

Mes garanties Frais de santé

Ensemble du personnel

1^{er} janvier 2026



Contacter mon centre de gestion



Sur site à Disneyland Paris :
Permanence Mercer au RDC du bâtiment
BALOO



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 49 01

APPEL NON SURTAXÉ



Par courrier :
MERCER
TSA 51801
28039 CHARTRES CEDEX

la qualité
à votre service

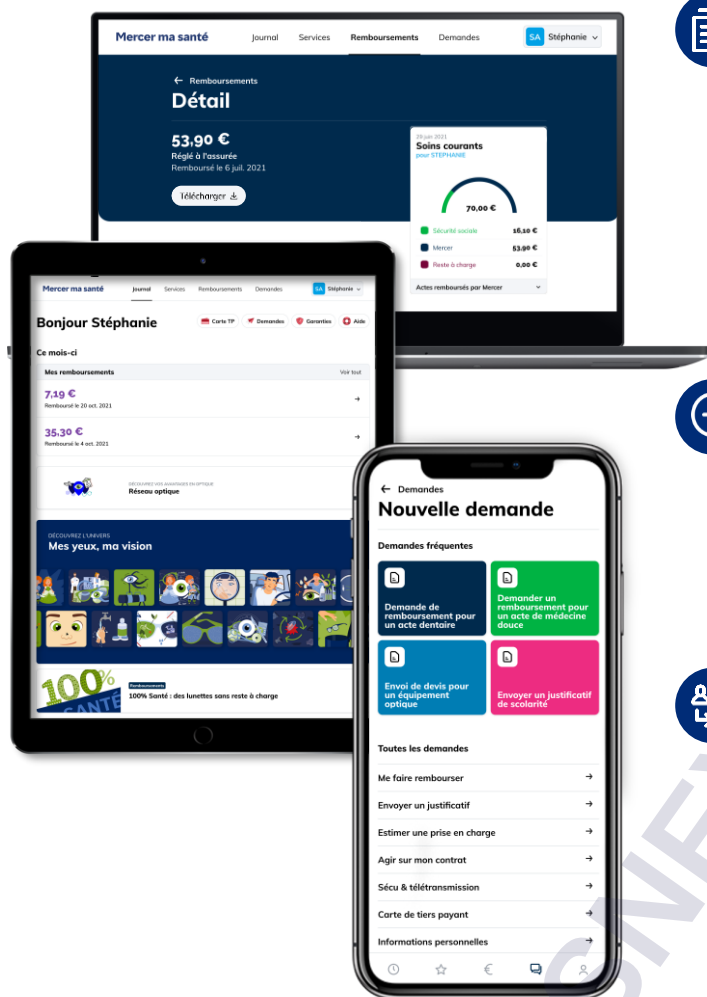


Mes services Mercer 24h/24



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 des contenus de prévention et bénéficier d'avantages exclusifs négociés avec des entreprises spécialistes du bien-être.



Mes services Santé

- Simuler et estimer mon reste à charge.
- Réaliser une téléconsultation médicale dans la journée.
- Bénéficier d'une assistance en cas d'immobilisation.
- Accéder au réseau de soins Itelis : optique, dentaire et audioprothèses.
- Accéder à des médecins référents en moins de 7 jours pour obtenir un deuxième avis médical.
- Être 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'App Store ou le Play Store 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, rien de plus simple :

1. Depuis votre espace Mercer ma santé, rendez-vous dans la rubrique : « **Demandes** ».
2. Sélectionnez le **type de demande**, puis complétez les informations demandées.
3. Joignez vos documents et validez votre demande.

Scannez le QR code ci-contre pour accéder à l'application mobile.



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 18 ans, à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale,
 - ▶ âgés de moins de 26 ans, à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale et :
 - ▶ pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - ▶ ou pour lesquels est servie une pension alimentaire (y compris en application d'un

jugement de divorce) retenue sur l'avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,

- ▶ 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 en joignant les documents requis sur [Mercer ma santé](#) en indiquant la date d'affiliation de votre bénéficiaire dans la zone champ libre prévue à cet effet.



