

AVENANT A L'ACCORD COLLECTIF D'ENTREPRISE DU 12 DECEMBRE 2012
GARANTIES COLLECTIVES « REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX » DES
SALARIES PERMANENTS

Préambule

Par accord de substitution du 29 juillet 2004, l'accord collectif d'entreprise du 3 décembre 1986 portant sur le statut du personnel permanent de Manpower France SAS a été repris. Il instituait à son article 19 (*modifié le 5 janvier 1994*) des régimes de prévoyance et de remboursement des frais médicaux au profit des salariés relevant de l'Accord national du 23 janvier 1986 relatif aux salariés permanents des entreprises de travail temporaire.

Afin d'améliorer les garanties des salariés et prendre en compte les évolutions législatives, la société Manpower France SAS a convoqué les organisations syndicales représentatives dans l'entreprise afin de discuter des modifications et précisions à apporter au dispositif actuel.

Pour une meilleure lisibilité, les parties ont décidé de traiter séparément le régime de prévoyance « décès-invalidité-incapacité » et le régime de « remboursement des frais médicaux ».

Le présent avenant traite ainsi du régime de « remboursement des frais médicaux ». Le régime « décès-invalidité-incapacité » fait l'objet d'un second avenant négocié et conclu séparément.

Ces deux avenants remplacent dans son intégralité l'article 19 de l'accord d'entreprise du 29 juillet 2004 ainsi que toute autre disposition résultant d'accords d'entreprise, d'engagements unilatéraux ou d'usages portant sur le remboursement des frais médicaux et la prévoyance « décès – invalidité – incapacité » dans l'entreprise.

Les partenaires sociaux ont en conséquence décidé de conclure le présent avenant après information et consultation du Comité Central d'Entreprise.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including "BF" and "AK".

1. Champ d'application

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des salariés de la Société Manpower qui relèvent de l'Accord national du 23 janvier 1986 relatif aux salariés permanents des entreprises de travail temporaire, sans condition d'ancienneté.

2. Adhésion

Le présent avenant a pour objet l'adhésion obligatoire de l'ensemble de ses salariés au contrat collectif « Remboursement des frais médicaux » souscrit par l'employeur.

3. Cotisations

3.1 Taux, assiette et répartition des cotisations

A compter du 1^{er} janvier 2013, les cotisations servant au financement du régime de garanties collectives seront prises en charge par l'employeur et le salarié, dans les conditions suivantes.

En application de la clé de répartition des cotisations entre l'entreprise et le personnel Permanent, il est convenu de modifier les taux applicables au 1^{er} janvier 2013.

COTISATIONS FRAIS MEDICAUX AU 01/01/2013				
Catégories	Non Cadres (Niveaux 2 et 3)		Assimilés et Cadres (Niveau 4 à 7)	
	Part salariale	Part patronale	Part salariale	Part patronale
TA	1,22	1,62	0,90	1,68
Régime Alsace Lorraine	0,50	0,49	0,48	1,41
TB	1,22	1,62	1,41	1,62
Régime Alsace Lorraine	0,50	0,49	1,18	1,28
TC	-	-	0,95	1,08
Régime Alsace Lorraine	-	-	0,90	1,01

Handwritten signature and initials in blue ink.

TA = Salaire compris entre 0 et 1 fois le plafond annuel de la sécurité sociale
TB = Salaire compris entre 1 fois et 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale
TC = Salaire compris entre 4 fois et 8 fois le plafond annuel de la sécurité sociale

Pour les employés, il s'agit des taux d'appel de cotisation inférieurs aux taux contractuels prévus par le contrat d'assurance et susceptibles d'être appliqués si les résultats du régime venaient à le justifier.

Les augmentations futures de cotisations seront réparties suivant la répartition décrite ci-dessus et feront l'objet d'une nouvelle négociation et d'un avenant au présent accord.

3.2 Caractère obligatoire du système de garanties

L'adhésion est obligatoire.

Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

4. Garanties applicables à compter du 1er janvier 2013

Il est expressément précisé que les obligations de l'entreprise se limitent au seul paiement de sa participation financière. En aucun cas, elle ne saurait être tenue au versement des prestations définies dans la notice d'information qui relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

A titre indicatif un résumé des garanties au 1^{er} janvier 2013 est annexé au présent avenant.

5. Modalités d'information

5.1 Information individuelle

En sa qualité de souscripteur, Manpower remet à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application et informe ses salariés de toute évolution du régime.

Handwritten initials and numbers: a large 'E', '4', 'BF', 'EJ', and '25'.

5.2 Information collective

Conformément à la loi, le Comité Central d'entreprise sera informé et consulté préalablement à toute modification des présentes garanties.

En outre chaque année, le Comité Central d'entreprise pourra avoir connaissance du rapport annuel de l'assureur sur les comptes de la convention d'assurance.

6. Durée, révision et dénonciation

6.1 Durée de l'accord

Le présent avenant entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2013 pour une durée indéterminée.

