

Ensemble du personnel

Janvier 2020

# MES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ



Ce guide résume les garanties du contrat d'assurance frais de santé souscrit par votre employeur. Il vous présente les prestations auxquelles vous avez droit, leurs conditions d'application, ainsi que les services qui y sont associés. Vos interlocuteurs RH peuvent vous renseigner sur le fonctionnement des régimes, ainsi que leurs cotisations. Toutes les informations liées à votre contrat sont disponibles sur votre espace assuré Mercernet.



## Mon Espace assuré mercernet.fr

Mercernet est le portail dédié et sécurisé en ligne qui vous permet d'accéder à vos services Mercer, d'accéder en temps réel à toute l'information relative à votre régime frais de santé et de simplifier vos démarches.



Consulter mes remboursements



Télécharger ma carte de Tiers-payant



Joindre un devis ou une facture



Contacteur mon centre de gestion



Visualiser mes garanties



Mettre à jour mes informations

## Comment créer mon compte en quelques clics ?

1. Rendez-vous sur : [www.mercernet.fr](http://www.mercernet.fr), Espace assurés, Rubrique « Première visite » ;
2. sélectionnez « Je m'inscris » ;
3. munissez-vous de votre **carte de tiers payant Mercer** ;
4. laissez-vous guider en renseignant les informations demandées ;
5. validez votre demande de création de compte Mercernet ;
6. vous recevrez un email vous permettant de créer votre compte et de personnaliser votre mot de passe pour toutes vos futures connexions.



## Le formulaire de contact : simple, rapide et sans connexion !

Vous souhaitez nous adresser vos justificatifs en ligne (factures, devis, attestation de droits, etc.) mais vous n'avez pas vos identifiants de connexion à portée de main ? **Ce n'est pas un problème !**

Un **formulaire de contact sécurisé** est mis à votre disposition pour vous permettre de transmettre vos demandes et vos éventuels documents à votre centre de gestion et de bénéficier d'un traitement complet et d'un suivi optimal.

Pour y accéder, suivez les étapes ci-dessous et laissez-vous guider.

1

Rendez-vous sur [www.mercernet.fr](http://www.mercernet.fr), rubrique Espace Assurés

2

Cliquez en bas de page sur « Contactez-nous »

3

Sélectionnez « Contacter un Conseiller » et complétez le formulaire





## Qui sont les bénéficiaires du contrat ?

- L'assuré.
- Le conjoint à charge au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale ou d'un autre régime.
- En l'absence de conjoint, le concubin à charge au sens de la Sécurité Sociale ou, sous réserve d'une attestation sur l'honneur de vie maritale, le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs, non salariés...), est assimilé au conjoint,
- Le partenaire du participant lié par un PACS, est assimilé au conjoint,
- Les enfants légitimes, reconnus, adoptifs, pupilles de la nation, à charge fiscale de l'assuré affilié ou remplissant l'une des conditions suivantes :
  - ❖ âgés de moins de 21 ans,
  - ❖ âgés de moins de 28 ans, poursuivant ses études secondaires ou supérieures entraînant ou non l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
  - ❖ âgés de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage ou contrat d'alternance.
  - ❖ âgés de moins de 28 ans, à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi.
    - ❖ de bénéficiers des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n° 2005-12 du 11 février 2005, quel que soit l'âge de l'enfant,
- sous réserve des conditions exposées ci-dessus, sont considérés comme à charge :
  - ❖ les enfants d'assurés pour lesquels ceux-ci sont tenus de verser une pension alimentaire par décision de justice,
  - ❖ les enfants des conjoints à leur charge fiscale (PACS ou concubins), si les conjoints des assurés en ont la garde
  - ❖ Les enfants d'assurés et des conjoints (PACS ou concubins) des assurés ayant une déclaration de revenus distincte de celles des parents à condition qu'ils ne soient pas imposables, à condition qu'ils aient droit aux prestations en nature du régime général de la Sécurité Sociale ou d'un autre régime.



## Que faire en cas de fin de contrat ?

### La portabilité des droits

En cas de rupture du contrat de travail (sauf licenciement pour faute lourde) ouvrant droit à une indemnisation par l'assurance chômage, vous pouvez bénéficier du maintien de vos droits ouverts au régime obligatoire de votre entreprise. Ce maintien des garanties aura une durée égale à la durée de votre dernier contrat 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.

