

Assurtek



**DÉJOUÉZ LES PIÈGES
POUR TROUVER LA
MEILLEURE MUTUELLE
SANTÉ !**

SOMMAIRE

Déjouez les pièges pour trouver la meilleure mutuelle santé !.....	3
I. La mutuelle santé pour les salariés dans une entreprise.....	4
1.1. Mutuelle d'entreprise ou collective : est-ce obligatoire.....	5
1.2. Quelles sont les garanties d'un panier de soin pour le salarié.....	5
1.3. Quels sont les avantages d'une mutuelle d'entreprise obligatoire pour l'employeur?.....	6
1.4. Est-il possible de refuser la mutuelle d'entreprise?.....	7
1.5. Comment faire si vous avez plusieurs emplois?.....	8
1.6. Que devient une mutuelle d'entreprise obligatoire après une démission, arrêt maladie ou congé parental?.....	8
1.7. Qu'en est-il de la mutuelle obligatoire et des CDD?.....	9
II. La mutuelle santé pour les indépendants.....	10
2.1. Qu'est-ce qu'une mutuelle santé individuelle?.....	10
2.2. Les pièges à éviter dans le choix de sa mutuelle santé.....	11
III. POUR ALLER PLUS LOIN.....	16
3.1. Le reste à charge zéro : en quoi ça consiste?.....	16
3.2. Comment bénéficier du reste à charge zéro?.....	16
3.3. Quel est le reste à charge zéro dentaire?.....	18
3.4. Quel est le reste à charge zéro optique?.....	18
3.5. Quel est le reste à charge zéro auditif?.....	19
3.6. Quelles conséquences du reste à charge zéro sur la mutuelle?.....	20
3.7. Les conséquences du « Reste à charge zéro » sur les personnes âgées.....	20
IV. Pour conclure.....	22

Déjouez les pièges pour trouver la meilleure mutuelle santé !

Le marché de l'assurance santé représente en 2022 environ 40 milliards d'euros de cotisations, qui se répartit pratiquement à part égale entre l'assurance collective (dans le cadre d'une entreprise) et l'assurance santé individuelle.

La mutuelle santé est un contrat qui rembourse la partie des frais médicaux qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale.

Son fonctionnement est souvent vu comme étant obscur et peu compréhensible. Demandez autour « savez-vous exactement combien vous serez remboursé pour une hospitalisation/vos lunettes /une cure, etc ? ». La réponse sera souvent accompagné d'un haussement d'épaule dubitatif.

Il est pourtant essentiel de connaître cette assurance qui accompagne 90% des français tout au long de leur vie !

Vous êtes salarié et vous désirez comprendre, et juger, de la qualité des garanties proposées par votre employeur ?

Vous êtes dirigeant d'une entreprise, ou vous êtes indépendant, et vous souhaitez en savoir plus sur les complémentaires santé avant de négocier avec un courtier, une mutuelle ou un assureur santé ?

Assurtek vous donne toutes les clés pour tout comprendre sur ce sujet essentiel



Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

I. La mutuelle santé pour les salariés dans une entreprise

Les entreprises du secteur privé ou d'une association proposent un complémentaire santé obligatoire pour tous les employés sauf cas exceptionnel. Désigné sous le nom de « mutuelle collective », ce complémentaire santé est exigé aux entreprises depuis 2016 par la loi dite de l'ANI.

La mutuelle santé est constituée d'un panier de soin avec une couverture santé minimale. Les frais de cette mutuelle collective doivent être pris en charge de 50 % par votre employeur et vous prenez en charge le reste des frais. La moitié des frais à payer sont déduit de votre fiche



¹ Source : Etude du cabinet Epsy pour la Fnim, 2019

² La loi ANI, qui s'appuie sur l'Accord National Interprofessionnel signé en 2013, entre ainsi en vigueur le 1er janvier 2016. Elle oblige tous les employeurs du privé et les associations à fournir une complémentaire santé à leurs salariés, financée au moins à 50% par la société

de paie à la fin du mois. Dans certains cas, l'employeur peut décider d'assurer la totalité de votre mutuelle santé.

Il est important de savoir que les frais de votre mutuelle santé pris en charge par votre entreprise sont intégrés dans votre revenu imposable depuis 2014.

L'assurance maladie et la mutuelle santé fonctionnent en synergie

Les dépenses non couvertes par votre assurance maladie peuvent être prises en charge par votre mutuelle santé. La mutuelle santé vient compléter ou renforcer votre assurance maladie. Vous n'aviez plus à vous en faire !



Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

1.1. Mutuelle d'entreprise ou collective : est-ce obligatoire ?

L'Accord National Interprofessionnel de 2013 encore appelé « loi ANI » exige depuis le 1er janvier 2016, une mutuelle d'entreprise obligatoire. Les employeurs du secteur privé ou associatif sont ainsi obligés de proposer une complémentaire santé collective à tous leurs employés.

La mutuelle collective est ainsi proposée aux employés n'ayant pas encore souscrit à un complémentaire santé. L'entreprise est libre de choisir elle-même l'assureur auprès de qui elle va négocier le contrat d'assurance santé pour ses salariés.



Ce contrat peut éventuellement couvrir les ayants droit (conjoint, enfant), mais ce n'est pas une obligation pour l'employeur.

