

MERCER OPTIMAL

SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Contrat individuel



VOS DÉPENSES DE SANTÉ DÉPASSENT SOUVENT VOS REMBOURSEMENTS ? BÉNÉFICIEZ D'UNE COUVERTURE MAXIMALE POUR RÉDUIRE VOTRE RESTE À CHARGE !

La surcomplémentaire Mercer Optimal agit en complément des remboursements de la Sécurité sociale et de votre régime frais de santé Mercer pour vous permettre d'être mieux remboursé.

Vous choisissez la formule qui vous convient et pouvez ajouter des bénéficiaires, à condition qu'ils soient déjà assurés sur votre régime de base Mercer.

UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

Afin de vous apporter un devis personnalisé et un conseil de qualité, une équipe dédiée est à votre disposition.



- Du lundi au vendredi, de 9h à 18h
- Par téléphone : **01 55 21 01 89** (coût d'un appel local)
- Par email : optimal@merceroptimal.com

LES POINTS FORTS DE MERCER OPTIMAL



- Aucun délai de carence, même pour l'option Indemnités Journalières Hospitalières* : la couverture est immédiate
- Aucun questionnaire médical
- Remboursements rapides : télétransmission automatique entre votre mutuelle de base et Mercer Optimal
- Une option Indemnités Journalières Hospitalières (IJH) pour une prise en charge maximale en cas d'hospitalisation
- Tarifs négociés

* Dans le cas où l'option IJH est souscrite ultérieurement à la surcomplémentaire, le délai d'attente est de 4 mois.

FORMULES ESSENTIEL

Remboursement des dépassements d'honoraires des médecins hors DPTAM*

GARANTIES	ESSENTIEL 100	ESSENTIEL 200	ESSENTIEL 300
Hospitalisation			
Honoraires			
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la sécurité sociale. L'indemnisation : - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, - des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au delà de 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier.			
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Consultation d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Consultation d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Le poste est limité à 10 consultations et visites spécialistes par année civile et par bénéficiaire			
Honoraires paramédicaux			
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100 % BR	200 % BR	300 % BR

BR = Base de Remboursement. En secteur conventionné : tarif de convention. En secteur non conventionné : tarif d'autorité.

*DPTAM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (en remplacement des termes CAS, OPTAM et OPTAMCO).

** Consultations-Visites de médecine spécialisée limitées à 10 par an et par bénéficiaire.

TARIFS

COTISATION MENSUELLE	ESSENTIEL 100		ESSENTIEL 200		ESSENTIEL 300	
	ISOLÉ	FAMILLE	ISOLÉ	FAMILLE	ISOLÉ	FAMILLE
de 18 à 24 ans	4,48 €	10,84 €	9,05 €	21,75 €	12,01 €	28,52 €
de 25 à 29 ans	5,16 €	14,42 €	10,26 €	28,62 €	13,38 €	37,08 €
de 30 à 34 ans	5,84 €	18,81 €	11,85 €	37,73 €	15,48 €	48,91 €
de 35 à 39 ans	6,37 €	22,01 €	13,06 €	44,36 €	17,23 €	57,79 €
de 40 à 44 ans	6,90 €	23,71 €	14,11 €	47,74 €	18,80 €	62,54 €
de 45 à 49 ans	7,95 €	25,29 €	15,69 €	49,92 €	20,90 €	65,48 €
de 50 à 54 ans	9,16 €	25,74 €	17,95 €	50,58 €	24,74 €	68,10 €
de 55 à 59 ans	9,69 €	23,93 €	19,53 €	48,00 €	26,85 €	65,04 €
de 60 à 64 ans	10,36 €	23,44 €	20,90 €	47,05 €	28,73 €	63,73 €
de 65 à 69 ans	11,41 €	24,15 €	22,99 €	48,46 €	31,60 €	65,65 €
de 70 à 74 ans	12,77 €	25,36 €	25,74 €	50,88 €	35,40 €	68,94 €
75 ans et +	14,69 €	27,13 €	29,60 €	54,44 €	40,71 €	73,76 €

Vous pouvez vous affilier à Mercer Optimal soit seul (tarif Isolé), soit avec tout ou partie des membres de votre famille sous réserve que vous et vos ayants droit bénéficiaires soient âgés de moins de 70 ans à la date d'adhésion. Dès lors que vous vous affiliez avec un de vos ayants droit (conjoint ou enfant), vous devrez vous acquitter du tarif Famille, peu importe le nombre d'ayants droit affiliés. En tarif Famille, tous vos ayants droit doivent adhérer à la même formule que vous.

