



Complémentaire santé



Les personnes atteintes d'une maladie chronique telle que la polyarthrite rhumatoïde peuvent bénéficier d'une prise en charge du ticket modérateur (100 %) au titre de leur affection de longue durée. Mais malgré cette prise en charge, de nombreuses dépenses de santé restent à leur charge. Pouvoir bien choisir sa complémentaire santé (souvent appelée mutuelle) en fonction de sa situation est primordial.

LES FRAIS DE SANTÉ À LA CHARGE DE L'ASSURÉ

- le ticket modérateur pour les soins ne relevant pas de l'ALD ;
- les dépassements d'honoraires des médecins ;
- 1 € par acte médical dans la limite de 50 €/an ;
- les franchises médicales (sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux [kinésithérapeute, pédicure, etc.], les transports), dans la limite de 50 €/an ;
- le forfait hospitalier à 20 €/jour dans la majorité des cas et 15 €/jour dans les services psychiatriques ;
- le forfait de 24 € par acte médical supérieur à 120 € (sauf exceptions – exemple ALD).

Par ailleurs, certains soins, même s'ils entrent dans le cadre de l'ALD (soins de pédicure-podologie par exemple) sont pris en charge à 100 % sur une base qui ne correspond pas au tarif demandé par le praticien. Mais certains coûts peuvent faire l'objet d'un remboursement complémentaire ; il est donc conseillé de souscrire à une complémentaire santé.

CHOISIR SA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Trois types d'organismes différents par leur réglementation, leur structure et leur fonctionnement proposent des complémentaires santé :

- les mutuelles, qui relèvent du Code de la mutualité. Ce sont des structures à but non lucratif qui réinvestissent leurs bénéfices pour mettre en place des services aux adhérents : limitation de l'augmentation des cotisations, du remboursement de certains soins, etc.
- les sociétés d'assurances, qui relèvent du Code des assurances et qui ont des objectifs de rentabilité et pratiquent une plus grande sélection des risques. Elles proposent des couvertures variées à des prix concurrentiels ;
- les institutions de prévoyance, qui relèvent du Code de la sécurité sociale. Les contrats d'assurance qu'elles gèrent sont collectifs, c'est-à-dire établis dans le cadre exclusif de l'entreprise ou d'une branche professionnelle.

Les conditions d'adhésion

Certains contrats prévoient une limite d'âge pour l'adhésion, d'autres ne peuvent être souscrits qu'après acceptation du médecin de l'assurance au vu d'un questionnaire médical. Les mutuelles n'imposent pas de questionnaire médical pour la souscription d'une complémentaire santé.

Les cotisations

Il faut vous renseigner sur le coût de la cotisation, mais aussi sur quels critères cette cotisation va évoluer (l'âge, la composition familiale, etc.) et sur la fréquence de l'évolution des cotisations (tous les ans, 2 fois par an, etc.). Enfin, pourrez-vous être exonéré de la cotisation en cas d'invalidité ou de chômage ?

Les conditions de résiliation

Vérifiez dans quelles conditions vous pourrez résilier ce contrat (durée de préavis à respecter), mais aussi dans quels cas l'organisme peut résilier le contrat.

Les caractéristiques du contrat :

Prenez le temps de lire les différents types de garanties proposées et le niveau de remboursement :

- des consultations et actes des médecins (généralistes et spécialistes) ;
- des soins paramédicaux ;
- du forfait hospitalier ;
- des médicaments ;
- de la prise en compte ou non des actes non remboursés par la sécurité sociale ;
- du délai avant le début des remboursements.

Formulation des garanties

Le montant remboursé par votre complémentaire santé peut être indiqué en pourcentage de la base de remboursement ou en euros.

Prestation indiquée en pourcentage du tarif conventionnel

Dans ce cas, vous devez vous faire préciser si le pourcentage indiqué inclut ou non la participation sécurité sociale. Exemple, dans le cas où le pourcentage indiqué inclut la participation sécurité sociale, une prestation à hauteur de 150 % du tarif conventionnel signifie que votre remboursement total (Assurance maladie + complémentaire santé) peut atteindre 50 % de plus que le tarif conventionnel de l'Assurance maladie.