Une mutuelle collective, ou mutuelle d'entreprise obligatoire, doit prendre encore certains critères :

- ◆ l'employeur doit participer au minimum à 50 % de la cotisation (le reste étant à la charge de l'employé) ;
- ◆ le contrat doit respecter un socle de garanties minimales appelé panier de soins minimal ;
- ◆ tous les employés doivent y souscrire, hormis les exceptions possibles.

1.2. Quelles sont les garanties d'un panier de soin pour le salarié ?

Le panier de soin désigne les frais de santé couverts par la mutuelle obligatoire proposée par l'employeur. Cette assurance santé minimale doit donc prévoir des plafonds de remboursement pour certains frais (optique par exemple) et exclure la prise en charge de certaines dépenses. Elle doit obligatoirement proposer les garanties suivantes :

Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

- ◆ le remboursement de l'intégralité du ticket modérateur (dépenses qui restent à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance maladie) les consultations, actes et prestations remboursables par l'Assurance maladie ;
- ◆ le remboursement de la totalité du forfait journalier hospitalier (20 € par jour en hôpital ou en clinique par 15 € par jour au service psychiatrique d'un établissement de santé) ;
- ◆ le remboursement des frais dentaires (prothèses et orthodontie) à hauteur de 125 % du tarif conventionnel ;
- ◆ le remboursement des frais d'optique forfaitaire par période de 2 ans avec un minimum de pris en charge de 100 € pour des verres simples + monture et de 150 € pour des verres complexes + monture.

Par ailleurs, les salariés du privé peuvent toutefois souscrire une assurance individuelle pour, par exemple, compléter leur assurance collective proposée par l'employeur. Ils disposeront ainsi d'un contrat de mutuelle santé individuelle faisant office de surcomplémentaire santé.



1.3. Quels sont les avantages d'une mutuelle d'entreprise obligatoire pour l'employeur ?

Les employeurs du secteur privé mettent en place un complémentaire santé obligatoire au profit de leurs employés afin de leur permettre de couvrir au mieux leurs frais de santé. Les chefs d'entreprise bénéficient alors d'avantages fiscaux et sociaux.

→ Déduction du bénéfice imposable

Selon l'article 39 du Code général des Impôts, les cotisations de complémentaire santé versées par l'employeur sont déductibles de l'assiette servant au calcul de l'impôt sur les sociétés.

Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

→ Exonération de charges sociales

La part employeur payée pour la mutuelle du salarié peut être exonérée de charges sociales dans la limite de 6 % du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) + 1,5 % du salaire annuel brut. Le montant total ne peut excéder 12 % du PASS.



1.4. Est-il possible de refuser la mutuelle d'entreprise ?

Il existe certains cas qui permettent de refuser d'adhérer à la mutuelle d'entreprise obligatoire. Au nombre de ces cas, on peut avoir :

- ◆ La souscription à une mutuelle collective en tant qu'ayant-droit (couverture collective de votre conjoint par exemple) ;
- ◆ La souscription à une mutuelle individuelle ;
- ◆ L'installation dans l'entreprise avant la mise en place de la mutuelle collective ;
- ◆ La souscription à la CSS (Complémentaire Santé Solidaire) ;
- ◆ Un statut de salarié à temps partiel (jusqu'à 15 heures par semaine).
- ◆ Un statut d'employé avec un CDD ou en contrat de mission (jusqu'à 3 mois).
- ◆ Un statut d'employé avec un CDD ou en contrat de mission (entre 3 mois et 1 an).
- ◆ Un statut d'employé avec un CDD ou en contrat de mission de 1 an ou plus.
- ◆ Un statut d'apprenti

Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

1.5. Comment faire si vous avez plusieurs emplois ?

En cas d'employeurs multiples, un salarié déjà couvert par un contrat collectif de l'un de ses employeurs peut refuser de souscrire aux autres contrats. Il doit justifier de cette protection auprès des autres employeurs au moyen d'un justificatif annuel d'adhésion.

1.6. Que devient une mutuelle d'entreprise obligatoire après une démission, arrêt maladie ou congé parental ?

En cas de suspension du contrat de travail, la couverture de la mutuelle santé doit être maintenue si le salarié est en cours d'indemnisation comme dans le cas d'un arrêt maladie. Cependant, l'employeur n'est pas tenu de maintenir la mutuelle quand la suspension n'est pas indemnisée (comme lors d'un congé parental).



En outre, si votre contrat est rompu pour un autre motif comme une faute lourde, votre mutuelle collective est quand même maintenue durant la période d'indemnisation du chômage.