Les modalités de choix d'adhésion au régime optionnel et/ou à la surcomplémentaire

Votre contrat se compose d'une Base Obligatoire et de deux niveaux facultatifs, au choix du salarié, qui peuvent être souscrits ensemble ou séparément :

- Option seule = **OPTION 1**
- Sur-complémentaire = **OPTION 2**
- Option + Sur-complémentaire = **OPTION 3**

Affiliation au régime optionnel / à la surcomplémentaire :

- L'affiliation au régime optionnel et/ou à la surcomplémentaire peuvent prendre effet selon le cas :
 - ▶ à compter de la date d'adhésion au contrat obligatoire : tout nouvel embauché dispose de 3 mois à compter de la date de son embauche pour adhérer au régime optionnel et ou à la surcomplémentaire. L'adhésion à l'un de ces régimes est rétroactive à la date d'embauche.
 - ▶ suite à un changement de situation de famille (mariage ou signature d'un Pacte Civil de Solidarité ou concubinage déclaré, veuvage, divorce ou rupture de PACS ou de concubinage, plus d'ayant droit à charge, enfant entrant dans la vie active) ou de surendettement reconnu. Dans ce cas, le changement intervient :
 - ▶ au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande, pour le régime optionnel,
 - ▶ au 1^{er} jour de l'année civile suivante sous réserve d'en faire la demande deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, pour la surcomplémentaire.

Résiliation du régime optionnel / de la surcomplémentaire :

- Par principe, l'adhésion au régime optionnel et/ou à la surcomplémentaire est souscrite jusqu'à la sortie définitive de l'entreprise (au dernier jour du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail) ou à la date de résiliation du contrat d'adhésion.
- Par exception, seul un cas de changement de situation familiale (mariage ou signature d'un Pacte Civil de Solidarité ou concubinage déclaré, veuvage, divorce ou rupture de PACS ou de concubinage, plus d'ayant droit à charge, enfant entrant dans la vie active) ou de surendettement reconnu peut permettre la résiliation du régime optionnel / de la surcomplémentaire. Dans ce cas, le changement intervient :
 - au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande, pour le régime optionnel,
 - au 1^{er} jour de l'année civile suivante sous réserve d'en faire la demande deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, pour la surcomplémentaire.

Pour rappel, la cotisation du régime optionnel et de la surcomplémentaire sont, en 2026, de :

- **26,20 €** par mois et par salarié pour le régime optionnel
- **4,33 €** par mois et par salarié pour la surcomplémentaire

Comment souscrire/résilier le régime optionnel et/ou la surcomplémentaire ?

- Demandez la souscription ou la résiliation de l'option et/ou la surcomplémentaire directement sur votre espace [www.mercermasante.fr](#) en indiquant la date d'effet souhaitée
- La cotisation relative à l'option est déduite de votre salaire par votre employeur, alors que la surcomplémentaire est à régler directement auprès de Mercer. Pour mettre en place le prélèvement bancaire de la surcomplémentaire, nous vous remercions de joindre votre RIB et compléter en ligne le [mandat SEPA](#).

Important : l'adhésion ou la résiliation de l'adhésion au régime optionnel et/ou à la surcomplémentaire vaut tant pour l'assuré que ses ayants droit.



Que faire en cas de fin de contrat de travail ?

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

Une continuité de la couverture Frais de santé est proposée par Disneyland Paris à ses anciens membres du personnel percevant une pension de retraite, une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou un revenu de remplacement post-dispositif de portabilité. Pour en bénéficier, un Bulletin Individuel d'Affiliation prévu à cet effet devra être envoyé à Mercer (avec votre RIB et mandat de prélèvement signé). Vous pourrez retrouver ce BIA auprès de votre service du personnel ou sur votre espace [www.mercermasante.fr](#).

