

Mes garanties Frais de santé

ADOBE

Ensemble du Personnel



Contactez 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 69 32 31 05**

APPEL NON SURTAXE



Par courrier :
MERCER
TSA 51801
28039 CHARTRES CEDEX

Janvier 2025

la qualité
à votre service

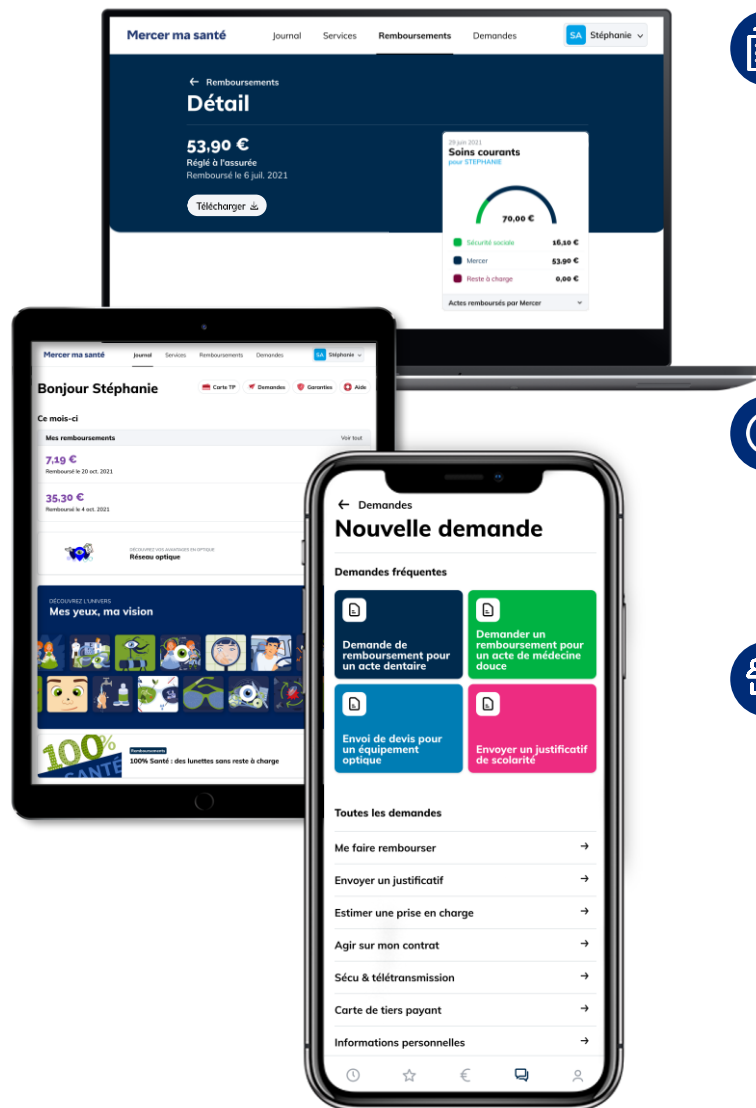


Mes services Mercer 24h/24



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 !



Ma gestion du 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.



Mon coaching bien-être personnalisé

- Consulter des conseils utiles sur les thématiques clés : stress, nutrition, sommeil, dépollution de l'habitat, etc.
- Accéder à 15 partenaires santé et bien-être et bénéficier de conditions d'achat préférentielles.



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 à des médecins référents en moins de 7 jours pour vos problèmes de santé sérieux.
- 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.

Scanner un des QR codes ci-contre pour accéder à l'application à télécharger sur votre smartphone

Télécharger sur l'App Store



DISPONIBLE SUR Google play



Mon contrat frais de santé



Qui sont les bénéficiaires du contrat ?

- Le salarié
- Le conjoint non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle,
- La personne liée à l'affilié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), exerçant ou non une activité professionnelle,
- Le concubin exerçant ou non une activité professionnelle (fournir une déclaration sur l'honneur)
- Les enfants à charge de l'affilié, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin :
- âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du Régime social de base du chef de l'affilié, de son conjoint, partenaire ou concubin,
- âgés de moins de 28 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de Sécurité Sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU),
- Les enfants sont considérés à charge tant qu'ils remplissent les conditions énumérées ci-dessus, même s'ils exercent temporairement (emploi saisonnier...) ou accessoirement (petit travail d'appoint...) une activité professionnelle, sous réserve qu'ils justifient de ne

bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de cette activité,

- âgés de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du Travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité salariée,
- quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent les allocations légales d'adultes handicapés. Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources peuvent être garantis.

Comment modifier vos bénéficiaires ?