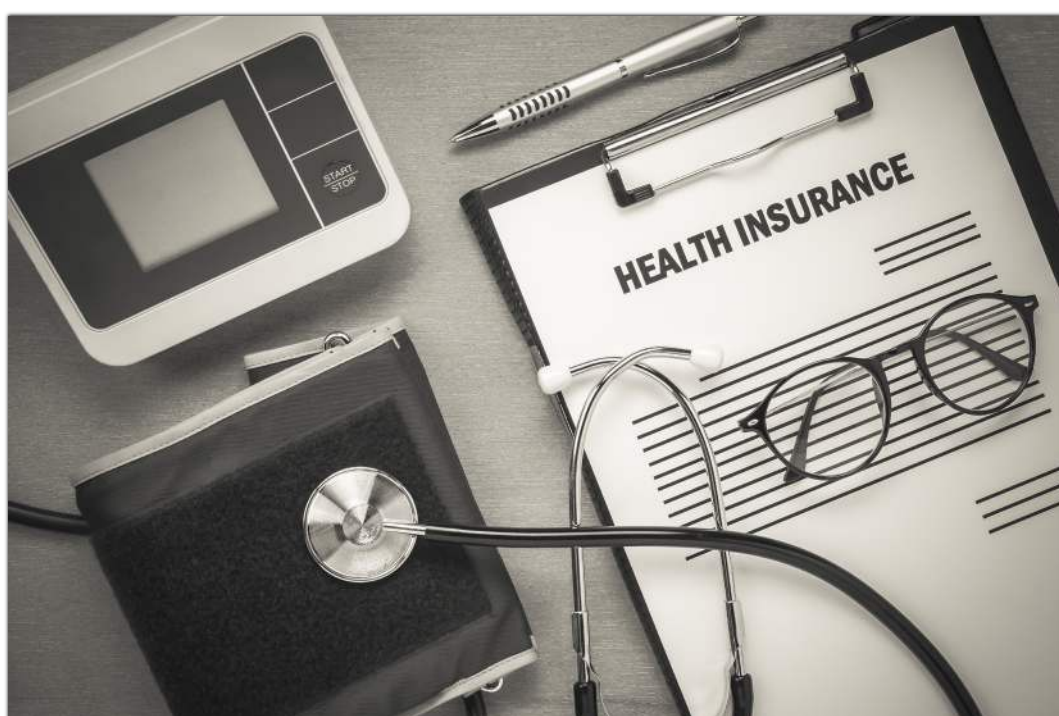
Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

1.7. Qu'en est-il de la mutuelle obligatoire et des CDD ?

Les salariés en CDD peuvent souscrire la complémentaire santé proposée par leur employeur. Certains CDD peuvent opter pour un versement santé et ainsi se dispenser de la mutuelle santé. On pourrait alors se demander ce que c'est que le versement santé.

Le versement santé est une aide financière individuelle pour la généralisation de la couverture complémentaire santé pour les salariés en contrats courts ou à temps très partiel.

Toutefois, cette possibilité n'est pas ouverte si la couverture collective obligatoire est au moins de 3 mois, quelle que soit la durée du contrat. Le versement santé peut également être mis en place à l'initiative des partenaires sociaux (par accord collectif de branche ou par accord d'entreprise) ou par décision unilatérale de l'employeur.



II. La mutuelle santé pour les indépendants

Un indépendant désigne soit un travailleur non-salarié, un entrepreneur ou un inactif et n'est donc pas salarié d'une entreprise.

Lorsque vous êtes non-salarié, vous n'avez aucune obligation de souscrire une mutuelle santé individuelle. Cela demeure facultatif. La souscription à une mutuelle santé est nécessaire si vous désirez être bien remboursé de vos différents frais de santé.



Le régime de la Caisse d'Assurance maladie assure la protection en cas de maladie aux résidents français. Ces derniers remboursent en contrepartie une faible part des consultations, des médicaments et des frais d'hospitalisations.

2.1. Qu'est-ce qu'une mutuelle santé individuelle ?

La mutuelle santé individuelle est un contrat souscrit directement par le particulier auprès d'un organisme assureur ou d'une mutuelle pour une aide financière dans la prise en charge de vos frais médicaux. Elle rembourse une partie ou la totalité des frais restant après le remboursement de la Sécurité sociale. Si vous le souhaitez, vos proches (conjoint, enfants) peuvent aussi bénéficier de la couverture de votre complémentaire santé si celle-ci le permet.

Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

La souscription d'une assurance santé est vivement recommandée et elle s'adresse à tous les profils qui ne sont pas couverts par une mutuelle collective. Comme profils, on peut dénombrer :

- ✓ les étudiants non couverts par leurs parents;
- ✓ les fonctionnaires;
- ✓ les chômeurs;
- ✓ les seniors et retraités;
- ✓ les indépendants (libéraux, entrepreneurs, etc.).

2.2. Les pièges à éviter dans le choix de sa mutuelle santé

Puisque plus vous avez de garanties, plus le tarif de votre mutuelle s'élèvera, il est alors important d'opter pour une couverture qui convient parfaitement à vos besoins, mais également à votre budget. Dans le choix de votre mutuelle santé, vous serez confrontés à plusieurs situations qui vous font choisir une mutuelle santé non adaptée à vous et votre famille. Ces pièges sont alors à éviter. Nous vous aidons à faire le point pour ne commettre aucune erreur.



2.2.1. Les garanties comprises dans les contrats de mutuelle santé

Les mutuelles santé couvrent en général les frais suivants :

- Les consultations chez les médecins généralistes ou spécialistes;
- Le remboursement des frais de médicaments;
- Les frais d'analyses médicales;
- Les frais de radiologie;
- Les frais d'hospitalisation;
- Les frais dentaires;

Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

- Les frais d'optiques ;
- Les frais de maternité ;
- L'assistance aux personnes.

Par ailleurs, pour chaque garantie mutuelle, il existe des plafonds qui varient en fonction des besoins et des contrats de proposés.

2.2.2. Les exclusions de garantie

Quels sont mes besoins ?

Une bonne couverture n'est pas en général une couverture trop étendue. Il est souvent constaté à la souscription d'une mutuelle que plusieurs personnes choisissent une couverture trop étendue sans réellement connaître leurs besoins. N'oubliez surtout pas que plus la couverture est étendue, plus le coût de la mutuelle s'augmentera.