Mes garanties frais de santé

Mes garanties frais de sante			Cumul des différents niveaux [OPTION 3]			
Garanties exprimées en complément de la Sécurité sociale	Base Obligatoire		Option (exprimée y compris la Base) [OPTION 1]		Sur-complémentaire (exprimée en complément) [OPTION 2]	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM
HOSPITALISATION (chirurgie, maladie, maternité)						
Frais de séjour	200% BR		100% FR limité à 400% BR		-	
Frais de séjour pour le secteur non conventionné	-		90% FR limité à 400% BR		-	
Forfait journalier hospitalier	100% de FR limité au forfait réglementaire en vigueur		100% de FR limité au forfait réglementaire en vigueur		-	
Honoraires	TM + 180% BR	TM + 100% BR	100% FR	TM + 100% BR	-	+ 280% BR
Chambre particulière non remboursée par la S.S.	50€ par jour		200€ par jour		-	
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) non remboursés par la S.S.	35€ par jour (uniquement pour les établissements conventionnés)		35€ par jour		-	
TRANSPORT						
Transport remboursé par la Sécurité sociale y compris urgence	100% des FR		100% des FR		-	
SOINS COURANTS						
Prestations du PANIER 100% SANTE						
Matériel médical : prothèses capillaires de classe II	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS		-	
Matériel médical : location de courte durée de fauteuils roulants inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP)	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS		-	
Prestations du PANIER LIBRE :						
Honoraires médicaux : Généralistes	TM + 70% BR	TM + 50% BR	TM + 370% BR	TM + 100% BR	-	+ 270% BR
Honoraires médicaux : Spécialistes	TM + 170% BR	TM + 100% BR	TM + 370% BR	TM + 100% BR	-	+ 270% BR
Honoraires médicaux : Petite chirurgie / Actes de Spécialité	TM + 70% BR	TM + 50% BR	TM + 370% BR	TM + 100% BR	-	+ 270% BR
Honoraires Médicaux : Radiologie, Imagerie Médicale (dont échographie)	TM + 90% BR	TM + 70% BR	TM + 370% BR	TM + 100% BR	-	+ 270% BR
Actes de laboratoire	100% BR		100% FR 90% FR limité à 400% BR (secteur non conventionné)		-	
Honoraires paramédicaux : Auxiliaires médicaux	100% BR		100% FR 90% FR limité à 400% BR (secteur non conventionné)		-	
Médicaments : Pharmacie	TM		TM		-	
Matériel médical : Appareillages et accessoires	100% BR		100% FR 90% FR limité à 200% BR (secteur non conventionné)		-	
Matériel médical : Orthopédie	100% BR		100% FR 90% FR limité à 200% BR (secteur non conventionné)		-	
Prothèses capillaires	300% BR		100% FR		-	
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		min TM		-	
Prestations du PANIER LIBRE						
Aide auditive : plus de 20 ans (par oreille)	100% FR dans la limite du plafond réglementaire de 1700€		100% FR dans la limite du plafond réglementaire de 1700€		-	
Aide auditive : 20 ans ou moins (par oreille)	100% FR dans la limite du plafond réglementaire de 1700€		100% FR dans la limite du plafond réglementaire de 1700€		-	
Piles et entretien pour prothèse auditive	TM		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 et Verres de Classe B	100 € (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique en fonction des types de verres		100 € (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique en fonction des types de verres		-	
Adulte et Enfant de 16 ans et +					-	
Monture et Verres de Classe B	80 € (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique en fonction des types de verres		100 € (RSS inclus) + montants indiqués dans la grille optique en fonction des types de verres		-	
Enfant de -16 ans					-	

Mes garanties frais de santé

Mes garanties frais de sante		Cumul des différents niveaux [OPTION 3]				
Garanties exprimées en complément de la Sécurité sociale	Base Obligatoire		Option (exprimée y compris la Base) [OPTION 1]		Sur-complémentaire (exprimée en complément) [OPTION 2]	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de Classe A ou B						
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de Classe A ou B	TM dans la limite des PLV		TM dans la limite des PLV		-	
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	TM dans la limite des PLV		TM dans la limite des PLV		-	
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / Verres iséiconiques)	TM		TM		-	
Autres dispositifs Médicaux d'Optique						
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	TM + Crédit de 105 € par année civile		TM + Crédit de 105 € par année civile		-	
Lentilles non remboursées par la S.S. (y compris jetables)	Crédit de 105 € par année civile		Crédit de 140 € par année civile		-	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 400 € par œil et par année civile		Crédit de 1050 € par œil et par année civile		-	
DENTAIRE						
Prestations du PANIER 100% SANTE						
Soins et prothèses dentaires	100% HLF - RSS		100% HLF - RSS		-	
Prestations du PANIER MAITRISÉ						
Inlays-Onlays	TM + 215% BR dans la limite des HLF		TM + 420% BR dans la limite des HLF		-	
Inlays Core	TM + 290% BR dans la limite des HLF		TM + 315% BR dans la limite des HLF		-	
Autres appareillages prothétiques dentaires	TM + 290% BR dans la limite des HLF		TM + 315% BR dans la limite des HLF		-	
Prestations du PANIER LIBRE						
Inlays-Onlays	TM + 215% BR		TM + 420% BR		-	
Inlays Core	TM + 290% BR		TM + 315% BR		-	
Autres appareillages prothétiques dentaires	TM + 290% BR		TM + 315% BR		-	
Prestations						
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	TM + 120% BR		TM + 170% BR		-	
Soins prothétiques et prothèses dentaires non pris en charge par la S.S. et figurant à la nomenclature (remboursement sur la base d'une BR égale à 120 €)	320% BRR		345% BRR		-	
Parodontologie non remboursée par la S.S.	200 € par année civile		400 € par année civile		-	
Orthodontie (analyse, semestre, contention)	100% BR		350% BR		-	
Orthodontie non remboursée par la S.S. (analyse, semestre, contention)	-		200% BRR		-	
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	-		Crédit de 500€ par année civile		-	
MEDECINE NON CONVENTIONNELLE par un praticien ayant un n°ADELI ou FINESS, non remboursée par la S.S.						
Ostéopathie, diététique, chiropractie, acupuncture, sophrologie, pédicure, hypnothérapie, naturopathie, kinésiologie, ergothérapie, psychomotricité (y compris bilan), psychologie	40€ par séance limité à 3 séances par année civile		50€ par séance limité à 3 séances par année civile		-	
AUTRES SOINS						
Soins prescrits et remboursés par la S.S.	TM		TM		-	
Cure Thermale : Frais d'hospitalisation et actes médicaux	TM		TM		-	
Cure Thermale : Frais d'hébergement et de transport, par an et par personne garantie	5% PMSS		10 % PMSS		-	
Prime naissance ou adoption d'un enfant déclaré chargé sur unsa-disney.fr le 26 octobre 2026	10% PMSS		20% PMSS		-	

