

Le guide de la mutuelle



Éditions

Le guide de la mutuelle

Mieux comprendre pour bien choisir !

Éditions

Dans la même collection

► Maison et Travaux

Le guide de l'alarme

Le guide de la récupération des eaux de pluie

► Argent et Droit

Le guide de la copropriété

Le guide de la location immo

► Santé et Beauté

Le guide des allergies

Le guide des psychothérapies

► Conso et Services

Le guide de l'arrosage

Le guide de l'aquarium

[Voir la liste complète sur notre e-bibliothèque](#)

Auteurs : MM. Chartier, Denis, Desguée et Huet

© Fine Media, 2012

ISBN : 978-2-36212-102-9

Document publié sous licence [Creative Commons BY-NC-ND](#)

Vous pouvez librement diffuser à titre gratuit ce document, en citant visiblement [ComprendreChoisir.com](#), mais vous n'avez pas le droit ni d'en faire un usage commercial ni de le modifier ou d'en utiliser tout ou partie sans autorisation préalable.



[ComprendreChoisir.com](#) est une marque de Fine Media, filiale de Pages Jaunes Groupe.
108, rue des Dames - 75017 Paris

Pour toute question, contactez Finemedia à l'adresse : contact@finemedia.fr

Plus de 370 guides pratiques

Sites web

Livres PDF



Maison / Travaux

Argent / Droit

Conso / Services

Carrière / Business

Santé / Beauté

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| La mutuelle en un coup d'œil | 7 |
| Les mutuelles individuelles | 8 |
| Qui rembourse quoi ? | 8 |
| La mutuelle d'entreprise obligatoire | 9 |
| L'assurance santé pour les faibles revenus | 10 |
| Les contrats | 10 |
| La résiliation | 11 |
| Bien choisir sa mutuelle | 12 |
| I. L'assurance santé | 13 |
| Les caisses de gestion | 14 |
| L'affiliation à la Sécurité sociale | 14 |
| La carte d'assurance maladie | 17 |
| La carte européenne d'assurance maladie | 18 |
| L'assurance maladie internationale | 20 |
| Mutuelle ou assurance complémentaire ? | 21 |
| 💬 <i>Pour aller plus loin</i> | 23 |
| Astuces | 23 |
| Questions/réponses de pro | 26 |
| II. Les mutuelles individuelles ou professionnelles | 28 |
| La mutuelle familiale | 29 |
| La mutuelle étudiante | 31 |
| La mutuelle senior | 33 |
| La mutuelle des fonctionnaires | 35 |
| La mutuelle des expatriés | 36 |
| La mutuelle professionnelle | 38 |
| Pour les faibles revenus | 38 |
| 💬 <i>Pour aller plus loin</i> | 44 |
| Astuces | 44 |
| Questions/réponses de pro | 45 |

| | |
|--|-----|
| III. La mutuelle d'entreprise obligatoire | 48 |
| Une obligation ? | 49 |
| Pour les entreprises | 51 |
| Pour les salariés | 59 |
| 💬 <i>Pour aller plus loin</i> | 65 |
| Astuces | 65 |
| Questions/réponses de pro | 67 |
| IV. Les remboursements | 69 |
| Les remboursements de la Sécurité sociale | 70 |
| Les remboursements de la mutuelle | 84 |
| 💬 <i>Pour aller plus loin</i> | 86 |
| Astuces | 86 |
| Questions/réponses de pro | 88 |
| V. Choisir et gérer sa mutuelle | 91 |
| La mutuelle individuelle | 92 |
| La mutuelle d'entreprise | 95 |
| La surcomplémentaire santé | 101 |
| 💬 <i>Pour aller plus loin</i> | 103 |
| Astuces | 103 |
| Questions/réponses de pro | 105 |
| Lexique | 107 |
| Index des questions / réponses et astuces | 111 |
| Les professionnels et experts cités dans cet ouvrage | 113 |
| Trouver des professionnels près de chez vous | 115 |

La mutuelle en un coup d'œil



L'assurance maladie est une branche de la Sécurité sociale qui couvre les risques de maladie, de maternité, d'invalidité et de décès.

Afin d'en bénéficier et d'être pris en charge, il convient toutefois d'être affilié à la Sécurité sociale et d'être en possession d'une carte d'assurance maladie, française ou européenne, ou d'une assurance maladie internationale. Selon

son régime, mais aussi son lieu d'habitation, chaque affilié est rattaché à une caisse d'assurance maladie différente.

Mais pour compléter les remboursements de la Sécurité sociale, il est utile de souscrire une complémentaire santé (plus souvent appelée « mutuelle »), afin d'être avantageusement couvert.

Sachez qu'il n'existe alors aucune différence importante entre une mutuelle et une assurance complémentaire santé. La seule divergence est inhérente à leur statut légal : les mutuelles sont régies par le Code de la mutualité, tandis que les sociétés d'assurance complémentaire sont régies par le Code des assurances.

Pour les salariés, il existe également la mutuelle d'entreprise, facultative ou obligatoire, qui a pour objectif essentiel d'apporter une couverture sociale à l'ensemble du personnel.

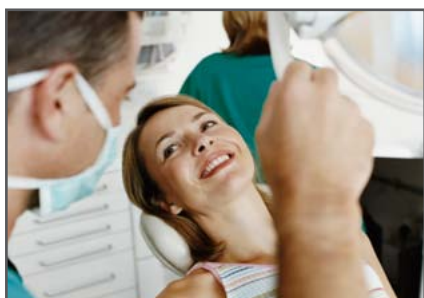
Cependant, dans la plupart des cas, la mutuelle d'entreprise est obligatoire.

Les mutuelles individuelles

Une mutuelle peut être individuelle, professionnelle (professions libérales, artisans et commerçants) ou liée à votre entreprise (également appelée mutuelle de groupe ou mutuelle collective).

Mais la mutuelle individuelle se divise elle-même en différentes sous-catégories en fonction de votre statut :

- ▶ la mutuelle familiale, pour tous les membres de la famille ;
- ▶ la mutuelle étudiante, qui gère également l'affiliation obligatoire au régime étudiant de la Sécurité sociale ;
- ▶ la mutuelle senior, pour ceux qui sont à la retraite ou qui s'en approchent ;
- ▶ la mutuelle des fonctionnaires, pour ceux qui travaillent au sein des différentes fonctions publiques ;
- ▶ la mutuelle des expatriés, pour ceux qui vivent ou travaillent à l'étranger.



Qui rembourse quoi ?

La Sécurité sociale est l'organisme d'État qui gère l'assurance maladie, également appelée régime obligatoire. Toute personne résidant en France doit obligatoirement y être affiliée et, pour cela, verser des cotisations sociales. En contrepartie,

la Sécurité sociale vous rembourse tout ou partie de vos dépenses de santé : médicaments, médecin, indemnités journalières, assurance maladie maternité, frais dentaires et optiques, frais d'hospitalisation.

Les mutuelles, quant à elles, vous remboursent la partie des frais médicaux restant à votre charge après le remboursement de la Sécurité sociale : cette part est appelée le ticket modérateur.

Le remboursement par les mutuelles de ce ticket modérateur est calculé sur la base des tarifs conventionnés de la Sécurité sociale. Ainsi, si votre consultation entraîne des dépassements d'honoraires, ceux-ci ne seront pas forcément pris en charge par votre mutuelle.

La mutuelle d'entreprise obligatoire



En règle générale, l'entreprise souscrit une mutuelle d'entreprise obligatoire afin de bénéficier de certains avantages fiscaux et sociaux ; mais cette mutuelle apporte également des avantages à ses salariés. En effet, les cotisations salariales et patronales sont déductibles du salaire brut imposable, et la mutuelle d'entreprise est moins onéreuse qu'une mutuelle individuelle. De plus, elle peut s'étendre à l'ensemble de la famille.

Certains secteurs d'activité sont obligés d'adhérer à une mutuelle d'entreprise, car des accords ont été passés avec leurs partenaires sociaux. Les mutuelles obligatoires HCR (hôtel, cafés, restaurants), agricole et coiffure font partie des secteurs ayant souscrit à ce type de couverture maladie.

En outre, en cas de départ de l'entreprise, la loi Évin permettait aux salariés d'une société de conserver leur mutuelle, selon certaines conditions. Depuis le 1^{er} juillet 2009, certaines dispositions sont entrées en vigueur et renforcent la protection des salariés sur le maintien de leur complémentaire santé en cas de licenciement et de départ à la retraite.

L'assurance santé pour les faibles revenus

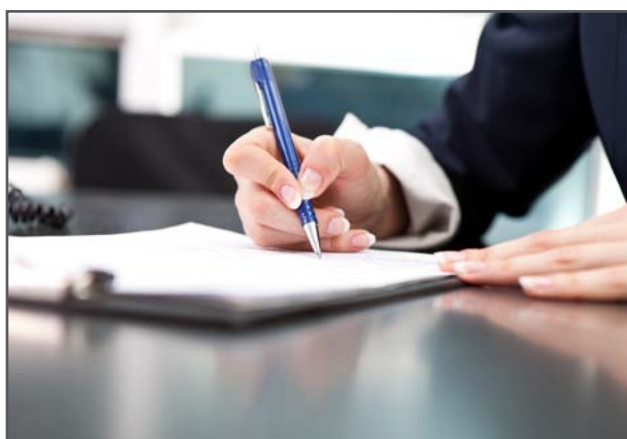
De nombreuses mesures ont été mises en place afin d'assurer le remboursement des soins des foyers ayant de faibles revenus.

Ainsi, la CMU, la Couverture Maladie Universelle, remplace un régime obligatoire d'assurance maladie, elle est complétée par la CMU complémentaire, qui est une mutuelle gratuite.

En parallèle, l'ACS, l'Aide pour une Complémentaire Santé, aussi appelée chèque santé, facilite l'accès à une mutuelle pour toutes les personnes ayant de faibles revenus, mais étant non éligibles à la CMU complémentaire.



Les contrats



Quatre critères fondamentaux sont à prendre en compte lorsque vous souscrivez à une mutuelle : les garanties, le niveau de couverture, le tiers payant, et la surcomplémentaire santé.

Les garanties concernent habituellement les frais de soins dentaires et optiques, les coûts d'hospitalisation, la maternité, les soins en ostéopathie (pas remboursés par la Sécurité sociale), les prestations médicales et la prévoyance.

Le niveau de couverture, lui, diffère selon les mutuelles. Un contrat de base ne comprend que le remboursement du ticket modérateur (pour les soins et les consultations ne dépassant pas les tarifs conventionnés de la Sécurité sociale) ; il est souvent qualifié de remboursement à 100 %. Le contrat intermédiaire offre des remboursements allant de 150 % à 250 % des tarifs conventionnés selon les soins. Enfin, un contrat haut de gamme peut proposer un remboursement allant de 300 % à 400 % des tarifs conventionnés selon les soins : c'est très intéressant pour l'optique, les soins dentaires et les appareillages.

Ensuite, le tiers payant est un service qui vous permet de ne pas avoir à avancer le paiement de certains frais de santé : la part restant à votre charge, appelée ticket modérateur, est directement réglée par votre mutuelle grâce à un accord passé avec les professionnels de santé. Enfin, vous devez vous demander s'il est intéressant ou non de compléter vos garanties par une surcomplémentaire santé.

Par ailleurs, le contrat de mutuelle obligatoire doit respecter le cadre légal de la loi Fillon pour être mis en place selon certaines règles bien définies. L'ensemble du personnel de la société, ayant souscrit un contrat mutuelle obligatoire, est obligé d'y adhérer, même si certaines dérogations peuvent être mises en place. L'employeur a également la possibilité de changer de mutuelle obligatoire, néanmoins, il se doit d'en informer les salariés et les institutions représentatives du personnel.



La résiliation

Comme pour tout type de contrat, la résiliation d'une mutuelle est soumise à certaines conditions. Il faut donc principalement veiller à résilier son contrat pour un motif légitime ou à l'échéance, et respecter les délais de préavis. Si vous venez d'être embauché dans une entreprise ayant souscrit une mutuelle obligatoire d'entreprise, vous devez, dans ce cas, effectuer la résiliation de votre ancien contrat.

Mais il est aussi possible de se tourner vers une résiliation en cas de mutuelle obligatoire du conjoint.

Bien choisir sa mutuelle

Le choix d'une mutuelle est une étape importante, il ne faut donc négliger aucun critère de sélection : besoins, niveau de couverture, garanties...

Mais il ne faut pas non plus hésiter à effectuer un comparatif. En outre, le montant de votre cotisation dépend de plusieurs paramètres :

- ▶ la composition de votre foyer ;
- ▶ le niveau de couverture et les garanties choisies ; plus votre niveau de couverture est important et plus les garanties sont nombreuses, plus la cotisation sera chère ;
- ▶ l'âge de chacun des assurés, le coût des cotisations augmentant avec l'âge ;
- ▶ le type de mutuelle choisie.