À titre d'illustrations, prenons le cas des contrats de mutuelle santé qui prennent en charge les dépassements d'honoraires au-delà du ticket modérateur. Ce type de contrat correspond surtout à ceux qui travaillent dans les grandes agglomérations où les professionnels de santé pratiquent.

Dans le cas où vous habitez une petite ville ou une zone rurale, il n'est donc pas nécessaire de souscrire cette garantie dépassement d'honoraires, car les professionnels de santé y respectent en général les tarifs de la sécurité sociale.

Il est primordial de s'assurer une bonne couverture en soins dentaires et optiques puisque la sécurité sociale néglige souvent ces deux domaines et laisse pour compte de remboursement. Une mutuelle de santé avec une garantie incluant la couverture des soins dentaires et optiques est nécessaire.

Lors de la lecture du contrat, plusieurs éléments sont à prendre en considération afin de mieux comprendre votre mutuelle de santé.

2.2.3. Les 7 éléments à vérifier avant la signature de votre contrat de mutuelle santé

1. Le tiers payant

L'élément principal à vérifier sur le contrat est que vous bénéficiiez du tiers payant et n'avez donc pas à avancer les frais pour certaines consultations, sur présentation de votre carte vitale.

Le professionnel de santé ou le pharmacien sera alors payé par l'Assurance maladie et le complémentaire santé. Il existe toujours des contrats santé n'incluant pas cette option de tiers payant malgré qu'elle soit plus pratique et économique.

2. Les frais de marketing

Le secteur de l'assurance est en pleine expansion et aiguise l'appétit des assureurs traditionnels tout comme les assuretech. Afin de trouver un maximum de client, ces assureurs mettent en place des publicités pour attirer les prospects. Plusieurs contrats de complémentaires sont alors présentés proposant des offres parfois trop alléchantes pour être vrai.

Il est recommandé de faire attention aux argumentaires commerciaux présentés à la télévision, sur internet ou même par prospectus. Il faut se référer uniquement aux clauses de votre contrat avant de souscrire. Priorisez les contrats clairs afin d'en comprendre le contenu.

En outre, les coûts d'acquisition de clients pour les assureurs explosent avec le nombre de concurrent. En juin 2022, le simple clic du mot clé « mutuelle santé » est de 10,87 €. Ce qui signifie que lorsque vous recherchez sur Google le terme « mutuelle santé » et que vous cliquez sur une annonce, vous coûtez déjà plus de dix euros, alors que nous n'êtes qu'un prospect, et pas encore un client.

Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

3. La multitude de garanties

Il existe plusieurs types de contrats de mutuelle santé aujourd'hui : l'un avec de nombreuses exclusions et d'autres avec des couvertures qui ne sont pas nécessaires. Prêtez donc particulièrement attention aux garanties qu'on vous propose dans le contrat, et favorisez celles formulées en pourcentages des frais réels ou en euros.

4. Les délais de carence

Le délai de carence est la période qui s'étend de la souscription du contrat jusqu'au jour où votre couverture est effective. Pendant ce laps de temps (qui peut parfois aller jusqu'à un an!), certains soins ne sont pas pris en charge.

Il est conseillé d'opter pour des contrats avec des délais de carence de moins de 6 mois. Renseignez-vous au plus vite sur l'existence ou non de délais, et leur durée. Il est possible de négocier leur limitation ou leur suppression.

5. Les garanties

En fonction de vos besoins, choisissez les garanties qui vous conviennent. Les frais d'hospitalisation et de médicaments sont déjà pris en charge par votre couverture santé. Il est judicieux d'avoir des garanties optiques et dentaires puisque la Sécurité Sociale ne les rembourse pas bien vu leurs coûts.

Si vous êtes dans une grande ville, vous pourriez privilégier une garantie de dépassements d'honoraires, car cela pourrait vous être utile. Mais dans le cas où vous êtes dans certaines régions éloignées de la ville ou dans une zone rurale, cela n'est plus trop utile.



Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

6. Les remboursements

Comme pour les garanties, faites votre possible pour lire entre les lignes du contrat. Choisissez un contrat qui indiquera distinctement les remboursements fournis et leurs plafonds, calculés sur vos frais réels. Fuyez si vous voyez des phrases comme : «à 100 % du ticket modérateur», «à 100 % du tarif de convention», ou encore «à 30 % du tarif de convention, hors Sécurité sociale» qui ne signifie pas du tout un remboursement total. Préférez les contrats donnant des exemples de remboursements chiffrés, ou faites-vous assister d'un comparateur de mutuelle.

7. Faire le point régulièrement

Votre situation et vos besoins évoluent au fil du temps. En toute logique, votre complémentaire santé doit évoluer aussi. Consultez votre contrat de temps en temps, tous les deux ans par exemple, pour voir s'il correspond toujours à la couverture souhaitée; et dans le même temps, faites un tour du marché et des offres disponibles.

Bon à savoir : la plupart des compagnies d'assurance augmentent leur cotisation en début d'année. De ce fait, si le contrat que vous souscrivez prend effet en janvier, gardez en tête que la cotisation peut être modifiée. Demandez donc à la mutuelle les nouveaux tarifs avant de signer.



III. POUR ALLER PLUS LOIN

3.1. Le reste à charge zéro : en quoi ça consiste ?

Le reste à charge zéro peut être défini comme un remboursement intégral par la Sécurité Sociale et les mutuelles santé de certains frais comme ceux des lunettes, des prothèses dentaires et aides auditives. L'assuré n'a plus rien à déboursier pour ces postes de soins. Ce reste à charge zéro est notamment possible grâce à la fixation de tarifs plafonds.

