

Mes garanties Frais de santé

VMWARE

Ensemble du Personnel



Janvier 2022

la qualité
à votre service



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



Contacteur 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.

Il est nécessaire de communiquer à Mercer votre **adresse email** pour la création de votre espace assuré

Cliquez ici ou scannez le QR code pour accéder aux vidéos de présentation de votre espace Mercernet !



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 dépôt de document : simple, pratique et rapide !

Via l'espace assuré Mercernet

Envoyez vos devis, factures et autres justificatifs depuis votre espace personnel ou votre application mobile grâce à la rubrique « **Mon dépôt de documents** ».

Pour bénéficier d'un suivi et d'un traitement optimal et complet, c'est simple et pratique :

1. **Depuis votre espace Mercernet, rendez-vous dans la rubrique : « Mon dépôt de documents ».**
2. **Sélectionnez le type de document et complétez les informations demandées.**
3. **Joignez vos documents et validez votre demande.**

Vous n'avez pas vos identifiants de connexion à portée de main ?

Rendez-vous sur le **formulaire de contact accessible à tous**.

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



Mon contrat frais de santé



Qui sont les bénéficiaires du contrat ?

- L'assuré
- Le **conjoint** non divorcé et non séparé de corps judiciairement, Le **partenaire** lié par un Pacte Civil de Solidarité, le **concubin** sous réserve que l'assuré et le concubin soient libres de tout lien matrimonial c'est-à-dire célibataires, veufs ou divorcés et n'aient pas conclu de PACS ;
- Les **enfants à charge** :

Ceux de l'assuré, du conjoint, à défaut, du partenaire de PACS ou du concubin tels que définis précédemment, sous réserve

A/ d'une part :

- qu'ils soient âgés de **moins de 21 ans** ;
- qu'ils soient âgés de **moins de 28 ans** sous réserve d'une des conditions suivantes :
 - ▶ qu'ils **poursuivent leurs études** et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65% du SMIC ;
 - ▶ qu'ils suivent une **formation en alternance** ou se trouvent sous **contrat d'apprentissage** ;

- ▶ qu'ils soient inscrits au **Pôle emploi** comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré ;
- quel que soit leur âge, qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qu'ils soient titulaires de la carte d'invalidité, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 28ème anniversaire s'ils poursuivent des études.

B/ et d'autre part :

- qu'ils bénéficient d'un régime de Sécurité Sociale du fait de l'affiliation de l'assuré, du conjoint, du partenaire de PACS, du concubin ou d'une affiliation personnelle ;

ET

- qu'ils soient fiscalement à charge de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qu'ils perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global



Les modalités de choix d'adhésion à la surcomplémentaire facultative

- L'adhésion au régime optionnel surcomplémentaire est **facultative**. Elle vaut pour le salarié et l'ensemble de ses bénéficiaires. Les garanties du régime surcomplémentaire complètent les garanties du régime de base.
- L'adhésion peut se faire à la mise en place de l'option, et à **l'embauche du salarié**. Egalement, en cas de **changement de situation de famille** ou **au 1er janvier de chaque année**, sous réserve de l'acceptation de

l'assureur (la nouvelle garantie prendra effet le 1er jour du mois suivant la réception de la demande).

- Le salarié a la faculté de demander sa radiation au 31 décembre de chaque année ou en cas de changement de situation de famille, sous réserve de l'application d'un **préavis de 2 mois**. Tout changement de régime s'impose aux bénéficiaires de l'assuré.