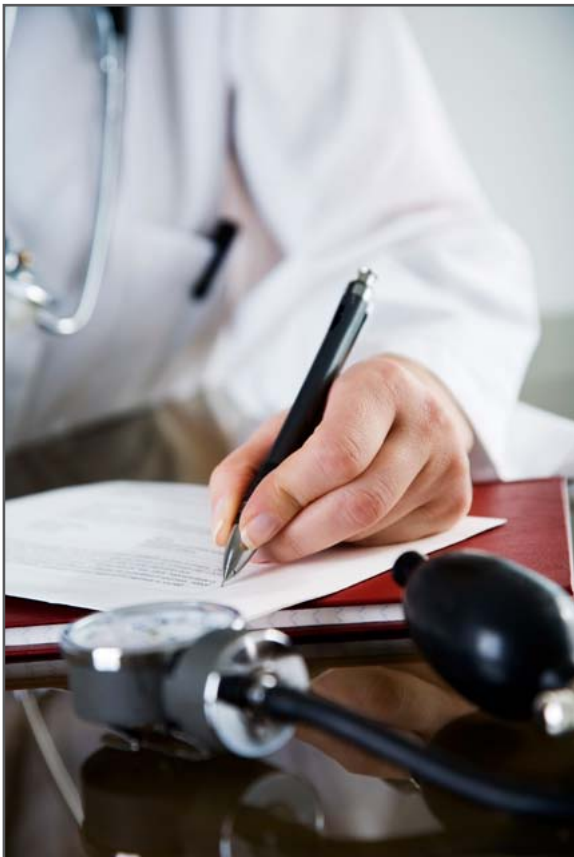


La cotisation d'une mutuelle obligatoire peut être prise en charge partiellement ou en totalité par l'entreprise. La contribution de l'employeur sera fixée à un taux identique pour chaque catégorie de personnel. Cependant, les tarifs varient en fonction du nombre de salariés concerné, des prestations proposées (soins médicaux, forfaits d'optique et/ou dentaires, hospitalisation, etc.) qui peuvent être modulables pour chaque catégorie de personnel, et de l'organisme agréé.

Toutefois, l'application de l'article 83-2 du Code général des impôts permet aux salariés de déduire, dans une certaine limite du montant de leur rémunération imposable, les cotisations versées à des organismes de prévoyance complémentaire auxquels ils sont affiliés à titre obligatoire en vertu d'une convention collective, un accord d'entreprise ou une décision de l'employeur.

I.

L'assurance santé



La Sécurité sociale comprend différents régimes auxquels sont rattachés les affiliés selon leur situation. Au sein de chaque régime, on distingue ensuite différentes caisses, parmi lesquelles la caisse d'assurance maladie.

Une caisse d'assurance maladie sert d'intermédiaire entre l'assuré et son régime d'assurance maladie.

C'est l'interlocuteur privilégié de l'assuré, elle s'occupe de l'affiliation, du choix du médecin traitant, des feuilles de soins, des remboursements et de leur consultation, de la télétransmission des décomptes pour le remboursement de la mutuelle, ainsi que des différents documents administratifs.

Les caisses de gestion

Au sein de chaque régime d'assurance maladie, les assurés sont affiliés à une caisse selon leur lieu d'habitation : pour le régime général, on parle de Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et l'on compte au moins une caisse d'assurance maladie par département.



| Régimes | Caisses de gestion | Pour qui ? |
|--------------------------------|---|--|
| Régime général | Assurance maladie | Les salariés |
| Régime agricole | MSA (Mutualité Sociale Agricole) | Salariés et exploitants agricoles |
| Régime social des indépendants | RSI | <ul style="list-style-type: none"> • Artisans • Commerçants • Professions libérales • Industriels |
| Régime étudiant | Mutuelle obligatoire choisie par l'étudiant | Étudiants de moins de 28 ans, de plus de 20 ans ou plus selon la situation des parents. |
| Régimes des expatriés | CFE (Caisse des Français à l'Étranger) | Français expatriés |
| Régimes spéciaux | Selon le régime | <ul style="list-style-type: none"> • Fonctionnaires • Marins • Mineurs • Employés SNCF • Employés RATP • Employés EDF-GDF • Employés de la banque de France • Clercs de notaires |

L'affiliation à la Sécurité sociale

Pour pouvoir bénéficier des prestations de la Sécurité sociale, il est indispensable d'être affilié. On différencie alors plusieurs cas selon que l'on est assuré ou ayant droit d'un assuré. La Sécurité sociale compte en outre quatre branches différentes : maladie, retraite, famille et recouvrement.

Pour qui ?



Toute personne travaillant et résidant en France doit être affiliée à l'un des régimes de la Sécurité sociale selon sa situation. Les démarches d'affiliation sont ainsi effectuées par l'employeur lors d'une première embauche. Les affiliés sont ensuite assujettis aux cotisations de la Sécurité sociale.

Mais il faut savoir que les étudiants aussi doivent être affiliés au régime correspon-

dant ; les conditions d'affiliation varient alors selon l'âge. Entre 16 ans et 19 ans, l'affiliation est obligatoire et gratuite, et l'étudiant garde sa qualité d'ayant droit. À partir de 20 ans, les étudiants ne sont plus considérés comme ayants droit de leurs parents et leur affiliation est obligatoire et payante, sauf pour les étudiants boursiers.

Certaines personnes peuvent bénéficier des prestations de la Sécurité sociale sans être personnellement affiliées, elles sont alors considérées comme les ayants droit d'un assuré ; cela peut être le cas de :

- ▶ un conjoint, concubin, partenaire pacsé ;
- ▶ un enfant de moins de 16 ans ou de moins de 20 ans à la charge de l'assuré, qui poursuit des études, ou qui est physiquement ou mentalement incapable d'exercer une activité ;
- ▶ un ascendant, descendant ou allié jusqu'au troisième degré qui vit sous le toit de l'assuré et qui se consacre aux travaux ménagers et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 14 ans, eux-mêmes à la charge de l'assuré ;
- ▶ une personne vivant chez l'assuré depuis au moins douze mois et étant à sa charge.



L'assuré doit alors faire une demande de rattachement de l'ayant droit.

Bon à savoir : *ceux qui ne sont ni affiliés ni ayants droit d'un régime de la Sécurité sociale peuvent bénéficier de la CMU sous certaines conditions.*

Pour quoi ?



La branche d'assurance maladie de la Sécurité sociale prend en charge une partie des frais de santé de ses affiliés, mais peut aussi leur verser des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail.

L'assurance maladie rembourse dans ce cas aux assurés une partie de leur frais de santé tels que les soins médicaux et paramé-

dicaux, les frais pharmaceutiques et d'hospitalisation, les transports, les appareillages...

Les modalités de prise en charge sont identiques d'un régime à l'autre, cependant les taux peuvent varier.

Selon les situations, les frais de santé restant à la charge de l'assuré peuvent être conséquents, d'où l'intérêt de souscrire une mutuelle.

Bon à savoir : *les ayants droit bénéficient au même titre que l'affilié d'une prise en charge d'une partie des frais de santé.*

Les assurés peuvent également bénéficier du versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail.

Cependant, cette prestation varie d'un régime de Sécurité sociale à l'autre, et les ayants droit des assurés ne peuvent pas en bénéficier.



La carte d'assurance maladie

La carte d'assurance maladie, aussi appelée carte Vitale, contient toutes les informations permettant d'identifier un assuré et ses ayants droit.

Principe



Le régime, la caisse ainsi que le numéro d'immatriculation sont les éléments d'information qui autorisent la prise en charge des soins de santé.

C'est pourquoi la carte Vitale doit être présentée à chaque professionnel de santé ; elle permet d'éviter l'envoi de feuilles de soins, et parfois même dispense les assurés de l'avance de la partie des frais pris en charge par l'assurance maladie. Avec accord de l'assuré, les professionnels de santé peuvent accéder, à partir de cette carte, à l'ensemble des soins, médicaments et examens prescrits et remboursés.

Bon à savoir : *la carte d'assurance maladie est identique pour tous les régimes d'assurance maladie.*

Pour qui ?

La carte d'assurance maladie est délivrée dès l'immatriculation auprès d'un régime d'assurance maladie :

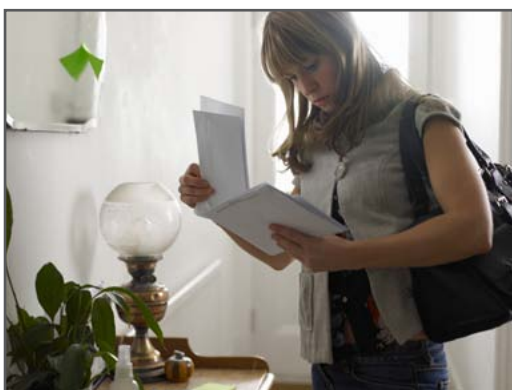
- ▶ lors d'une première embauche ;
- ▶ lors de l'inscription des élèves de terminale au baccalauréat ou de l'inscription dans un établissement supérieur ;
- ▶ dès 16 ans.



Les enfants, élèves ou étudiants obtiennent par ailleurs leur propre carte Vitale, même s'ils restent ayants droit de leurs parents dans certains cas.

Une fois délivrée, la carte d'assurance maladie reste valable sans limitation de durée, mais elle doit être actualisée après chaque changement de la vie personnelle tel qu'un mariage, une maternité, un déménagement ou un changement de régime d'assurance maladie...

Nouvelle carte



L'assurance maladie met progressivement en place une nouvelle carte avec une photographie des assurés. Cette nouvelle carte Vitale est attribuée automatiquement à partir de 16 ans, aux nouveaux assurés sociaux, et bien sûr, après la perte ou le vol de sa carte.

Mais les assurés reçoivent également progressivement un formulaire pré-rempli permettant de la recevoir. Il convient alors de renvoyer le formulaire accompagné d'une photographie d'identité en couleur et d'une photocopie d'une pièce d'identité.

➡ Pour aller plus loin, téléchargez notre fiche pratique : [Obtenir une carte Vitale](#)

La carte européenne d'assurance maladie

Une carte européenne d'assurance maladie est valable seulement pour les voyages en Europe.

Principe

Une carte européenne d'assurance maladie permet à un assuré d'attester de ses droits à l'assurance maladie lors de ses déplacements en Europe, et de bénéficier d'une prise en charge de ses frais de santé.



Cette carte est valable pour :

- ▶ les pays de l'Union européenne ;
- ▶ les pays de l'espace économique européen ;
- ▶ la Suisse.

Remboursements

La carte européenne d'assurance maladie permet une prise en charge des frais médicaux selon les conditions de l'assurance maladie du pays concerné, que ce soit sans avance de frais ou avec avance des frais, puis remboursement par l'organisme d'assurance maladie du pays visité.

En l'absence de carte européenne d'assurance maladie ou en cas de non-remboursement des frais médicaux dans le pays visité, il est toutefois possible d'effectuer une demande de remboursement en France. Pour cela, il convient de remplir un formulaire de demande de remboursement pour les « soins reçus à l'étranger » et de joindre les justificatifs de paiement et factures de frais de santé. Les remboursements seront alors effectués selon les tarifs de la Sécurité sociale en France.

Conditions d'obtention

La demande de carte européenne d'assurance maladie doit être effectuée pour chaque membre de la famille auprès de sa caisse d'assurance maladie :

- ▶ par Internet ;
- ▶ par téléphone ;
- ▶ directement auprès d'un point d'accueil.



Cette demande doit être effectuée plusieurs semaines avant le départ afin de recevoir la carte à temps. Toutefois, en cas de demande tardive, un certificat provisoire permettant d'attester des droits, valable trois mois, peut être délivré. Une fois obtenue, la carte européenne d'assurance maladie est valable 1 an.

L'assurance maladie internationale

L'assurance maladie internationale permet d'être remboursé pour les soins reçus à l'étranger.

Dans quels cas ?

La carte européenne d'assurance maladie n'est pas valable pour les pays hors Europe. Il convient donc de prendre des dispositions particulières pour disposer d'une assurance maladie internationale, aussi bien pour des vacances, des études, un travail ou une expatriation.



Conditions d'obtention

Pour connaître les conditions à remplir pour disposer d'une assurance maladie internationale, selon votre type de séjour à l'étranger, reportez-vous au tableau ci-dessous.

Assurance maladie internationale

| Types de séjour à l'étranger | Conditions d'assurance maladie |
|------------------------------|---|
| Vacances | <p>L'assurance maladie française peut prendre en charge les frais de santé dépensés lors de vacances à l'étranger à condition :</p> <ul style="list-style-type: none">• que ces soins soient jugés comme urgents et imprévus• qu'une demande de remboursement soit effectuée via le formulaire « Soins reçus à l'étranger »• de présenter les factures et les justificatifs de paiement des soins <p>Les remboursements ont alors lieu dans la limite des tarifs forfaitaires fixés par la Sécurité sociale</p> |

| Types de séjour à l'étranger | | Conditions d'assurance maladie |
|------------------------------|---|---|
| Études | | <p>Les conditions d'assurance maladie varient selon l'âge de l'étudiant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • s'il a moins de 20 ans, les conditions sont les mêmes que pour les vacances • s'il a plus de 20 ans, l'étudiant doit s'inscrire auprès du régime étudiant ou du régime général de la Sécurité sociale du pays et les frais de santé sont pris en charge par le pays d'accueil ; il peut également s'affilier à la Caisse des Français à l'Étranger (CFE) en complément |
| Travail | Emploi dans une entreprise étrangère ou française sans détachement | <ul style="list-style-type: none"> • Le travailleur est considéré comme un expatrié et dépend du régime social du pays d'expatriation • Il a la possibilité d'adhérer au CFE en complément |
| | Emploi dans une entreprise française avec détachement | Le salarié est dépendant de l'assurance maladie française, mais peut avoir obligation de cotiser également à la Sécurité sociale du pays où il travaille |
| | Emploi dans une entreprise française avec détachement dans un pays qui a signé une convention de Sécurité sociale avec la France | <p>Le salarié continue à bénéficier de l'assurance maladie française et ses frais de santé sont pris en charge soit par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'organisme de Sécurité sociale du pays d'accueil • l'assurance maladie française selon les conditions définies par la convention |

Bon à savoir : afin d'être rapatrié et assisté en cas de problèmes de santé ou d'accident à l'étranger, il est intéressant pour tous ceux qui partent à l'étranger de souscrire une assurance voyage.

