



Mutuelles santé : les 8 points clés pour les comparer



Et un tour de vis supplémentaire ! Depuis le 1er janvier 2017, les mutuelles proposant des contrats dits "responsables", soit neuf sur dix, ne remboursent plus les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'Optam (Option pratique tarifaire maîtrisée) au-delà de 100% du tarif Sécu. En clair : pour une consultation chez un spécialiste dont le tarif de base est de 23 euros, votre complémentaire ne vous reversera pas plus que cette somme. Au-delà de 46 euros, vous en serez donc de votre poche, sachant que deux spécialistes sur trois sont hors Optam. L'objectif de cette réforme mise en place par l'ex-ministre de la Santé Marisol Touraine ? Contraindre les praticiens de secteur 2 à limiter leurs dépassements d'honoraires. Pas gagné, à en croire un premier bilan publié par le cabinet Mercer. Et une mauvaise nouvelle pour les assurés, dont le reste à charge ne cesse d'augmenter.

Alors, tenté de changer de complémentaire ou d'en prendre une parmi les 450 du marché ? En tout cas, mieux vaut examiner leurs clauses à la loupe. "Commencez toujours par lister précisément vos besoins, recommande Nathalie Thool, directrice santé d'Allianz France. Et faites le point tous les trois ou quatre ans en fonction de votre état de santé." Ensuite, "demandez plusieurs simulations de remboursements autour de cas concrets (lunettes, prothèse dentaire, consultation chez un spécialiste, etc.)", conseille Si Mohamed El Idrissi, président du comparateur Tonassur.fr. Ces deux précautions prises, il vous faudra encore être vigilant sur six points importants (ci-dessous). Et pour souscrire sans vous tromper, nous vous détaillons les huit points clés à scruter.

>> Notre service - Faites des économies en testant notre comparateur d'Assurances Santé

Méfiez-vous des promos en trompe-l'œil

Pour appâter le chaland, de plus en plus d'assureurs et de mutuelles offrent de un à trois mois gratuits. Ce qui, la première année, peut alléger votre facture de 250 euros pour une cotisation de 1.000 euros. Vous pouvez également être la cible de campagnes d'e-mailing promettant une complémentaire santé "à partir de 5 euros par mois", soit 60 euros par an. Plutôt alléchant, non ? Eh bien prudence ! "Ces cadeaux ne sont jamais gratuits, avertit Martin Coriat, directeur général du comparateur Lelynx.fr. Au final, ils se retrouvent toujours sur votre prime les années suivantes." D'ailleurs, en juin dernier, l'association de consommateurs UFC-Que choisir dénonçait des hausses de tarifs des mutuelles de 6 à 8% par an. En moyenne, il vous faudra tabler sur un coût annuel allant de 460 euros pour un étudiant à 1.250 euros pour un senior.

>> À lire aussi - C'est quoi une vraie bonne mutuelle ?

Débusquez les délais de carence cachés

Si la plupart des mutuelles qui les pratiquent annoncent la couleur – pas de soins d'orthodontie remboursés dans les six premiers mois de l'abonnement, pas d'hospitalisation prise en charge avant trois mois, etc. –, d'autres ne le stipulent pas clairement. Alors n'oubliez pas de vous le faire préciser. Plus tordu, certains assureurs font miroiter des "bonus fidélité". L'astuce ? Faire passer pour un cadeau la hausse des plafonds de garantie au bout de la troisième ou quatrième année (par exemple de 100 à 150 euros le forfait pour une monture de lunettes). En fait, le relèvement de ces remboursements ne fait souvent que compenser les mauvaises conditions du début de contrat. "C'est du délai de carence camouflé", dénonce Christophe Triquet, directeur assurances de Meilleurstaux.com.

Arbitrez entre vos mutuelles si vous êtes en couple

Vous et votre conjoint(e) êtes salariés ? Peut-être pouvez-vous ne garder qu'un seul contrat d'entreprise pour deux. Tout dépend de votre mode de cotisation. "Si vous détenez chacun un contrat "salarié seul", l'affaire est pliée, chacun doit garder le sien", décrypte François Ropelewski, directeur marketing d'AG2R La Mondiale. En revanche, si vos contrats sont "isolé/famille" ou "famille", cela vaut le coup de garder le mieux-disant avec un supplément "conjoint" et de résilier l'autre. Deuxième option : conserver les deux adhésions, mais en utilisant l'une comme surcomplémentaire. Attention toutefois. "La télétransmission avec l'assurance-maladie ne fonctionne qu'avec une seule compagnie par foyer", prévient Stanislas Di Vittorio, fondateur du comparateur Assurland.com. A déconseiller donc aux phobiques de la paperasse qui devront joindre à chaque demande de remboursement le décompte papier de la Sécurité et celui de la première mutuelle.