### Prolonger vos garanties

Rapprochez vous de votre service du personnel afin de bénéficier d'un éventuel régime d'accueil proposé par votre entreprise.

Si celle-ci ne prévoit pas de maintien collectif, vous pouvez contacter notre service particulier afin de réaliser un devis personnalisé :

 01 55 21 01 89

 [particulier@mercer.com](mailto:particulier@mercer.com)

# MON TABLEAU DE GARANTIES

Garanties exprimées en complément de la Sécurité sociale	BASE	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM
<b>HOSPITALISATION (Chirurgie, Maladie)</b>		
Frais de séjour	100% FR - SS	
Honoraires	100% FR - SS	TM + 100% BR
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la S.S.	100% FR	
Ticket modérateur pour les actes coûteux	100% FR	
Chambre particulière non remboursée par la S.S.	3% PMSS / jour	
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans ou bénéficiaire de + 70 ans) non remboursé par la S.S.	1,5% PMSS / jour	
<b>SOINS COURANTS</b>		
Honoraires médicaux : Généralistes	TM + 370% BR	TM + 100% BR
Honoraires médicaux : Spécialistes (y compris neuropsychiatre)	TM + 370% BR	TM + 100% BR
Honoraires médicaux : Petite chirurgie / Actes de Spécialité	100% FR - SS	TM + 100% BR
Honoraires Médicaux : Radiologie, Imagerie Médicale	TM + 370% BR	TM + 100% BR
Actes de laboratoire	TM + 360% BR	
Honoraires paramédicaux : Auxiliaires médicaux	TM + 360% BR	
Transport médical	TM	
Médicaments : Pharmacie	TM	
Matériel médical : Appareillages , accessoires et orthopédie	TM + 260% BR	
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>1 appareil par oreille / 4 ans à compter du 01/01/2021</b>		
<b>Prestations du PANIER 100% SANTE</b>		
Aide auditive (disponible à compter du 01/01/2021)	100% PLV - RSS	
Piles et entretien pour prothèse auditive (disponible à compter du 01/01/2021)	min TM	
<b>Prestations du PANIER LIBRE</b>		
Aide auditive par oreille	TM + 260% BR limité à 1700 € à compter du 1er janvier 2021	
Piles et entretien pour prothèse auditive	TM à compter du 1er janvier 2021	
<b>OPTIQUE</b>		
<b>Réseau Carte Blanche</b>		
<i>Une paire de lunettes tous les 2 ans pour les adultes sauf changement de correction visuelle et pathologies définies par le législateur et sauf pour -16 ans</i>		
<b>Prestations du PANIER 100% SANTE</b>		
Monture, Verre & examen visuel	100% PLV - RSS	
Appairage, Suppléments pour verre en cas de pathologie	100% PLV - RSS	
<b>Prestations du PANIER LIBRE</b>		
Monture	100 € - RSS	
2 verres simples*	320 € - RSS	
2 verres complexes**	530 € - RSS	
2 verres tres complexes***	530 € - RSS	
Suppléments pour verre en cas de pathologie	TM	
Lentilles remboursée par la S.S.	TM + 8% PMSS par an et par bénéficiaire	
Lentilles non remboursées par la S.S. y compris jetables mais prescrites médicalement	8% PMSS par an et par bénéficiaire	
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Prestations du PANIER 100% SANTE</b>		
Soins et prothèses dentaires	100% HLF - RSS	
<b>Prestations des PANIERS LIBRE &amp; MAITRISÉ</b>		
Soins dentaires remboursés par la S.S.	TM + 370% BR	
Inlays-Onlays remboursés par la S.S.	TM + 370% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé	
Prothèses dentaires y compris prothèse sur implant remboursées par la S.S.	TM + 370% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé	
Inlay Core pris en charge par la S.S.	TM + 370% BR	
Autres frais acceptés par la S.S.	100% TM	
Orthodontie remboursée par la S.S.	TM + 300% BR	
Implant dentaire non remboursé par la S.S.	322,50€ limité à 3 implants / an / bénéficiaire	

