

# Mes garanties Frais de santé

CONFLUENT France SAS

Ensemble du personnel



## Contacter mon centre de gestion



**Mon espace assuré Mercer ma santé :**  
[www.mercermasante.fr](http://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



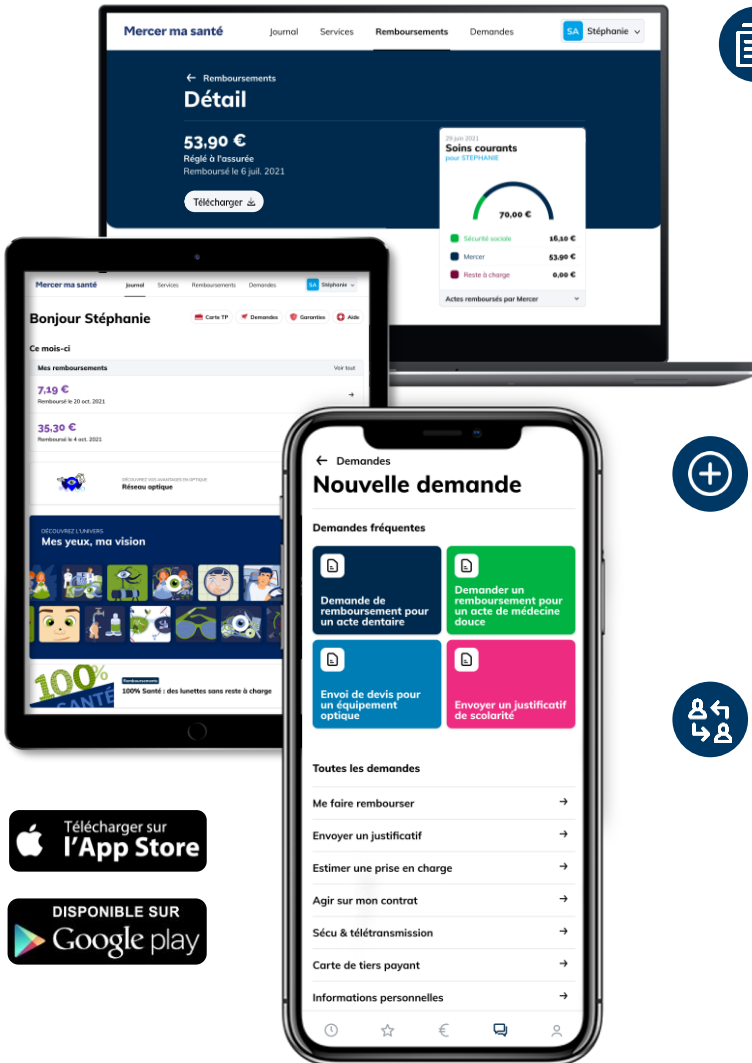
**Par courrier :**  
MERCER  
TSA 51801  
28039 CHARTRES CEDEX

# 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



### Mes services Santé

- Simuler et estimer mon reste à charge
- Contacter un médecin en moins de 3 minutes, 24h/24



## 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](http://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 « **Mes 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 : « **Mes demandes** ».
2. Sélectionnez le **type de demande**, complétez les informations demandées.
3. Joignez vos documents et validez votre demande.

# Mon contrat frais de santé



## Qui sont les bénéficiaires du contrat ?

- Vous.
- Votre conjoint, concubin ou la personne avec laquelle vous avez conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) bénéficiant des prestations en nature de la Sécurité sociale.
- Vos enfants, ceux de votre conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin :
  - ▶ âgés de moins de 21 ans,
  - ▶ âgés de moins de 28 ans, poursuivant des études et inscrit au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou au Régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Votre enfant est considéré à charge tant qu'il remplit les conditions énumérées ci-dessus, même s'il exerce temporairement (emploi saisonnier,...) ou accessoirement (petit travail d'appoint,...) une activité professionnelle, sous réserve qu'il justifie 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'il justifie de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de son activité salariée,



## Les modalités de choix d'adhésion à la surcomplémentaire facultative

- Lors de votre affiliation, vous pouvez choisir la formule qui vous convient et notifie votre choix sur son bulletin d'affiliation. A défaut d'indication, le régime de base sera obligatoirement appliqué.
- Le passage du régime de base à l'option facultative peut intervenir à tout moment.
- Le retour vers le régime de base ne peut intervenir qu'après avoir cotisé au régime pendant au moins 2 ans (sauf cas de changement de situation de famille).
- En cas de changement de situation de famille, votre demande de changement peut être reçue au maximum 2 mois après la date de ladite modification dans ce cas le changement prendra effet le 1er jour du mois civil suivant la date de ladite modification. Au delà de 2 mois la

- quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés.

### Comment modifier vos bénéficiaires ?

- Vous pouvez mettre à jour vos bénéficiaires à tout moment. Pour cela, il vous suffit de prendre contact avec votre service du personnel et de retourner un bulletin d'affiliation mis à jour intégrant votre(vos) nouveau(x) bénéficiaire(s) et en joignant les documents requis.

modification prendra effet le 1er janvier suivant.