Prestation indiquée en euros

Une prestation de 200 € signifie que votre complémentaire santé vous rembourse au maximum 200 € en plus du montant éventuellement remboursé par l'Assurance maladie.



Contrat Responsable

Il existe des contrats dits responsables. Ces contrats vous permettent de bénéficier de garanties de prise en charge, en contrepartie de règles à respecter pour pouvoir en bénéficier. La complémentaire santé prendra en charge, par exemple, l'intégralité du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, ainsi qu'une part des frais d'optique, la prise en charge étant soumise à un plafond qui a été diminué depuis le 1^{er} avril 2015.

En contrepartie, l'assuré doit respecter le parcours de soin en ayant déclaré un médecin traitant et en le consultant avant d'aller chez un spécialiste.

FINANCER SA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Depuis le 1^{er} novembre 2019, les personnes ayant de faibles revenus peuvent bénéficier d'une complémentaire santé gratuite ou avec une participation financière restreinte : la **complémentaire santé solidaire**.

La complémentaire santé solidaire résulte de la fusion de l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) et de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). Elle s'adresse à toute personne résidant régulièrement en France et de façon ininterrompue depuis plus de trois mois, et dont le revenu mensuel du foyer ne dépasse pas un certain plafond :

- elle reste gratuite pour les personnes qui étaient éligibles à l'ancienne CMU-C du fait de leur faible revenu,
- elle est soumise à participation financière pour les foyers dont les ressources mensuelles dépassent, dans la limite de 35 %, le plafond pour l'attribution de la CMU-C (à-d. les bénéficiaires de l'ancienne ACS).

Le montant mensuel de cette participation est de : 8 € pour les personnes jusqu'à 29 ans, 14 € pour les 30-49 ans, 21 € pour les 50-59 ans, 25 € pour les 60-69 ans et 30 € pour les 70 ans et plus. Elle est prélevée par l'organisme complémentaire qu'a choisi l'assuré.

La complémentaire santé solidaire permet de ne plus payer les dépenses chez le médecin, le dentiste, à l'hôpital, à la pharmacie, dans un laboratoire, etc., et, sous certaines

conditions, les appareils dentaires, les prothèses dentaires et auditives, les verres et les montures de lunettes.

La complémentaire santé solidaire présente plusieurs avantages :

- prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier en cas d'hospitalisation ;
- prise en charge des dépassements de tarifs pour les lunettes, prothèses auditives et appareils dentaires, dans la limite d'un certain montant ;
- dispense d'avance de frais : sur présentation de la carte Vitale (ou de l'attestation de droit papier), les 30 % équivalents au ticket modérateur sont pris en charge immédiatement, ainsi que la participation forfaitaire d'1 € dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

La demande de complémentaire santé solidaire se fait auprès de l'Assurance maladie obligatoire, par formulaire papier ou en ligne en vous connectant à votre compte Ameli pour les assurés du régime général.

Lors de la première demande, les demandeurs choisissent leur organisme complémentaire qui pourra être l'Assurance maladie obligatoire elle-même. Par contre, les bénéficiaires de l'ancienne ACS n'ont plus à choisir entre trois niveaux de garantie, comme aujourd'hui. La demande de renouvellement continuera de se faire une fois par an.

Complémentaire santé d'entreprise

Depuis le 1^{er} janvier 2016, le bénéfice en tant que salarié d'une mutuelle d'entreprise est obligatoire (sauf en cas de CDD, mission d'intérim ou temps partiel) avec la possibilité d'adhérer à l'option « sur complémentaire » pour renforcer les garanties de base de cette mutuelle.

CE QU'IL FAUT RETENIR

- **Avant de choisir une complémentaire santé, sollicitez plusieurs organismes pour pouvoir comparer.**
- **Etudiez attentivement le détail des garanties proposées ainsi que le montant et l'évolution des cotisations.**

SE RENSEIGNER SUR LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

- Fonds de la Complémentaire santé solidaire :
www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr
Tel : 0 800 971 391 (appel gratuit)
- La Mutualité Française :
www.mutualite.fr Tél. : 01.40.43.30.30
- La Fédération Française des Sociétés d'Assurances :
www.ffsa.fr Tél. : 01.42.97.90.00

POUR EN SAVOIR PLUS

