

Comment choisir sa complémentaire santé ?

Les futurs retraités qui bénéficient d'une couverture santé avec mutuelle d'entreprise, doivent-ils changer de compagnie ou négocier un contrat individuel avec leur mutuelle actuelle ?

Les salariés qui bénéficient d'un contrat santé collectif jusqu'à leur date de départ en retraite peuvent le souscrire à titre individuel (loi Évin de 1989). Les garanties restent identiques et l'augmentation de la prime de base – c'est-à-dire hors participation de l'employeur – est lissée dans le temps et est plafonnée à 50% sur trois ans (pas pour le conjoint). Sachant qu'au-delà, la hausse n'est plus plafonnée.

Nous aborderons tout d'abord certains aspects pour lesquels lorsqu'on contracte une complémentaire santé il convient d'être vigilant, puis les garanties indispensables et enfin les points incontournables pour faire un bon choix.

Etre Vigilant sur certains aspects

- Prolonger la complémentaire de l'employeur n'est pas forcément intéressant. De nombreuses garanties deviennent inutiles (forfait maternité, orthodontie pour les moins de 16 ans, forfait contraceptifs oraux...) alors qu'elles continuent à faire partie du contrat, donc à coûter. Parallèlement, de nombreuses autres garanties deviennent indispensables (cure thermale, appareillage auditif...) alors qu'elles ne font pas toujours partie du contrat initial ou peuvent comporter des prises en charge plus limitées.
- De nombreux contrats comportent des limites d'âge au-delà desquelles il n'est plus possible d'adhérer. Celles-ci démarrent souvent à 70 ans. Tous ceux qui choisissent de se passer d'une complémentaire santé pour des questions financières, ne serait-ce que temporairement, doivent en tenir compte pour ne pas être définitivement exclus de la complémentaire santé.
- Des contrats comportent des remboursements aux frais réels. Ces contrats n'existent plus et il est donc intéressant de les conserver.

Les garanties indispensables

Ce sont celles conçues pour couvrir les besoins d'assurance santé des retraités tels que :

- L'hospitalisation (les dépassements d'honoraires médicaux et les frais pour chambre individuelle font très vite grimper la note).
- Les appareillages auditifs, les équipements optiques et prothèses dentaires (très peu couverts par l'assurance maladie).
- Les consultations plus fréquentes de médecins spécialistes (cardiologue, rhumatologue...).

Elles anticipent sur les futurs besoins de ces retraités comme :

- Chirurgie réfractive des yeux, soins de pédicure et vaccins « exotiques » (non pris en charge par l'assurance maladie).
- Médecines douces (acupuncteur, ergothérapeute, ostéopathe...).
- Assistance en cas de maladie grave ou d'hospitalisation à domicile.
- Accès à des réseaux de soins en optique ou dentaire notamment (prix plus bas car négociés et remboursements de la mutuelle plus élevés).

Les points incontournables pour bien choisir

• Le prix

Le coût d'une assurance complémentaire santé varie selon votre profil (âge, sexe, lieu de résidence, ancienne profession...) et, bien sûr, les garanties choisies. Les assureurs proposent souvent trois ou quatre formules "packagées". Dans la plupart des cas, la moins chère rembourse seulement le ticket modérateur en médecine de ville et affiche un forfait modeste pour l'optique et le dentaire. "Une formule un peu plus étoffée couvrira plus souvent les dépassements d'honoraires (jusqu'à 125% ou 150% de la Base de remboursement de la Sécurité Sociale dit BR, par exemple), sera plus généreuse en cas d'hospitalisation (chambre individuelle, prise en charge

des dépassements d'honoraires jusqu'à 150% ou 200% du BR, voire aux frais réels). Le remboursement pour l'optique ou le dentaire sera souvent aussi plus important avec, par exemple, des plafonds de 100, 150€ voire 250€ pour les lunettes.

- **La consommation médicale**

Selon les professionnels de santé ou les établissements auxquels vous vous adressez, vous avez besoin de garanties plus ou moins étendues.

Médecine de ville. Si vous consultez fréquemment des spécialistes et si vous devez régulièrement faire des analyses ou des radios, les dépassements d'honoraires sont fréquents. Une complémentaire santé qui les rembourse bien est utile. Ces dépassements sont plus importants en région parisienne qu'en province.

Hospitalisation. L'Assurance maladie couvre les frais d'hospitalisation pour les actes chirurgicaux importants. Mais elle ne prend pas en charge le forfait journalier hospitalier (18€), ni le supplément demandé pour une chambre individuelle, ni les dépassements d'honoraires éventuels du chirurgien ou de l'anesthésiste. Ces dépassements, répandus dans les établissements privés, sont plus rares dans les hôpitaux publics.