6.2 Révision

La totalité du présent texte pourra être révisée à tout moment par une ou plusieurs des parties signataires, selon les dispositions des articles L.2222-5 et L.2261-7 du Code du travail.

La demande de révision est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception par son auteur aux signataires de l'avenant.

Dans l'hypothèse où des modifications législatives ou conventionnelles postérieures à la date de signature du présent avenant auraient pour effet de remettre en cause une ou plusieurs de ses dispositions ou son équilibre global, les parties signataires, sur l'initiative de la plus diligente, s'engagent à ouvrir une négociation en vue d'adapter l'accord à ces évolutions législatives ou conventionnelles.

6.3 Dénonciation

La totalité du présent avenant, pourra être dénoncée à tout moment par une ou plusieurs des parties signataires, selon les dispositions de l'article L.2261-9 du Code du travail.

En cas de dénonciation, la durée du préavis est fixée à 3 mois.

La dénonciation est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception par son auteur aux signataires de l'avenant.

7. Notification et dépôt

Le présent avenant sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales.

Cette formalité sera effectuée par la remise d'un exemplaire de l'avenant lors de sa signature, ou à défaut, par remise en mains propres ou par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le présent avenant sera déposé :

- en deux exemplaires auprès de la DIRECCTE des Hauts de Seine, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique,
- et en un exemplaire au secrétariat greffe du Conseil de Prud'hommes de Nanterre.

Les termes de cet avenant seront portés à la connaissance de l'ensemble du personnel par voie d'affichage ou tout autre support de communication laissé à discrétion de l'employeur.

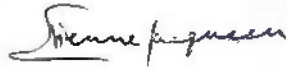
Fait à Nanterre, le 12 décembre 2012 en 12 exemplaires

Pour l'organisation syndicale C.F.D.T.

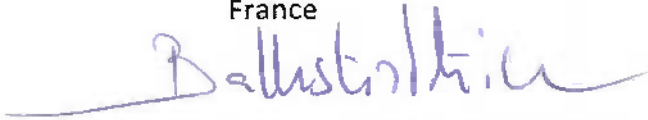
Pour la société Manpower France

Pour l'organisation syndicale C.F.E. -
C.G.C.

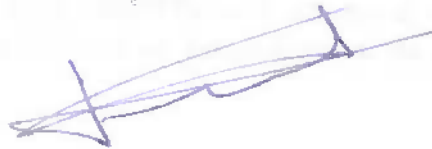
Pour l'organisation syndicale C.F.T.C.



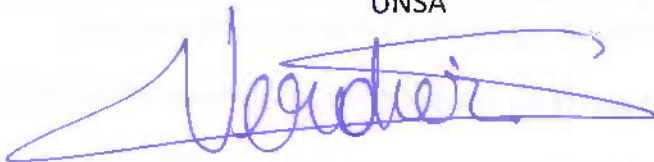
Pour le syndicat C.G.T Manpower
France



Pour l'organisation syndicale C.G.T.-
F.O.



Pour l'organisation syndicale FCS-
UNSA



ANNEXE

Garanties au 1^{er} janvier 2013

Au 1^{er} janvier 2013, les garanties obligatoires seront modifiées par la mise en place d'une franchise de 6 mois d'ancienneté pour la prise en charge des frais « optique » et « prothèses dentaires »

Sw
et RV

COLLABORATEURS PERMANENTS

MISE À JOUR
1^{ER} JANVIER
2013



Manpower

RÉSUMÉ DE GARANTIES

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ A ADHÉSION OBLIGATOIRE ET OPTION FACULTATIVE



ASSURANCES ENTREPRISES



PROJET SANTÉ BOYARD

Cette notice d'information permet à chaque salarié de connaître l'ensemble des garanties Frais de Santé dont il peut bénéficier à compter du 1^{er} Janvier 2013

*Relance cette note à mes collègues
opérateurs de production
(après les vacances)*

St. Laurent

Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'St. Laurent', 'M', 'D', and 'A'.



SOMMAIRE

- 1 ✦ CE QUE JE DOIS SAVOIR P. 3
- 2 ✦ LES GARANTIES P. 5
- 3 ✦ LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT P. 10
- 4 ✦ LA CARTE DE TIERS PAYANT P. 11
- 5 ✦ LE SITE MERCERNET P. 12
- 6 ✦ INFORMATIONS REMBOURSEMENT P. 13
- 7 ✦ LEXIQUE P. 14

1 * CE QUE JE DOIS SAVOIR

Comme tout salarié de MANPOWER, je bénéficie du Régime Frais de Santé dès le 1^{er} jour de mon embauche. Je peux choisir d'assurer à titre facultatif le reste de ma famille moyennant des cotisations supplémentaires (conjoint et/ou enfant(s)). Je peux également améliorer mes garanties en souscrivant l'option Santé Facultative.

QUI EST ASSURÉ ?