Mutuelle ou assurance complémentaire ?

Vous hésitez entre mutuelle ou assurance complémentaire pour souscrire votre contrat ?

Sachez que ces deux types de complémentaire santé peuvent vous apporter les mêmes garanties.



Leurs différences sont donc principalement inhérentes à leur statut légal et à leur mode de fonctionnement.

| Types de complémentaire santé | Statut légal | Fonctionnement |
|-------------------------------|------------------------------------|---|
| Mutuelles | Régies par le Code de la mutualité | Principe de la solidarité entre les membres : les cotisations ne sont donc pas définies selon l'état de santé des assurés, et la souscription n'est pas soumise à un questionnaire de santé |
| Assurances | Régies par le Code des assurances | Les cotisations peuvent varier selon l'état de santé et l'âge des assurés : un questionnaire de santé peut donc être soumis aux assurés |

Avant d'opter pour une complémentaire santé, vous pouvez comparer les offres et choisir celle qui vous convient le mieux, que ce soit une mutuelle ou une assurance.

Pour aller plus loin

Astuces

Des mutuelles santé spécialement conçues pour les femmes

Les femmes n'ont pas les mêmes besoins que les hommes en termes de santé. Aussi, tout comme des mutuelles spécifiques ont été mises en place pour les personnes âgées ou les étudiants, certains contrats se dédient spécifiquement aux femmes, de façon à proposer des services qui leur sont adaptés.

Les femmes ont en moyenne 20 % de dépenses supplémentaires en soin santé que les hommes, notamment en raison de leurs consultations en gynéco et en obstétrique. Les complémentaires santé dédiées aux femmes proposent donc des formules dont les garanties sont adaptées à ces besoins.

De la même façon, ces mutuelles remboursent souvent une partie des dépenses contraceptives ou, au contraire, les fécondations in vitro ainsi que les examens (mammographies, échographies).

Au reste, selon une étude menée en 2009 par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), les femmes vivent en moyenne six ans de plus que les hommes, mais elles sont davantage sujettes aux maladies chroniques (cardiovasculaires, hypertension, surpoids).

Les femmes n'ont pas non plus la même approche santé que les hommes et sont souvent adeptes des médecines douces. Les complémentaires santé dédiées aux femmes prennent donc mieux en charge ce type de soins (acupuncture, homéopathie, ostéopathie).

Toutefois, ce type de mutuelle est à souscrire en amont. En effet, elles s'axent principalement sur le côté « maternité » des femmes, mais leurs contrats contiennent parfois un délai de carence. C'est-à-dire qu'elles prévoient une période à durée variable pendant laquelle la mutuelle n'est pas activée. Si vous êtes enceinte au moment de la souscription, un délai de carence est peu avantageux. Pensez donc à souscrire une telle mutuelle en amont de votre grossesse, ou choisissez-en une dépourvue de délai de carence.

Bon réflexe : cherchez aussi des mutuelles prenant en charge les frais de séjour en maternité et les dépassements d'honoraires encourus.

Assurance scolaire et remboursement des frais médicaux

Parmi les prestations proposées par l'individuelle accident de l'assurance scolaire, on compte le remboursement des frais médicaux. Quels cas de figure sont prévus et quels sont les plafonds d'indemnisation ?

Si votre enfant est victime d'un accident ou souffre d'une maladie contractée à l'école, ses frais médicaux peuvent être pris en charge par l'assurance scolaire.

Cette garantie peut sembler faire doublon avec la mutuelle. Toutefois, dans certains cas, elle peut la compléter avantageusement : ainsi, si les prestations de l'assurance scolaire sont supérieures à celles de la mutuelle, mieux vaut faire jouer l'assurance.

Par exemple, si suite à un accident, votre enfant consulte un spécialiste pratiquant de lourds dépassements d'honoraires, votre mutuelle ne remboursera les consultations qu'au tarif conventionné : 100 % du tarif de la Sécurité sociale. En revanche, l'assurance scolaire de votre enfant prendra généralement en charge les traitements médicaux à 200 %, voire à 300 % du tarif conventionné. Ainsi, vous pourrez consulter en toute sérénité un médecin pratiquant des tarifs deux ou trois fois plus élevés que le tarif habituel.

De plus, l'assurance scolaire propose généralement des forfaits optiques et dentaires, pour le cas où les lunettes, lentilles ou appareils dentaires seraient endommagés à l'école.

Les mutuelles pallient les manques de la Sécurité sociale

La Sécurité sociale, accordée à tous, rembourse tout ou partie de vos dépenses concernant la santé. Mais certains domaines de la médecine subissent des exclusions. C'est alors à la mutuelle de prendre en charge ces dépenses.

Cela concerne notamment les vaccins. Certains ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale, et les autres ne le sont qu'à 65 % du tarif conventionné, et à 70 % s'agissant de l'injection. Votre mutuelle, quant à elle, prend en charge, pour les vaccins remboursés, le ticket modérateur restant à payer. Par contre, pour être couvert suite à un vaccin non remboursé par l'assurance maladie, il faut en général avoir souscrit un forfait spécifique et complémentaire auprès de votre mutuelle.

De plus, les médecines douces ou alternatives ne font pas, ou très peu, l'objet de remboursements de la part de la Sécurité sociale.

Dans les faits, la médecine douce n'est prise en charge qu'à condition d'être dispensée par un médecin conventionné. Or, c'est rarement le cas. Les mutuelles proposent donc des forfaits offrant des remboursements intéressants pour les actes et consultations en médecine douce : homéopathie, acupuncture, ostéopathie, etc.

Enfin, en cas de maternité, la Sécurité sociale couvre les consultations, les médicaments, la préparation et l'accouchement. Restent les dépassements d'honoraires et le confort choisi (chambre particulière). Toutefois, ces deux dépenses demeurant à votre charge ne sont pas systématiquement endossées par les mutuelles, renseignez-vous. Par ailleurs, certaines mutuelles offrent un supplément :

- ▶ *une prime de naissance ou d'adoption ;*
- ▶ *un forfait amniocentèse (examen du liquide amniotique) ;*
- ▶ *les FIV, fécondation in vitro.*

Remboursement des frais d'hospitalisation

Les frais d'hospitalisation sont coûteux. Heureusement, ils sont assez bien pris en charge par la Sécurité sociale, et les sommes restant à payer peuvent être remboursées par votre mutuelle.

Toutefois, certains frais préalables ou postérieurs à l'opération ne sont que partiellement remboursés par la Sécurité sociale : 70 % pour la consultation d'un anesthésiste avant l'opération et 60 % des frais d'une rééducation par exemple.

Où que vous soyez soigné, un hôpital public ou une clinique privée, conventionnée ou non, la prise en charge des frais par la Sécurité sociale sera toujours à hauteur de 80 % du ticket modérateur. Vous serez alors remboursé après avoir envoyé à votre caisse d'assurance maladie le bon de sortie remis par l'établissement. Par contre, dès lors que vous êtes établis dans une clinique privée non conventionnée, la somme restant à votre charge sera plus élevée.

Une fois votre séjour hospitalier terminé, il vous restera à régler le ticket modérateur, soit les sommes non prises en charge par la Sécurité sociale (20 %) et le forfait journalier, les suppléments éventuels pour votre confort personnel (chambre individuelle, télévision, etc.), et les possibles dépassements d'honoraires.

En effet, les montants restant à payer et facturer à votre charge peuvent être réglés par votre mutuelle.

Il faut toutefois que cette dernière le prévoie ; selon la gamme de votre contrat de mutuelle, le remboursement peut être total ou partiel.

Votre mutuelle peut aussi se substituer à vous pour régler la participation forfaitaire de 18 €, instaurée depuis le 1^{er} septembre 2006 et systématique dès que la somme des frais est supérieure à 120 €.

Les établissements particuliers, de convalescence, de repos ou de rééducation ne sont pas souvent pris en charge par votre mutuelle santé. Tout dépend de l'organisme.

Aussi, si vous savez à l'avance que vous êtes susceptible d'avoir à vous rendre dans un de ces établissements, cherchez une mutuelle qui ne les exclut pas de ses garanties.

Questions/réponses de pro

Remboursement de l'assurance maladie

Quel est le montant du remboursement de l'assurance maladie quand on achète des lunettes ?

 Question de Sheila

► Réponse de Lili36

Le remboursement de l'assurance maladie dépend de l'âge et de la correction de l'assuré.

Les personnes de moins de 18 ans sont remboursées à 60 % sur la base d'un tarif fixé à 30,49 € s'agissant des montures ; et pour les verres, le remboursement correspond à 60 % sur la base de tarifs compris entre 12 € et 66 € par verres correcteurs.

Les personnes de plus de 18 ans sont, quant à elles, remboursées à 60 % sur la base d'un tarif fixé à 2,84 € s'agissant des montures ; et pour les verres, le remboursement correspond à 60 % sur la base de tarifs compris entre 2 € et 24,54 € par verres correcteurs.

Quant aux lentilles de contact, un montant de 39,48 € est remboursé par œil.

Une partie du prix des lunettes de soleil peut aussi être remboursée si l'assuré est diagnostiqué d'une affection oculaire comme la photophobie.

Connexion d'une mutuelle avec la Sécurité sociale

Suite à une erreur de connexion de ma mutuelle avec la Sécurité sociale depuis mai 2009, j'ai demandé les versements des frais engagés relatifs aux années antérieures pour la période en question, comme proposé par la mutuelle.

À ma grande surprise, cela m'a été refusé. Quels sont mes droits ?

 Question de Wauwau

► Réponse de Costes

Vous pouvez demander le remboursement pour les prestations médicales effectuées dans les 2 ans (dates calendaires), pour la Sécurité sociale comme pour la Mutuelle. Qu'il y ait erreur ou non, et qu'elle leur soit imputable ou non, c'est impossible au-delà.

Donc transmettez à votre mutuelle les décomptes des deux dernières années, ils ont l'obligation de rembourser ces prestations-là.

Hospitalisation sans mutuelle ni CMU

Mon ami est hospitalisé depuis le 1^{er} avril 2010 pour un cancer des ganglions, mais n'a plus de mutuelle et ne peut pas bénéficier de la CMU. Que faire ?

 Question d'Arcus

► Réponse de Frédéric Lassueur – C.E.E.

Pour les pathologies « lourdes », les frais d'hospitalisation sont souvent pris en charge à 100 % par le régime obligatoire. Prenez contact avec le service des admissions de l'hôpital pour vous faire préciser (ou non) le pourcentage de prise en charge de votre ami.

II.

Les mutuelles individuelles ou professionnelles



Lorsque l'on souhaite souscrire une mutuelle, plusieurs options s'offrent à nous : bénéficier d'un contrat individuel, contracter une mutuelle professionnelle ou souscrire une mutuelle d'entreprise.

Une mutuelle individuelle s'adresse aussi bien aux célibataires qu'aux familles, quelle que soit leur situation. En général, elle est conseillée à celles et ceux qui ne bénéficient pas d'une couverture maladie dans le cadre de leur activité professionnelle. Elle offre en outre une grande liberté en ce qui concerne le choix des garanties et du niveau de couverture ; ainsi, chacun peut opter pour la mutuelle la plus adaptée à ses besoins.

Il est par ailleurs possible de choisir des garanties de base ou bien des garanties plus étendues afin de bénéficier d'une couverture optimale. Il est également envisageable d'opter pour une solution différente pour chacun des assurés.

Une mutuelle professionnelle, au même titre qu'une mutuelle fonctionnaire, s'adresse à un type de travailleurs en particulier : professions libérales, artisans et commerçants. Et cela, quel que soit leur domaine d'activité.

La mutuelle familiale



Vous pouvez adhérer à une mutuelle familiale soit en passant par votre entreprise (contrat groupe proposé par votre employeur), soit en souscrivant un contrat à titre individuel.

Ensuite, il vous suffit de choisir l'option « mutuelle familiale » parmi toutes celles propo-

sées : étudiante, senior et fonctionnaire. Le contrat s'étend de plus à tous les membres de votre famille, mais vous devez pour cela les déclarer (nom, prénom, sexe, date de naissance).

Pour les couvrir au mieux, optez pour un niveau de couverture et des garanties adaptées à leurs besoins : soins dentaires, soins d'optique, hospitalisation, etc.