- **Dentaire ou optique.** Si ces dépenses mal remboursées sont récurrentes pour vous, une complémentaire efficace dans ce domaine est utile. À défaut, il n'est pas forcément rentable de choisir un plafond de remboursement élevé car cela renchérit nettement le coût de l'assurance : pour bénéficier d'une garantie importante sur ces deux postes, il faut souvent opter pour un contrat qui offre aussi des remboursements élevés sur les autres dépenses (ce dont vous n'avez pas forcément besoin).

- **Le niveau de remboursement**

Pour souscrire un contrat adapté à vos besoins, évaluez bien le plafond de remboursement indiqué pour chaque type de dépense (médecine de ville, dentaire, optique...) Il est parfois exprimé en euros (par exemple, 200€), parfois en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance maladie (BR) ou en pourcentage du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité Sociale) qui est de 3 311€ en 2018.

Depuis l'introduction des contrats dits « responsables », certains remboursements sont plafonnés. Tel est le cas des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins non conventionnés, ou relevant du secteur 2 et n'ayant pas adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam). Pour eux, le remboursement est plafonné à 200% du tarif de base de la Sécurité sociale. Soit 50 € pour un généraliste ou un spécialiste. Pour les prothèses dentaires, également, l'intervention des mutuelles est limitée, compte tenu de tarifs de conventions très bas. Seule l'optique reste bien couverte par les complémentaires.

- **La souplesse des contrats**

Certains contrats permettent d'ajouter des options (ex. : une garantie médecines douces). D'autres contrats sont modulables : vous êtes libre de choisir un remboursement important en dentaire, en optique ou en hospitalisation, par exemple, sans opter pour un niveau élevé de garantie sur les autres postes. Mais attention ce n'est pas forcément moins coûteux car la tarification tient compte du risque de voir tous les porteurs de lunettes se précipiter sur les forfaits "optique" les plus élevés.

Se passer d'une mutuelle ?

D'aucuns considèrent que Le prix des complémentaires santé ne cessent de s'envoler, qu'elles deviennent un poste budgétaire important du ménage et qu'elles ne sont pas toujours rentables.

Certains chiffres font en effet réfléchir : Le montant des prestations de soins remboursées aux adhérents de mutuelles ne représente que 80 % des cotisations qu'ils versent. Ce chiffre chute à 73 % pour les sociétés d'assurances ! La Sécurité Sociale rembourse 91,2 % des soins hospitaliers – les plus coûteux potentiellement – selon les chiffres 2016 de l'Assurance maladie.

Les affections importantes – tout comme les médicaments chers – sont intégralement remboursées par la Sécurité sociale. Un cancer, une maladie cardiaque, une sclérose en plaques ou certains diabètes, par exemple, ouvrent droit à une prise en charge totale dans le cadre des ALD (affections de longue durée). La durée moyenne d'un séjour hospitalier est de 5,1 jours en médecine, chirurgie et obstétrique ; votre reste à charge peut dépasser 1 500 € mais reste encore acceptable. Le temps d'hospitalisation étant plus important en psychiatrie (28 jours) et en réadaptation (33 jours), le coût devient en revanche très lourd.

Mais prendre la décision de se passer de mutuelle implique d'avoir fait, à partir d'hypothèses de consommation de soins sur une période assez longue, des simulations de dépenses de santé du ménage sans complémentaire santé et de les comparer au coût complet d'une complémentaire santé (cotisations + soins restant à charge). Il conviendra de mettre de côté l'argent que vous ne consacrerez pas aux cotisations de la complémentaire.

Autres solutions possibles : Souscrire des contrats moins chers qu'une complémentaire classique intégrant des garanties couvrant les dépenses d'hospitalisation, les soins de ville restant à votre charge après intervention de la Sécurité sociale. Ou bien prendre une formule basique, qui ne couvre que le ticket modérateur. Vous serez à l'abri des dépenses entraînées par des ennuis de santé répétitifs, et vous pourrez utiliser les économies réalisées pour payer les frais d'optique ou dentaires qui resteront à votre charge.

Si vous avez à choisir entre plusieurs contrats, il est recommandé de partager votre réflexion avec un courtier. Il vérifiera l'intérêt des garanties par rapport à vos besoins et s'assurera que le montant de la cotisation correspond à vos attentes.

ALAIN ROLLAND