# MON TABLEAU DE GARANTIES

Garanties exprimées en complément de la Sécurité sociale	BASE	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM
Forfait Cure Thermale remboursé par la S.S.	15% PMSS par an et par bénéficiaire	
<b>PREVENTION</b>		
Actes de prévention prévus à l'Article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale	100% TM	
Bilan nutritionnel pour les enfants de moins de 12 ans	30 € / an / bénéficiaire	
Vaccin non pris en charge mais prescrit médicalement	100% FR - SS	
Vaccin anti-grippe	100% FR / an / bénéficiaire	
Ostéodensitométrie remboursée ou non par la S.S.	75 € par an et par bénéficiaire	
Forfait naissance ou adoption	20% PMSS par an et par bénéficiaire	
Allocations obsèques / Assuré	50% PMSS	
<b>SERVICES COMPLEMENTAIRES</b>		
Assistance	N° Tél 01 41 85 92 34 - GENERALI	
Réseau de soins : CARTE BLANCHE	Prix et services négociés chez des partenaires opticien, dentiste, audioprothésiste Accès aux partenaires via la géolocalisation sur votre espace Mercernet Assuré	

## LEXIQUE

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

- Le secteur non conventionné est considéré comme du non DPTAM.
- DPTAM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, nouvelle dénomination du CAS : Contrat d'Accès aux Soins (Pour savoir si votre médecin est DPTAM rendez-vous sur [www.annuairesante.ameli.fr](http://www.annuairesante.ameli.fr)).
- Frais Réels (FR)** : dépenses engagées par l'assuré. Elles figurent sur les feuilles de soins, les décomptes de

la Sécurité sociale, les factures...

- Base de Remboursement Sécurité sociale (BR)** : tarif officiel à partir duquel la Sécurité sociale calcule le montant de ses remboursements conventionnés.
- Ticket Modérateur (TM)** : différence entre la Base de Remboursement (BR) Sécurité sociale et le remboursement Sécurité sociale (RSS).
- Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)** : ce montant est fixé par décret réglementairement au 1er janvier de chaque année. (**3377 € en 2019**).
- PLV** : Prix Limite de Vente
- HLF** : Honoraires Limites Fixes ou Facturation



## Exemples de remboursements

Exemple	Garantie	Assiette de garantie	Expression de la garantie	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé			
<b>Hospitalisation</b> Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	120%	BR	Hors Sécurité Sociale	431.0 €	90.1 €	135.1 €	205.8 €
<b>Soins courants</b> Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO) (secteur 1)	400%	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)	400%	BR	Hors Sécurité Sociale	44.0 €	16.5 €	26.5 €	1.0 €
<b>Optique</b> Equipe optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux sphériques de -3 (verres simples)	420.00	Euros	Hors Sécurité Sociale	345.0 €	0.1 €	344.9 €	0.0 €
<b>Dentaire</b> Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires	400%	PLV	Y compris Sécurité Sociale	500.0 €	84.0 €	416.0 €	0.0 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	400%	BR	Hors Sécurité Sociale	538.7 €	75.3 €	430.0 €	33.5 €

Remboursement obligatoire de l'assurance maladie

Remboursement de l'assurance maladie complémentaire

Reste à charge



## Les avantages du réseau

### Les principes du réseau :

- Faciliter l'accès à des soins de qualité, au juste prix
- Orienter l'assuré vers un professionnel de santé
- Pas d'avance de frais



- Réseau ouvert** : Large référencement des opticiens partenaires
- Large choix de produits référencés**
- Tarifs privilégiés** : Jusqu'à 40% en dessous des prix du marché
- Carte Blanche – Prysme** : Une offre de qualité sans reste à charge



## Contactez mon centre de gestion



**Mon espace assuré Mercernet :**  
[www.mercernet.fr](http://www.mercernet.fr) , Espace Assurés  
Rubrique « Contactez-nous »



**Par téléphone**, du lundi au vendredi de 8h30 à 18h, et le samedi de 8h30 à 12h30 :

**0 825 001 289** Service 0,15 € / min  
+ prix appel



**Par courrier :**  
164 – 174, rue Victor Hugo  
92536 LEVALLOIS-PERRET

## R é f o r m e 1 0 0 % S a n t é :

- Pour mieux comprendre le contenu de cette réforme, nous vous invitons à regarder la vidéo faite par Mercer en tapant le lien suivant dans votre moteur de recherche :

[https://youtu.be/f\\_ikVaUQWdQ](https://youtu.be/f_ikVaUQWdQ)



# LE 100% SANTÉ DÉCRYPTÉ PAR MERCER

## VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ÉVOLUE

Pour garantir un meilleur accès aux soins, la réforme du 100% Santé a été initiée par le gouvernement. Elle doit permettre à tous l'accès à un ensemble de prestations, remboursées à 100% en optique, dentaire et audiologie. Parallèlement, pour inciter les professionnels de santé à limiter les tarifs applicables sur ces différents postes, les remboursements des contrats d'assurance complémentaire en dehors de ce panier sont plafonnés.