>> À lire aussi - Mutuelle santé d'entreprise : les cas où elle n'est pas obligatoire

Optez pour un contrat senior une fois retraité

Vous partez bientôt en retraite ? La loi Evin vous donne le choix : vous pouvez renoncer à la couverture de votre mutuelle d'entreprise ou continuer à en bénéficier aussi longtemps que vous le souhaitez à titre individuel... mais pas aux mêmes conditions tarifaires. Généralement alignées la première année sur celles des salariés, les cotisations peuvent être majorées jusqu'à 25% la deuxième, 50% la troisième et flamber sans limite au-delà. Sans oublier que votre employeur n'est plus tenu de prendre au minimum 50% de votre prime à sa charge. Ainsi, si vous payez 40 euros par mois et votre entreprise également, il vous en coûtera, la première année de retraite, 80 euros si la cotisation n'augmente pas, puis possiblement 100 euros la deuxième, 120 euros la suivante, et sans plafond les années d'après.

"Autre inconvénient des contrats d'entreprise, précise Jean-Michel Courtant, directeur développement du pôle santé prévoyance du groupe Macif, ils sont pensés pour des salariés actifs dont la moyenne d'âge est autour de 41 ans. Ils intègrent des garanties maternité et de l'orthodontie quand les besoins des seniors se concentrent sur l'hospitalisation, l'optique, le dentaire et de plus en plus sur les audioprothèses." D'où le conseil de Virginie Bonnier, responsable santé et prévoyance chez Groupama : "Maintenez votre contrat employeur les trois années suivant votre départ en retraite et basculez sur un contrat spécial senior ensuite."

>> Notre service - Testez notre comparateur d'ASSURANCES VIE

Privilégiez les mutuelles affiliées à un réseau de soins

Pour permettre à leurs adhérents de bénéficier de meilleurs services (qualité des produits, dispense d'avance de frais) et remboursements, de plus en plus de mutuelles adhèrent à l'une des sept plates-formes de gestion de soins. Grâce à leurs tarifs négociés avec les praticiens, notamment en dentaire, optique et audioprothèse, ces réseaux (Santéclair, Kalivia, Itelis, Carrés bleus, Sévéane, Istya, **Carteblanche**) permettent aux patients de réaliser de sérieuses économies. "Pour les lunettes, on observe des remises moyennes de 40 % sur les verres et 15 % sur les montures", détaille Patricia Delaux, chez Axa Santé. Plutôt intéressant : ainsi, pour une monture à 150 euros et des verres simples à 140 euros, vous économiserez 80 euros. Mêmes avantages en dentaire où, d'après Santéclair, consulter un praticien du réseau permet, pour un devis sur dix,

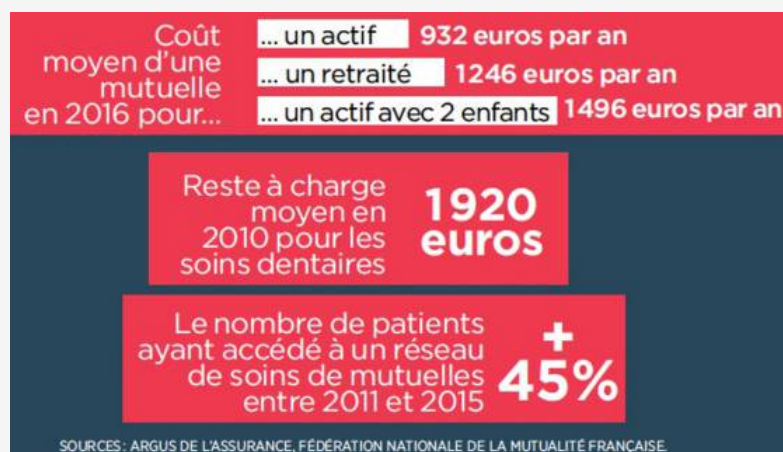
d'annuler la totalité du reste à charge. Quant aux assurés de la compagnie Malakoff Médéric, membre de Kalivia, la fréquentation d'un audioprothésiste affilié au réseau leur permettrait de gagner jusqu'à 600 euros sur un équipement auditif complet.