Principe

Une mutuelle familiale est une complémentaire santé qui couvre les soins de tous les membres d'une même famille. Grâce à ce type de contrats, les différents individus d'un même foyer adhèrent à une même mutuelle. Les coûts par personne sont ainsi réduits et la famille fait des économies.

Critères de choix



Sur le marché, on trouve différentes sortes de mutuelles familiales. Pour bien choisir, il faut comparer et analyser les différentes garanties proposées.

Certaines mutuelles familiales proposent la même formule de remboursement des soins médicaux à chaque membre. Ce type de contrats est alors adapté aux familles qui ont les mêmes besoins en matière de santé.

D'autres proposent de personnaliser les formules en fonction des exigences de chacun : un enfant peut par exemple être assuré pour des frais d'optique, et son père pour des frais dentaires.

Pour ne pas vous tromper lors du choix de votre mutuelle familiale, un certain nombre de points sont à prendre en considération. Assurez-vous tout d'abord que votre mutuelle familiale propose le tiers payant afin de ne pas avoir à avancer le règlement de vos frais de santé.

Veillez ensuite à ce que votre mutuelle familiale propose la télétransmission afin de ne pas avoir à renvoyer vos feuilles de soins. Si vous souhaitez faire bénéficier un de vos enfants de soins d'orthodontie, choisissez également une mutuelle qui couvre bien ces soins, mal remboursés par la Sécurité sociale.

Avantages et inconvénients

Dans la plupart des mutuelles familiales, on retrouve de nombreux avantages. Elle est notamment souvent gratuite pour le troisième enfant et au-delà, ou lors de la première année d'adhésion pour un nouveau-né. Les mutuelles familiales aussi offrent



des garanties supplémentaires, appelées prestations d'assistance, qui comprennent un soutien scolaire, la garde des enfants malades, l'école à domicile, l'aide ménagère.

Bon à savoir : *il est également possible de ne couvrir que vos enfants (par exemple, quand les adultes bénéficient d'un contrat de groupe fermé, réservé seulement aux salariés).*

À partir de 25 ans, votre enfant majeur ne fera plus partie de votre mutuelle familiale, et le coût de vos cotisations sera plus élevé.

Pour un jeune adulte de 18 ans à 24 ans, tout dépend de sa situation :

- ▶ S'il n'est pas inscrit dans l'enseignement supérieur, il peut continuer à bénéficier de la couverture de votre mutuelle.
- ▶ S'il est inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur, il sera considéré comme « ayant droit autonome », obligé de s'inscrire à la Sécurité sociale auprès d'une mutuelle étudiante.

Coût

Adhérer à une mutuelle familiale est assurément la formule la moins chère pour une famille. La cotisation annuelle est calculée en fonction du nombre et du profil des personnes couvertes (plus la famille adhérent est nombreuse, plus le coût de la mutuelle est avantageux), ainsi que du niveau de couverture et des garanties choisies.



La mutuelle étudiante

L'affiliation à une mutuelle étudiante se fait généralement au moment de l'inscription dans le futur établissement supérieur. Elle court du 1^{er} octobre au 30 septembre de l'année suivante.

Principe



Après le bac, tous les étudiants doivent s'affilier au régime de la Sécurité sociale en passant par un organisme de mutuelle étudiante. Cet organisme prendra en charge le remboursement partiel de leurs frais médicaux (l'équivalent du régime obligatoire du régime général).

La mutuelle étudiante est donc un organisme « à part », car elle assure deux types de prestations : l'affiliation des étudiants au régime de la

Sécurité sociale (obligatoire) et une complémentaire santé pour obtenir de meilleurs remboursements (facultative).

L'étudiant a ensuite le choix entre deux types d'organismes :

- une mutuelle nationale (LMDE) ;
- des mutuelles régionales (une dizaine).

À noter que pour la partie complémentaire, toutes les mutuelles peuvent assurer les étudiants.

Pour pouvoir bénéficier de cette mutuelle, deux conditions sont à remplir : être étudiant et avoir moins de 28 ans (sauf exceptions : maternité, maladie...).

Coût

Le règlement de la cotisation de la mutuelle est annuel, néanmoins son montant varie en fonction de l'âge de l'étudiant. Ainsi, elle est gratuite de 16 ans à 20 ans.

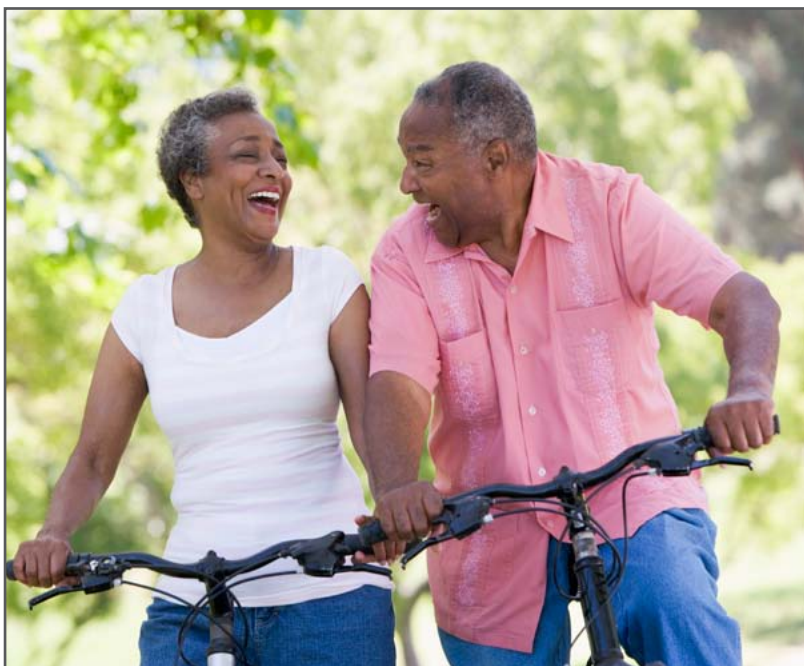


Or, entre 20 ans et 28 ans, une cotisation annuelle normale s'élève à environ 190 € par an, sauf pour les boursiers qui en bénéficient gratuitement.

La mutuelle senior

Lorsque l'on arrive à l'âge de la retraite, il faut commencer à réfléchir à sa mutuelle : puis-je garder la mienne ou dois-je opter pour un contrat individuel ?

Une mutuelle d'entreprise ou individuelle



Si vous bénéficiez d'une mutuelle d'entreprise, en partie financée par votre société, vous avez la possibilité de la conserver en tant que mutuelle senior après votre départ à la retraite.

La demande d'affiliation doit toutefois être réalisée dans les six mois suivant la fin de votre contrat de travail ; et la cotisation sera bien sûr

beaucoup moins avantageuse qu'avant : jusqu'à 50 % supplémentaires par an puisque sans cofinancement de votre entreprise.

Il est recommandé de comparer les offres du marché et de vous orienter vers la mutuelle senior qui répond le mieux à vos besoins (tarifs, garanties, options...).

Niveaux de couverture

Le contrat de base et le contrat seniors sont les deux grands modèles proposés par les mutuelles.

Pour connaître le contrat le plus adapté à votre situation, reportez-vous au tableau de la page suivante.

Niveau de couverture de la mutuelle senior

| | Couverture de base | Mutuelle senior |
|----------------------------|---|--|
| Principe | Contrat mutuelle de base | Contrat haut de gamme, ciblé selon l'âge |
| Garanties | Remboursement de vos soins courants aux tarifs conventionnés de la Sécurité sociale : consultations, radios, analyses... | Remboursement de soins non remboursés ou mal pris en charge par la Sécurité sociale : cures thermales, ostéopathie, prothèses dentaires, prothèses auditives, optique... |
| Options | × | Nombreuses, donc à comparer |
| Cotisation annuelle | Normale | Importante |
| Dans quel cas ? | <ul style="list-style-type: none"> • Si vous n'avez pas de frais médicaux du type optique, prothèses dentaires ou auditives ou si vous ne consultez pas des professionnels pratiquant des honoraires libres • En cas de changement de votre profil, vous aurez la possibilité d'étendre vos garanties | Si vous avez régulièrement besoin d'un ou plusieurs de ces frais médicaux : optique, prothèses dentaires ou auditives ou si vous consultez régulièrement des professionnels pratiquant des honoraires libres |

Dans tous les cas, choisissez un contrat qui peut évoluer facilement si vos besoins sont amenés à changer.

Se passer d'une mutuelle ?



C'est possible, si vous n'avez que des dépenses de santé courantes : analyses, radios, consultations, médicaments – les « gros pépins » de santé étant pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Mais il faut cependant se souvenir qu'un passage en ALD (Affection Longue Durée) est rarement immédiat, et il y a donc malgré tout de grosses dépenses avant le passage à 100 %.

C'est pourquoi le pari peut être risqué ! Les statistiques le rappellent sans ambiguïté, la « consommation » médicale augmente avec l'âge : des problèmes auditifs auxquels vous ne vous attendiez pas peuvent survenir, une cure thermale peut devenir nécessaire, etc. Dans ce cas, souscrire un contrat de mutuelle senior est clairement recommandé.

Notre conseil : *si vous faites ce choix, il est conseillé d'épargner sur un compte les sommes que vous auriez versées à votre mutuelle afin de vous constituer un budget pour vos frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale. Vous perdrez alors l'avantage de la « mutualisation ».*

La mutuelle des fonctionnaires



Comme la mutuelle senior qui cible les assurés en fonction de leur âge, la mutuelle des fonctionnaires s'adresse aux salariés qui ont un statut professionnel particulier.

Pour qui ?

La mutuelle des fonctionnaires a été mise en place pour les salariés de l'un des trois secteurs du public : les activités de l'État, territoriales et hospitalières. Mais peuvent également en bénéficier les membres de la famille du salarié, que ce soit d'une part son conjoint, concubin ou partenaire pacsé, ou d'autre part, ses enfants (avec une limite d'âge qui peut varier selon les mutuelles).

Avantages

Les mutuelles des fonctionnaires répondent aux besoins de la fonction publique ou assimilée en proposant des garanties adaptées et des prises en charge étendues :

- ▶ complémentaire santé ;
- ▶ prévoyance et dépendance ;
- ▶ tiers payant (rien à déboursier au moment de régler les frais médicaux) ;
- ▶ perte de revenus ;
- ▶ caution immobilière ;
- ▶ et mêmes services d'aide, d'information et de conseils.

Certaines mutuelles font même bénéficier leurs adhérents d'accords avec des professionnels de la santé.



Conditions d'obtention

Il existe plusieurs offres auxquelles il est possible d'adhérer soit par le biais de l'établissement employeur, soit individuellement directement auprès de la mutuelle.

L'adhésion est néanmoins facultative, et chaque fonctionnaire est libre de choisir la mutuelle qui lui convient le mieux.

La mutuelle des expatriés

Les expatriés ne bénéficient pas des mêmes conditions de protection sociale que les résidents français : il est donc essentiel pour eux de souscrire une mutuelle spécifique afin d'avoir une protection élargie et adaptée.



Pour qui ?



Une mutuelle expatrié s'adresse à tous ceux qui résident ou travaillent à l'étranger.

Il est souvent impératif pour les expatriés de souscrire une mutuelle spécifique afin de bénéficier d'une prise en charge en complément du régime social du pays d'expatriation ou de la Caisse des Français à l'Étranger (CFE), les remboursements proposés étant souvent largement inférieurs aux frais de santé réels.

Important : *le CFE rembourse les frais de santé sur la base des tarifs appliqués en France.*

Garanties

Une mutuelle expatrié comporte toutes les garanties d'une mutuelle classique : dentaire, optique, hospitalisation, maternité, ostéopathie, prestations médicales...

Mais elle propose aussi souvent en complément :

- ▶ une assistance rapatriement, pour être rapatrié en France en cas d'accident, de problèmes de santé ou de décès ;
- ▶ une responsabilité civile afin d'être couvert en cas de dommages causés à des tiers ;
- ▶ une prévoyance.



Selon le pays et les besoins de l'expatrié, le niveau de couverture proposé par la mutuelle sera ensuite plus ou moins étendu.

La mutuelle professionnelle

La mutuelle professionnelle s'adresse aux professions libérales, aux artisans et aux commerçants.



Pour quoi ?

Une mutuelle professionnelle permet de compléter le régime obligatoire de la Sécurité sociale : le Régime Social des Indépendants (RSI). Elle comprend donc toutes les garanties d'une mutuelle, mais peut aussi offrir des garanties de prévoyance :

- ▶ remboursement des frais de santé ;
- ▶ versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail ;
- ▶ versement d'une rente ou d'un capital en cas de décès ou invalidité...

Déductions fiscales

Dans le cadre de la loi Madelin, les indépendants peuvent déduire les cotisations de leur mutuelle des revenus imposables, sous certaines conditions. Ainsi, les indépendants sont soumis aux bénéfices non commerciaux (BNC) ainsi qu'aux bénéfices industriels et commerciaux (BIC).