A titre obligatoire

- Le salarié

A titre facultatif

- Mon conjoint ou concubin, y compris personne pacsée
- Mes enfants à charge*

S'ils ont entre 18 et moins de 28 ans, je dois fournir pour mes enfants à charge, les documents suivants :

- Enfant scolarisé ou étudiant : Certificat de scolarité
- Enfant en apprentissage ou insertion : Copie du contrat
- Enfant à la recherche du 1^{er} emploi : Inscription Pôle Emploi

LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES À L'ADHÉSION

Je dois compléter un bulletin individuel d'adhésion qui me sera remis par le Service Ressources Humaines lors de la signature de mon contrat de travail.

Je dois joindre à mon bulletin d'adhésion mon attestation Vitale et éventuellement celles de mes bénéficiaires ainsi qu'un RIB (pour obtenir le remboursement de mes prestations).

Je suis en C.D.I., une carte Tiers Payant me sera adressée par MERCER REPCA dès réception de mon bulletin d'adhésion dûment complété et signé.

Si je cumule plusieurs C.D.D., il n'est pas nécessaire de remplir de nouveaux documents. Toutefois, si le délai est supérieur à 3 mois entre deux C.D.D., il conviendra de compléter de nouveaux documents d'adhésion.

* Enfant(s) à charge :

On entend par enfant à charge, un enfant légitime, ou un enfant reconnu, ou un enfant adopté, ou un enfant pupille de la Nation ou un enfant recueilli à votre foyer à la condition :

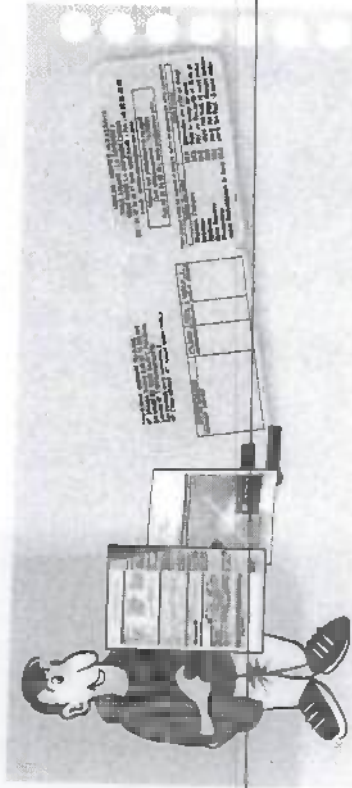
- d'être âgé de moins de 18 ans
- d'être âgé de plus de 18 ans et de moins de 28 ans, lorsqu'il bénéficie du régime de la Sécurité Sociale des étudiants, ou lorsque n'ayant pas de revenus distincts de ceux qui servent de base à l'imposition du participant, il se trouve sous contrat d'apprentissage, ou poursuit des études secondaires.

• d'être âgé de moins de 27 ans en recherche d'un premier emploi, vivant au domicile du salarié et étant inscrits comme demandeur d'emploi au Pôle Emploi.

• quel que soit son âge, s'il est handicapé et bénéficiaire d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des adultes handicapés.

Sont également considérés comme des enfants à charge :

- l'enfant à la charge du conjoint à condition qu'il en ait la garde, sous réserve de remplir les conditions exposées ci-dessus.



3 → AK

Carte du D

E

1 * CE QUE JE DOIS SAVOIR

EN CAS DE SUSPENSION DE MON CONTRAT DE TRAVAIL

PUIS-JE CONSERVER LA COUVERTURE SANTE ?

Je peux continuer à bénéficier de ma couverture en cas de :

- congé parental
- congé sabbatique
- congé pour création d'entreprise
- congé sans solde
- congé pour solidarité internationale

Dans ce cas je m'acquitte directement des cotisations auprès de MERCER REPCA. Je préviens le Service Ressources Humaines de mon retour afin de faire rétablir le prélèvement de mes cotisations sur mon salaire.

EN CAS DE CESSATION DE MON CONTRAT DE TRAVAIL

PUIS-JE CONSERVER LA COUVERTURE SANTE ?

Les salariés indemnisés par le pôle emploi se verront proposer le maintien de leurs garanties pour une durée pouvant aller jusqu'à 9 mois. Au terme de cette période, les salariés licenciés pourront demander une adhésion facultative au régime de base dans les 6 mois.

En cas de départ en retraite, je peux continuer à bénéficier du régime de base. Je dois adresser ma demande dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail, le dépassement de ce délai entraîne la conclusion définitive. Dans ce cas, je m'acquitte directement des cotisations auprès de MERCER REPCA par prélèvement mensuel.



QUAND PRENNENT EFFET LES GARANTIES ?

- **Pour les salariés** (garanties à titre obligatoire) : Mes garanties prennent effet le 1^{er} jour de mon embauche. Toutefois, le poste optique et la prothèse dentaire prennent effet au terme de 6 mois de présence dans l'entreprise.
- **Pour les bénéficiaires** (garantie à titre facultatif) : Dès le 1^{er} jour du mois suivant la réception de mon bulletin. En cas de naissance ou adoption la date d'effet correspond à celle de l'événement. Toutefois, le poste optique et la prothèse dentaire prennent effet au terme de 6 mois de présence du salarié dans l'entreprise.