Ce concept a été mis en place entre 2019 et 2021 afin de faciliter l'accès à tous les soins de santé et les équipements de qualité. C'est l'une des mesures de la réforme «100 % Santé» qui propose un panier de soins diversifié.

Tous les équipements qui composent le panier 100 % Santé seront pris en charge intégralement par la Sécurité Sociale et les complémentaires santé. Ainsi, l'assuré choisissant un soin du panier n'aura plus de frais à sa charge, c'est le «reste à charge 0».

Il existe une option nommée «panier libre» qui permet à l'assuré de choisir un autre soin que celui du panier 100 % santé s'il le souhaite. Une offre intermédiaire en dentaire est aussi proposée : l'offre «panier maîtrisé».

Depuis le 1er janvier 2020, le reste à charge zéro (RAC 0) est également disponible pour les soins optiques. Il est effectif depuis le 1er janvier 2019 pour les prestations et équipements auditifs.

Dans le cas où vous vouliez souscrire un complémentaire santé ou en changer un existant, il est recommandé de faire une étude approfondie des différentes offres proposées. Grâce à une étude comparative adéquate, vous pouviez ainsi choisir le contrat avec une couverture adaptée à vos besoins et à votre budget.

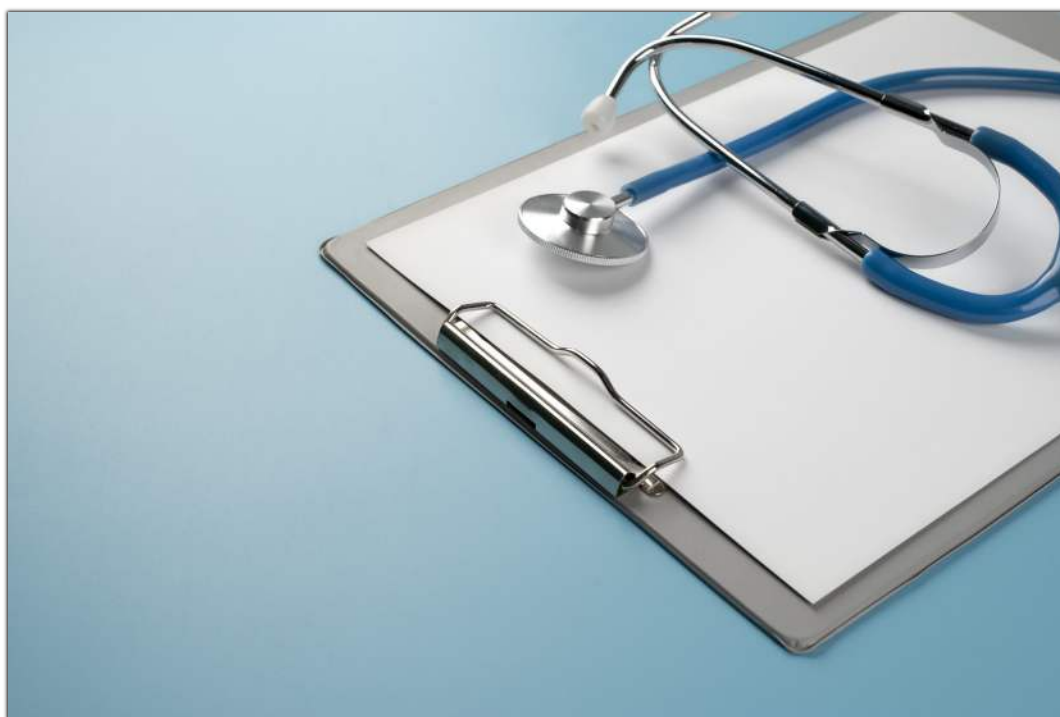
3.2. Comment bénéficier du reste à charge zéro ?

Le reste à charge zéro est accessible à tous les Français bénéficiant d'un complémentaire santé responsable ou de la CMU-C.

Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

La plupart des contrats commercialisés aujourd'hui par les complémentaires santé sont responsables. Un contrat est responsable lorsqu'il respecte le cahier des charges fixé par décret, qui comprend planchers et plafonds de remboursement, un minimum de garanties, etc. Si vous bénéficiez d'une mutuelle santé collective, le contrat est forcément responsable. Le 100 % santé est donc appliqué et vous pouvez profiter du reste à charge 0.

Tous les assurés sont concernés : il n'y a pas de conditions d'âge, d'état de santé (...), le but de la réforme étant de renforcer l'accès aux soins de qualité pour tous les Français.



En revanche, pour que le reste à charge zéro s'opère, il faut faire attention de bien choisir les prestations et équipements proposés dans le panier de soins 100 % santé. En effet, le dispositif reste à charge zéro ne concerne qu'une sélection de prothèses dentaires, d'aides auditives et de lunettes.

Pour chaque soin, des tarifs de classe B sont aussi proposés : ce sont les mêmes bases de remboursement que la classe A mais les tarifs sont libres.

3.3. Quel est le reste à charge zéro dentaire ?

Pour des raisons financières, environ un français sur 6 renonce à des soins dentaires. À titre d'illustration, le reste à charge d'une prothèse dentaire est important pour les bourses des foyers français puisqu'il représente environ 43 % du coût de la prestation.