En outre, la déduction est limitée à 3,75 % du bénéfice imposable, majoré de 7 % du plafond annuel de la Sécurité sociale, dans la limite de 3 % de huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Pour les faibles revenus



Le prix d'une mutuelle étant assez élevé, et certains n'ayant même pas accès à un régime de Sécurité sociale, l'État a mis en place différentes aides afin que les foyers à faibles revenus aient accès aux soins médicaux : la CMU et l'ACS. Voici un récapitulatif des différentes aides faisant alors office de mutuelles.

Aides pour les faibles revenus

| Quelle aide ? | Pourquoi ? |
|---|---|
| Couverture Maladie Universelle (CMU) | Permettre à ceux qui ne sont pas affiliés ou ayants droit d'aucun régime de Sécurité sociale d'avoir accès aux soins et d'être remboursés |
| CMU complémentaire (mutuelle CMU) | Bénéficier d'une complémentaire santé gratuite |
| Aide pour une Complémentaire Santé (ACS) | Faciliter l'accès à une mutuelle pour tous ceux ayant de faibles revenus, mais étant non éligibles à la CMU complémentaire |

Couverture Maladie Universelle (CMU)



Créée par la loi du 27 juillet 1999 et mise en place dès le 1^{er} janvier 2000, la CMU permet au plus grand nombre de personnes d'accéder à l'assurance maladie. Elle permet à ceux qui sont généralement exclus du système d'assurance maladie de bénéficier d'un remboursement de leurs frais de santé selon les mêmes conditions que les assurés des régimes obligatoires. Elle offre donc un remboursement des médicaments, du médecin, des frais optiques et dentaires, des frais d'hospitalisation, etc. Toutefois, la couverture maladie universelle ne prend pas en charge le ticket modérateur ni le forfait hospitalier.

En outre, peuvent en bénéficier gratuitement les affiliés de la mutuelle CMU, du RSA (Revenu de Solidarité Active) et les foyers non imposables. Pour les autres personnes, une cotisation correspondant à 8 % des revenus dépassant le plafond de la Sécurité sociale est appliquée.

Pour bénéficier de la CMU, il faut cependant résider en France de manière stable et régulière depuis au moins trois mois. Sont cependant exemptés de ce délai les personnes inscrites dans un établissement d'enseignement, ceux qui effectuent un stage dans le cadre d'une coopération, les bénéficiaires de prestations sociales et les étrangers ayant le statut de réfugié ou en ayant fait la demande.



CMU complémentaire

La CMU complémentaire est gratuite. Elle joue le même rôle qu'une mutuelle de base et va même plus loin, car vous n'avez rien à déboursier pour vos dépenses de santé. Elle prend en charge :

- ▶ le ticket modérateur, c'est-à-dire la part de vos frais médicaux qui n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale ou la CMU de base (dans la limite des tarifs conventionnés) ;
- ▶ les frais dentaires, optiques, de prothèses auditives ;
- ▶ la participation forfaitaire d'un euro par acte médical ;
- ▶ le forfait journalier en cas d'hospitalisation (sans limite de durée).

De plus, la CMU complémentaire prend en charge tous les membres de votre famille (conjoint, concubin, partenaire pacsé, enfants ou personnes à charge de moins de 25 ans).

Bon à savoir : *pour être bien couvert, restez dans le parcours coordonné. Si vous en sortez, le dépassement du ticket modérateur ne sera pas pris en charge par la CMU complémentaire.*

Pour bénéficier de la CMU, il faut en faire la demande auprès de la caisse d'assurance maladie de son domicile. La demande d'affiliation doit alors comporter une déclaration de ressources et être accompagnée de justificatifs :

- ▶ d'identité ;
- ▶ de régularité de séjour ;
- ▶ de situation familiale en cas de personnes à charge ;
- ▶ d'habitation (pour les SDF, il est possible d'élire domicile auprès d'un centre communal d'action sociale [CCAS] ou d'une association agréée) ;
- ▶ de revenus.



II. Les mutuelles individuelles ou professionnelles

Une déclaration de ressources doit ensuite être effectuée chaque année au plus tard le 15 septembre, faute de quoi des cotisations au titre de la Sécurité sociale seront exigées. Cette mutuelle se souscrit par ailleurs, au choix, auprès de votre caisse d'assurance maladie, de certaines mutuelles et de certaines institutions de prévoyance.



Après souscription, vous recevrez une attestation de CMU complémentaire, ainsi qu'une carte Vitale à présenter à votre interlocuteur pour tous vos actes médicaux. Si vous ne présentez pas votre attestation de CMU complémentaire et votre carte Vitale, vous devrez payer vous-même vos soins.

Bon à savoir : *la CMU complémentaire ne se renouvelle pas automatiquement, il faut en refaire la demande tous les ans.*

Pour connaître le plafond annuel des ressources donnant accès à la CMU complémentaire au 1^{er} juillet 2012 (montants révisables chaque année), reportez-vous au tableau ci-dessous.

| Composition de votre foyer | Plafond annuel de ressources (France Métropolitaine) | Plafond annuel de ressources (Départements d'outre-mer*) |
|-----------------------------|--|--|
| 1 personne | 7 934 € | 8 831 € |
| 2 personnes | 11 902 € | 13 246 € |
| 3 personnes | 14 282 € | 15 896 € |
| 4 personnes | 16 662 € | 18 545 € |
| Par personne supplémentaire | 3 173,76 € | 3 532,396 € |

* Hors Mayotte où la CMU complémentaire ne s'applique pas.

Si vos ressources dépassent de moins de 35 % le plafond annuel de la CMU complémentaire, vous pouvez demander l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS).

Bon à savoir : *les personnes n'étant pas en situation régulière peuvent bénéficier de l'aide médicale de l'État si leur état de santé le justifie.*

Aide pour une Complémentaire Santé (ACS)

L'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS), aussi appelée chèque santé, facilite l'accès à une mutuelle santé pour toutes les personnes ayant de faibles revenus, mais étant non éligibles à la CMU complémentaire.



L'ACS est délivrée par votre caisse d'assurance maladie pour chaque membre de votre famille sous la forme d'une attestation-chèque. Celle-ci vous donne droit à :

- ▶ une déduction sur votre cotisation auprès d'une mutuelle santé ;
- ▶ la dispense d'avance de vos frais pour les consultations médicales dans le cadre du parcours coordonné de soins ;
- ▶ la dispense de cotisation pour votre CMU de base si vous en bénéficiez.

En outre, le chèque santé versé par la Sécurité sociale varie selon l'âge et la situation familiale.

Montant de l'ACS en 2012

| Âge de l'assuré | Montant du chèque |
|------------------------|-------------------|
| Moins de 16 ans | 100 € |
| Entre 16 ans et 49 ans | 200 € |
| Entre 50 ans et 59 ans | 350 € |
| À partir de 60 ans | 500 € |



Par exemple, dans une famille de quatre personnes, le père (38 ans), la mère (42 ans) et l'aîné (16 ans) perçoivent chacun 200 €, et le dernier enfant (10 ans) touche 100 €. Ainsi, ce foyer perçoit 700 € de déduction sur la cotisation annuelle de sa mutuelle santé.

Bon à savoir : *pour les enfants de plus de 16 ans, le chèque est nominatif, ce qui leur permet de choisir leur propre mutuelle s'ils le souhaitent.*

D'autre part, sachez que l'ACS n'est pas cumulable avec la CMU complémentaire. Pour en bénéficier, il faut résider en France depuis au moins trois mois, être en situation régulière et avoir des revenus annuels qui ne dépassent pas le plafond annuel de ressources de la CMU complémentaire de plus de 35 %. Les plafonds varient en fonction du nombre de personnes à charge de l'assuré et sont révisables chaque année.

ACS : plafonds de ressources 2012

| Composition de votre foyer | Plafond annuel de ressources (France Métropolitaine) | Plafond annuel de ressources (Départements d'outre-mer*) |
|-----------------------------|--|--|
| 1 personne | 10 711 € | 11 922 € |
| 2 personnes | 16 067 € | 17 883 € |
| 3 personnes | 19 281 € | 21 459 € |
| 4 personnes | 22 494 € | 25 036 € |
| Par personne supplémentaire | 4 284,576 € | 4 768,735 € |

* Hors Mayotte où la CMU complémentaire ne s'applique pas.



Pour en bénéficier, il suffit de retirer le formulaire « Aide pour une Complémentaire Santé » auprès de votre caisse d'assurance maladie, de le remplir, puis de le renvoyer.

Si vous remplissez les conditions, vous recevrez une attestation-chèque pour vous et chaque membre de votre famille (conditions d'âge). Remettez ensuite cette attestation-chèque dans les six mois à votre assureur au moment de la souscription : une partie de la cotisation restera cependant à votre charge. Renouvelez cette demande chaque année deux à quatre mois avant l'échéance de vos droits.

Pour aller plus loin

Astuces

Mutuelles responsables et parcours de soins

Le parcours de soins coordonnés correspond au respect du suivi de certaines étapes dans les soins réalisés. Par exemple, il faut passer par son médecin traitant avant de consulter un spécialiste. Cela permet de rationaliser les interventions des différents professionnels de la médecine pour un même assuré. La Sécurité sociale pénalise les assurés qui ne respectent pas le parcours de soins coordonnés. Mais qu'en est-il des mutuelles ?

La Sécurité sociale vous impose de suivre le parcours de soins coordonnés pour bien vous rembourser. Ainsi, dès qu'un problème de santé non urgent, quel qu'il soit, survient, vous devez consulter votre médecin traitant. À défaut, votre caisse d'assurance maladie vous imposera une pénalité dans le remboursement des soins.

Quant à votre assurance santé complémentaire, s'il s'agit d'une mutuelle à contrat responsable (c'est-à-dire prenant en compte le comportement du patient), elle ne vous remboursera pas non plus, car elle encourage aussi le respect du parcours de soins coordonnés. En effet, les mutuelles doivent financièrement obliger leurs adhérents à respecter les préconisations de la Sécurité sociale, notamment le parcours de soins coordonnés.

Il est toutefois possible de trouver une mutuelle qui vous rembourse même en dehors du parcours de soins, mais cela n'est pas très conseillé, car une surprime peut être appliquée par la mutuelle.

Ainsi, pour être bien remboursé, l'idéal est de se plier aux exigences du parcours de soins coordonnés (déclaration d'un médecin traitant, ordre de consultations, etc.) et de trouver une mutuelle responsable avec des prestations intéressantes.

Les bons plans de certaines mutuelles !

Avant de souscrire un contrat avec une mutuelle, mieux vaut faire le tour des services et des prestations proposées plutôt que de choisir la première complémentaire santé en vue. En effet, certaines mutuelles proposent des options plus avantageuses que d'autres.

Par exemple, en cas d'accident, il se peut que vos frais de santé augmentent considérablement. Il vaudra mieux en ce cas changer de formule auprès de votre mutuelle pour en souscrire une dont la couverture et les remboursements seront plus élevés (200 % ou 300 %). Or, si votre mutuelle ne prévoit pas de changement possible en cours de contrat, vous devrez attendre la fin de votre inscription pour effectuer cette modification. L'ennui étant que les contrats de mutuelles ne sont pas toujours résiliables tous les ans ! Choisissez donc une mutuelle qui vous permet de changer de formule en cours de contrat et résiliable le plus souvent possible.

Parfois, les contrats de mutuelle prévoient également des remboursements supplémentaires offerts à partir d'un certain nombre d'années d'inscription. C'est une sorte de « bonus fidélité » qui s'applique à tel ou tel poste de dépense (l'optique, les soins dentaires). En effet, avec le développement des moyens de résiliation, les Français sont de moins en moins fidèles à leur complémentaire santé. C'est notamment la raison pour laquelle certaines mutuelles n'autorisent la résiliation qu'après deux ans de contrat. Concrètement, certaines mutuelles prévoient :

- ▶ *qu'au bout de trois ans d'inscription, votre remboursement passe de 100 % à 150 % ;*
- ▶ *un plafond dentaire de 1 000 €, mais doublé la deuxième année.*

Un avantage non négligeable qu'il faut avoir dans sa mutuelle !

Enfin, il peut être prévu dans votre contrat de mutuelle que certaines dépenses en matière de santé soient gratuites à partir du deuxième ou du troisième enfant. Cet avantage famille nombreuse peut en outre prendre plusieurs formes : vous pouvez bénéficier d'une réduction du prix de votre mutuelle après chaque nouvel enfant à charge ou bénéficier de la gratuité des soins à partir du quatrième enfant et pour lui uniquement. Là encore, regardez si les mutuelles auxquelles vous envisagez de souscrire accordent ce genre de réductions.

Questions/réponses de pro

Mutuelle agricole

Qu'est-ce que la mutuelle agricole obligatoire ?

💬 Question de Jacob

► Réponse de Yaya

La mutuelle agricole obligatoire a été mise en place le 1^{er} janvier 2010 grâce à un accord national concernant l'ensemble des entreprises agricoles et d'exploitations ainsi que les coopératives d'utilisation du matériel pour une meilleure couverture santé.

Elle concerne les salariés non-cadres ayant plus de douze mois d'ancienneté chez l'employeur. Elle peut couvrir la famille du bénéficiaire.

Les saisonniers peuvent aussi souscrire cette complémentaire aux mêmes conditions que les autres salariés.

Bénéficiaire de l'ACS, comment changer de mutuelle ?