COMBIEN DE TEMPS DURE L'ADHESION ?

- **Pour les salariés** : Régime de base : le suis adhérent au régime de base obligatoire, tant que je fais partie des effectifs de MANPOWER.
L'Option : Je peux quitter le régime à tout moment. Cette sortie est définitive et je ne peux plus adhérer par la suite.
- **Pour les bénéficiaires** : Régime de base et Option : Ils peuvent quitter les régimes à tout moment. Cette sortie est définitive sauf sortie exceptionnelle autorisée par la suite à adhérer à nouveau.

SORTIE EXCEPTIONNELLE CONJOINT - ENFANT(S)

Mon conjoint (PACS, concubin) et/ou enfant(s) peuvent quitter le régime en cas de changement de situation de famille (mariage, signature d'un PACS, décès, adhésion à un contrat collectif d'entreprise obligatoire, perte d'emploi du conjoint). Le changement de régime prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande. En cas de séparation ou de divorce, la garantie cesse de plein droit, le 1^{er} jour du mois qui suit la date de l'événement.

Consultations, visites, pharmacie

2* LES GARANTIES

Franchise de 1 € déjà déduite

PROJET
COMMERCE ANIMÉ EN
LABORATOIRE BIEN-ÊTRE

	Régime de Base Obligatoire	Option Santé Facultative (y compris régime de Base Obligatoire)
Consultations, Visites Généralistes	100 % BR	150 % BR
Consultations, Visites Spécialistes	200 % BR	300 % BR
Consultation Ostéopathe	25 €	25 €
Psychologue	25 €	25 €
Consultation Diététicien	25 €	25 €
Radiologie	30 % BR	100 % BR
I.R.M. Echographie	100 % BR	300 % BR
Auxiliaires médicaux, Kiné infirmiers, pédicures, orthophoniste	100 % BR	100 % BR
Laboratoire, Analyse (y compris clinique)	100 % BR	100 % BR
Pharmacie	250 % BR	400 % BR
Substitut nicotinique	100 % TM	100 % TM
Vaccins refusés Par la Sécurité Sociale	100 €	100 €
	100 % FR	100 % FR

INFORMATION : le statut de la Sécurité Sociale augmente chaque année de 1% par an

REMBOURSEMENT MAXIMUM

	BR Base de Remboursement	RSS Remboursement de la Sécurité Sociale	PLAFOND MAXIMUM DE REMBOURSEMENT Régime de Base Obligatoire (y compris régime de Base Obligatoire et RSS)	Option Santé Facultative (y compris régime de Base Obligatoire et RSS)
Généraliste	23,00 €	15,10 €	38,10 €	49,60 €
Spécialiste pour acte itératif	23,00 €	15,10 €	61,10 €	84,10 €
Spécialiste pour acte ponctuel	44,00 €	29,80 €	117,80 €	161,80 €
Echographie	86,00 €	59,20 €	145,20 €	317,20 €

Franchises médicales :

La franchise médicale s'applique (sauf pour les enfants de - 18 ans, CMU et femmes enceintes) selon les montants suivants :

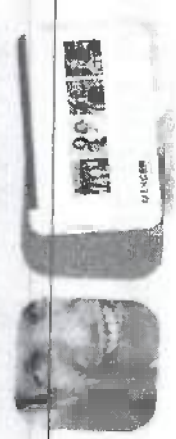
- 1 € par acte médical
- 50 centimes d'€ par boîte de médicaments
- 50 centimes d'€ par acte paramédical
- 2 € par transport sanitaire

Avec la carte Tiers Payant pharmacie, opticien, clinique, CHU, je n'aurai pas à faire l'avance des frais chez les prestataires.

Je peux retrouver les prestataires de ma région sur : www.mercernet.fr

Le montant de la franchise est plafonné à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

Ces franchises ne peuvent être remboursées dans le cadre des contrats dits "Régimes complémentaires".



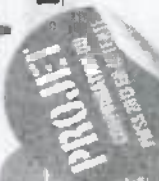
5 → AK RU bl
act et
R

Handwritten notes and initials: *AK*, *AK*, *AK*, *AK*, *AK*, *AK*

2* LES GARANTIES

La garantie prend effet au terme de 6 mois de présence dans l'entreprise.