Pour la mise en place, du concept « Reste à charge zéro » de la réforme 100 % santé, diverses dispositions ont été prévues. Il s'agit :

- ✓ Le plafonnement des tarifs du panier de soins ;
- ✓ Les couronnes et bridge en céramiques ou en métal sans reste à charge, et ce, quelle que soit la dent, visible ou non ;
- ✓ Les couronnes et bridges en céramiques simples ou métallocéramiques sans reste à charge, mais uniquement pour les dents visibles (incisives, canines, prémolaires) ;
- ✓ Les couronnes et bridges céramiques zircons sans reste à charge, mais uniquement pour les incisives et canines ;
- ✓ Les bridges céramo-métalliques, réservées aux incisives et bridges métalliques sont aussi sans reste à charge.

Depuis 2021, toutes les autres prothèses comprises dans le panier de soins bénéficient du reste à charge zéro

3.4. Quel est le reste à charge zéro optique ?

En optique, le reste à charge zéro est pratiqué de la façon suivante :

- ✓ Le prix des lunettes doit osciller entre 95 € et 265 € pour un équipement unifocal, et de 180 € à 370 € pour un équipement progressif ;
- ✓ Chaque opticien doit proposer 17 modèles de monture adulte « 100 % Santé », en 2 coloris, et 10 pour les enfants ;

Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

- ✓ Chaque opticien doit proposer des verres traitant l'ensemble des troubles visuels
- ✓ L'Assurance maladie prend en charge en moyenne 18 % du coût de l'équipement, le reste est assuré par la complémentaire santé pour atteindre le reste à charge zéro.

3.5. Quel est le reste à charge zéro auditif ?

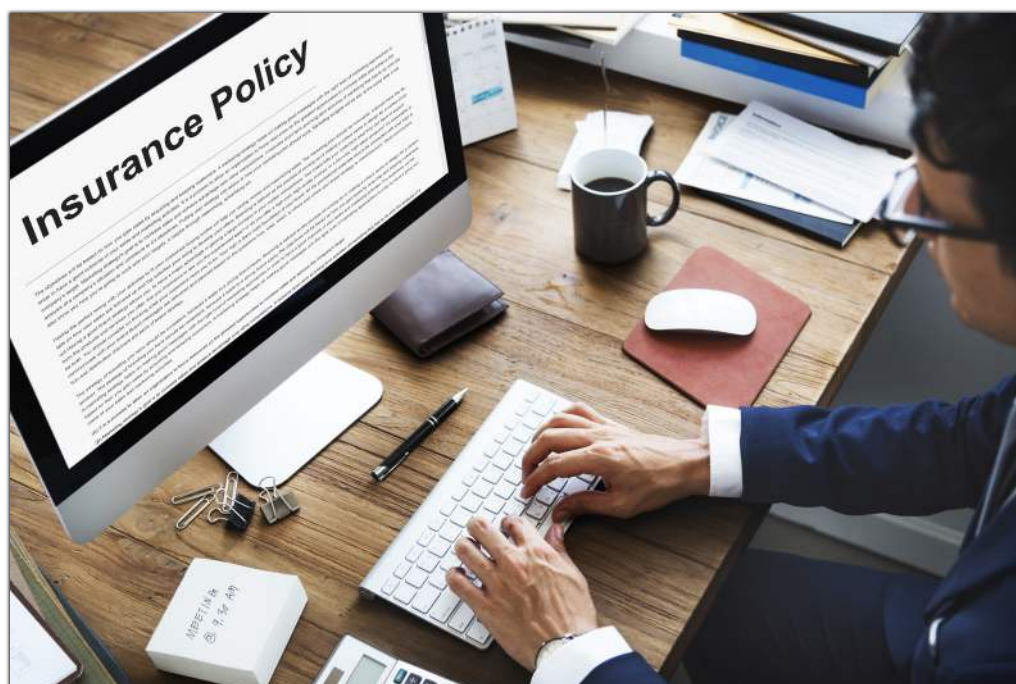
Voici l'application du reste à charge zéro pour les soins et équipements auditifs :

Les appareils concernés : contours d'oreille classiques, contours à écouteurs déportés, dispositifs intra auriculaires ;

12 canaux de réglages proposés au minimum et 3 options : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent et un système anti-réverbération ;

La protection juridique : 30 jours minimum d'essai avant achat, et quatre ans de garantis ;

Pour ces soins auditifs, la base de remboursement de la Sécurité Sociale est de 400 € en 2021.



Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

3.6. Quelles conséquences du reste à charge zéro sur la mutuelle ?

Avec la mise en place de la réforme 100 % Santé et du reste à charge zéro, les mutuelles prennent en charge plus de soins, plus de garanties. La conséquence principale de ce dispositif est l'augmentation des primes d'assurance. En effet, les mutuelles répercutent l'augmentation de ces prises en charge sur le montant des cotisations.

L'Assurance maladie et la complémentaire santé prennent en charge le remboursement intégral amené par la réforme 100 % Santé. Cette prise en charge n'est pas à parts égales pour les deux acteurs de l'assurance.

Le forfait «urgence» mis en place en 2021 permet de limiter les frais pour un passage aux urgences. Ainsi quel que soit le type de soin reçu, la facture s'élèvera à 18 € (généralement prise en charge à 100 % par votre mutuelle).

Les complémentaires santé, les assurances ou mutuelles santé ne peuvent pas être déficitaires. Il réajuste soit leurs prestations soit ils augmentent les tarifs des prestations.