Mon mari vient de souscrire à une mutuelle d'entreprise. Quelles sont les démarches pour garder l'ACS sur la prochaine mutuelle et résilier celle en cours ?

💬 Question de Mm40990

► Réponse d'Élie

Votre mari étant présent dans l'entreprise avant la mise en place de cette mutuelle, il n'est pas dans l'obligation d'y adhérer et peut donc rester dans sa situation actuelle.

Mutuelle étudiante et reconduction tacite

Est-ce que les mutuelles étudiantes ont le droit de procéder au renouvellement par tacite reconduction ?

💬 Question de Coline

► Réponse de Costes

Oui, elles en ont le droit. Je vous conseille de relire votre contrat.

Choix d'une mutuelle fonctionnaire

Je voudrais changer d'assurance maladie fonctionnaire, car je suis mécontent de la mienne (MGEN). Quelles sont les clauses à vérifier pour faire un choix judicieux ?

💬 Question de Sofian18

► Réponse de Nico37

La MGEN, régime obligatoire, rembourse comme le régime général, mais elle inclut en plus des indemnités journalières. Il faut donc prendre en compte les deux types de contrat (toutes les complémentaires santé font aussi de la prévoyance et de l'épargne).

Conseil : privilégiez les mutuelles (reconnaissables à la mention « Régi par le Code de la mutualité »).

► Réponse d'Ornito

Le propre d'une mutuelle comme la MGEN est que, l'âge avançant, le salaire du fonctionnaire augmente, et donc la cotisation aussi, pour des prestations identiques. Il est donc naturel que le mécontentement augmente.

Pour choisir sa mutuelle fonctionnaire, il faut penser à se projeter dans l'avenir et évaluer son plan de carrière : pas seulement se laisser appâter par les offres de bienvenue.

III.

La mutuelle d'entreprise obligatoire



La mutuelle d'entreprise est la solution idéale pour couvrir les frais de santé des dirigeants et des salariés, car elle est moins onéreuse qu'une assurance santé individuelle. C'est une mutuelle collective qui a pour mission d'apporter une couverture sociale à l'ensemble des employés ; elle prend en charge les dépenses de santé non remboursées par l'assurance maladie.

Bien que souvent obligatoire, la mutuelle d'entreprise peut aussi être optionnelle. Dans ce cas, le salarié peut librement choisir d'y adhérer ou non.

Toutefois, une assurance santé facultative sera toujours moins intéressante, car généralement l'employeur ne finance pas une partie de la cotisation.

La mutuelle obligatoire est, quant à elle, imposée aux salariés, qui sont obligés d'y souscrire, sous réserve de certaines conditions. Les prestations sont alors plus intéressantes pour les salariés, car bonifiées par un avantage sur les cotisations sociales.

La mutuelle d'entreprise s'applique donc aux dirigeants et aux salariés. Elle peut couvrir aussi les dépenses de leurs ayants droit (enfants, conjoints, membres de la famille, personnes à charge). En outre, toutes les entreprises (TPE, PME ou multinationale) peuvent souscrire un contrat de mutuelle collectif pour couvrir les dépenses de santé des personnes composant la société. Les niveaux de garantie sont variables entre les différentes catégories de personnel (cadres, employés...). Plus le nombre de salariés est important, moins le montant des dépenses sera élevé pour chaque employé, car l'entreprise pourra négocier un contrat plus performant.

Une obligation ?

Pour que la mutuelle d'entreprise devienne obligatoire, le contrat mis en œuvre doit être à caractère collectif à adhésion obligatoire, et l'entreprise doit adhérer à un contrat responsable. Il est toutefois indispensable que l'ensemble des salariés (ouvriers, employés, agents de maîtrise, ingénieurs, cadres ou cadres-dirigeants) bénéficie de la mutuelle entreprise de façon générale et impersonnelle.



Adhésion

Lorsque la mutuelle entreprise est obligatoire, et c'est souvent le cas, l'adhésion s'effectue lors de l'embauche, si cette dernière a été mise en vigueur avant votre arrivée. Vous signez alors votre contrat de travail et votre adhésion à la mutuelle groupe, et l'employeur vous remet les documents indiquant les clauses et les garanties incluses dans la mutuelle de l'entreprise.

Vous devez ensuite résilier votre ancienne mutuelle individuelle.

Toutefois, il existe des exceptions à l'adhésion ou non à la mutuelle obligatoire : si vous êtes salarié avant la mise en vigueur de la mutuelle entreprise obligatoire, vous avez le choix d'y adhérer ou non.



Par contre, si l'entreprise a décidé de mettre en place un contrat de mutuelle obligatoire, et c'est son intérêt, l'ensemble du personnel concerné est obligé d'y souscrire.

L'adhésion à une mutuelle obligatoire concerne toutes les catégories de personnel (cadres et non-cadres) ainsi que leurs ayants droit (enfants, conjoints, membre de la famille, personne à charge) si cela est stipulé dans le contrat. Toutefois, et dans certains cas, un salarié peut refuser l'adhésion obligatoire.

Ainsi, tout salarié présent dans la société au moment de l'instauration, par décision unilatérale de l'employeur, d'un régime collectif comportant une cotisation salariale, peut décider de ne pas adhérer au contrat.

Les détenteurs d'un CDD (contrat de travail à durée déterminée) peuvent aussi y renoncer. Le bénéficiaire d'une couverture complémentaire obligatoire de frais médicaux dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples) peut, quant à lui, garder les deux mutuelles, l'une à titre principal et l'autre en surcomplémentaire. Enfin, les salariés déjà couverts par la mutuelle obligatoire du conjoint, les travailleurs saisonniers et les bénéficiaires de la CMU Complémentaire (CMUC) peuvent aussi bénéficier d'une dérogation.

Bon à savoir : *les salariés qui ne remplissent plus les conditions de l'une de ces dérogations sont tenus de cotiser.*

Secteurs concernés

La mutuelle d'entreprise obligatoire concerne toutes les sociétés qui souhaitent y adhérer pour bénéficier d'avantages fiscaux liés à la réglementation de la Loi Fillon.

Cependant, pour la mise en œuvre d'un régime complémentaire de santé, certaines branches professionnelles ont passé des accords avec les partenaires sociaux et ont décidé d'adhérer à :

- ▶ la mutuelle obligatoire HRC (hôtels, cafés, restaurants) ;
- ▶ la mutuelle obligatoire agricole ;
- ▶ la mutuelle obligatoire coiffure.



Critères de choix



Vous souhaitez mettre en place un contrat de groupe défiscalisé (mutuelle entreprise obligatoire) pour votre personnel afin de bénéficier des avantages fiscaux prévus par la nouvelle réglementation en vigueur ?

Sachez alors que les tarifs varient selon certains critères, notamment le nombre de salariés concernés, l'organisme agréé, et bien sûr, les prestations mises en place (soins médicaux, optique et/ou dentaire, hospitalisation), modulables pour chaque catégorie de salariés.

De ce fait, il est conseillé de demander plusieurs devis ou d'effectuer un comparatif avant de signer tout contrat.

Pour les entreprises

La mutuelle obligatoire d'entreprise concerne toutes les sociétés (TPE, PME ou multinationale) et apporte une couverture sociale aux dirigeants, cadres-dirigeants, et à toutes les catégories de salariés (cadres, agents de maîtrise, employés, ouvriers).

Elle peut également couvrir les ayants droit des employés (enfants, conjoints, membres de la famille, personnes à charge) si cela est stipulé dans le contrat.

Secteurs obligatoires : agricole, HCR, coiffure



Les employés de certains secteurs d'activité sont obligés d'adhérer à une mutuelle d'entreprise, car des accords avec les partenaires sociaux ont été signés. Cela concerne les branches professionnelles HRC (Hôtels, Cafés, Restaurants), agricole et coiffure. L'employeur doit donc remettre à chaque membre une notice d'information détaillée, délivrée par l'organisme assureur qui propose la mutuelle.

Mise en place dans le cadre d'une coassurance gérée par trois institutions de prévoyance (Malakoff Médéric, le groupe Mornay et le groupe Audiens), la mutuelle HRC (Hôtels, Cafés, Restaurants), obligatoire, est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011. L'affiliation des sociétés de ce secteur d'activité a alors été établie en fonction du lieu du siège de l'entreprise dominant si ces dernières sont constituées en groupe. Dans tous les cas, le gestionnaire désigné est GPS (Gestion Prestation Services).



Le régime de la mutuelle HCR couvre les actes et frais de santé concernant l'hospitalisation, la médecine courante et la pharmacie, les soins dentaires et optiques, les cures thermales, la maternité et autres (pilules et patch contraceptifs non remboursés, sevrage tabagique, etc.).

Les garanties prennent effet dès que le collaborateur a atteint l'ancienneté requise d'un mois civil entier d'emploi dans l'entreprise, et ce, de façon rétroactive à compter de sa date d'embauche (sauf pour la garantie dentaire et optique).

La couverture de base peut cependant être améliorée si l'entreprise décide de mettre en place des garanties complémentaires, sous la forme d'un contrat collectif obligatoire. Le salarié peut également souscrire des options complémentaires, à titre individuel, pour lui et sa famille à charge.



En outre, la mutuelle HCR concerne tous les salariés de la branche professionnelle, de même que les CDD, les saisonniers, les apprentis, les salariés sous contrat de formation en alternance. Cependant, il existe quelques dérogations :

- ▶ les bénéficiaires de la CMU-C ;
- ▶ les salariés à temps partiel, qui doivent acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération disponible ;
- ▶ les salariés sous contrat de travail extra.

Autres cas : les salariés ayant souscrit un régime de mutuelle volontaire avant la mise en place de la mutuelle doivent rejoindre le

régime professionnel dans un délai maximum de douze mois à compter de la date d'entrée en vigueur du régime en résiliant leur contrat de mutuelle individuelle. Les salariés bénéficiant de la mutuelle obligatoire de leur conjoint doivent rejoindre également le régime en vigueur.

Bon à savoir : *le salarié refusant d'adhérer au régime de base se verra de toute façon prélever la cotisation sur son bulletin de paie (sauf dérogation).*

S'agissant du montant de la cotisation, il s'élève généralement à 32 € pour trois ans, sauf pour l'Alsace-Moselle où il faut compter 22,90 €. La cotisation est par ailleurs répartie à 50/50, soit 16 € pour l'employeur et 16 € pour le salarié.



Bon à savoir : *les salariés à temps partiel cotiseront au prorata temporis de leur temps de travail, s'ils justifient d'au moins deux contrats de travail dans la branche.*

D'autre part, un accord national concernant l'ensemble des entreprises agricoles et d'exploitations ainsi que les Coopératives d'Utilisation du MATériel (CUMA) a été mis en place le 1^{er} janvier 2010.

Cette mutuelle agricole obligatoire est individuelle et concerne uniquement les salariés non-cadres ayant plus de douze mois d'ancienneté chez leur employeur. Néanmoins, les saisonniers peuvent aussi souscrire à cette complémentaire santé aux mêmes conditions et tarifs que les autres. L'accord offre aussi la possibilité aux employés de couvrir leur conjoint et leurs enfants, la cotisation étant à leur charge.

Ils doivent donc résilier leur contrat privé, ce qui se fera sans pénalité ni délai de carence dès lors qu'il s'agit d'une mutuelle agricole obligatoire.

Bon à savoir : *l'accord national ne prévoit que la protection du salarié et non celle de la famille, qui peut conserver sa mutuelle privée.*



Les couvertures prévues par le contrat de la mutuelle agricole sont les garanties de base du socle conventionnel (soins courants, consultations, pharmacie, hospitalisation). Toutefois, il existe des extensions individuelles facultatives et à la charge du salarié et de sa famille.

L'employeur peut cependant prévoir des contrats collectifs en adhérant à des garanties supplémentaires (option de confort) pour une meilleure couverture sociale du salarié ou en souscrivant une extension familiale avec une mise en place à titre obligatoire.

L'appel de cotisation et le versement des prestations sont gérés par la MSA (Mutuelle Sociale Agricole), l'équivalent de la Sécurité sociale. La participation minimale de l'employeur est de 15 % du socle conventionnel.

Enfin, la Fédération Nationale de la Coiffure (FNCF), le Conseil National des Entreprises de la Coiffure (CNEC) ainsi que les organisations syndicales ont demandé l'amélioration des garanties du régime complémentaire « Frais de santé » pour tous les salariés et la profession selon l'avenant n° 11.

L'accord a donc été appliqué le 1^{er} décembre 2008. Le régime conventionnel comporte à ce jour :



- ▶ les garanties obligatoires (frais médicaux et chirurgicaux, soins courants) ;
- ▶ les garanties facultatives, qui complètent le régime obligatoire par des garanties additionnelles ;
- ▶ le régime conjoint individuel, à titre facultatif, qui peut couvrir les conjoints exerçant une activité salariée autre que celle de la coiffure.

En outre, cela concerne aussi bien les salariés en CDD, CDI, contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, que les ayants droit reconnus par la Sécurité sociale, à savoir le conjoint, les enfants du salarié et ceux du conjoint, les enfants adoptés, les personnes à charge vivant sous le même toit.