Mes garanties frais de santé

Garanties exprimées en complément de la Sécurité sociale	Cumul des différents niveaux [OPTION 3]					
	Base Obligatoire		Option (exprimée y compris la Base) [OPTION 1]		Sur-complémentaire (exprimée en complément) [OPTION 2]	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM
PREVENTION						
Sevrage tabagique	-	-	50€ par année civile	-	-	-
Actes de prévention définis par la Sécurité sociale	TM	-	TM	-	-	-
Vaccins prescrits remboursés par la S.S. -Tétanos, poliomyélite, diphtérie (tout âge) -Coqueluche avant 14 ans -Hépatite avant 14 ans -BCG avant 6 ans -Rubéole -Haemophilus influenzae B -Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques (enfants -18 ans)	TM	-	TM	-	-	-
« Automédication » avec facture et sans prescription (fluidifiant bronchique, traitement des affections de la gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx, homéopathie)	50€ par an et par bénéficiaire	-	50€ par an et par bénéficiaire	-	-	-
Médicaments prescrits mais non remboursés par la S.S.	50€ par an et par bénéficiaire	-	50€ par an et par bénéficiaire	-	-	-
Vaccins prescrits non remboursés par la S.S.	35€ par an et par bénéficiaire	-	35€ par an et par bénéficiaire	-	-	-
Dépistage tous les 5 ans contre les troubles de l'audition après 50 ans	TM + 120% BR	TM + 100% BR	TM + 120% BR	TM + 100% BR	-	-
Dépistage de l'hépatite B	130% BR	-	130% BR	-	-	-
Bilan initial des troubles du langage oral & écrit avant 14 ans	130% BR	-	130% BR	-	-	-
Consultation chez un diététicien, prescrite par un médecin (enfant de -12 ans)	1.25% PMSS / enfant	-	1.25% PMSS / enfant	-	-	-
Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans et tous les 6 ans	TM + 120% BR	TM + 100% BR	TM + 120% BR	TM + 100% BR	-	-
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale	150 € par an et par bénéficiaire	-	150 € par an et par bénéficiaire	-	-	-
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code la Santé Publique, sur prescription du médecin traitant	100 € par an et par bénéficiaire	-	100 € / an / bénéficiaire	-	-	-
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test de grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250	600 €	-	600 €	-	-	-
SERVICES COMPLEMENTAIRES						
Réseau de soins : ITELIS	Oui	-	-	-	-	-
Téléconsultation médicale	MEDAVIZ - Voir détail en page 8	-	-	-	-	-
Prestations d'assistance	N° Tél 01 45 16 43 68 - Mail ouquotidien@mutuaide.fr N° Convention : 10514 - Mutuaide Assistance	-	-	-	-	-

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 (4 005 € en 2026).
- RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale
- PLV** : Prix Limite de Vente
- HLF** : Honoraires Limites Fixes ou Facturation
- CCAM** : Classification commune des actes médicaux



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.

