

Mes garanties Frais de santé

Ensemble du personnel



Mes services Mercer 24h/24



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



Contacter 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, 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.



L'app Mercernet, votre espace assuré sur smartphone !

L'app Mercernet partout en poche

Simplifiez vos démarches à tout moment grâce à votre mobile !

- Dépôt de justificatifs et factures en ligne avec la possibilité de les photographier,
- Téléchargement de la Carte de Tiers Payant et géolocalisation des professionnels de santé,
- Consultation en temps réel des remboursements,
- Modification de vos informations personnelles...

L'app est maintenant l'extension mobile de votre espace assuré.



Comment se connecter

Seuls les assurés affiliés à la complémentaire santé de l'entreprise peuvent accéder à cette application.

1. Connectez-vous sur Google Play ou l'App Store,
2. Rechercher « Mercernet », et installer l'app,
3. Lancez l'application et connectez-vous à l'aide des mêmes identifiants que ceux utilisés pour l'espace web Mercernet ou créez votre compte le cas échéant.



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 ?**

Accédez au **formulaire de contact accessible à tous**. C'est simple et pratique !

Pour bénéficier d'un traitement complet et optimal, utilisez le formulaire de contact pour transmettre vos demandes et documents.

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

1. **Rendez-vous sur www.mercernet.fr, rubrique Espace Assurés.**
2. **Cliquez en bas de page sur « Contactez-nous ».**
3. **Sélectionnez « Contacter un Conseiller » et complétez le formulaire.**



Scannez pour accéder au formulaire

The screenshot shows the Mercer website interface. On the left, there are three main service categories: 'MES GARANTIES', 'MES REMBOURSEMENTS', and 'LA GESTION DE MON COMPTE'. Below these, there is a section for 'TOUTES MES DÉMARCHES EN LIGNE'. On the right, there is a 'JACCÈDE À MON ESPACE' section with fields for 'Identifiant' and 'Mot de passe', and a 'Première visite ?' section with a 'Je m'inscris' button. At the bottom, there is a 'Contactez-nous' button highlighted in a red circle.

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@mercier.com

Mes garanties frais de santé

Garanties exprimées en complément de la Sécurité sociale	BASE		OPTION		BASE + OPTION	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM
HOSPITALISATION (Chirurgie, Maladie, Maternité)						
Frais de séjour (conventionné)	100% FR - RSS		-		100% FR - RSS	
Frais de séjour (non conventionné)	90% FR - RSS		-		90% FR - RSS	
Honoraires	TM + 500% BR	TM + 100% BR	-	+ 300 % BR	TM + 500% BR	TM + 400% BR
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la S.S.	100% FR		-		100% FR	
Ticket modérateur pour les actes coûteux	100% FR		-		100% FR	
Chambre particulière non remboursée par la S.S.	3% PMSS par jour		-		3% PMSS par jour	
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) non remboursé par la S.S.	90 € / jour		-		90 € / jour	
Procédure médicale assistée	2.5% PMSS		-		2.5% PMSS	
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux : Généralistes	TM + 500% BR	TM + 100% BR	-	+ 300 % BR	TM + 500% BR	TM + 400% BR
Honoraires médicaux : Spécialistes	TM + 500% BR	TM + 100% BR	-	+ 300 % BR	TM + 500% BR	TM + 400% BR
Honoraires médicaux : Petite chirurgie / Actes de Spécialité	TM + 500% BR	TM + 100% BR	-	+ 300 % BR	TM + 500% BR	TM + 400% BR
Honoraires Médicaux : Radiologie, Imagerie Médicale (dont échographie)	TM + 500% BR	TM + 100% BR	-	+ 300 % BR	TM + 500% BR	TM + 400% BR
Actes de laboratoire	TM + 500% BR		+ 200 % BR		TM + 360% BR	
Honoraires paramédicaux : Auxiliaires médicaux	TM + 500% BR		+ 200 % BR		TM + 360% BR	
Transport médical	TM		-		TM	
Médicaments : Pharmacie prise en charge par la S.S.	100% FR - RSS		-		TM	
Matériel médical : Appareillages et accessoires (dont fauteuil roulant)	100% FR - RSS		+ 200 % BR		540% BR	
Matériel médical : Orthopédie	140% BR		+ 200 % BR		540% BR	
AIDES AUDITIVES						
1 appareil par oreille / 4 ans						
Prestations du PANIER 100% SANTE						
Aide auditive	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS		100% PLV - RSS	
Piles et entretien pour prothèse auditive	min TM		-		min TM	
Prestations du PANIER LIBRE						
Aide auditive : plus de 20 ans (par oreille)	1700€ - RSS (min TM)		100 % FR - RSS		100 % FR - RSS	
Aide auditive : 20 ans ou moins (par oreille)	1700€ - RSS (min TM)		100 % FR - RSS		100 % FR - RSS	
Piles et entretien pour prothèse auditive	100 € par an et par bénéficiaire (min TM)		-		100 € par an et par bénéficiaire (min 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		100% PLV - RSS	
Appairage, Suppléments pour verre en cas de pathologie	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS		100% PLV - RSS	
Prestations du PANIER LIBRE						
Monture	100 € - RSS		-100 € + 8% PMSS		8% PMSS	
Verres	Plafonds du contrat responsable (voir grille)		100 % FR - RSS		100% FR - RSS	
Suppléments pour verre en cas de pathologie	TM		-		TM	
Lentilles (y compris jetables)	100% FR - RSS		-		100% FR - RSS	
Lentilles non remboursées par la S.S. (y compris jetables)	12% PMSS par an et par bénéficiaire		-		12% PMSS par an et par bénéficiaire	
Adaptation lentilles [non remboursée par la S.S.]	60 € par an		-		60 € par an	
Chirurgie réfractive	750€ par œil		-		750€ par œil	