Les garanties de la mutuelle coiffure prennent effet à la date d'embauche du salarié dans l'entreprise et s'arrêtent dès la rupture du contrat de travail.

Elles sont suspendues de plein droit quand le contrat est aussi suspendu pour une période supérieure à un mois et dans les cas suivants :



- ▶ congé sabbatique – article L.122,32.17 et suivants du Code du travail ;
- ▶ congé pour création d'entreprise – article L.122,32.12 et suivants du Code du travail ;
- ▶ congé parental d'éducation – article L.122, 28.1 du Code du travail.

Durant cette période de suspension, les frais médicaux et chirurgicaux ne seront pas pris en charge.

Pour les salariés adhérant à titre obligatoire, la cotisation à la mutuelle coiffure est de 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié. Pour les adhérents à titre facultatif (ex-salarié, conjoint, etc.), la cotisation est intégralement à leur charge. Pour le régime optionnel, à défaut d'un accord spécifique de l'entreprise, la cotisation est entièrement à la charge des salariés et des adhérents.

Bon à savoir : *les apprentis ou contrats de professionnalisation bénéficient d'une cotisation réduite pour leur mutuelle coiffure.*

Loi Fillon

Une société souscrit, en règle générale, une mutuelle d'entreprise obligatoire pour



bénéficier de certains avantages fiscaux et sociaux liés à la participation de l'employeur au financement des prestations complémentaires de prévoyance (loi Fillon du 30 janvier 2009 – circulaire sociale DSS/5B/2009/32).

Néanmoins, pour effectuer la mise en place de ce contrat, elle doit se conformer à certaines règles, à savoir respecter le formalisme de mise en œuvre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, passer par un organisme habilité et adhérer à un contrat responsable. Les modalités de mise en place d'une mutuelle entreprise obligatoire doivent s'effectuer selon l'article L.911.1 du Code de la Sécurité sociale. C'est-à-dire que les garanties collectives complémentaires dont jouissent les salariés, anciens salariés et ayants droit doivent être organisées selon l'une des procédures suivantes :

- ▶ décision unilatérale de l'employeur constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé ;
- ▶ convention ou accord collectif (avec les partenaires sociaux, c'est-à-dire les représentants des salariés et des syndicats) ;
- ▶ accord ratifié à la majorité des intéressés (référendum).

Par ailleurs, l'adhésion à la mutuelle obligatoire peut être obligatoire ou facultative selon le cas, et des dérogations sont également mises en place par rapport à la situation de la personne concernée.

Le contrat de mutuelle d'entreprise est obligatoire lors de l'embauche, à la signature du contrat de travail, et si la mutuelle est rentrée en vigueur avant votre arrivée.

Le contrat dit à caractère obligatoire devient facultatif pour tous les salariés présents dans la société au moment de sa mise en vigueur, par décision unilatérale de l'employeur, d'un régime collectif comportant une cotisation salariale. Ces derniers peuvent alors décider de ne pas adhérer au contrat.



Pour encourager et développer les régimes de prévoyance complémentaires, les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance sont exclues de l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale. Cette disposition est valable pour les contrats présentant un caractère collectif et obligatoire et selon certaines conditions.

Avantages et inconvénients

La mutuelle obligatoire d'entreprise apporte de nombreux avantages fiscaux pour l'entreprise et ses salariés.

Tout d'abord, les contributions patronales concernant le financement du régime de prévoyance santé sont déductibles du bénéfice imposable. De plus, si l'employeur a plus de neuf salariés, les contributions sont assujetties à une taxe de 8 %, sauf en cas d'arrêt de travail, et si l'employeur assure le maintien de salaire quand cette obligation résulte de la loi de mensualisation ou d'un accord collectif ayant le même objet.



Cette exonération des charges est alors à hauteur de 6 % du plafond annuel de la Sécurité sociale, + 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de la Sécurité sociale, le total étant limité à 12 % du plafond. En outre, après abattement des 3 %, dès le premier euro de contributions patronales, la CSG et la CRDS sont appliquées selon les taux respectifs de 7,5 % et 0,5 %.

Les salariés aussi sont gagnants, puisqu'ils bénéficient de nombreux avantages. En effet, les cotisations salariales et patronales versées sont déductibles du salaire brut imposable (avant abattement des 10 %) dans la limite d'un montant égal à 7 % du plafond annuel de la Sécurité sociale plus 3 % de la rémunération brute annuelle, le tout étant limité à 3 % de huit fois le plafond annuel.

La couverture peut de plus s'étendre :

- ▶ au conjoint et/ou concubin ;
- ▶ aux enfants de moins de 16 ans, ou jusqu'à 26 ans s'ils poursuivent leurs études ou s'ils sont en contrat d'apprentissage ;
- ▶ aux enfants handicapés, quel que soit leur âge, dans l'impossibilité de subvenir à leurs besoins.

Par ailleurs, les ayants droit peuvent souscrire l'une des garanties proposées à titre individuel par la mutuelle s'ils font leur demande dans les deux mois suivant la date du décès de l'employé assuré. Le salarié peut également adhérer à une mutuelle individuelle qui viendra compléter la première si ce dernier n'est pas satisfait des conditions de la couverture proposée.



Enfin, le salarié partant en retraite perd les avantages du contrat collectif, mais il peut solliciter de l'assureur (Loi Évin) un contrat individuel à couverture similaire qui sera néanmoins plus coûteux.

Cependant, la loi Fillon portant sur une nouvelle disposition de la réforme sur le régime de la Sécurité sociale ne donne pas beaucoup de marge de manœuvre à l'entreprise, qui doit faire souscrire son personnel à un contrat de mutuelle afin de profiter des mesures fiscales et sociales plus avantageuses.

Cette loi montre la volonté de l'État de se désengager graduellement du financement de la branche assurance maladie de la Sécurité sociale.

Dans son ensemble, la loi préconise l'imposition de toutes les aides et les participations patronales ainsi que la taxation sur le salaire pour obliger les deux parties, personnel et employeur, à entrer dans un régime collectif de mutuelle obligatoire.

Bon à savoir : *pour les besoins plus particuliers (soins ou consultations), il faut souscrire une surcomplémentaire santé pour être protégé correctement.*

Pour les salariés

Si vous intégrez une société qui a mis en place une mutuelle de santé collective, vous êtes dans l'obligation d'adhérer à son contrat de mutuelle d'entreprise.

Résilier son ancienne mutuelle

Dans ce cas, vous devrez adresser à votre mutuelle individuelle une lettre de résiliation pour cause de mutuelle obligatoire en recommandé avec accusé de réception.

Cette dernière devra être accompagnée d'une attestation stipulant le caractère obligatoire de votre future mutuelle santé ainsi que la date d'adhésion. Votre « ancien » assureur a le droit de vous demander un préavis de trente jours avant la résiliation.



Il est en outre conseillé d'attendre la fin de la période d'essai avant de résilier sa mutuelle santé individuelle.

Exemple : *si votre contrat de travail démarre le 6 avril et comporte l'adhésion obligatoire à un contrat collectif de l'entreprise, vous pouvez résilier votre mutuelle individuelle santé en recommandé avec AR le 6 avril.*

Dans le cas d'une mutuelle d'entreprise facultative, l'adhésion relève de l'article 82 du Code général des impôts (contrat pour adhésion facultative).

Dans ce cas, votre mutuelle n'est pas obligée d'accepter la résiliation, puisque vous n'êtes pas tenu d'adhérer au contrat proposé.

En revanche, si l'adhésion relève de l'article 83 du Code général des impôts, auquel cas, vous êtes dans l'obligation d'adhérer à la mutuelle d'entreprise et vous pouvez résilier votre contrat individuel librement.

Enfin, s'agissant des CCD, il existe généralement des accords d'entreprise pour gérer les contrats courts, qui vous permettent de ne pas adhérer à la mutuelle obligatoire. Dans le cas contraire, vous êtes obligé d'y souscrire, mais vous pouvez suspendre votre contrat individuel pour la durée de votre CDD. Cela vous évitera la procédure résiliation/adhésion.

Mutuelle obligatoire du conjoint



Les salariés embauchés avant la mise en œuvre de la mutuelle d'entreprise obligatoire et bénéficiant déjà de la couverture de celle de leur conjoint ont la possibilité de ne pas souscrire à ce contrat. Il est toutefois impératif que cette décision soit mentionnée dans l'acte juridique instituant le régime.

Elle ne peut être prévue a posteriori par avenant (lettre circulaire ACOSS n° 2007-18 du 29 août 2007).

En revanche, si les deux conjoints cotisent chacun de leur côté pour leur mutuelle d'entreprise obligatoire, ils se retrouvent alors avec deux complémentaires santé obligatoires au sein de leur entreprise respective. Dans ce cas, que paient les différents salariés pour chacune de leur complémentaire santé ?

Si ces personnes ne paient rien, ce qui veut dire que ce sont les employeurs qui abondent la totalité des cotisations, elles auront la possibilité de choisir la mutuelle qui les couvrira le mieux au niveau des dépenses de santé.

Sinon, le premier élément à prendre en compte est l'expression tarifaire retenue par les deux mutuelles de santé : famille, adulte/enfant, isolé/non isolé. Pour leur famille, les salariés cotiseront généralement aux deux organismes de santé. Dans les deux autres situations, l'enfant pourra être mis sur la complémentaire santé qui aura les garanties les plus intéressantes.



Il est par ailleurs possible de refuser l'adhésion à sa mutuelle d'entreprise si celle-ci est plus récente que celle de son conjoint et si l'on cotise déjà à la mutuelle obligatoire de son partenaire. Bien souvent et dans ce cas, l'Urssaf et les impôts ne remettent pas en cause le caractère obligatoire de l'adhésion. Reste à voir avec la mutuelle de l'entreprise, qui ne pourra pas lui refuser, mais cela ne sera pas chose facile.

Enfin, si vous avez une mutuelle individuelle santé, mais que votre conjoint vient d'être embauché dans une entreprise avec une mutuelle obligatoire, alors, vous êtes rattaché de fait à cette dernière. Dans ce cas, vous devez envoyer une lettre de résiliation à votre mutuelle individuelle avec les documents justifiant votre obligation d'adhérer à la mutuelle de votre conjoint.

Bon à savoir : *les mutuelles d'entreprise sont rarement obligatoires pour les conjoints et leur famille.*

Déductions et impôts

La mutuelle d'entreprise est la solution idéale pour apporter une couverture sociale à tout le personnel d'une société, car elle est moins coûteuse qu'une mutuelle individuelle.



Pour obtenir une déduction d'impôts sur les cotisations versées à des organismes de santé, la mutuelle doit s'imposer à tous les salariés, si elle a été décidée après un vote au sein de la société, soit avec l'accord des organismes syndicaux présents dans l'entreprise ou du comité d'entreprise (loi Fillon).

Depuis le 1^{er} janvier 2008, les cotisations salariales versées dans le cadre d'un contrat de mutuelle obligatoire sont déductibles du revenu net fiscal. C'est l'application de l'article 83-2 du Code général des impôts : les salariés peuvent déduire, dans certaines limites du montant de leur rémunération imposable, les cotisations versées à des organismes de prévoyance complémentaire auxquels ils sont affiliés à titre obligatoire en vertu d'une convention collective, un accord d'entreprise ou une décision de l'employeur. Cette déduction fiscale apporte un avantage supplémentaire pour la mutuelle entreprise qui s'avère beaucoup plus intéressante que la mutuelle individuelle.

Selon la loi Fillon, les cotisations salariales et patronales versées sont déductibles du salaire brut imposable (avant abattement des 10 %) dans la limite d'un montant égal à 7 % du plafond annuel de la Sécurité sociale plus 3 % de la rémunération brute annuelle, le tout étant limité à 3 % de huit fois le plafond annuel. Il existe alors deux possibilités pour déduire les cotisations versées au titre de la mutuelle obligatoire :

- ▶ Votre employeur doit vous adresser un courrier vous informant de la part déductible à inscrire dans la case 6 DD (déductions diverses) de votre déclaration fiscale.
- ▶ Le salarié n'a pas de démarche à effectuer, car quelquefois, les entreprises ou les administrations déduisent directement la cotisation sur le bulletin de paie et de son « net perçu ». Dans ce cas, le salarié n'aura pas de rubrique spécifique à remplir sur sa déclaration d'impôt pour la déduction de sa cotisation santé.

En outre, les retraités adhèrent individuellement à un système facultatif complémentaire de santé et décident des prestations supplémentaires de leur choix, lesquelles sont dans tous les cas placées hors du champ d'application de l'impôt sur le revenu. De ce fait, ils ne peuvent obtenir une déduction du revenu des cotisations, c'est un coût budgétaire incompatible avec les contraintes économiques actuelles.



Licenciement et retraite

Dans un premier temps, la loi Évin du 31 décembre 1983 permettait aux salariés d'une entreprise de conserver leur mutuelle de santé après un départ de la société et selon certaines conditions :

- ▶ licenciement ;
- ▶ départ à la retraite ;
- ▶ une fin de CDD ;
- ▶ une rupture conventionnelle homologuée ;
- ▶ une démission considérée comme légitime (pour suivre le conjoint muté) ;
- ▶ incapacité, invalidité.