3.7. Les conséquences du « Reste à charge zéro » sur les personnes âgées

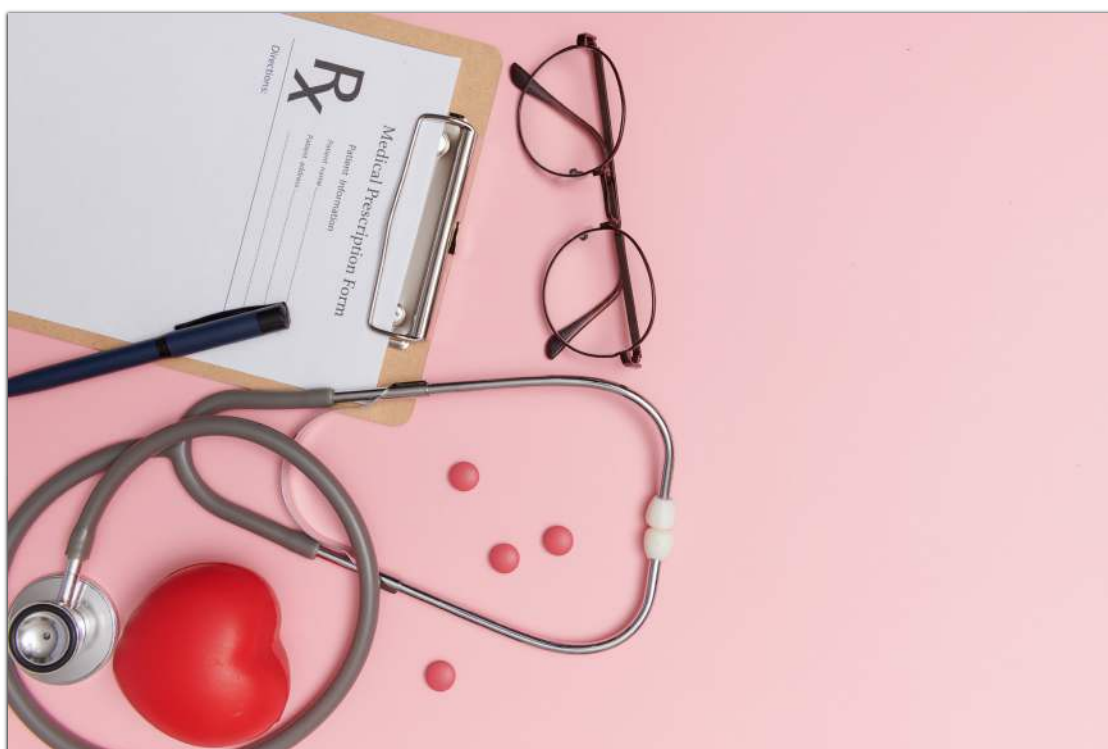
L'étude menée par un cabinet de conseil sur 100 000 patients sur deux années révèle que les personnes âgées seront les plus pénalisées par le «reste à charge zéro». En effet, ces individus ont le plus besoin de prothèses auditives et de soins dentaires, deux postes de soins qui ont amené à ce reste à charge zéro ou «100 % santé».

Un responsable de ce cabinet affirme : « Ce seront les seniors qui en pâtiront le plus, puisque ce sont eux qui sont les premiers concernés. Ils verront leur cotisation augmenter de l'ordre de 9,4 % d'ici 2021.

Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

Si l'on prend l'exemple d'un couple de retraités qui paye 170 euros par mois pour sa complémentaire santé individuelle, à terme, la facture annuelle bondirait de 192 euros. Contrairement à l'assurance maladie qui est financée par des cotisations obligatoires, les seules ressources des mutuelles, ce sont les cotisations de leurs adhérents. Si les remboursements devaient augmenter très fortement, il faudrait ajuster le montant des cotisations».

Les complémentaires santé « ne peuvent pas être en déficit », a affirmé Bernard Spitz, l'ancien président de la France Assureurs (ex-FFA), interrogé sur une éventuelle augmentation de leurs tarifs liée au remboursement intégral de certains frais de santé. Les assurances et mutuelles complémentaires santé « ne peuvent pas être déficitaires (...) on a toujours dit qu'il faudra soit réajuster les prestations, soit augmenter les tarifs, c'est ce qui a toujours été dit depuis le départ »



IV- Pour conclure

Avant de signer, l'essentiel est de :

- ◆ Éviter les offres trop séduisantes donc suspectes ;
- ◆ Être bien conscient de votre profil et de vos besoins réels, afin de savoir quelles garanties et quel tarif vous conviendront le mieux ;
- ◆ S'assurer des garanties et remboursements prévus concernant les médicaments, les frais optiques et dentaires, les frais d'hospitalisation, de consultations (généralistes et spécialistes), d'analyses médicales, de radiologie, de maternité, et éventuellement l'assistance aux personnes, si nécessaire.
- ◆ Lire et comprendre le contrat point par point pour que ne subsiste aucune question ni aucun doute.