Optique



EN COMPLÉMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Verres : Limités à 2 paires tous les 2 ans
 Monture : Limitée à 1 paire tous les 2 ans
 (Seul achat et usage)

	Régime de Base Obligatoire	Option Santé Facultative (y compris Régime de Base Obligatoire et PSS)
Par verre		
Très faible dioptrie	4% PMSS	4% PMSS
Faible dioptrie	5,5% PMSS	7% PMSS
Moyenne dioptrie	9% PMSS	11% PMSS
Forte dioptrie	13% PMSS	15% PMSS
Monture	5% PMSS	6% PMSS
Lentilles (y compris jetables)	12% PMSS	15% PMSS
Chirurgie de la myopie	400€	500€

PMSS : Plafond Maximum de Sécurité Sociale à 3 031 € sur 01/01/2012
 Rbt SS : Remboursement Sécurité Sociale

INFORMATION : Le plafond de la Sécurité Sociale augmente chaque année au 1^{er} janvier

REMBOURSEMENT MAXIMUM

	BR Base de Remboursement	RSS Remboursement de la Sécurité Sociale	PLAFOND MAXIMUM DE REMBOURSEMENT Régime de Base Obligatoire (y compris RSS)	Option Santé Facultative (y compris Régime de Base Obligatoire et PSS)
Verres très faible dioptrie	Selon correction	Selon correction	246,88 € pour les 2 verres + Rbt SS	246,88 € pour les 2 verres + Rbt SS
Verres faible dioptrie	Selon correction	Selon correction	339,46 € pour les 2 verres + Rbt SS	432,04 € pour les 2 verres + Rbt SS
Verres moyenne dioptrie	Selon correction	Selon correction	555,48 € pour les 2 verres + Rbt SS	678,92 € pour les 2 verres + Rbt SS
Verres forte dioptrie	Selon correction	Selon correction	802,36 € pour les 2 verres + Rbt SS	925,80 € pour les 2 verres + Rbt SS
Monture	2,84 €	1,70 €	154,30 €	185,16 €
Lentilles refusées ou jetables	Néant	Néant	370,32 €	462,90 €

Rbt SS - Remboursement Sécurité Sociale - BR - Base de remboursement

Avant d'engager des frais importants, j'adresse le devis pour connaître mes remboursements



MERCER « Prévoyance Santé Retraite »
 Pisseloup
 52501 FAYL LA FORET CEDEX
 Fax : 03.25.84.89.83
 e-mail : repca.pisseloup@mercet.fr



Chirurgie – Hospitalisation

2*LES GARANTIES

PROJET
 2009-2010
 100%
 100%

REMBOURSEMENT MAXIMUM

POUR UNE APPENDICECTOMIE PAR COELIOSCOPIE (SECTEUR CONVENTIONNÉ)

	BR Base de Remboursement	RSS Remboursement de la Sécurité Sociale	PLAFOND MAXIMUM DE REMBOURSEMENT Régime de Base Obligatoire (y compris Régime de Base Obligatoire et RSS)
Honoraires chirurgicaux avec dépassements	183,22 €	183,22 €	916,10 €
Anesthésie avec dépassements	103,64 €	103,64 €	518,20 €
Forfait journalier hospitalier	Néant	Néant	18,00 € (par jour)
Chambre particulière	Néant	Néant	108,01 € (par jour)
			1 282,54 €

Not SS : Remboursement Sécurité Sociale - BR : Base de remboursement

	Régime de Base Obligatoire	Option Santé Facultative (y compris Régime de Base Obligatoire et RSS)
Frais de séjour (hospitalisation médicale)	100 % BR	200 % BR
Honoraires / actes chirurgicaux (hospitalisation chirurgicale)	400% BR	600 % BR
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière (hors maternité)	3,5 % PMSS par jour	4,5 % PMSS par jour
Frais d'accompagnement (enfant - de 12 ans)	1,5 % PMSS par nuit	2 % PMSS par nuit
Transport accepté Sécurité Sociale	35 % BR	35 % BR

- BR : Base de Remboursement
- FR : Frais Réels
- PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale : 086 € au 01/01/2013

INFORMATION : Le plafond de la Sécurité Sociale augmente chaque année au 1^{er} janvier

La franchise de 18 € sur les actes de plus de 120 € est prise en charge par la complémentaire

Le forfait hospitalier est de 18 € depuis le 1^{er} janvier 2010



La prise en charge hospitalière se fait par simple appel au 0.969.32.20.24 du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 le samedi de 8h30 à 12h30 ou sur le site : www.mercor.net.fr

- Il sera nécessaire d'indiquer :
- Nom, Prénom et N° Sécurité Sociale de la personne hospitalisée
 - Date d'entrée dans l'Etablissement
 - Nom, adresse et N° de fax de l'Etablissement

7 → AK
 2
 GT
 A
 B

Handwritten notes in blue ink, including a signature and some illegible scribbles.

2* LES GARANTIES

La garantie prothèse dentaire prend effet au terme de 6 mois de présence dans l'entreprise.