Garanties exprimées en complément de la Sécurité sociale	BASE		OPTION		BASE + OPTION	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	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		100% HLF - RSS	
Prestations des PANIERS LIBRE & MAÎTRISÉ						
Soins dentaires (dont parodontologie) remboursés	400% BR		-		400% BR	
Inlays-Onlays ou Inlay-Cores	400% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé		-		400% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé	
Prothèses dentaires dont bridges sur dent délabrée, couronne transitoire (prémolaires)	340% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé		-		340% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé	
- Sur dent du sourire (incisives et canines)	450% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé		-		450% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé	
- Sur dent de fond de bouche (molaires)	350% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé		-		350% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé	
Prothèses dentaires non remboursées par la S.S. (dont bridge sur dent saine)	430€		-		430€	
Parodontologie non remboursée par la S.S. (curetage/surfacage, greffe gingivale, allongement coronaire, lambeau)	20% PMSS par an et par bénéficiaire		-		20% PMSS par an et par bénéficiaire	
Orthodontie (analyse, semestre, contention)	440% BR		-		440% BR	
Orthodontie non remboursée par la S.S.	484€ par semestre		-		484€ par semestre	
Implant dentaire non remboursé par la S.S. : Implant (racine)	20% PMSS par implant dentaire (max 2 / an)		-		20% PMSS par implant dentaire (max 2 / an)	
Implant dentaire non remboursé par la S.S. : Inlay core (pilier)						
MEDICINE 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)		-		50€ par séance et par bénéficiaire (max 4 par an)	
- Diététicien-prescription / honoraire non pris en charge par la S.S.	60€ par an		-		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)		-		TM + 10 % PMSS	
Cure Thermale : Honoraires remboursés par la S.S.	Voir SOINS COURANTS		-		Voir SOINS COURANTS	
Naissance (doublé si naissance multiple)	Forfait de 25 % PMSS		-		Forfait de 25 % PMSS	
Adoption d'un enfant de +12 ans	Forfait de 20 % PMSS		-		Forfait de 20 % PMSS	
PREVENTION						
Vaccins prescrits non remboursés	90€ par an et par bénéficiaire		-		90€ par an et par bénéficiaire	
Sevrage tabagique	50€ par an et par bénéficiaire		-		50€ par an et par bénéficiaire	
Vaccins anti-grippe	2% PMSS par an et par bénéficiaire		-		2% PMSS par an et par bénéficiaire	
Moyen contraceptif non pris en charge par la S.S. (y compris pillule)	3% PMSS par an et par bénéficiaire		-		3% PMSS par an et par bénéficiaire	
Test de dépistage du cancer du colon	2% PMSS par an et par bénéficiaire		-		2% PMSS par an et par bénéficiaire	
Ostéodensitométrie	90€ par an et par bénéficiaire		-		90€ par an et par bénéficiaire	
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 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).
- 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. **(3428€ en 2021)**.
- RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale
- PLV** : Prix Limite de Vente
- HLF** : Honoraires Limites Fixes ou Facturation



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	Barre de remboursement		
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 Equipement 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



Contactez mon centre de gestion



Mon espace assuré Mercernet :

www.mercernet.fr

Rubrique « Contactez-nous »



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

N°Cristal 09 69 32 31 05

APPEL NON SURTAXE



Par courrier :

MERCER LEVALLOIS

TSA 51801

28039 CHARTRES CEDEX

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. Depuis le **1^{er} janvier 2020**, les contrats santé ont été modifiés pour respecter cette nouvelle réglementation et rester responsables.



Quelles sont les modifications apportées aux contrats frais de santé ?



Les contrats doivent désormais

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.

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.

La réforme en vidéo



Mes services santé



Accédez à un médecin en 75 secondes, 24/7

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

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
- Appelez le **09 73 03 02 69** et expliquez votre situation
- Bénéficiez d'un avis médical avec conseil et délivrance d'une ordonnance si nécessaire...

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



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
- Accompagnement psychologique

Comment ça marche ?

- Appelez-nous en nous communiquant votre numéro d'adhérent (voir numéros ci-dessous),
- Exposez votre situation à un chargé d'assistance,
- Nous trouverons une solution adaptée à vos besoins.

Accédez au service Medaviz par téléphone ou via le site web :

Medaviz

+ 33 9 73 03 02 69

France et étranger (coût d'un appel local)

www.medaviz.com/mercer

Accédez au service par téléphone :

Votre numéro d'adhérent :

ADOBE

+33 (0)1 40 25 57 74

France et étranger (coût d'un appel local)

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.mercernet.fr Espace Assurés, rubrique : Mon compte / Mon dépôt de documents
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).	
Règlement du ticket modérateur uniquement tout type d'acte	Copie du reçu de paiement de la part complémentaire (ticket modérateur) ou copie de la facture acquittée.	Via smartphone Mercernet Rubrique : Mes services / Déposer un document
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° ADEL, 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.	Par courrier Retrouvez les coordonnées de votre centre de gestion à l'intérieur de ce résumé.
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

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://annuaire.sante.ameli.fr> pour s'informer des pratiques de dépassement d'honoraires.