

## LE TIERS PAYANT : DISPENSEZ-VOUS DE L'AVANCE DE FRAIS TOTALE OU PARTIELLE

La carte de Tiers Payant vous dispense d'avancer les montants correspondant à la partie des frais pris en charge par votre Caisse de Sécurité sociale et des frais pris en charge par Mercer, selon les dispositions de votre contrat.

### VOTRE CARTE EST :

- PRATIQUE :** coordonnées de votre centre de gestion.
- PERSONNELLE :** personnes bénéficiant de la couverture de votre contrat frais de santé.
- SPÉCIFIQUE :** les moyens de communication que Mercer a réservé aux professionnels de santé.
- SYNTHÉTIQUE :** l'ensemble des soins pour lesquels votre contrat vous permet de bénéficier du tiers payant.
- UTILE :** identifiants permettant de créer votre compte personnel sécurisé sur [www.mercernet.fr](http://www.mercernet.fr)



## COMMENT OBTENIR LE REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS ?

**Des remboursements plus rapides : NOEMIE**  
NOEMIE est la transmission informatique automatique de vos données de soins pour vous et vos bénéficiaires entre votre caisse de Sécurité sociale et Mercer.  
Si la mention «*Nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire Mercer*» figure sur votre décompte Sécurité sociale, alors vous êtes bien connecté(e).

**SANS TÉLÉTRANSMISSION NOEMIE**, vous devez adresser à Mercer les originaux des décomptes de Sécurité sociale (ou décomptes téléchargés sur votre espace dédié **ameli.fr**) accompagnés des pièces complémentaires (cf tableau ci-dessous).  
Attention, ces pièces doivent être adressées au plus tard dans un délai de 2 ans suivant la date de soins.

## LES JUSTIFICATIFS DE REMBOURSEMENTS QUE MERCER PEUT VOUS DEMANDER

Retrouvez dans le tableau ci-après les pièces à adresser à votre centre de gestion.

TYPE D'ACTE	JUSTIFICATIF DEMANDÉ	POURQUOI C'EST NÉCESSAIRE ?
 <b>ÉQUIPEMENT OPTIQUE</b> sans tiers payant <b>Verres-monture-lentilles pris en charge par la Sécurité sociale</b>	Copie facture acquittée et détaillée (prix, marque et référence des verres), et des lentilles avec cachet de l'opticien et copie de l'ordonnance	Les informations transmises par la Sécurité sociale étant globales, nous ne pouvons pas calculer le montant de vos remboursements sans les informations précisées sur ces documents.
 <b>DENTAIRE</b> sans tiers payant --> <b>Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale</b>	Copie facture acquittée et détaillée (codification des actes et numéros de dents)	Les informations communiquées par la Sécurité sociale excluent les soins qu'elle ne prend pas en charge. Votre régime frais de santé peut prévoir un complément sur ces actes. Le détail de votre facture nous permet alors de calculer au plus juste votre niveau de remboursement.
 <b>RÈGLEMENT DU TICKET MODÉRATEUR UNIQUEMENT</b> tout type d'acte	Original du reçu de paiement de la part complémentaire (ticket modérateur), original de la facture acquittée par courrier	Ce justificatif est nécessaire en cas de tiers payant partiel. Le tiers payant partiel se présente lors de l'utilisation unique de la carte vitale avec dis pense d'avance de frais Sécurité sociale seulement.
 <b>En cas d'honoraires supérieurs à 6 fois la base de remboursement de la Sécurité sociale</b>	Facture acquittée <b>OU</b> Avis des sommes à payer et attestation de paiement (hôpital public) <b>OU</b> bordereau de facturation (clinique) en soins externes	

### HOSPITALISATION (hors maternité)

Si aucune prise en charge n'a été délivrée. Contactez-nous afin d'en obtenir une.

 --> **Frais de séjour, forfait hospitalier, chambre particulière**

Bordereau de facturation de l'établissement (clinique)  
**OU** Avis des sommes à payer et attestation de paiement (hôpital)

 --> **Honoraires chirurgien, anesthésiste...**

Bordereau de facturation et copie de la facture acquittée de l'établissement

## IMPORTANT

- Transmettez sans tarder vos factures et autres justificatifs demandés.
- Retrouvez la liste complète des pièces demandées au verso de vos décomptes.
- Afin d'éviter les mauvaises surprises, en optique et en dentaire, demandez un devis à votre professionnel de santé. Mercer établira alors une estimation de remboursement mentionnant le montant restant à votre charge.

