palmarès des hôpitaux et des cliniques



Choisir mon établissement de santé



Evaluer les honoraires de mon chirurgien



Comparer le dépassement d'honoraires de mon chirurgien



Ma check-list avant hospitalisation



Préparer mon hospitalisation sans rien oublier



Annuaire des hôpitaux et des cliniques



Trouver les coordonnées des hôpitaux et des cliniques



Mondial Assistance : votre service d'assistance vie quotidienne

Qu'est-ce que c'est ?

Dès lors que votre vie quotidienne se trouve perturbée, votre contrat santé prévoit un service d'assistance pour vous accompagner et vous aider dans votre rétablissement et vos démarches.

- Prise en charge de vos enfants / parents dépendants.
- Garde de vos animaux de compagnie.
- Aide à domicile, ménage, courses...

Comment ça marche ?

- Appelez au 01 42 99 82 14 (France et étranger, coût d'un appel local) muni de votre numéro de convention 922922.
- Exposez votre situation à un chargé d'assistance.
- Nous trouverons une solution adaptée à vos besoins.



Deuxième Avis

En cas de maladie grave, obtenez un deuxième avis d'un médecin expert en moins de 7 jours.



Un parcours simple

1. Je récupère mon dossier médical.
2. Je complète un questionnaire personnalisé.
3. Je choisis mon médecin expert.
4. J'obtiens mon avis sous forme de compte rendu.
5. Je partage les résultats avec mon équipe traitante.



Benefits You : votre application santé et bien-être

Accédez aux services de nos partenaires avec des **avantages exclusifs négociés** pour nos assurés via l'application **Benefits You**.

Comment accéder à Benefits You et profiter des réductions négociées

1. **Rendez-vous** sur :
 - Google Play Store ou l'App Store ou scannez ce QR Code pour télécharger l'application mobile « **Benefits You** ».
2. **Créez votre compte** à partir d'une adresse e-mail et définissez un mot de passe.
3. Lorsque le code entreprise vous est demandé, saisissez « **MercerFR** ».



Informations pratiques



Comment obtenir le remboursement de vos frais de santé ?

Des remboursements rapides et simplifiés : NOEMIE

La liaison NOEMIE permet la transmission informatique et automatique de vos données de soins pour vous et vos bénéficiaires entre votre caisse de Sécurité sociale et Mercer. Pour en bénéficier, envoyez votre attestation de droits Sécurité sociale à jour et celle de vos éventuels bénéficiaires à Mercer.

Sans télétransmission NOEMIE

Adressez à Mercer les décomptes de Sécurité sociale (ou décomptes téléchargés sur votre espace dédié www.ameli.fr) accompagnés des pièces complémentaires (cf tableau ci-dessous). A noter, ces pièces doivent être adressées au plus tard dans un délai de 2 ans suivant la date de soins.

Les justificatifs demandés par Mercer (en complément de la télétransmission ou du décompte)

Type d'acte	Justificatif	Comment envoyer ?
 Équipement optique* sans tiers payant Verres, monture, lentilles pris en charge par la Sécurité sociale	Copie de la facture acquittée et détaillée (prix, marque et référence des verres), et des lentilles avec cachet de l'opticien.	 En ligne www.mercermasante.fr Rubrique : « Demandes »  Via smartphone Mercer ma santé Rubrique : « Demandes »  Par courrier Mercer TSA 51801 28039 Chartres cedex
 Dentaire* sans tiers payant Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	Copie de la facture acquittée et détaillée (codification des actes et numéros de dents).	
 Actes non remboursés par la Sécurité sociale, selon vos garanties contractuelles actes de médecines douces, médecines non conventionnées, vaccins, etc	Copie de la facture acquittée et détaillée (n° ADELI, nom du bénéficiaire, etc).	
 En cas d'honoraires supérieurs à 6 fois la base de remboursement de la Sécurité sociale	Facture acquittée ou avis des sommes à payer et attestation de paiement (hôpital public) ou bordereau de facturation (clinique) en soins externes.	
 Hospitalisation* (hors maternité) Frais de séjour, forfait hospitalier, chambre particulière. Honoraires chirurgien, anesthésiste...	Bordereau de facturation de l'établissement (clinique) ou avis des sommes à payer et attestation de paiement (hôpital). Bordereau de facturation et copie de la facture acquittée de l'établissement.	

*Estimez le montant des remboursements de vos actes médicaux en nous adressant un devis.



Le Tiers Payant

Tiers Payant « Total » : dispensez-vous de l'avance de frais (Sécurité sociale + part complémentaire) en présentant votre carte vitale et votre carte de tiers payant au professionnel de santé.

Tiers Payant « Partiel » : vous avez réglé uniquement la part complémentaire.

- Pour les actes de « **Consultations en cabinet de généralistes/spécialistes, sage-femme, radiologie et kinésithérapie, soins dentaires en cabinet** » : envoyez un message via votre espace assuré, rubrique « Demandes » > « Autre demande » > « Question suite à un remboursement » en confirmant que vous avez réglé la part complémentaire et en indiquant la date et le type de soin correspondant, le bénéficiaire concerné et en précisant que votre professionnel de santé a pratiqué le Tiers Payant partiel.
- Pour les **autres actes**, il convient d'envoyer la facture acquittée.



Les bons réflexes

- Privilégier les médicaments génériques.
- Ne pas communiquer le niveau de vos garanties à votre dentiste ou votre opticien.
- Pour les soins importants, réaliser 2 devis de professionnels de santé différents.
- Favoriser les remboursements des soins de santé de votre conjoint par sa propre couverture santé.
- Consulter <http://annuaire.sante.ameli.fr> pour s'informer des pratiques de dépassement d'honoraires.