MERCER
A MARSH BUSINESS

MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
DE L'AGRO-ALIMENTAIRE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE
Liberté
Égalité
Fraternité

Ma Protection Sociale Complémentaire (PSC Santé)

Guide retraité

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

la qualité
à votre service

afaq ISO 9001 Qualité AFNOR CERTIFICATION

Informations générales

• Adhésion au contrat PSC Santé

Après son départ à la retraite, l'agent pourra, sur demande, continuer de bénéficier de la Protection Sociale Complémentaire (PSC Santé) mise en place par le ministère de l'Agriculture. L'affiliation ne sera alors plus obligatoire, et la cotisation sera intégralement à la charge de l'agent retraité (sans participation financière du MAASA), selon les modalités correspondantes à sa nouvelle situation. L'agent retraité devra en faire la demande dans l'année suivant son départ à la retraite.
Par ailleurs, pour bénéficier de la PSC du MAASA, l'agent devra avoir liquidé ses droits à pension et cessé toute activité au moment de la liquidation de sa pension.
L'agent retraité aura la possibilité de renforcer le panier de soins interministériel (régime de base) en y ajoutant une option parmi les trois proposées et d'affilier ses ayants droit (enfants et petits-enfants).
Les agents déjà en retraite au 1er janvier 2025 auront la possibilité de s'affilier à la PSC Santé du MAASA dans les mêmes conditions.

• Cotisations

Le montant des cotisations évolue selon les années écoulées depuis le départ à la retraite de l'agent. Des mécanismes sont mis en place pour limiter cette évolution sur une période de cinq ans. Au delà de cette période, le montant des cotisations est plafonné à 175% de la cotisation d'équilibre. Toutefois, cette progressivité du montant des cotisations plafonnées ne s'applique pas aux conjoints et ayants droit des agents retraités.
Les tarifs des options sont forfaitaires.

• Couverture du conjoint

Le conjoint de l'agent retraité, en tant qu'ayant droit, pourra être affilié au contrat collectif PSC de manière facultative. La cotisation sera toutefois entièrement à la charge de l'agent retraité.
Le montant de la cotisation du conjoint sera calculé selon l'âge de ce dernier (exemples en page 6).

• Statut des agents en retraite progressive

Les agents en retraite progressive sont considérés comme des bénéficiaires actifs et sont donc tenus, sauf cas de dispense, d'adhérer au contrat santé souscrit par leur employeur. Une fois leur retraite définitive, ils pourront demander leur adhésion au contrat santé pour les bénéficiaires retraités, sous réserve du respect des conditions de l'article 3.2 de l'accord collectif (instituant un régime complémentaire de remboursement des frais de santé) du 22 mai 2024.

• Cumul emploi/retraite et couverture PSC

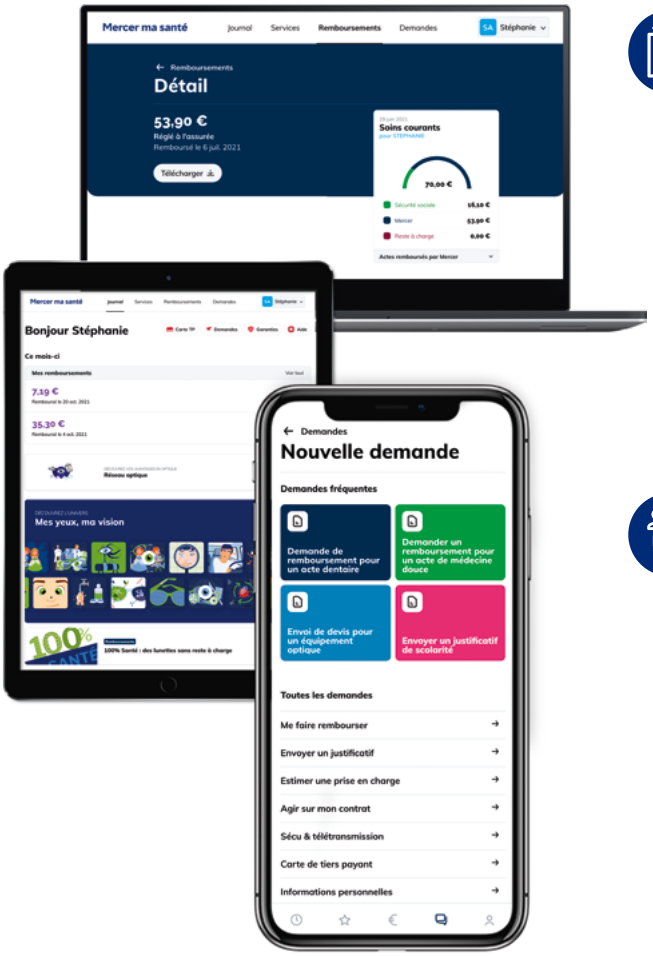
Si l'agent retraité exerce une activité rémunérée ouvrant droit à pension de retraite, il perd la qualité d'agent retraité et ne pourra pas continuer à bénéficier du contrat PSC Santé souscrit par le MAASA pour les retraités, conformément aux dispositions de l'article 3.2 de l'accord collectif (instituant un régime complémentaire de remboursement des frais de santé) du 22 mai 2024.