- Vous pouvez mettre à jour vos bénéficiaires à tout moment. Pour cela, il vous suffit de vous connecter sur votre espace DARWIN et en joignant les documents requis.



Les modalités de choix d'adhésion à la surcomplémentaire facultative

- Le choix de la formule de garanties appartient individuellement à chacun des membres du personnel salarié de la contractante affilié au contrat. Ce choix est applicable tant à l'affilié lui-même qu'à ses ayants droit éventuellement inscrits au contrat. Il devra être indiqué sur le bulletin individuel d'affiliation complété et signé par l'affilié lors de son affiliation au contrat.
- Ultérieurement, l'affilié conserve la possibilité de changer de formule de garanties ou de résilier la formule optionnelle précédemment souscrite, tant pour lui-même que pour ses ayants droit éventuellement inscrits au contrat :
 - en cas de modification de sa situation de famille (en cas de mariage, de conclusion d'un PACS, de concubinage, de divorce, rupture du PACS ou cessation du concubinage, décès du conjoint, partenaire du PACS ou concubin, naissance d'enfant, ...) sous réserve que la demande en

soit faite dans les 2 mois suivant la date de cette modification.

- à effet du 1er janvier d'un exercice civil sous réserve que la demande en soit faite à l'assureur, 2 mois au moins avant cette date. Pour ce faire, l'affilié devra compléter et signer un nouveau bulletin fourni par l'assureur sur lequel il indiquera la nouvelle formule de garanties retenue et, le cas échéant, la (ou les) modifications de sa situation de famille.
- En tout état de cause, dans tous les cas, l'affilié et l'ensemble de ses ayants droit inscrits au contrat doivent bénéficier de la même formule de garanties.
- Lors de la sortie du régime sur-complémentaire, il faudra attendre 2 années civiles complètes avant de pouvoir faire une nouvelle demande d'affiliation à se 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

Mes garanties frais de santé

Garanties exprimées en complément de la Sécurité sociale	BASE		OPTION	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM
HOSPITALISATION (Chirurgie, Maladie, Maternité)				
Frais de séjour (conventionné)	100% FR - RSS		-	
Frais de séjour (non conventionné)	90% FR - RSS		-	
Honoraires	TM + 500% BR	TM + 100% BR	-	+ 400 % 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.	90 € / jour		-	
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) non remboursé par la S.S.	90 € / jour		-	
Procédure médicale assistée	2.5% PMSS		-	
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux : Généralistes	TM + 500% BR	TM + 100% BR	-	+ 400 % BR
Honoraires médicaux : Spécialistes	TM + 500% BR	TM + 100% BR	-	+ 400 % BR
Honoraires médicaux : Petite chirurgie / Actes de Spécialité	TM + 500% BR	TM + 100% BR	-	+ 400 % BR
Honoraires Médicaux : Radiologie, Imagerie Médicale (dont échographie)	TM + 500% BR	TM + 100% BR	-	+ 400 % BR
Actes de laboratoire	TM + 500% BR		-	
Honoraires paramédicaux : Auxiliaires médicaux	TM + 500% BR		-	
Transport médical	TM		-	
Médicaments : Pharmacie prise en charge par la S.S.	100% FR - RSS		-	
Matériel médical : Appareillages et accessoires (dont fauteuil roulant)	100% FR - RSS		-	
Matériel médical : Orthopédie	TM + 100% BR		-	
AIDES AUDITIVES				
1 appareil par oreille / 4 ans				
Prestations du PANIER 100% SANTE				
Aide auditive	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS	
Piles et entretien pour prothèse auditive	min TM		-	
Prestations du PANIER LIBRE				
Aide auditive (par oreille)	1700 € - RSS (min TM)		100 % FR - RSS	
Piles et entretien pour prothèse auditive	TM		-	
OPTIQUE				
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				
Prestations du PANIER 100% SANTE				
Monture, Verre & examen visuel	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS	
Appairage, Suppléments pour verre en cas de pathologie	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS	
Prestations du PANIER LIBRE				
Monture	100 €		8% PMSS	
Verre simple	160 €		100% FR - SS	
Verre complexe	300 €		100% FR - SS	
Verre très complexe	350 €		100% FR - SS	
Suppléments pour verre en cas de pathologie	TM		-	
Lentilles (y compris jetables)	100% FR - RSS		-	
Lentilles non remboursées par la S.S. (y compris jetables)	TM + 12% PMSS par an et par bénéficiaire		-	
Chirurgie réfractive	750 € par œil		-	

