



MUTUELLE

Les questions à poser pour bien choisir une complémentaire santé

C'est le moment de comparer les contrats et garanties si vous souhaitez changer de mutuelle l'an prochain.

QUATRE EXEMPLES DE CONTRAT

POUR UNE FEMME DE 36 ANS, FONCTIONNAIRE, VIVANT À PARIS, 2 ENFANTS (1 4 ET 9 ANS). PAS DE LUNETTES, BESOINS EN DÉPASSEMENTS EN DENTAIRE (ORTHODONTIE)

NIVEAU DE REMBOURSEMENT

NOM DE LA MUTUELLE	SOINS DE VILLE	HOSPITALISATION	OPTIQUE	DENTAIRE	COTISATION MENSUELLE
MUTUELLE MGC	100 %	250 %	100 % + 170 €/ACTE	100 % + 120 % ACTE	69,86 € (1)
MGEN FILIA	100 %	130 %	60 % + 213 €/ACTE	220 €/ACTE	99,26 €
MILTIS	150 %	250 %	200 €/AN	300 %	171,71 €
CNM	200 %	200 %	100 % + 300 €/AN	400 %	201,62 € (1)

(1) 1 mois offert

IDÉ / SOURCE: DEVISMUTUELLE.COM

COMMENT BIEN LIRE LES OFFRES

Les pourcentages indiqués dans les tableaux sont exprimés en fonction de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale. Si la complémentaire affiche 100 % en soin de ville, le remboursement d'un généraliste au tarif conventionnel (23 euros) est de 22 euros (tarif de convention moins 1 euro), même s'il pratique des dépassements. En optique, ce sont les forfaits annuels qui ont un sens, la BR étant très basse.

Si vous devez souscrire une complémentaire santé individuelle ou si votre couverture collective ne vous convient pas, c'est le moment de faire le tour du marché. En effet, il faut changer de contrat avant la date anniversaire de votre contrat (au 1^{er} janvier, si votre organisme assureur est une mutuelle, ou bien à la date de souscription, si votre organisme assureur est une compagnie d'assurances). Les tarifs et garanties varient d'un contrat à l'autre. Certains comparateurs en ligne (comme LeLynx.fr, DevisMutuelle.com, Assurland.com, Mutuelle-Conseil.com, Santiane.fr, Mutuelle.com) peuvent vous aider à identifier le contrat le moins cher. Mais pas forcément celui qui vous correspond le mieux. Les questions à se poser pour bien faire son choix.

Une mutuelle ou une compagnie d'assurances ?

Les mutuelles dominent la santé individuelle avec 70 % de part de marché, mais perdent du terrain face aux compagnies, et notamment aux bancassureurs. Du point

de vue de l'offre, les différences entre mutuelles et compagnies s'estompent. Ces premiers organismes, réputés pour leur solidarité intergénérationnelle, sont de plus en plus nombreux à pratiquer des tarifs par tranches d'âge et n'ont plus rien à envier aux compagnies au niveau de la segmentation et du marketing produit. Le grand atout de certaines mutuelles qui demeure est de donner accès à des centres mutualistes de soins en médecine de ville (dentaire, optique...) ou à un établissement hospitalier, où vous serez assuré que le tarif de convention est respecté (sauf honoraires des chirurgiens).

Quels sont mes besoins ?

Vous n'avez pas forcément besoin que la mutuelle couvre tous vos besoins. Pour ne pas régler de cotisation mensuelle trop élevée, certaines dépenses peuvent rester à votre charge. Mais lesquelles ? Il faut pouvoir arbitrer sur les points clefs que sont l'hospitalisation, les soins dentaires, l'optique et les consultations. Tout dépend de votre âge, votre situation familiale, votre état de santé, votre budget.

Pour vous guider, certains comparateurs, comme par exemple mutuelle.fr, vous fournissent une grille de dépenses moyennes, par profil d'assuré et poste par poste, ainsi que des exemples de remboursement. « Il est conseillé de ne pas économiser sur la garantie hospitalisation. C'est le poste qui comporte le plus fort aléa, une maladie ou un accident ne sont pas prévisibles, et dont la survenance peut déséquilibrer le budget d'un ménage », explique Marie Content, directrice générale de Mutuelle.fr. Il est plus facile aux porteurs de lunettes de prévoir et d'autofinancer leurs dépenses, et de souscrire une garantie optique à minima.

Quelle est l'étendue des garanties ?

Les chausse-trapes sur les garanties sont nombreuses. N'hésitez donc pas à lire les garanties dans le détail avant de souscrire. **Hospitalisation** : soyez vigilant sur la durée de prise en charge du forfait hospitalier. Choisissez une complémentaire qui vous propose un forfait illimité ou de 90 jours au moins, ainsi que la prise en charge

d'un établissement de convalescence le cas échéant.

Optique : le tarif de convention de la Sécu, pour un adulte, est très bas (entre 8 et 15 euros pour une paire de lunettes). C'est donc le forfait proposé par la complémentaire, en euros, qui importe. Si vous êtes porteur de lentilles ou que vos verres nécessitent une forte correction, entrez dans le détail des garanties, certaines tiennent compte du type de correction et adaptent le forfait au besoin (TIIPS). Sachez en outre que l'opération de la myopie, non prise en charge par la Sécu, donne lieu au remboursement d'un forfait (plutôt maigre) par certains contrats.

Dentaire : pour être bien couverts, « vous devez vous diriger vers du 300 % du BR (base de remboursement de la Sécu) », préconise Alice Kerkerian, directrice adjointe de Kelassur et du comparateur DevisMutuelle.com. Cela tant pour les frais d'orthodontie que pour ceux des prothèses. « Soyez attentifs, il existe des plafonds de remboursement dentaire qui varient de 200 à 3.000 euros par an selon les garanties, par exemple (de 800 euros par an) si vous avez plusieurs dents à

COMMENT RÉSILIER

Si vous ne faites rien, le renouvellement de vos garanties s'effectue par tacite reconduction, et vous êtes réengagé pour un an. Mais si vous souhaitez résilier, il y a deux possibilités :

– envoyer un courrier recommandé avec AR à son assureur, deux mois avant la date anniversaire (ou 1^{er} janvier pour une mutuelle, à la date de souscription pour un assureur).
– attendre de recevoir l'avis d'échéance (précisant le montant et conditions de paiement de votre nouvelle prime) au plus tard 45 jours avant la date anniversaire. Vous disposez alors de 20 jours pour dénoncer le contrat.

Si la tacite reconduction n'a pas été évoquée dans l'avis d'échéance ou si vous ne recevez pas ce courrier, vous pouvez résilier à tout moment (sauf dans le cas d'un contrat groupe).

traiter, il est parfois plus judicieux de souscrire une garantie à 200 % sans plafond plutôt qu'à une garantie à 300 % plafonnée à moins de 400 euros », prévient Alice Kerkerian.

Y a-t-il des délais d'attente ?

Certains contrats appliquent un délai d'attente – de trois, six ou neuf mois sur les postes optique et dentaire, mais également sur la chambre particulière en cas d'hospitalisation. Cela signifie que vous ne bénéficiez pas d'une prise en charge immédiate par votre assureur. À éviter si vos soins ne peuvent être reportés.

ANGELA ENRIQUEZ