Si le retraité exerce une activité rémunérée qui n'ouvre aucun droit à pension de retraite, il pourra conserver son adhésion au contrat PSC Santé, à condition qu'il y ait une continuité entre son statut d'adhérent actif et celui de bénéficiaire retraité, selon 3.2 précité.

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.

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

Télécharger sur l'App Store

DISPONIBLE SUR Google play

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.**

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

Lors de votre affiliation (Bulletin Individuel d'Affiliation, BIA), 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 retraité 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 1er jour du mois civil qui suit la date de modification.

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

Mon contrat frais de santé

Les cotisations du contrat

- Le modèle de la cotisation a été définie par décret. Le régime de protection sociale complementaire est composé du panier de soins interministériel (régime de base) et de trois options. Le niveau de souscription minimum est le panier de soins interministériel (régime de base). Toutes les cotisations afférentes seront prélévées sur le compte bancaire de l'agent retraité. Les cotisations appliquées dépendent de la date de liquidation des prestations retraite, à titre d'exemple : si la mise en retraite date de moins d'un an alors c'est le tarif de la première année qui s'appliquera.

- **Le panier de soins interministériel (régime de base)**

Cotisations facultatives des bénéficiaires retraités

TAUX DE COTISATION EN % DE LA COTISATION D'EQUILIBRE DES AGENTS RETRAITES	COTISATION D'EQUILIBRE	FONDS D'AIDES AUX RETRAITES*	FONDS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL**	COTISATION GLOBALE TTC
REGIME GENERAL				
1ère année 100% de la cotisation d'équilibre des actifs	74,32 €	1,31 €	0,33 €	75,96 €
2ème année 125% de la cotisation d'équilibre des actifs	92,90 €	1,64 €	0,41 €	94,95 €
3ème année 150% de la cotisation d'équilibre des actifs	111,48 €	1,97 €	0,49 €	113,94 €
4ème année 150% de la cotisation d'équilibre des actifs	111,48 €	1,97 €	0,49 €	113,94 €
5ème année 150% de la cotisation d'équilibre des actifs	111,48 €	1,97 €	0,49 €	113,94 €
6ème année 175% de la cotisation d'équilibre des actifs	130,06 €	2,30 €	0,57 €	132,93 €
ALSACE MOSELLE				
1ère année 100% de la cotisation d'équilibre des actifs	53,79 €	0,95 €	0,24 €	54,98 €
2ème année 125% de la cotisation d'équilibre des actifs	67,24 €	1,19 €	0,30 €	68,73 €
3ème année 150% de la cotisation d'équilibre des actifs	80,69 €	1,42 €	0,36 €	82,47 €
4ème année 150% de la cotisation d'équilibre des actifs	80,69 €	1,42 €	0,36 €	82,47 €
5ème année 150% de la cotisation d'équilibre des actifs	80,69 €	1,42 €	0,36 €	82,47 €
6ème année 175% de la cotisation d'équilibre des actifs	94,13 €	1,66 €	0,42 €	96,21 €

*cotisation additionnelle en euros égale à 2% de la cotisation d'équilibre
**cotisation additionnelle en euros égale à 0,5% de la cotisation d'équilibre