Garanties exprimées en complément de la Sécurité sociale	BASE		OPTION	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM
DENTAIRE				
Prestations du PANIER 100% SANTE				
Soins et prothèses dentaires	100% HLF - RSS		100% HLF - RSS	
Prestations des PANIERS LIBRE & MAITRISE				
Soins dentaires remboursés	TM + 370% BR		-	
Inlays-Onlays ou Inlay-Cores	TM + 370% BR		-	
Prothèses dentaires prises en charges par le RO (y compris couronne sur implant) :				
- Sur dent du sourire (incisives et canines)	TM + 420% BR		-	
- Sur les autres dents	TM + 320% BR		-	
Prothèses dentaires non remboursées par la S.S. (dont bridge sur dent saine)	430 €		-	
Parodontologie non remboursée par la S.S (curetage/surfacage, greffe gingivale, allongement coronaire, lambeau)	20% PMSS par an et par bénéficiaire		-	
Orthodontie (analyse, semestre, contention)	TM + 400% BR		-	
Orthodontie non remboursée par la S.S.	484 € par semestre		-	
Implant dentaire non remboursé par la S.S. :	20% PMSS par implant dentaire (max 2/an et par bénéficiaire)		-	
MEDECINE NON CONVENTIONNELLE par un praticien ayant un n°ADELI ou FINESS, non remboursée par la S.S.				
- Ostéopathe, chiropracteur, pédicure, podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue	50 € par séance et par bénéficiaire (max 4 par an)		-	
- Diététicien-prescription / honoraire non pris en charge par la S.S.	60 € par an		-	
AUTRES SOINS				
Cure Thermale : Transport et Hébergement remboursés par la S.S.	15% PMSS par an et par bénéficiaire (limités aux Frais Réels)		-	
Cure Thermale : Honoraires remboursés par la S.S.	Voir SOINS COURANTS		-	
Naissance (doublé si niaissance multiple)	Forfait de 25 % PMSS		-	
Adoption d'un enfant	Forfait de 20 % PMSS		-	
PREVENTION				
Vaccins prescrits non remboursés	90 € par an et par bénéficiaire		-	
Sevrage tabagique	50 € par an et par bénéficiaire		-	
Vaccins anti-grippe	FR limités à 15€		-	
Moyen contraceptif non pris en charge par la S.S. (y compris pillule)	2% PMSS par an et par bénéficiaire		-	
Test de dépistage du cancer du colon	2% PMSS par an et par bénéficiaire		-	
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO	2% PMSS par an et par bénéficiaire		-	
Ostéodensitométrie osseuse par an	50 €		-	
SERVICES COMPLEMENTAIRES				
Assistance	N° Tél 01 40 25 57 74 - N° Convention : ADOBE - MERCER ASSISTANCE			
Téléconsultation	MEDAVIZ			

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 DPTM.
- DPTM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, nouvelle dénomination du CAS : Contrat d'Accès aux Soins (Pour savoir si votre médecin est DPTM rendez-vous sur www.annuaire.sante.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 (3 864 € en 2024).
- RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale
- PLV** : Prix Limite de Vente
- HLF** : Honoraires Limites Fixes ou Facturation



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.



Ma grille de garanties en optique

Garantie exprimée y compris la Sécurité sociale

	PUISSANCE (sphère ou somme S)	VERRE UNIFOCAL			VERRE PROGRESSIF / MULTIFOCAL			
		Classe responsable	Panier 100% SANTE	ADOBE / Plafonds responsables	Classe responsable	Panier 100% SANTE (Progressif)	Panier 100% SANTE (Multifocal)	ADOBE / Plafonds responsables
VERRE SPHERIQUE	0,25 à 2,00	simple	33 €	160 €	complexe	75 €	45 €	300 €
	2,25 à 4,00	simple	38 €	160 €	complexe	80 €	50 €	300 €
	4,25 à 6,00	simple	48 €	160 €	très complexe	90 €	60 €	350 €
	6,25 à 8,00	complexe	48 €	300 €	très complexe	90 €	60 €	350 €
	8,25 à 12,00	complexe	98 €	300 €	très complexe	130 €	60 €	350 €
	> 12,00	complexe	98 €	300 €	très complexe	130 €	100 €	350 €
VERRE SPHERO-CYLINDRIQUE (+) [0,25 à 4,00]	0,25 à 2,00	simple	38 €	160 €	complexe	90 €	60 €	300 €
	2,25 à 4,00	simple	43 €	160 €	complexe	95 €	65 €	300 €
	4,25 à 6,00	simple	53 €	160 €	complexe	105 €	75 €	300 €
	6,25 à 8,00	complexe	53 €	300 €	complexe	105 €	75 €	300 €
	8,25 à 12,00	complexe	103 €	300 €	très complexe	145 €	75 €	350 €
	> 12,00	complexe	103 €	300 €	très complexe	145 €	115 €	350 €
VERRE SPHERO-CYLINDRIQUE (+) > 4,00	0,25 à 2,00	complexe	53 €	300 €	très complexe	115 €	75 €	350 €
	2,25 à 4,00	complexe	58 €	300 €	très complexe	120 €	80 €	350 €
	4,25 à 6,00	complexe	68 €	300 €	très complexe	130 €	90 €	350 €
	6,25 à 8,00	complexe	68 €	300 €	très complexe	130 €	90 €	350 €
	8,25 à 12,00	complexe	118 €	300 €	très complexe	170 €	90 €	350 €
	> 12,00	complexe	118 €	300 €	très complexe	170 €	130 €	350 €