>> À lire aussi - Lunettes : les prix des verres vont du simple au double, un comparateur permet d'y voir plus clair

Passez au crible les services annexes proposés

Prisée des seniors, la garantie d'assistance donne accès par exemple à une aide ménagère à domicile et à un système de téléassistance, via un bracelet électronique, jusqu'à trois mois après une sortie d'hôpital. En plein essor, la téléconsultation permet, elle, de consulter gratuitement par téléphone (ou vidéo) un médecin 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. En service illimité chez AG2R La Mondiale mais le plus souvent restreint à cinq consultations par an par patient (douze chez Axa). Précieux également, le service d'analyse de devis qui permet de mettre en concurrence les professionnels, donc de négocier. Sans oublier d'autres options utiles comme la géolocalisation des praticiens pratiquant le tiers payant (AG2R La Mondiale) ou l'aide au choix du meilleur hôpital en fonction de votre pathologie (Axa). Précieux en prévision d'une intervention délicate.

Santé : des coûts élevés pour les assurés



LES 8 POINTS CLÉS POUR SOUSCRIRE SANS VOUS TROMPER*

1. Frais de soins hospitaliers : 48 euros

Un poste qui peut vite flamber ! Les deux lignes à surveiller : le remboursement de la chambre particulière, dont le prix oscille entre 60 et 150 euros, et la prise en charge des dépassements d'honoraires des chirurgiens et des anesthésistes.

2. Consultations généralistes et spécialistes : 100% BR

La couverture de la mutuelle s'exprime en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécu (23 euros). Lorsque la mutuelle affiche 100% BR Sécu incluse, elle rembourse les 30% non pris en charge par la Sécu (celle-ci ne couvre que 70%), mais pas les dépassements d'honoraires.

3. Equipement d'optique : 250 euros

Très mal remboursé par la Sécu, ce poste est un argument fort pour les mutuelles. Préférez des forfaits exprimés en euros et privilégiez les opticiens partenaires dont les tarifs sont jusqu'à 40% inférieurs pour les verres et 15% pour les montures.

4. Remboursement de lentilles : 100 euros

Leur usage quotidien peut coûter 1.000 euros par an, alors que la plupart ne sont pas remboursées par la Sécu. Regardez donc bien le montant pris en charge, en euros par œil et par an. Idem à la ligne "chirurgie réfractive" pour les opérations de la myopie.

5. Implants dentaires et orthodontie : 200 euros

Les prix stratosphériques des prothèses, non remboursées par la Sécu, restent mal compensés par les mutuelles, souvent sous forme de forfait annuel. Là aussi, le recours à un réseau de soins peut faire baisser la note jusqu'à - 40% pour un implant.

>> À lire aussi - Prothèses dentaires : comment vous serez remboursés demain

6. Médecine douce : 25 euros

A ausculter de près si vous êtes fan d'ostéopathie ou d'acupuncture, peu ou pas pris en charge par la Sécu. Les remboursements des mutuelles sont cantonnés à certaines disciplines et limités en montant par séance et en nombre dans l'année.

7. Prise en charge du tiers payant : Incluse

Elle évite de faire l'avance de frais sur différents postes : pharmacie, analyses, hospitalisation...

Faites-les-vous préciser, ainsi que la liste des professionnels agréés, certains réseaux prenant aussi en charge le tiers payant en dentaire et en optique.

8. Clause sous le tableau de garantie

Pour comparer plusieurs mutuelles sans biais, regardez si leurs prestations s'entendent "en complément de la participation du régime général obligatoire (RO)", donc en plus du remboursement de la Sécu, ou en l'incluant. Une clause souvent en bas et en petits caractères qui fait vraiment la différence...

*Remboursements proposés, sur la base d'un niveau de garantie intermédiaire.

LES SENIORS, CIBLE DES DÉMARCHAGES TÉLÉPHONIQUES

Fâcheux : d'après le dernier baromètre de la DGCCRF (Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes), les complémentaires santé représentent près du tiers des plaintes reçues dans le secteur des assurances. Parmi les principaux motifs de réclamations recensés : les démarchages téléphoniques abusifs, notamment auprès des personnes âgées. En effet, peu savent que, pour un contrat d'assurance, un simple accord verbal suffit. D'autres plaintes fréquentes concernent des informations ambiguës, voire mensongères, concernant notamment les durées d'engagement, les tarifs du contrat ou la faculté de le résilier hors échéance.

Par Laurence Ollivier

>> Notre service - Tous nos comparateurs d'assurances (santé, auto, habitation, obsèques...)