Cotisations facultatives des conjoints des bénéficiaires retraités

	REGIME HORS ALSACE MOSELLE	REGIME ALSACE MOSELLE
	Cotisations	Cotisations
Couverture des conjoints des agents retraités de moins de 60 ans	81,75 €	59,16 €
Couverture des conjoints des agents retraités de 61 à 65 ans	102,19 €	73,95 €
Couverture des conjoints des agents retraités de 66 à 70 ans	143,07 €	103,53 €
Couverture des conjoints des agents retraités de 71 à 75 ans	155,54 €	112,57 €
Couverture des conjoints des agents retraités de 75 et plus	163,51 €	118,32 €

Cotisations facultatives des enfants et petits-enfants des bénéficiaires retraités

	REGIME HORS ALSACE MOSELLE	REGIME ALSACE MOSELLE
	Cotisations	Cotisations
Couverture des enfants et petits-enfants de moins de 21 ans des agents retraités	52,01 €	37,64 €
Couverture des enfants et petits-enfants de plus de 21 ans des agents retraités	52,01 €	37,64 €

- **Les garanties optionnelles**

Cotisations facultatives des bénéficiaires retraités

	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
REGIME GENERAL			
Cotisations des retraités âgés de 60 ou moins	11,70 €	24,41 €	37,13 €
Cotisations des retraités âgés de 61 ans à 65 ans	14,62 €	30,18 €	46,41 €
Cotisations des retraités âgés de 66 ans à 70 ans	20,48 €	42,25 €	64,97 €
Cotisations des retraités âgés de 71 ans à 75 ans	22,26 €	45,93 €	70,64 €
Cotisations des retraités âgés de plus de 75 ans	23,40 €	48,28 €	74,25 €
ALSACE MOSELLE			
Cotisations des retraités âgés de 60 ans ou moins	6,43 €	15,10 €	29,81 €
Cotisations des retraités âgés de 61 ans à 65 ans	8,04 €	18,88 €	37,27 €
Cotisations des retraités âgés de 66 ans à 70 ans	11,27 €	26,43 €	52,16 €
Cotisations des retraités âgés de 71 ans à 75 ans	12,24 €	28,74 €	56,73 €
Cotisations des retraités âgés de plus de 75 ans	12,88 €	30,21 €	59,61 €

Cotisations facultatives des conjoints des bénéficiaires retraités

	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
REGIME GENERAL			
Cotisations des conjoints des agents retraités âgés de 60 ou moins	12,88 €	26,55 €	40,83 €
Cotisations ddes conjoints des agents retraités âgés de 61 ans à 65 ans	16,10 €	33,19 €	51,05 €
Cotisations des conjoints des agents retraitésâgés de 66 ans à 70 ans	22,53 €	46,47 €	71,46 €
Cotisations des conjoints des agents retraités âgés de 71 ans à 75 ans	24,50 €	50,52 €	77,70 €
Cotisations des conjoints des agents retraités âgés de plus de 75 ans	25,75 €	53,11 €	81,68 €
ALSACE MOSELLE			
Cotisations des conjoints des agents retraités âgés de 60 ou moins	7,08 €	16,62 €	32,79 €
Cotisations des conjoints des agents retraités âgés de 61 ans à 65 ans	8,85 €	20,77 €	40,99 €
Cotisations des conjoints des agents retraités âgés de 66 ans à 70 ans	12,39 €	29,08 €	57,39 €
Cotisations des conjoints des agents retraités âgés de 71 ans à 75 ans	13,47 €	31,60 €	62,39 €
Cotisations des conjoints des agents retraités âgés de plus de 75 ans	14,16 €	33,22 €	65,58 €

Cotisations facultatives des enfants et petits-enfants des bénéficiaires retraités

	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
REGIME GENERAL			
Couverture des enfants et petits-enfants de moins de 21 ans des agents retraités	8,19 €	16,90 €	25,98 €
Couverture des enfants et petits-enfants de plus de 21 ans des agents retraités	8,19 €	16,90 €	25,98 €
ALSACE MOSELLE			
Couverture des enfants et petits-enfants de moins de 21 ans des agents retraités	4,51 €	10,57 €	20,88 €
Couverture des enfants et petits-enfants de plus de 21 ans des agents retraités	4,51 €	10,57 €	20,88 €

Les avantages du réseau

itelis
EN CONFIANCE POUR MA SANTÉ

- 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

Agrica

Votre gestionnaire

MERCER
A MARSH BUSINESS

*Uniquement en optique, dentaire et audio

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 INTERMINISTERIEL 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 (à l'exclusion des établissements médico sociaux)	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								
Equipement 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	

Ce document est non contractuel. Pour plus d'informations, veuillez vous référer à la notice d'information.