Téléchargez sur unsa-disneylandparis.fr le 26 octobre 2024 - Unsa Disneyland Paris



Ma grille de garanties en optique

Garantie exprimée y compris la Sécurité sociale

itelis
EN CONFIANCE POUR MA SANTÉ

Avec / Sans
Cylindre

Unifocaux

Sphériques

Sphéro cylindriques

Multifocaux et
progressifs

Sphériques

Sphéro cylindriques

Base Obligatoire			Option (exprimée y compris la Base)	
SPH = Sphère CYL = Cylindre (+) S = SPH + CYL	Adulte et Enfant 16 ans et +	Enfant - 16 ans	Adulte et Enfant 16 ans et +	Enfant - 16 ans
SPH de -6 à +6 (*)	100 €	55 €	100 €	55 €
SPH < -6 ou > +6	150 €	90 €	150 €	90 €
SPH de -6 à 0 et CYL < +4	115 €	55 €	115 €	55 €
SPH > 0 et S < +6	115 €	55 €	115 €	55 €
SPH > 0 et S > +6	130 €	70 €	130 €	70 €
SPH < -6 et CYL > +0,25	170 €	90 €	170 €	90 €
SPH de -6 à 0 et CYL > +4	150 €	90 €	150 €	90 €
SPH de -4 à +4	150 €	140 €	200 €	140 €
SPH < -4 ou > +4	250 €	140 €	250 €	140 €
SPH de -8 à 0 et CYL < +4	150 €	140 €	200 €	140 €
SPH > 0 et S < +8	150 €	140 €	200 €	140 €
SPH < -8 et CYL > +4	150 €	140 €	200 €	140 €
SPH > 0 et S > +8	250 €	140 €	250 €	140 €
SPH < -8 à 0 et CYL > +0,25	250 €	140 €	250 €	140 €

*le verre neutre est compris dans cette classe



Mes exemples de remboursements (Base Obligatoire)

Exemple	Garantie	Assiette de garantie	Expression de la garantie	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Visuels
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	120%	BR	Hors Sécurité Sociale	431,0 €	78,8 € 135,1 € 217,1 €
Soins courants					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO) (secteur 1)	100%	BR	Hors Sécurité Sociale	30,0 €	25,0 € 3,0 € 2,0 €
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 €	31,3 € 10,7 € 2,0 €
Optique					
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux sphériques de -3 (verres simples)	300,00	Euros	Y compris Sécurité Sociale	345,0 €	1 € 299,9 € 45,0 €
Dentaire					
Détartrage	160%	BR	Hors Sécurité Sociale	28,92 €	20,2 € 8,7 € 0,0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (100% santé)	100%	PLV	Y compris Sécurité Sociale	500,0 €	120,0 € 380,0 € 0,0 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	330%	BR	Hors Sécurité Sociale	538,7 €	84,0 € 396,0 € 58,7 €

Remboursement obligatoire de l'Assurance Maladie

Remboursement de l'Assurance Maladie complémentaire

Reste à charge



Les avantages de votre réseau

- Des **équipements de qualité**
- Des **tarifs préférentiels 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, etc.



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, etc.).



-9% d'économie moyenne et 24 actes plafonnés



Jusqu'à **-15%** sur les aides auditives et **15%** de remise minimale sur les accessoires.

Pour localiser un professionnel de santé, connectez-vous sur votre espace Mercer ma santé sur votre navigateur ou via l'application mobile.

itelis



Les acteurs de votre régime

Votre organisme assureur



Votre gestionnaire

MERCER
A MARSH BUSINESS

Votre réseau de soins

itelis

Les services accessibles depuis votre espace Mercer ma santé

Accédez à un médecin 24h/24, 7j/7

Qu'est-ce que c'est ?



- Une consultation médicale avec un médecin* à distance 24h/24, 7j/7, accessible en 90 secondes.
- **30 spécialités** (généralistes, gynécologues, pédiatres, etc.).
- Service inclus au contrat : aucun reste à charge.
- Secret médical garanti
- Possibilité de créer 5 comptes pour la famille

Comment ça marche ?

- Créez votre compte sur medaviz.com/mercier.
- Inscrivez votre code d'activation : 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.*

Benefits You : votre guide santé et bien-être

Que pouvez-vous retrouver sur Benefits You ?



- Accédez à des contenus de prévention pour appréhender votre santé ou vous guider en cas de besoin.
- Bénéficiez d'avantages exclusifs négociés avec des entreprises spécialistes du bien-être : jusqu'à -25 % par rapport aux tarifs publics.