Copyright 2013. MercerTous droits réservés

# VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

## Votre centre de gestion

**Mercer**  
Prévoyance Santé Retraite  
164-174 rue Victor Hugo  
92536 Levallois-Perret Cedex  
[www.mercernet.fr](http://www.mercernet.fr)



la qualité  
à votre service

Retrouvez toutes les coordonnées de votre centre de gestion sur votre carte de tiers payant.

## SOYEZ BIEN INFORMÉS : GAGNEZ DU TEMPS

- ▶ La consultation d'une aide en ligne pour toutes vos questions,
- ▶ Le suivi de vos remboursements en temps réel,
- ▶ L'édition immédiate de prises en charge hospitalières,
- ▶ La mise à jour de vos informations personnelles,
- ▶ La consultation de fiches pratiques,
- ▶ La consultation de la liste des professionnels de santé pratiquant le tiers payant avec Mercer (pharmacie, opticiens, établissements hospitaliers).

## VOTRE ESPACE ASSURÉ SUR [WWW.MERCERNET.FR](http://WWW.MERCERNET.FR)

- ▶ Créer votre compte personnel :
- ▶ Cliquez sur "Créer mon compte" et complétez les informations demandées à l'aide de votre carte de tiers payant ou de votre décompte de remboursement.

Mercer (France) au capital de 30 539 670 €  
RCS Nanterre B 390 589 455 - APE 6622 Z  
Siège Social : Tour Ariane  
5, place de la Pyramide - 92800 Puteaux  
N° ORIAS : 07 001 885

GARANTIES (Secteur conventionné ou non)	Plafonds du Contrat Responsable	
	Médecins non OPTAM / OPTAM-CO // Non Conventionné	Médecins OPTAM / OPTAM-CO // Conventionné
<b>HOSPITALISATION</b>		
• Frais de séjour	90% Frais Réels	100% Frais Réels
• Forfait hospitalier	100% Frais Réels sans limitation de durée	
• Ticket modérateur forfaitaire	100% Frais Réels	
• Honoraires médicaux et chirurgicaux	TM + 100% BRSS	100% Frais Réels
• Actes d'anesthésie	TM + 100% BRSS	100% Frais Réels
• Transport pris en charge par la SS	TM	
• Frais annexes non pris en charge par la SS :		
- Chambre particulière (de nuit)	100% Frais Réels	
<b>ACTES MEDICAUX COURANTS</b>		
• Actes Cliniques (Consultations, visites, ... ) :		
- Généralistes	TM + 100% BRSS	100% Frais Réels
- Spécialistes	TM + 100% BRSS	100% Frais Réels
• Actes Techniques dispensés par des médecins :		
- Petite chirurgie / Actes de Spécialité	TM + 100% BRSS	100% Frais Réels
- Radiologie, Imagerie Médicale	TM + 100% BRSS	100% Frais Réels
- Actes de laboratoire	TM + 100% BRSS	100% Frais Réels
• Actes Techniques non dispensés par des médecins :		
- Petite chirurgie / Actes de Spécialité	100% Frais Réels	90% Frais Réels
- Radiologie, Imagerie Médicale	100% Frais Réels	90% Frais Réels
- Actes de laboratoire	100% Frais Réels	100% Frais Réels
• Auxiliaires médicaux	100% Frais Réels	90% Frais Réels
<b>PHARMACIE</b>		
• Médicaments à service médical rendu :		
- Majeur ou Important (prise en charge SS de 65%)	100% Frais Réels	
- Modéré (prise en charge SS de 30%)	100% Frais Réels	
- Faible (prise en charge SS de 15%)	100% Frais Réels	
• Médicaments prescrits Non Remboursés par la SS	100% Frais Réels	
<b>APPAREILLAGE / PROTHESES NON DENTAIRES</b>		
• Appareillages et accessoires acceptés par la S.S.	TM + 260% BR	
• Audio-prothèse acceptée par la S.S.	TM + 260% BR	
• Orthopédie	TM + 260% BR	
<b>OPTIQUE</b>		
• Lunettes, limitation :	Renouvellement tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs	
- Forfait pour un équipement composé d'une Monture et de deux		
. Verres Simples	470 €	
. Verres Complexes	750 €	
. Verres Très Complexes	850 €	
dont Monture	150 €	
• Lentilles Remboursées par la SS	12% PMSS	
• Lentilles Non remboursées par la SS	12% PMSS	
<b>DENTAIRE</b>		
• Soins dentaires	TM + 270% BR	
• Inlay-Core	TM + 470% BR limité à 100% PMSS par an et par bénéficiaire	
• Inlays-Onlays	TM + 470% BR limité à 100% PMSS par an et par bénéficiaire	
• Prothèses dentaires et Inlay-Cores :		
- Remboursées par la SS	TM + 470% BR limité à 100% PMSS. Au-delà : TM + 25% BR	
(y compris couronne sur implant)		
- Nomenclaturées et non prises en charge par la SS	17% PMSS par prothèse (limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire)	
• Orthodontie Remboursée par la SS	TM + 200% BR	
• Parodontologie Remboursée par la SS	TM + 470% BR limité à 100% PMSS par an et par bénéficiaire	
• Implants Remboursée par la SS	TM + 470% BR limité à 100% PMSS par an et par bénéficiaire	
<b>MEDECINE DOUCE</b>		
• Ostéopathe, chiropracteur, acupuncture, micro-kinésithérapie	45 € par séance, max 4 séances par an	
<b>CURES THERMALES</b>		
• Cure remboursée par la S.S. (limitée aux frais réels)	15% PMSS	
<b>Maternité</b>		
Forfait Maternité	30% PMSS (doublé en cas de naissance gémellaire)	