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 RESPONSABLE		BASE responsable+ OPTION facultative non responsable	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM
HOSPITALISATION (Chirurgie, Maladie, Maternité)				
Frais de séjour (conventionné)	400% BR		400% BR	
Frais de séjour (non conventionné)	90% FR - RSS limités à 400% BR reconstitué		90% FR - RSS limités à 400% BR reconstitué	
Honoraires (conventionné)	400% BR	120% BR	400% BR	420% BR
Honoraires (non conventionné)	-	120% BR	-	420% BR
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la S.S.	100% FR sans limitation de durée		100% FR sans limitation de durée	
Ticket modérateur pour les actes coûteux	100% FR		100% FR	
Chambre particulière de nuit non remboursée par la S.S.	3% PMSS par jour		4% PMSS par jour	
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) non remboursé par la S.S.	2% PMSS par jour (maxi 30 jours)		2% PMSS par jour (maxi 30 jours)	
SOINS COURANTS				
Honoraires Médicaux : Généralistes	300% BR	130% BR	300% BR	330% BR
Honoraires Médicaux : Spécialistes	300% BR	130% BR	300% BR	330% BR
Honoraires Médicaux : Petite chirurgie / Actes de Spécialité	300% BR	130% BR	300% BR	330% BR
Honoraires Médicaux : Radiologie, Imagerie Médicale (dont échographie)	300% BR	130% BR	300% BR	330% BR
Actes de laboratoire	300% BR		300% BR	
Honoraires Paramédicaux : Auxiliaires médicaux	300% BR		300% BR	
Transport médical	TM		TM	
Médicaments : Pharmacie	TM		TM	
Médicaments : Pharmacie prescrite non remboursée par la S.S.	2% PMSS par an et par bénéficiaire		2% PMSS par an et par bénéficiaire	
Matériel médical : Appareillages et accessoires	400% BR		400% BR	
Matériel médical : Orthopédie	400% BR		400% BR	
AIDES AUDITIVES				
1 appareil par oreille / 4ans				
Prestations du PANIER 100% SANTE :				
Aide auditive	100% PLV - RSS		100% PLV - RSS	
Piles et entretien pour prothèse auditive	TM		TM	
Prestations du PANIER LIBRE :				
Aide auditive : + 20 ans (par oreille)	1700 € - RSS (1 équipement tous les 4 ans)		2200 € - RSS (1 équipement tous les 4 ans)	
Aide auditive : <= 20 ans (par oreille)	1700 € - RSS (1 équipement tous les 4 ans)		2200 € - RSS (1 équipement tous les 4 ans)	
Piles et entretien pour prothèse auditive	TM		TM	
OPTIQUE				
Réseau Kalivia			Réseau Kalivia	
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	100 € - RSS		260 € - RSS	
Verre	Voir grille optique		Voir grille optique	
Suppléments pour verre en cas de pathologie	TM		TM	
Lentilles remboursées ou non (y compris jetables)	8% PMSS par an et par bénéficiaire (au global)		8% PMSS par an et par bénéficiaire (au global)	
Chirurgie réfractive	600 € par œil		750 € par œil	

DENTAIRE		
Prestations du PANIER 100% SANTE :		
Soins et prothèses dentaires	100% HLF - RSS	100% HLF - RSS
Prestations des PANIERS LIBRE & MAITRISE :		
Soins dentaires	100% BR	100% BR
Inlays-Onlays	400% 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
Prothèses dentaires dont Inlay Cores, bridges sur dent délabrée, couronne transitoire	400% BR limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé	600% BR - RSS limité à 100% de l'HLF* - RSS pour le panier maîtrisé
Bridge sur dents saines	300 € par an et par bénéficiaire	400 € par an et par bénéficiaire
Parodontologie remboursée ou non remboursée par la S.S.	6% PMS.S. par an et par bénéficiaire	10% PMS.S. par an et par bénéficiaire
Orthodontie (analyse, semestre, contention)	400% BR	450% BR
Orthodontie non remboursée par la S.S.	387 € par semestre	774 € par semestre
Implant dentaire non remboursé par la S.S. : Implant (racine)	516 € max par implant racine (max 3 / an)	516 € max par implant racine (max 3 / an)
Implant dentaire non remboursé par la S.S. : Inlay core (pilier)	172 € max par implant pilier (max 3 / an)	172 € max par implant pilier (max 3 / an)
MEDECINE NON CONVENTIONNELLE par un praticien ayant un n°ADELI ou FINESS, non remboursée par la S.S.		
Ostéopathe, chiropracteur, tabacologue, acupuncteur	46 € par séance et par bénéficiaire (max 3 par an)	46 € par séance et par bénéficiaire (max 4 par an)
Diététicien	30 € par an et par bénéficiaire	60 € par an et par bénéficiaire
AUTRES SOINS		
Cure Thermale : Transport et Hébergement remboursés par la S.S.	25% PMSS par cure et bénéficiaire	25% PMSS par cure et bénéficiaire
Cure Thermale : Honoraires remboursés par la S.S.	Voir SOINS COURANTS	Voir SOINS COURANTS
Forfait Naissance ou Adoption	22% PMS.S. (non doublé en cas de naissance gémellaire)	22% PMS.S. (non doublé en cas de naissance gémellaire)
PREVENTION		
Vaccins prescrits non remboursés	6% PMS.S. par an et par bénéficiaire	6% PMS.S. par an et par bénéficiaire
Sevrage tabagique	-	50 € par an et par bénéficiaire
Dépistage hépatite B	300% BR	300% BR
Ostéodensitométrie prescrit	-	50 € par an et par bénéficiaire
SERVICES COMPLEMENTAIRES		
Assistance	N° Tél : 01 44 85 49 64 - N° Convention : 230 011 - N° Contrat : 621 356 - QUATREM ASSISTANCE	
Réseau de soins	KALIVIA	
Téléconsultation	N° Tél : 09 86 86 00 67 - MALAKOFF HUMANIS	

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. (**3 428 € en 2022**).
- 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