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de votre âge l'année d'échéance. L'âge est déterminé au 1er janvier de l'année par différence de millésime. Ces cotisations n'intègrent pas les frais d'adhésion à l'association MUSTI fixés à 6€ /an et par famille.

Dans le cadre du contrat responsable, les dépassements d'honoraires pratiqués par des médecins non signataires DPTAM sont moins bien remboursés par les complémentaires santé.

Les formules Essentiel de la surcomplémentaire Mercer Optimal sont destinées à compenser ces baisses de garanties, pour vous permettre d'être mieux couvert.

FORMULES CONFORT ET PREMIUM

Prise en charge optimisée de toutes vos dépenses santé

GARANTIES

	CONFORT	PREMIUM
Hospitalisation		
Honoraires		
Médecins adhérents à l'un des DPTAM	100 % BR	100 % BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % BR	200 % BR
Chambre particulière (par jour)	30 €	50 €
Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la sécurité sociale. L'indemnisation : - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, - des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au delà de 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier.		
Dentaire		
Soins et prothèses 100% Santé*	Garanties prises en charge au tire du contrat socle	
Soins (Hors 100% Santé)		
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	150 % BR
Prothèses (Hors 100% Santé)		
à tarifs limités**	100 % BR dans la limite de 100 % PLV socle et surcomplémentaire 100 % BR	150 % BR dans la limite de 100 % PLV socle et surcomplémentaire 150 % BR
à tarifs libres***		
Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale		
Prothèses dentaires	100 €	100 €
Inlay core	100 €	100 €
Orthodontie		
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	150 % BR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale, par an et par bénéficiaire	100 €	100 €
Implantologie dentaire	100 €	100 €
*Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).		
**Prothèses à tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).		
***Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.		
Soins courants		
Honoraires médicaux		
Consultation d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	100 % BR
Consultation d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	200 % BR
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	100 % BR
Consultation d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	200 % BR
Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	100 % BR
Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	200 % BR
Visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	100 % BR
Visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR	200 % BR
Le poste est limité à 10 consultations et visites spécialistes par année civile et par bénéficiaire		
Honoraires paramédicaux		
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	100 % BR	100 % BR
Médecines non conventionnelles		
Forfait actes thérapeutiques (acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe)	30 €	30 €
Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° ADELI, RPPS ou le n° FINESS du praticien sera demandé.		
Aides auditives		
Equipements 100% Santé* (Classe 1)	Garanties prises en charge au tire du contrat socle	
Equipements à tarifs libres (Classe 2) par oreille	100 €	150 €
*Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).		
Optique		
Verres, monture, Lentilles		
Equipements 100% Santé*	Garanties prises en charge au tire du contrat socle	
Equipements à tarif libre (Classe B)		
Forfait annuel Adulte : Verres, montures lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale	100 €	150 €
Forfait annuel Enfant : Verres, montures lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale	75 €	100 €
En cas d'équipement mixte 100% santé et à tarif libre, La garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100% santé.		
Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.		
*Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).		
Autres postes optique		
L'opération de la myopie (hypermétropie) laser (par œil) par bénéficiaire et par année civile	150 €	150 €

TARIFS

	OPTION IJH		CONFORT		PREMIUM	
COTISATION MENSUELLE	ISOLÉ	FAMILLE	ISOLÉ	FAMILLE	ISOLÉ	FAMILLE
de 18 à 24 ans	6,24 €	15,53 €	14,85 €	36,88 €	20,48 €	51,62 €
de 25 à 29 ans	8,12 €	24,45 €	15,05 €	45,66 €	20,85 €	64,15 €
de 30 à 34 ans	9,36 €	32,82 €	17,13 €	60,48 €	23,96 €	85,15 €
de 35 à 39 ans	11,23 €	41,31 €	19,82 €	73,35 €	27,50 €	102,77 €
de 40 à 44 ans	12,47 €	44,99 €	21,76 €	79,96 €	30,26 €	111,07 €
de 45 à 49 ans	13,48 €	45,32 €	24,26 €	83,18 €	34,08 €	116,20 €
de 50 à 54 ans	14,22 €	41,84 €	27,93 €	82,58 €	38,64 €	115,07 €
de 55 à 59 ans	15,22 €	38,47 €	30,60 €	77,40 €	42,08 €	107,39 €
de 60 à 64 ans	16,23 €	36,73 €	31,91 €	72,12 €	43,84 €	99,81 €
de 65 à 69 ans	17,22 €	36,27 €	34,72 €	72,83 €	48,21 €	101,89 €
de 70 à 74 ans	18,10 €	36,18 €	40,36 €	80,40 €	56,06 €	112,61 €
75 ans et +	19,97 €	39,92 €	43,49 €	86,72 €	61,19 €	122,97 €