**FR** : Frais Réels      **BRSS** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale      **SS** : Sécurité Sociale  
**TM** : Ticket Modérateur      **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

### DEFINITION :

On entend par « bénéficiaire » :

- **L'ASSURE** affilié,
- **LE CONJOINT** de l'assuré affilié,
- **LES ENFANTS A LA CHARGE** de l'assuré affilié,

à condition qu'ils aient droit aux prestations en nature du régime général de la Sécurité Sociale.

Le concubin notoire d'un assuré affilié (non marié) est assimilé au conjoint de celui-ci, sous réserve qu'il fournisse à la Compagnie un certificat de vie maritale délivré par la Mairie du domicile de l'assuré affilié.

### ADMISSION :

Les bénéficiaires sont admis dans l'assurance dès la date d'affiliation de l'assuré.

En cas de mariage, de naissance ou de réalisation des conditions prévues pour être bénéficiaire, après la date d'affiliation de l'assuré, le conjoint ou l'enfant est automatiquement admis dans l'assurance.

On entend par **ENFANT A CHARGE** de l'assuré, un enfant légitime, reconnu, adoptif, pupille de la Nation ou recueilli au foyer de l'assuré à la condition :

- **d'être âgé de moins de 18 ans,**
- **d'être âgé de 18 ans et plus et de moins de 26 ans,** lorsqu'il bénéficie du régime de la Sécurité Sociale des Etudiants, lorsque, n'ayant pas de revenus distincts de ceux qui servent de base à l'imposition de l'assuré, il se trouve sous contrat d'apprentissage, poursuit des études secondaires ou supérieures,
- **d'être âgé de moins de 26 ans,** à la recherche d'un premier emploi, et inscrit au Pôle Emploi
- **quel que soit son âge,** s'il bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.

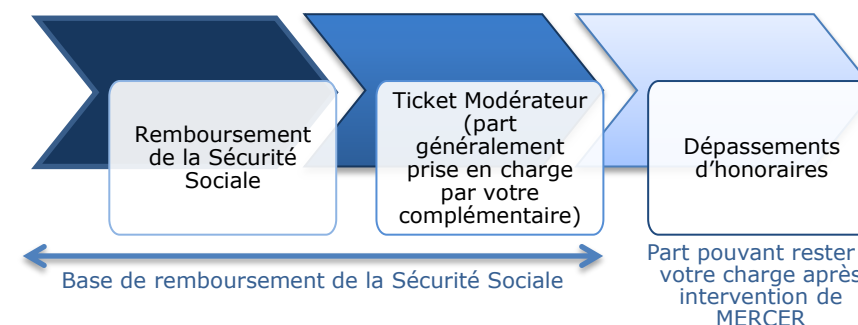
Notamment, sous réserve des conditions exposées ci-dessus, l'enfant d'un assuré divorcé pour lequel celui-ci est tenu de verser une pension alimentaire par décision de justice est considéré comme à charge de l'assuré.

Un enfant à la charge du conjoint de l'assuré au sens ci-dessus défini est assimilé à un enfant à la charge de l'assuré à condition que le conjoint de l'assuré en ait la garde.

### Une dépense de santé c'est :

- une part remboursée par la Sécurité Sociale
- et une part restant à votre charge (ou à celle de votre contrat complémentaire)

Bien entendu, moins la Sécurité Sociale intervient, plus la somme restant à votre charge (ou à celle de votre contrat complémentaire) augmente



**Ce tableau est communiqué à titre d'information et ne saurait être assimilé à une notice d'information.**  
 Les garanties exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) s'ajoutent aux prestations de la Sécurité Sociale. Les garanties exprimées en Frais Réels s'entendent sous déduction des prestations versées par la Sécurité Sociale.