Pour rappel, la cotisation du régime optionnel est de :  
**8,24 €** par mois pour un salarié seul

**22,77 €** par mois pour un salarié en famille



## 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 remboursements de la sécurité sociale inclus	BASE		SURCOMPLEMENTAIRE	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM
<b>HOSPITALISATION (Chirurgie, Maladie, Maternité)</b>				
Frais de séjour (conventionné)	400% BR			
Frais de séjour (non conventionné)	400% BR dans la limite de 90% des frais réels			
Honoraires (conventionné)	525% BR	200% BR		+200% 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.	4% PMSS / jour			
Lit (ou frais) d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) non remboursé par la S.S.	130 € / jour			
<b>SOINS COURANTS</b>				
Honoraires médicaux : Généralistes	400% BR	200% BR		+200% BR
Honoraires médicaux : Spécialistes	450% BR	200% BR		+200% BR
Honoraires médicaux : Petite chirurgie / Actes de Spécialité	400% BR	200% BR		+200% BR
Honoraires Médicaux : Radiologie, Imagerie Médicale (dont échographie)	400% BR	200% BR		+200% BR
Actes de laboratoire	400% BR			
Honoraires paramédicaux : Auxiliaires médicaux	400% BR			
Transport médical	100% BR			
Médicaments : Pharmacie	100% BR			
Médicaments : Pharmacie prescrite non remboursée par la S.S.	3% PMSS / an / bénéficiaire			
Matériel médical : Appareillages et accessoires (dont fauteuil roulant)	400% BR			
Matériel médical : Orthopédie	400% BR			
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
1 appareil par oreille / 4 ans				
<b>Prestations du PANIER 100% SANTE</b>				
Aide auditive	100% PLV - RSS			
Piles et entretien pour prothèse auditive	min TM			
<b>Prestations du PANIER LIBRE</b>				
Aide auditive : plus de 20 ans (par oreille)	1000 € - RSS (min TM)			
Aide auditive : 20 ans ou moins (par oreille)	1000 € - RSS (min TM)			
<b>OPTIQUE</b>				
<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 / enfant 220€ - RSS			
2 verres complexes**	480 € - RSS / enfant 340€ - RSS			
2 verres très complexes***	600 € - RSS / enfant 420€ - RSS			
Lentilles				
Lentilles non remboursées par la S.S.	12% PMSS par an et par bénéficiaire			
Chirurgie réfractive	1000€ par œil			

Garanties exprimées remboursements de la sécurité sociale inclus	BASE		SURCOMPLEMENTAIRE	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM
<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 (dont parodontologie si pas de ligne additionnelle) remboursés	400% BR			
Inlays-Onlays	400% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé			
Prothèses dentaires remboursées dents du sourire	550% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé			
Prothèses dentaires remboursées dents du fond	450% 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 si pas de ligne additionnelle)	300€ / prothèse / dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire			
Parodontologie non remboursée par la S.S.	11% PMS.S. par an et par bénéficiaire			
Orthodontie (analyse, semestre, contention)	450% BR			
Orthodontie non remboursée par la S.S.	300% BRR			
Implant dentaire non remboursé par la S.S. : Implant (racine)	800€ par an et par bénéficiaire			
Implant dentaire non remboursé par la S.S. : Inlay core (pilier)				
Ostéopathe, diététiciens, chiropracteur, psychologue, acupuncture, étiopathie, bilan et suivi psychomotricien, nutritionniste	2% PMSS par séance et par bénéficiaire (max 6 par an)			
<b>AUTRES SOINS</b>				
Cure Thermale : Transport et Hébergement remboursés par la S.S.	15% PMSS			
Naissance ou Adoption d'un enfant de +12 ans	25% PMSS			
<b>PREVENTION</b>				
Vaccins prescrits non remboursés	3% PMSS par an et par bénéficiaire			
Traitement nicotine de substitution	3% PMSS par an et par bénéficiaire			
Vaccins anti-grippe	70€ par an et par bénéficiaire			
Densitométrie osseuse	100€ par an et par bénéficiaire			
Amniocentèse non remboursée par la sécurité sociale	150€ par an et par bénéficiaire			
Diététique	60€ par an et par bénéficiaire			
Vaccin antigrippal	70€ par an et par bénéficiaire			

## 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. (**3 925 € en 2025**).
- 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.

# 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.

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.

### Sans télétransmission Noemie

### 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>En ligne</b> <a href="http://www.mercermasante.fr">www.mercermasante.fr</a> Rubrique : « Demandes »  <b>Via smartphone</b> <b>Mercer ma santé</b> Rubrique : « Demandes »  <b>Par courrier</b>  Retrouvez les coordonnées de votre centre de gestion à l'intérieur de ce résumé.
<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>Actes non remboursés par la Sécurité sociale, selon vos garanties contractuelles</b> → 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.	
<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://annuaire.sante.ameli.fr> pour s'informer des pratiques de dépassement d'honoraires.