Vous pouvez vous affilier à Mercer Optimal soit seul (tarif Isolé), soit avec tout ou partie des membres de votre famille sous réserve que vous et vos ayants droit bénéficiaires soient âgés de moins de 70 ans à la date d'adhésion. Dès lors que vous vous affiliez avec un de vos ayants droit (conjoint ou enfant), vous devrez vous acquitter du tarif Famille, peu importe le nombre d'ayants droit affiliés. En tarif Famille, tous vos ayants droit doivent adhérer à la même formule que vous. Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de votre âge l'année d'échéance. L'âge est déterminé au 1er janvier de l'année par différence de millésime. Ces cotisations n'intègrent pas les frais d'adhésion à l'association MUSTI fixés à 6€ /an et par famille.

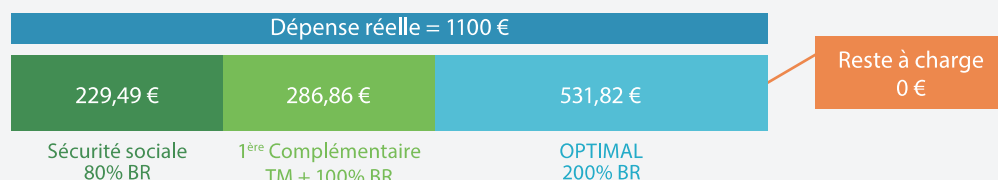
EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Les exemples sont théoriques et sont à adapter au niveau de votre propre régime complémentaire.

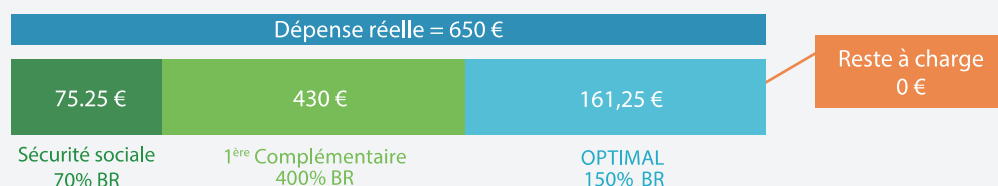
CONSULTATION D'UN MÉDECIN SPÉCIALISTE EN SECTEUR 2 (HONORAIRES LIBRES) NON ADHÉRENT AU DPTAM* Remboursement Mercer Optimal basé sur les formules Essentiel 200 et Premium.



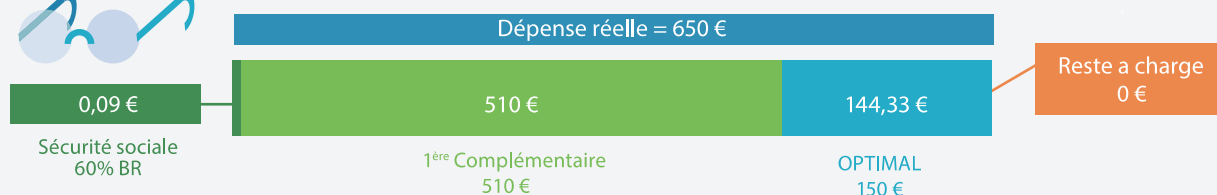
ACTE CHIRURGICAL EN SECTEUR CONVENTIONNÉ (CAS D'APPENDICECTOMIE) – MÉDECIN NON ADHÉRENT AU DPTAM Remboursement Mercer Optimal basé sur les formules Essentiel 200 et Premium



POSE D'UNE PROTHÈSE DENTAIRE DE TYPE COURONNE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE Remboursement Mercer Optimal basé sur la formule Premium (sur le panier à tarifs libres)



ÉQUIPEMENT OPTIQUE (1 MONTURE ET 2 VERRES COMPLEXES) Remboursement Mercer Optimal basé sur la formule Premium (sur le panier à tarifs libres)



*DPTAM = DPTAM de Pratique Tarifaire Maîtrisée (en remplacement des termes CAS, OPTAM et OPTAMCO)

**BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

***Qu'est-ce que le 1€ forfaitaire ? Participation solidaire, non remboursée par les contrats de complémentaire ou surcomplémentaire santé. OPTAMCO)