Mes exemples de remboursements

Exemple	Garantie	Assiette de garantie	Expression de la garantie	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé			
Hospitalisation 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	100%	BR	Hors Sécurité Sociale	431.0 €	90.1 €	112.6 €	228.3 €
Soins courants Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO) (secteur 1)	530%	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)	530%	BR	Hors Sécurité Sociale	44.0 €	16.5 €	26.5 €	1.0 €
Optique Equipeur optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux sphériques de -3 (verres simples)	420.00	Euros	Hors Sécurité Sociale	345.0 €	0.0 €	344.9 €	0.0 €
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	350%	BR	Hors Sécurité Sociale	538.7 €	75.3 €	376.3 €	87.2 €

Remboursement obligatoire de l'assurance maladie

Remboursement de l'assurance maladie complémentaire

Reste à charge



Les acteurs de votre régime

Votre organisme assureur



Votre gestionnaire



Les services accessibles depuis votre espace Mercer ma santé



Accédez à un médecin en 75 secondes, 24/7

M Medaviz

Qu'est-ce que c'est ?

- Une consultation médicale avec un médecin* à distance 24h/24, 7j/7.
- **30 spécialités** (Généralistes, gynécologues, pédiatres...).
- Service inclus dans votre contrat = Aucun reste à charge.
- Confidentialité du secret médical garantie
- Un assuré principal a la possibilité de créer 5 comptes.

Comment ça marche ?

- Créez votre compte sur www.medaviz.com/mercier.
- 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.

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



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



Mon 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 **+33 1 40 25 57 74** (France et étranger (coût d'un appel local)) muni de votre numéro de convention **ADOBE**.
- Exposez votre situation à un chargé d'assistance.
- Nous trouverons une solution adaptée à vos besoins.



Deuxième Avis

deuxiemeavis.fr

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



Plateforme santé et bien-être

Accédez à nos partenaires avec des **avantages exclusifs négociés** pour nos assurés via l'application **Mercer ma santé**.

Bien dans mon cœur

- Coaching individuel pour s'épanouir dans son travail
- Casque de relaxation
- Coaching en course à pied
- Programme de réduction du stress
- Etc...



Bien dans ma tête

- Accompagnement au sevrage tabagique
- Couverture santé pour la famille proche (parents, enfants, voyage à l'étranger),
- Solution de maintien à domicile
- Assurance Emprunteur
- Etc...

Mes Solutions Mercer



Bien dans mon corps

- Parapharmacies innovantes et écoresponsables
- Prévention sport/alimentation
- Sous-vêtement intelligent pour soulager et protéger le dos
- Etc...



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)

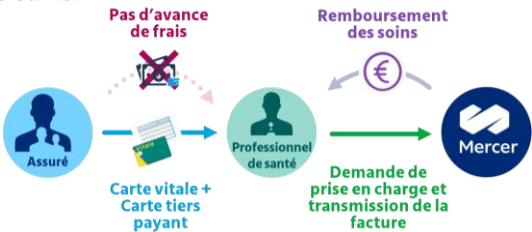
Type d'acte	Justificatif	Comment envoyer
 Équipement optique* sans tiers payant → Verres-monture-lentilles pris en charge par la Sécurité sociale	Copie de la facture acquittée et détaillée (prix, marque et référence des verres), et des lentilles avec cachet de l'opticien et copie de l'ordonnance.	 En ligne www.mercermasante.fr Rubrique : « Demandes »  Via smartphone Mercer ma santé Rubrique : « Demandes »  Par courrier Retrouvez les coordonnées de votre centre de gestion à l'intérieur de ce résumé.
 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 de vos 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 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.

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 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, sur notre site <https://www.mercer.com/fr-fr/footer/reclamations/> 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 (ORIA) 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. © 2024 Mercer (France) SAS, Tous Droits Réservés.