Projet Dentaire

REMBOURSEMENT MAXIMUM

	BR Base de Remboursement	RSS Remboursement de la Sécurité Sociale	PLAFOND MAXIMUM DE REMBOURSEMENT Régime de Base Obligatoire (y compris RSS) / Option Santé Facultative (y compris Régime de Base Obligatoire et RSS)
Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité Sociale	107,50 €	75,25 €	451,50 €
Prothèse dentaire* sur Inlay Core**	SPR 50 : 107,50 € SPR 57 : 122,55 € Total : 230,05 €	SPR 50 : 75,25 € SPR 57 : 85,79 € Total : 161,04 €	SPR 50 : 559,00 € SPR 57 : 392,17 € Total : 951,17 €
Prothèse dentaire (SPR30)	64,50 €	45,15 €	270,90 €
Implant dentaire	00,00 €	00,00 €	600,00 € (maxi 2 par an)
Total	64,50 €	45,15 €	870,90 €
Orthodontie remboursable Sécurité Sociale / semestre / bénéficiaire	193,50 €	193,50 €	774,00 €

Codification sur la feuille de soins :

* Prothèse dentaire SPR50
** Inlay Core : SPR57

Avant d'engager des frais importants, j'adresse le devis pour connaître mes remboursements

MERCER



« Prévoyance Santé Retraite »

Pisseloup
52501 FAYL LA FORET CEDEX
Fax : 03.25.84.89.83

e-mail : repca.pisseloup@mercier.fr

EN COMPLEMENT DE LA SECURITE SOCIALE	Régime de Base Obligatoire	Option Santé Facultative (y compris Régime de Base Obligatoire)
Soins dentaires	30 % BR	30 % BR
Stomatologie	400 % BR	400 % BR
Inlay Onlay	7 % PMSS	10 % PMSS
Prothèses acceptées Sécurité Sociale	350 % BR	450 % BR
Inlay Core	150 % BR	250 % BR
Orthodontie remboursable	300 % BR	400 % BR
Orthodontie non remboursable (pour les enfants de moins de 18 ans)	300 % BR	400 % BR
Implants dentaires	600 € (maxi 2 par an)	900 € (maxi 3 par an)
Acte hors nomenclature y compris parodontologie (hors implants)	300 €	500 €

(1) Par semestre et par bénéficiaire
(2) BR au pair bébé séjournant
* PMSS : Base de Remboursement
* PMSS : Plafond Maximum de Coût par Semestre 3 000 € et 50 010 € (2013)

INFORMATION : Le plâtrier de la Sécurité Sociale augmente chaque année au 1er janvier

Maternité

La prise en charge

- En maternité, je suis prise en charge à 100 % de la Base de Remboursement par la Sécurité Sociale. L'allocation maternité couvre les éventuels dépassements d'honoraires liés à l'accouchement.
 - En cas de césarienne, je suis prise en charge par la garantie hospitalisation chirurgicale égale à 400 % de la Base de Remboursement si j'ai souscrit le Régime de Base Obligatoire et 600 % de la Base de Remboursement si j'ai souscrit l'Option Santé Facultative.
- Je suis également couverte pour la chambre particulière.

2x LES GARANTIES



Maternité (hors chambre particulière)	Régime de Base Obligatoire	Option Santé Facultative (y compris Régime de Base Obligatoire)
Naissance ou adoption	20 % PMSS	20 % PMSS
Majoration si naissance jémellaire	20 % PMSS	20 % PMSS

• PMSS : Périod Mensuel Sécurité Sociale - 06 40 10 12 01 3



EN COMPLEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

PROTHESES NON DENTAIRES	Régime de Base Obligatoire	Option Santé Facultative (y compris le Régime de Base Obligatoire)
O dentaire	400 % BR + 2 % PMSS	450 % BR + 3 % PMSS
Prothèses auditives	500 % BR	600 % BR
Autres prothèses	400 % BR + 2 % PMSS	450 % BR + 3 % PMSS

• PMSS : Périod Mensuel Sécurité Sociale - 06 40 10 12 01 3

et Autres postes

9 → AK
 20
 20
 20

3 * LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Comment me faire rembourser ?

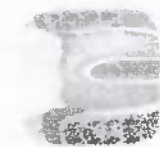
 **J'ai opté pour la télétransmission, je n'adresse rien à MERCER REPCA, sauf pour certains soins (voir d-contre).**

Ces pièces doivent être adressées au plus tard dans les 2 ans qui suivent la date des soins à

MERCER

« Prévoyance Santé Retraite »
Pisseloup
52501 FAYL LA FORET CEDEX

Je n'ai pas opté pour la télétransmission, j'adresse à MERCER REPCA les originaux des décomptes de la Sécurité Sociale accompagnés, si nécessaire, des pièces complémentaires (voir d-contre). Je peux également me reporter au guide pratique Frais de Santé.