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 INTERMINISTERIEL 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 MAITRISÉ				
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 :	Dent visible : - Dent non visible :	Dent visible : + 150 % BR Dent non visible :	Dent visible : + 250 % BR Dent non visible :
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	500 € / implant (limité à 2 par an)	+ 300 € / implant (à partir du 3ème implant : 800 € / implant)	+ 500 € / implant (à partir du 3ème implant : 1000 € / implant)	+ 700 € / implant (à partir du 3ème implant : 1200 € / implant)
Couronne sur implant	200 € / couronne (limité à 2 par an)	+ 122,50 € / couronne (à partir de la 3ème couronne : 322.50 € / couronne)	+ 230 € / couronne (à partir de la 3ème couronne : 430 € /couronne)	+ 713,75 € / couronne (à partir de la 3ème couronne : 913.75 € / 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, étiopathe, 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 INTERMINISTERIEL 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	-	-	-
Prime de naissance ou d'adoption (sur présentation de justificatifs)	-	-	+ 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 (+) > à 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 -6,00dioptries 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.*

100% SANTE
Des soins pour tous, 100% pris en charge

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 chirugicale 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					
Equipement 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-moalires	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 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

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 ».**

** Les médecins ne sont pas habilités à délivrer des certificats médicaux et des renouvellements d'ordonnance.*

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.

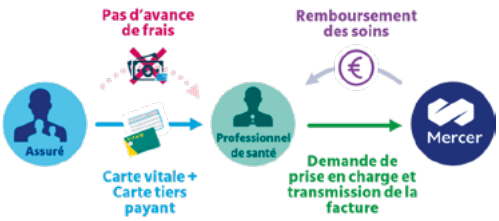
Les justificatifs demandés par Mercer (en complément de la télétransmission ou du décompte)

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 ? Le remboursement se fera automatiquement via la télétransmission (sauf exceptions : pour ces exceptions, Mercer vous contactera afin d'obtenir un justificatif).

- 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://annuairesante.ameli.fr pour s'informer des pratiques de dépassement d'honoraires.

Ce document n'est qu'un résumé du contrat d'assurance collective souscrit par votre organisation et ne peut en aucun cas se substituer à la notice de garanties fournie par l'assureur. Les dispositions de ce contrat font seules la loi entre les parties. Pour tout complément d'information sur ces garanties, merci de vous référer à la notice de l'assureur mise à disposition sur votre espace Mercer ma santé. **Conformément aux dispositions des articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale, le présent contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires, la minoration du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements autorisés d'honoraires pour non respect du parcours de soins et de refus d'accès au dossier médical. Les actes non remboursés par la Sécurité sociale sont pris en charge au titre du présent contrat que s'ils figurent à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Les prestations sont calculées acte par acte et sont, en tout état de cause, limitées à la différence entre les frais exposés et les prestations correspondantes de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme. Vous disposez d'un délai de 2 ans maximum pour demander le remboursement de vos frais. Au-delà de cette période, les organismes « Santé » (Sécurité sociale et Complémentaires) appliquent le délai de forclusion et ne seront plus en mesure d'accéder aux informations nécessaires permettant la régularisation des dossiers**. Si vous souhaitez formuler une réclamation, retrouvez toutes les informations nécessaires sur votre espace assuré, par e-mail à l'adresse reclamations@mercer.com ou sur vos documents contractuels. Mercer (France) SAS, Société de Courtage en Assurances, dont le siège social est situé Tour Ariane, 5 Place de la Pyramide, 92800 Puteaux, immatriculée au RCS de Nanterre n° 390 589 455 dont le capital social est de 30 539 670 euros et enregistrée auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS) n°07001885 (www.orias.fr). Service Réclamation Clients : Tour Ariane, 5, place de la Pyramide, 92800 Puteaux. Service de médiation : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09. ACPR, 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. A MARSH BUSINESS = UNE SOCIÉTÉ MARSH © 2026 Mercer (France) SAS, Tous Droits Réservés.