Téléchargez l'application grâce au QR code ou rendez-vous sur votre espace assuré **Mercer ma santé**.



Un centre de soins dédié sur site

Le Care center du bâtiment Baloo :



- Rencontrez professionnels de santé présents sur site, toute la semaine, **au bâtiment Baloo**.
- Bénéficiez d'un examen de vue et d'une paire de lunettes offertes jusqu'en juin 2026.
- À partir du 2^e semestre 2026 - plusieurs spécialités : boutique optique, ostéopathie, dépistage dermatologique, coaching nutrition et prévention bucco-dentaire.

Prenez RDV au Care center directement depuis votre espace Mercer ma santé !

Trouvez le meilleur établissement de santé

Comment l'utiliser ?



- Identifiez le meilleur établissement de santé pour votre opération à venir, dans votre région.
- Assurez-vous que les honoraires de médecine et de la chambre particulière soient raisonnables.

Et d'autres avantages :

- Profitez d'une check-list pour préparer votre hospitalisation et ne rien oublier.
- Retrouvez les coordonnées de tous les hôpitaux et cliniques près de chez vous.

Bénéficiez des conseils d'un second médecin

Comment l'utiliser ?



- Sélectionnez votre pathologie et un médecin expert, puis partagez vos pièces médicales.
- Sous 7 jours, vous recevez l'avis du médecin sélectionné sur le diagnostic et le protocole de soins recommandé, pour prendre la décision la plus éclairée avec votre médecin traitant.

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.



- Conseil santé
- Services et aides à domicile, transport, hébergement, garde des enfants, portage des repas, prise en charge de vos enfants ou parents dépendants...
- Rapatriement ou transport sanitaire, frais médicaux d'urgence à l'étranger

Comment ça marche ?

- Par téléphone au **01 45 16 43 68** (France et étranger (coût d'un appel local)) / Par mail à l'adresse : quotidien@mutuaide.fr
- Précisez le nom de votre entreprise et votre numéro de convention : **10514**.
- Exposez votre situation à un chargé d'assistance. Nous trouverons une solution adaptée à vos besoins.

Informations pratiques



Comment obtenir le remboursement de vos frais de santé ?

Des remboursements rapides et simplifiés : NOEMIE

La **télétransmission NOEMIE** permet la transmission **informatique automatique de vos données de soins** pour vous et vos bénéficiaires entre votre caisse de Sécurité sociale et Mercer. Cela vous évite par la suite d'avoir à transmettre à Mercer vos décomptes de Sécurité sociale : vous serez remboursé automatiquement ! Pour en bénéficier, envoyez votre attestation de droits de 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) :

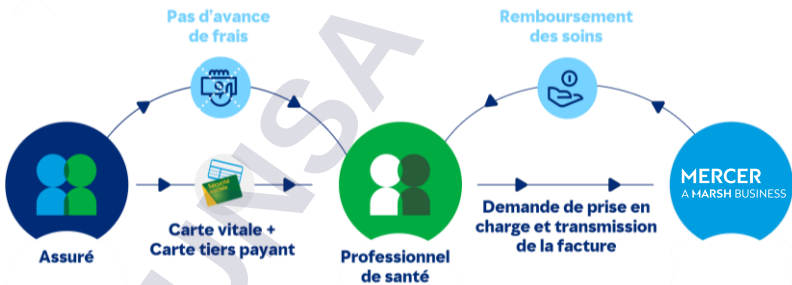
Type d'acte	Justificatif	Comment envoyer
 Équipement optique* sans tiers payant → Verres-monture-lentilles pris en charge par la Sécurité sociale	Copie de la facture acquittée et détaillée avec prix, marque et référence des verres, ainsi que des lentilles, avec cachet de l'opticien et copie de l'ordonnance.	 En ligne www.mercermasante.fr Rubrique : « Demandes »  Sur smartphone App 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 (nom et prénom du professionnel de santé, n° d'identification du professionnel de santé (N° FINESS, RPPS ou ADELI), date de soins, montant de la prestation, type de prestation, nom et prénom du bénéficiaire).	
 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, etc.	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 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).



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.



Encouragez votre conjoint à se faire rembourser ses soins sur sa mutuelle personnelle (dans le cas d'une double couverture) avant de demander un remboursement complémentaire à Mercer.



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 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, sur notre site <https://www.mercer.com/fr-fr/footer/reclamations/> ou sur vos documents contractuels.