SOINS DENTAIRES

Facture originale ou copie de la feuille de soins du dentiste cotée et détaillée dent par dent



HOSPITALISATION

Fournir la facture acquittée de l'établissement, ainsi que les notes d'honoraires



PROTHESES DENTAIRES / ORTHODONTIE

Facture originale ou copie de la feuille de soins du dentiste cotée et détaillée dent par dent



MATERNITE

Fournir les factures relatives à l'accouchement



OPTIQUE

• Monture, verres et lentilles acceptées par la Sécurité Sociale
> Copie de la facture de l'opticien

• Lentilles refusées par la Sécurité Sociale et lentilles jetables
> Prescription médicale et facture originale de l'opticien



CURE THERMALE

Justificatif des frais réellement engagés au titre du transport ; Billets de train ou copie de la carte grise du véhicule utilisé avec indication du nombre de kilomètres parcourus

Justificatif des frais réellement engagés au titre de l'hébergement ; Facture acquittée délivrée par l'établissement d'hébergement

Il est délivré deux cartes de tiers payant par famille.
 Sur demande, il peut être délivré une carte
 supplémentaire pour les enfants étudiants.

4 LA CARTE DE TIERS PAYANT

1 Mon numéro d'Assuré
 est également mon
 numéro d'adhérent

2 Période de garantie
 Validité de ma carte

3 Les dépenses de santé
 concernées par le Tiers
 Payant

Hospitalisation : demander
 la prise en charge auprès
 de votre centre de gestion
 MERCER

Optique : demander la prise
 en charge directement auprès
 de votre opticien

Assuré Mme DUPONT MARYSE
 N° Sécurité Sociale 2 60 05 78 888 999
 Siè MERCER TEST SANTE PHARMA
 Contrat N° 2700700700700F95
 Site extranet www.mercer.net.fr
 N° Client 004611 N° Assuré 00001798913 **1**

BENEFICIAIRES MARYSE DUPONT	N° S. Sociale 26007000999	Né(e) le 01/03/1960	Validité de 1 01/01/10 31/12/10
SPECIMEN 2			

MERCER - SERVICE AUX CLIENTS
 TOUR ARIANE - LA DEFENSE 9
 92088 PARIS LA DEFENSE CEDEX
 Tél : 01 55 21 36 77 (prix appel local) - Fax : 01 55 21 38 91
 e-mail : service.clients@mercier.com

Réservé aux professionnels de santé
 Code de transmission : 751700 1
 Fax: 03 25 84 89 49 - sante.pro@mercier.com

Tiers payant selon les accords et dans le cadre du parcours de soins coordonnés

Nature des soins	Tiers Payant
Hôpitaux, Cliniques	OUI Demander une prise en charge
Dentistes	OUI Prise en charge sur devis
Opticiens	OUI PEC par Fax au 05 49 00 61 39
Soins Extérieurs	OUI 100% TM Forf. 18 euros inclus
Pharmaciens	OUI 100% TM Vign. Oranges incluses
Autres Professionnels de Santé	OUI 100% TM Forf. 18 euros inclus

11 → AK ZV JI

(Handwritten signature)

5 ★ LE SITE mercernet



Consulter en ligne
 mes prestations de Frais de Santé et de nombreuses
 informations pratiques en me connectant à :
www.mercernet.fr

Si vous avez communiqué à Mercer une adresse électronique, ou mo-
 ment de votre adhésion, vous recevrez alors un courrier électronique
 d'authentification.

Il vous suffit de confirmer votre demande en cliquant sur le lien « Je
 confirme ma demande de codes d'accès Mercernet » pour recevoir
 immédiatement à cette même adresse électronique, vos codes d'accès
 personnels et confidentiels.

Si vous n'avez pas communiqué d'adresse électronique à Mercer, vos
 codes d'accès vous parviendront par courrier postal.

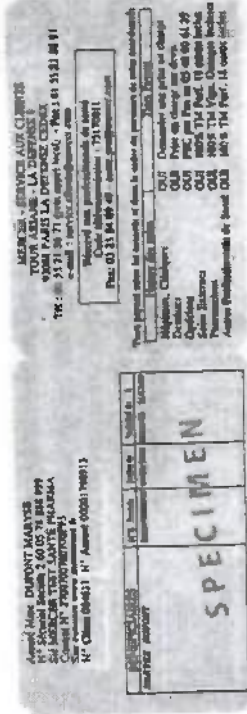
- Saisissez le mot de passe qui vous a été communiqué.
- Validez les conditions générales d'utilisation du site et saisissez votre adresse de courrier électronique (cette adresse sera utilisée par Mercer pour vous envoyer toute information demandée via le site MercerNet).
- N'oubliez pas de personnaliser votre mot de passe.

SE CONNECTER POUR LA PREMIÈRE FOIS

Munissez-vous de votre carte de tiers payant Mercer ou d'un
 décompte de remboursement Mercer :

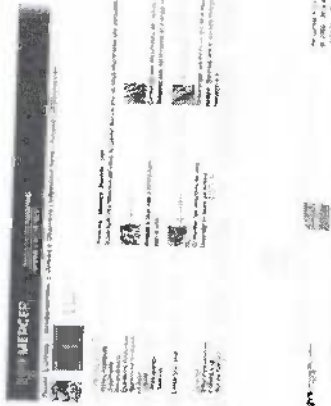
- Connectez-vous sur le site « www.mercernet.fr ». Saisissez votre numéro « assure () » et votre numéro « client () » figurant sur votre carte de tiers payant ou votre décompte Mercer.