France Info, 23/10/2018

Check list : vérifier les points suivants pour déterminer la qualité de votre mutuelle santé :

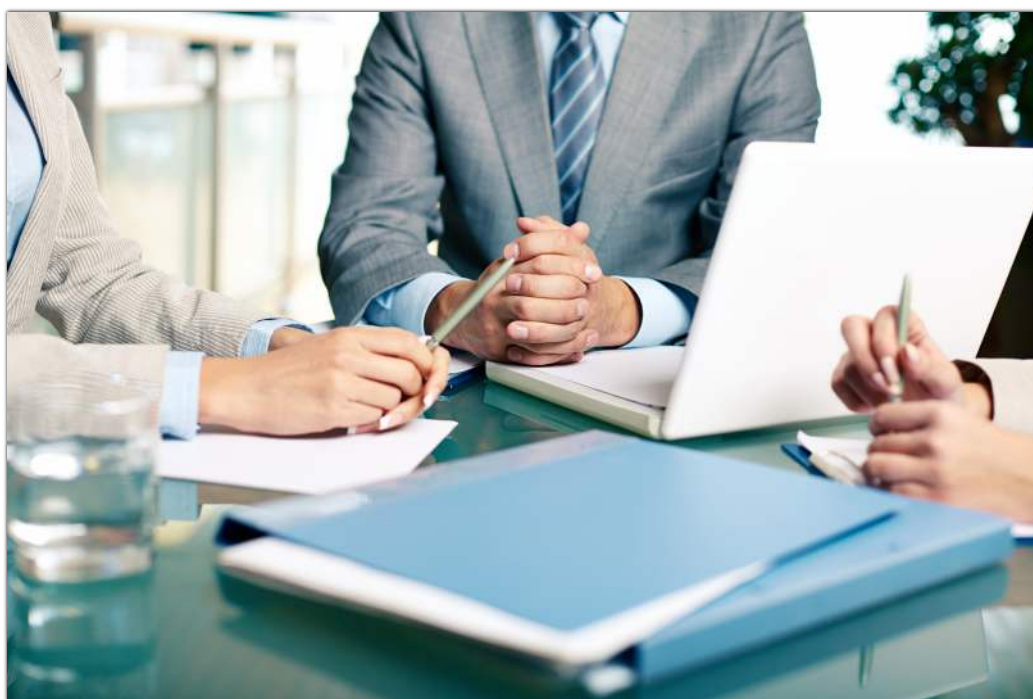
- ◆ Le niveau des garanties est-t-il non responsable ou responsable
- ◆ Distinguer les montants de remboursement exprimés en Frais réels ou en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité Sociale (Base de Remboursement), et ceux sous la forme d'un forfait.

Hospitalisation : votre mutuelle couvre-t-elle ? :

- ◆ Hospitalisation « de courte durée » ?
- ◆ Hospitalisation en Secteur conventionné : Séjours en Médecine, Chirurgie, Hospitalisation à domicile
- ◆ Frais de séjour : en cas d'Hospitalisation, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjour restant à votre charge après un remboursement partiel de la Sécurité sociale.

Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

- ◆ Forfait journalier hospitalier : Est pris en charge le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement
- ◆ Et d'entretien entraînés par une Hospitalisation. Le montant de ce forfait est règlementé et facturé pour tout
- ◆ Séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.



- Si vous souhaitez souscrire un niveau de garanties responsable de votre contrat :

Le forfait journalier hospitalier, les frais de séjour, les honoraires et frais médicaux sont pris en charge pour :

- ◆ les séjours en soins de suite, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec Hospitalisation,
- ◆ les frais de maison de repos, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- ◆ les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants et substances analogues.

Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

- ◆ les Hospitalisations pour motif psychiatrique prises en charge par la Sécurité sociale.
- Hospitalisation en Secteur non conventionné : sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire, les frais de séjour et de soins pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.
- Soins courants
- Sont pris en charge au titre de cette garantie les honoraires médicaux :
- Sont pris en charge les honoraires pratiqués pour : une consultation au cabinet du médecin (généraliste ou spécialiste) ou pour une visite effectuée par ce dernier à domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes).
- les actes techniques médicaux, actes de chirurgie, actes obstétricaux et actes d'imagerie médicale.
- Les honoraires paramédicaux,
- Les frais d'analyse et examens de laboratoires,
- A vérifier également si les frais suivants sont pris en charge :
 - ◆ les frais de transport dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin,
 - ◆ les médicaments remboursés par la Sécurité sociale,
 - ◆ Le matériel médical,
 - ◆ Sont pris en charge au titre de cette garantie les prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage (hors prothèses
 - ◆ Auditives et accessoires optiques).

Déjouez les Pièges pour Trouver la Meilleure Mutuelle Santé !

- Aides auditives : Sont pris en charge les dispositifs médicaux visant à compenser une perte d'audition (audioprothèse/appareil auditif).
- Dentaire : Soins dentaires et Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale
- Optique : attention : seuls les frais d'optique ayant fait l'objet d'une prescription médicale sont pris en charge. Ce qui exclue les lunettes de « confort ».
 - ◆ Équipement optique
 - ◆ Lentilles
 - ◆ Chirurgie réfractive de l'oeil, traitement de l'oeil au laser, implant oculaire
 - ◆ En fonction du niveau de garantie souscrit, l'assurance complémentaire prend-elle en charge les frais de chirurgie réfractive de l'oeil, les traitements de l'oeil au laser et les implants oculaires ?
- Autres prestations
 - ◆ Les dépenses médicales effectuées à l'étranger remboursées par la Sécurité sociale française : prise en charge vos frais médicaux chirurgicaux et/ou d'Hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans le monde entier?(dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale française) . Il est fortement conseillé de souscrire une assurance voyage à part.