1<sup>ER</sup> JANVIER  
2020\*

Au 1<sup>er</sup> janvier 2020, les contrats santé sont modifiés pour respecter cette nouvelle réglementation et rester responsables.

## QUELLES SONT LES MODIFICATIONS APPORTÉES AUX CONTRATS FRAIS DE SANTÉ ?



LES CONTRATS  
DOIVENT PRENDRE  
EN CHARGE  
INTÉGRALEMENT  
LES PRESTATIONS  
IDENTIFIÉES  
100% SANTÉ



En dehors du panier 100% santé, les bases de remboursements en **optique, dentaire et audiologie** sont modifiées et les garanties doivent respecter :

- ▶ des plafonds de remboursement par équipement dont 100 euros pour la monture et 1700 euros pour les prothèses auditives
- ▶ des conditions de renouvellement : 1 équipement tous les deux ans en optique sauf pour les enfants de moins de 16 ans, en cas de changement de la vue ou de pathologie particulière et 1 équipement tous les 4 ans par oreille appareillée en audiologie
- ▶ les nouvelles classes de verres

LA MISE EN PLACE DE CES MODIFICATIONS PERMET AU CONTRAT DE RESTER RESPONSABLE, CE QUI CONDITIONNE UN TAUX RÉDUIT DE TAXE.

## QUELLES SONT LES PRESTATIONS REMBOURSÉES À 100% ?



### CHEZ TOUS LES OPTICIENS :

#### AU MINIMUM :

- ▶ Sélection de 17 montures PRIX < 30€ en 2 coloris
- ▶ VERRES AMINCIS en fonction du défaut visuel
- ▶ TRAITEMENT anti-rayure et anti-reflet
- ▶ UN ÉQUIPEMENT TOUS LES 2 ANS sauf exceptions



### CHEZ TOUS LES DENTISTES :

- ▶ COURONNES CÉRAMO-MÉTALLIQUES sur les dents visibles et couronnes métalliques toute localisation
- ▶ INLAYS CORE et couronnes transitoires se rattachant aux couronnes 100 % santé
- ▶ BRIDGES CÉRAMO-MÉTALLIQUES (incisives et canines), full zircon et métalliques toute localisation, et prothèses amovibles à base résine



### CHEZ TOUS LES AUDIOPROTHÉSISTES :

- ▶ Appareil avec au moins 12 CANAUX DE RÉGLAGE pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif
- ▶ 30 JOURS D'ESSAI avant achat et 4 ans de garanties
- ▶ AU MOINS 3 OPTIONS à choisir (ex: système anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, connectivité sans fil)
- ▶ UN ÉQUIPEMENT PAR OREILLE appareillée tous les 4 ans

## EN PRATIQUE, COMMENT CELA FONCTIONNE ?

Chaque assuré peut choisir entre les prestations proposées dans le cadre du 100% santé et les prestations libres remboursées selon ce qui est prévu par le contrat de complémentaire santé. Les assurés peuvent ainsi demander à leur praticien 2 devis.





## 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](http://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
 <b>ÉQUIPEMENT OPTIQUE*</b> 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 et copie de l'ordonnance.	 <b>Par formulaire</b> <a href="http://www.mercernet.fr">www.mercernet.fr</a> Espace Assurés , rubrique : Contactez-nous.
 <b>DENTAIRE*</b> 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).	
 <b>RÈGLEMENT DU TICKET MODÉRATEUR UNIQUEMENT</b> tout type d'acte	Copie du reçu de paiement de la part complémentaire (ticket modérateur) ou copie de la facture acquittée.	 <b>Par courrier</b> Retrouvez les coordonnées de votre centre de gestion à l'intérieur de ce résumé.
 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.	
 <b>HOSPITALISATION*</b> (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 de vos remboursements de vos actes médicaux en nous adressant un devis



## Le Tiers Payant

Dispensez vous de l'avance de frais totale (Sécurité sociale + part complémentaire) en présentant votre **carte vitale** et votre **carte de tiers payant** au professionnel de santé.



Si vous avez réglé la part complémentaire Mercer, adressez-nous une copie de la facture acquittée ou du reçu de paiement.



## 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 société 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. 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.