- Recevez vos codes d'accès :



6 ★ INFORMATIONS REMBOURSEMENT

Consulter en ligne
mes prestations de Frais de Santé
et de nombreuses informations
pratiques en me connectant à :
www.mercernet.fr



Je bénéficie ainsi que
ma famille, d'une garantie
d'assistance (aide ménagère
et assistance aux enfants)
notamment suite à hospita-
lisation d'au moins 3 jours.
L'ensemble des garanties
figurent dans la convention
d'assistance REUNICA.



REUNICA ASSISTANCE
0.810.02.13.13

Votre n° de protocole :
721 - 449

Informier

- Consultez vos décomptes de remboursement (pour vous et vos bénéficiaires) en temps réel ainsi que les remboursements effectués en faveur de votre professionnel de santé.
- Recevez vos décomptes dématérialisés sur votre adresse e-mail. Le lendemain de chaque remboursement, Mercer vous adresse un courriel avec en pièce jointe le décompte électronique (PDF) des prestations payées.

Simplifier

- Stockez vos décomptes de remboursement pendant 24 mois.
- Modifiez vos coordonnées personnelles.
- Éditez vos demandes de prise en charge hospitalière.
- Éditez vos fiches pratiques Mercer.

Personnaliser

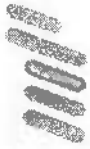
- Consultez les garanties dont vous bénéficiez.
- Recherchez des professionnels de santé près de chez vous qui pratiquent le tiers payant avec Mercer.
- Choisissez le mode de réception de vos décomptes.

13 →

AR
20 4-0

<p>Adhérent Salarié Manpower.</p> <p>Bénéficiaires Conjoint, concubin, ou Pacsé et enfant(s).</p> <p>Base de remboursement (BR) (tarif de convention) La base de remboursement est un barème de prix d'actes médicaux fixés par une convention entre la Sécurité Sociale et les syndicats professionnels de praticiens.</p> <p>Frais Réels (FR) Les Frais Réels correspondent à la dépense totale engagée.</p> <p>Plafond Mensuel Sécurité Sociale (PMSS) Valeur fixée par la Sécurité Sociale au 1^{er} janvier de chaque année et servant de base à différentes cotisations et prestations. Pour 2013, il est égal à 3 086 €.</p> <p>Remboursement Sécurité Sociale (RSS) La Sécurité Sociale rembourse tout ou partie de la Base de Remboursement, c'est le remboursement Sécurité Sociale.</p>	<p>MERCER REPCA Société chargée de la gestion des remboursements et des suivis des fichiers des adhérents par délégation de gestion REUNICA</p> <p>MERCER REPCA est le conseil spécialisé de MANPOWER.</p> <p>Secteurs Les praticiens sont classés en trois secteurs :</p> <p>Secteur 1 : Les praticiens exerçant dans ce secteur ont des tarifs égaux à la Base de Remboursement.</p> <p>Secteur 2 : Les praticiens exerçant dans ce secteur ont le droit de demander une rémunération supérieure à la Base de Remboursement (appelée dépassement).</p> <p>Secteur 3 : Les praticiens exerçant dans ce secteur sont non conventionnés. Le tarif d'autorité est appliqué dans ce secteur.</p> <p>Tarif d'Autorité (TA) Le tarif d'autorité est un barème de remboursement appliqué aux praticiens non conventionnés. Les tarifs d'autorité ont des montants extrêmement faibles puisqu'ils n'ont pas été revalorisés depuis 1960...</p> <p>Ticket modérateur (TM) Le ticket modérateur correspond à la différence entre la base de remboursement et le remboursement Sécurité Sociale.</p>	<p>TM = BR - RSS</p> <p>Tiers Payant (TP) Système mis en place pour permettre de ne pas faire l'avance de Frais de Santé (hospitalisation, pharmacie,...). Il dépend des accords passés entre les professionnels de la santé et MERCER.</p> <p>Verres Multifocaux - Doubles Foyers qui corrigent la vision de loin et de près. - Triples Foyers destinés à corriger la vision de loin, intermédiaire et de près. - Progressifs qui assurent une vue convenable à toute distance sans rupture optique. 20 % des utilisateurs sont équipés de verres Multifocaux.</p> <p>Verres Unifocaux Les verres à un seul foyer servent à compenser la presbytie, le strabisme, la myopie, l'astigmatisme myopique et l'hypermétropie. 80 % des utilisateurs sont équipés de verres Unifocaux.</p>
--	---	---





Manpower

Tour Ariane - La Défense 9 - 92008 PARIS LA DEFENSE CEDEX
Tél. : 0 969 32 20 24 - Fax : 03 25 84 89 83 - repca.pisseloup@mercier.com



ASSURANCES ENTREPRISES



Proximité Santé Risque

Handwritten notes in blue ink: "L'air", "W", "B", "E", "AK"

CREDIT PHOTOS FOTOLA