K KALIVIA	PUISSANCE (sphère ou somme S)	VERRE UNIFOCAL			VERRE PROGRESSIF / MULTIFOCAL		
		Classe responsable	Panier LIBRE BASE	Panier LIBRE BASE + OPTION	Classe responsable	Panier LIBRE BASE	Panier LIBRE BASE + OPTION
VERRE SPHERIQUE	0,25 à 2,00	simple	160 €	210 €	complexe	300 €	350 €
	2,25 à 4,00	simple	160 €	210 €	complexe	300 €	350 €
	4,25 à 6,00	simple	160 €	210 €	très complexe	350 €	400 €
	6,25 à 8,00	complexe	300 €	350 €	très complexe	350 €	400 €
	8,25 à 12,00	complexe	300 €	350 €	très complexe	350 €	400 €
> 12,00	complexe	300 €	350 €	très complexe	350 €	400 €	
VERRES-PHERO-CYLINDRIQUE (+) [0,25 à 4,00]	0,25 à 2,00	simple	160 €	210 €	complexe	300 €	350 €
	2,25 à 4,00	simple	160 €	210 €	complexe	300 €	350 €
	4,25 à 6,00	simple	160 €	210 €	complexe	300 €	350 €
	6,25 à 8,00	complexe	300 €	350 €	complexe	300 €	350 €
	8,25 à 12,00	complexe	300 €	350 €	très complexe	350 €	400 €
> 12,00	complexe	300 €	350 €	très complexe	350 €	400 €	
VERRES-PHERO-CYLINDRIQUE (+) > 4,00	0,25 à 2,00	complexe	300 €	350 €	très complexe	350 €	400 €
	2,25 à 4,00	complexe	300 €	350 €	très complexe	350 €	400 €
	4,25 à 6,00	complexe	300 €	350 €	très complexe	350 €	400 €
	6,25 à 8,00	complexe	300 €	350 €	très complexe	350 €	400 €
	8,25 à 12,00	complexe	300 €	350 €	très complexe	350 €	400 €
> 12,00	complexe	300 €	350 €	très complexe	350 €	400 €	



La téléconsultation médicale



De jour comme de nuit, JE ME SOIGNE EN UN COUP DE FIL, OÙ QUE JE SOIS !



24h/24, 7j/7, en vacances, même à l'étranger, accédez à un médecin par téléphone ou vidéo. Avec la **Téléconsultation médicale**, c'est immédiat !



La **téléconsultation médicale** vous permet de consulter un médecin par téléphone. À l'issue de l'entretien, le médecin peut prescrire une ordonnance si besoin et l'adresser à la pharmacie de votre choix. **En cas d'urgence ou de nécessité**, vous serez immédiatement orienté vers un service d'urgence ou vers votre médecin traitant.

Un numéro à retenir

N°Cristal 09 86 86 00 67

APPEL NON SURTAXÉ



Les

- Par téléphone ou vidéo
- 24h/24, 7j/7
- Protégé par le secret médical
- En France et partout dans le monde

Je n'ai rien à régler. La téléconsultation est prise en charge à 100% par ma complémentaire santé Malakoff Médéric Humanis et toutes les personnes affiliées sur mon contrat bénéficient aussi de ce service (5 téléconsultations par an et par bénéficiaire).



Les avantages du réseau

- Nombreux professionnels de santé (+ de 5000 en optique)
- Tarifs avantageux
- Tiers payant systématique
- Dispositif de géolocalisation
- **Optique** : réductions tarifaires



DES PRIX NÉGOCIÉS



NIVEAU DE QUALITÉ CERTIFIÉ



UNE LIBERTÉ DE CHOIX



TIERS PAYANT SYSTÉMATIQUE

Pour localiser un professionnel de santé, connectez-vous sur votre espace Mercernet ou via l'application mobile



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

N°Cristal 09 69 32 31 05

APPEL NON SURTAXÉ

N° de réclamation : 03 20 89 10 88



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



Quelles sont les prestations remboursées à 100% ?



Chez tous les **opticiens** :

au minimum

- ▶ Sélection de 17 montures **prix < 30€** en 2 coloris
- ▶ **Verres amincis** en fonction du défaut visuel
- ▶ **Traitement** anti-rayure et anti-reflet
- ▶ **Un équipement tous les 2 ans** sauf exceptions



Chez tous les **dentistes** :

- ▶ **Couronnes céramo-métalliques** sur les dents visibles et couronnes métalliques toute localisation
- ▶ **Inlays Core** et couronnes transitoires se rattachant aux couronnes 100 % santé
- ▶ **Bridges céramo-métalliques** (incisives et canines), full zircon et métalliques toute localisation, et prothèses amovibles à base résine



Chez tous les **audioprothésistes** :

- ▶ Appareil avec au moins **12 canaux de réglage** pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif
- ▶ **30 jours d'essai** avant achat et 4 ans de garanties
- ▶ **Au moins 3 options** à choisir (ex: système anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, connectivité sans fil)
- ▶ **Un équipement par oreille** appareillée tous les 4 ans

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 Explications en vidéo
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.	
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° 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.	
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.	
		Via smartphone Mercernet Rubrique : Mes services / Déposer un document Par courrier Retrouvez les coordonnées de votre centre de gestion à l'intérieur de ce résumé.

*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.