Depuis le 1^{er} juillet 2009, certaines dispositions sont entrées en vigueur et renforcent la protection des salariés sur le maintien de leur complémentaire santé en cas de licenciement et de départ à la retraite.

Bon à savoir : *si la mutuelle santé entreprise est à caractère facultatif, la couverture cesse en cas de départ volontaire ou non de l'entreprise.*



La loi Évin avait pour mission de permettre à un salarié de continuer à bénéficier de sa complémentaire santé, cependant l'employeur ne participait plus au financement de cette dernière, le salarié s'exposait donc à une hausse sensible du tarif. Dorénavant, les salariés qui perdront leur emploi, suite à un licenciement et ayant au moins un mois d'ancienneté dans l'entreprise, pourront bénéficier, pendant un certain laps de temps, du bénéfice

de la couverture complémentaire santé. Cela est applicable si ces derniers bénéficient de l'assurance chômage ou s'ils n'ont pas été licenciés pour faute lourde. La durée de la couverture santé sera équivalente à la durée du contrat de travail chez le dernier employeur, dans la limite maximale de neuf mois.

Le maintien de la couverture sociale rentre en application à la date de la cessation du contrat de travail.

Attention toutefois, car en règle générale, le salarié ne bénéficie pas dès son embauche de la complémentaire santé groupe, car il y a souvent un délai de carence variable selon les accords. Le salarié continuera à cotiser pour la mutuelle obligatoire d'entreprise ainsi que son ex-employeur. Il pourra ainsi déduire de ses impôts les cotisations versées au titre de sa mutuelle.

Bon à savoir : *attention, le droit au maintien de la complémentaire santé cesse dès que le bénéficiaire a retrouvé un emploi.*

Lors du départ en retraite du salarié, les augmentations de la cotisation à la mutuelle d'entreprise obligatoire ne doivent pas excéder 50 % des cotisations globales (part du salarié + part patronale) versées par les salariés pour le contrat groupe. Par exemple, si vous êtes salarié avant votre départ en retraite, la cotisation de votre mutuelle sera répartie comme suit :



- ▶ 50 € par mois pour le salarié ;
- ▶ 40 € par mois pour l'employeur ;
- ▶ soit au total 90 € de cotisation.

La hausse, lors du départ en retraite, sera de 45 € maximum (50 % de 90 €).

Votre mutuelle pourra donc vous coûter au maximum, lors de votre retraite, 90 € + 45 € = 135 € par mois, car celle-ci passe en contrat individuel et n'est donc plus considérée comme un contrat collectif. Les garanties sont toutefois maintenues, même si le contenu est modifié pour les salariés encore dans la société. La mutuelle d'entreprise obligatoire pourrait subir une hausse des cotisations pour les salariés et les employeurs, car les retraités sont censés consommer plus de médicaments et avoir des soins supérieurs à la moyenne.

Enfin, la demande pour conserver sa mutuelle doit être faite dans les six mois suivant le départ en retraite. La couverture sociale sera maintenue sous forme de contrat individuel sans période probatoire ni sélection médicale.

Pour aller plus loin

Astuces

Départ d'une entreprise : comment garder sa complémentaire santé ?

À la fin de votre contrat de travail, il est possible de conserver la mutuelle santé du groupe, sous certaines conditions. En effet, deux dispositifs permettent de garder, à titre individuel, la couverture collective :

- ▶ l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 ;
- ▶ la loi Évin du 31 décembre 1989 et sa jurisprudence de janvier 2009.

Peuvent faire jouer l'accord national interprofessionnel pour maintenir leur couverture collective à titre individuel les salariés en fin de contrat (hors licenciés pour faute lourde), les employés ayant droit à une indemnité chômage ou ayant travaillé au moins un mois plein dans l'entreprise. Le montant de la cotisation restera alors le même qu'en entreprise.

En outre, le maintien des droits ne demande pas de démarche spécifique de la part de l'ancien salarié. Cela dit, il devra tout de même communiquer à son ancien employeur une justification de son indemnisation chômage. Et si l'employé désire renoncer au maintien de ses droits, il doit le stipuler par écrit, dans les dix jours suivant la rupture de son contrat. Toutefois, vous ne pourrez profiter de la couverture collective que pendant une période équivalente à celle de votre contrat de travail, sans pouvoir aller au-delà de neuf mois. Ainsi, vous perdrez automatiquement vos droits :

- ▶ au bout des neuf mois ;
- ▶ si vous retrouvez un emploi ;
- ▶ si vous y renoncez ;
- ▶ si vous ne payez pas la cotisation.

La loi Évin, quant à elle, concerne les chômeurs, qu'ils touchent une indemnité ou non, les malades et invalides et les retraités. La demande doit alors être réalisée par écrit, dans les six mois de la rupture du contrat. Vous continuerez cependant à profiter de la mutuelle de votre ancienne entreprise pour une durée illimitée, et le montant de la cotisation pourra même être augmenté dans un plafond de 50 %.

De la mutuelle individuelle au contrat groupe...

par Frédéric Lassueur – C.E.E.

Vous êtes pleinement satisfait de votre contrat de mutuelle individuelle et ne souhaitez pas en changer ? Tout va bien donc. Jusqu'à ce que vous changiez d'emploi et que votre nouvel employeur vous propose un contrat de travail assorti d'un contrat groupe obligatoire de complémentaire maladie ou que votre employeur actuel vous propose d'en mettre un en place dans votre entreprise (parfois résultant d'un accord de branche qui s'impose à lui). Il n'y a pourtant pas lieu de vous inquiéter !

Où est le piège ? Il n'y en a pas. Les impératifs d'équilibre financier de l'assureur sont du même ordre en contrat individuel ou en contrat groupe. La différence de cotisation à votre avantage est prise en charge par votre employeur. L'explication du prix étant donnée, vous pouvez avoir des craintes quant aux services. En effet, les noms des sociétés qui proposent ces « contrats groupe » vous sont souvent inconnus ou peu familiers. De là à penser que le service ou les garanties ne sont pas au rendez-vous... Vos craintes éventuelles ne sont pas fondées.

Les intervenants pour ces contrats groupes sont régulièrement des institutions de prévoyance peu présentes sur le marché des contrats individuels, mais très opérationnels. Cependant, bon nombre de mutuelles régionales ou nationales proposent également d'excellents contrats ainsi que les compagnies traditionnelles.

Quoi qu'il en soit, que vous soyez employeur ou salarié « élu » (comité d'entreprise, syndicat...), il ne faut pas hésiter à comparer.

L'assurance professionnelle médicale pour les salariés

Les professions médicales salariées n'ont pas l'obligation de souscrire une assurance civile professionnelle. Pourtant, elles sont soumises à divers risques qui devraient les encourager dans cette démarche.

En effet, l'assurance responsabilité civile d'une profession médicale salariée est assez rare, car en principe, c'est l'établissement de santé qui est responsable des actes de ses salariés. Néanmoins, il peut décider de se retourner contre le salarié si celui-ci a violé ses obligations professionnelles. En outre, si le professionnel de santé salarié a commis une faute ou une négligence dans l'exercice de ses fonctions, sa responsabilité pénale peut toujours être considérée. En cas de procédure disciplinaire, même schéma : l'assurance de l'employeur ne jouera plus.

Pour toutes ces raisons, le professionnel de santé salarié peut avoir besoin d'une assurance.

Il peut alors opter pour une assurance de responsabilité civile professionnelle, qui pourra régler les indemnisations dues par le salarié jugé responsable. Une couverture « protection juridique » peut aussi être utile. En effet, en prévention d'un litige, elle vous permet d'obtenir des conseils précieux auprès de juristes, qui vous orienteront pour éviter d'aller jusqu'au tribunal.

En cas de litige, les juristes de votre compagnie d'assurance interviendront pour vous défendre et tenter de trouver une solution amiable. Enfin, en cas de procès, les frais de procédure et les honoraires d'avocat vous seront remboursés.

Questions/réponses de pro

Adhésion obligatoire à la mutuelle d'entreprise de son conjoint

Jusqu'en 2011, au chômage, j'étais couverte par la mutuelle obligatoire de mon conjoint. J'ai trouvé un emploi et me vois contrainte d'adhérer à une mutuelle d'entreprise obligatoire. Je tente de refuser l'adhésion, mais la mutuelle est obligatoire.

Or, celle-ci offre des garanties inférieures à celles proposées par la mutuelle de mon mari, en particulier en ce qui concerne les soins dentaires et les lunettes.

Puis-je résilier ma mutuelle obligatoire et conserver celle (antérieure) de mon mari ? Quels arguments puis-je faire valoir ?

 Question de Sourischo7

► Réponse d'Élie

Vous êtes effectivement en mesure de refuser la mutuelle obligatoire de votre entreprise si vous bénéficiez déjà de celle de votre conjoint. Un justificatif pourra cependant vous être demandé.

Prise en charge de la mutuelle d'entreprise

Quelle est la prise en charge de l'employeur sur la mutuelle d'entreprise obligatoire ?

 Question de Nathan54

► Réponse de Yaya

La société peut prendre en charge une partie ou la totalité des prestations de santé à caractère collectif.

La contribution de l'employeur sera fixée à un taux identique pour chaque catégorie de personnel. Elle pourra alors être forfaitaire, proportionnelle au salaire ou modulable selon les tranches de rémunération. Elle évoluera également selon les garanties souscrites.

► Réponse d'Averion Assurances

Tout dépend du choix fait par votre employeur puisque cela va de 1 % à 100 % de prise en charge.

Avantages d'une mutuelle d'entreprise

Quels sont les avantages d'une mutuelle d'entreprise obligatoire ?

💬 Question de Coralie

► Réponse de Yaya

La mutuelle d'entreprise obligatoire apporte de nombreux avantages aussi bien à l'employeur qu'à l'ensemble du personnel. L'employeur bénéficie d'avantages fiscaux, entre autres, les contributions patronales relatives au financement du régime de prévoyance santé sont déduites du bénéfice imposable et les contributions patronales sont exonérées de charges sociales. Les salariés, quant à eux, ont la possibilité de déduire du salaire brut imposable les cotisations patronales et salariales versées au titre de la mutuelle santé.

Résiliation d'une mutuelle d'entreprise par l'employeur

L'employeur peut-il décider de résilier une mutuelle santé d'entreprise dont on bénéficiait depuis des années ? Si oui, dans quels délais ?

💬 Question de Watson

► Réponse de Bearn.adour.assurances

Oui, l'employeur peut résilier le contrat collectif de l'entreprise. Il peut le faire soit à l'échéance du contrat, soit avec un préavis de trois mois. Ensuite, l'assureur ou la mutuelle doit confirmer à chaque salarié la fin des garanties du contrat.

IV.

Les remboursements



La Sécurité sociale est l'organisme d'État qui gère l'assurance maladie, également appelée régime obligatoire. Toute personne résidant en France doit y être affiliée et pour cela, verser des cotisations sociales.

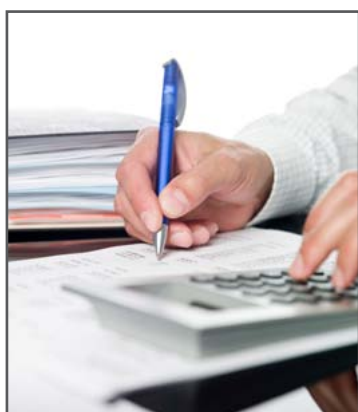
En outre, la Sécurité sociale vous rembourse tout ou partie de vos dépenses de santé. Cela dépend toutefois du taux de remboursement, de votre taux de prise en charge, des soins pratiqués et des

tarifs conventionnés. Les mutuelles viennent ensuite compléter le remboursement, dans la limite des garanties énoncées dans le contrat et des tarifs conventionnés.

Les remboursements de la Sécurité sociale

Pour chaque prestation médicale ou acte médical, la Sécurité sociale a défini un « tarif conventionné » (tarif « officiel »). C'est ce tarif qu'utilise un praticien médical ou paramédical qui ne fait pas de dépassement d'honoraires.

Calcul du montant des remboursements



Selon la prestation, la Sécurité sociale rembourse tout ou partie du tarif conventionné. Ainsi, la consultation d'un généraliste est remboursée à 70 % du tarif conventionné, tandis que la même consultation, mais dans le cas d'une maternité ou d'examens obligatoires, est remboursée à 100 % du tarif conventionné (à partir du sixième mois de grossesse). Dans certains cas, vous devrez régler 1 € de participation forfaitaire (au-delà du ticket modérateur).

La différence entre le remboursement de la Sécurité sociale et le montant du tarif conventionné est appelée ticket modérateur. C'est la somme qui reste à votre charge en l'absence de mutuelle. Vous trouverez, dans le tableau ci-dessous, trois exemples de prise en charge par la Sécurité sociale (ces exemples n'incluent aucun dépassement d'honoraire).

Exemples de remboursement de la Sécurité sociale

| Types de soin | Frais engagés par le patient | Tarif conventionnel de la Sécurité sociale × Taux de remboursement – 1 € de participation forfaitaire | Remboursement Sécurité sociale | À votre charge |
|---|------------------------------|---|--------------------------------|----------------|
| Consultation généraliste | 23 € | $23 \text{ €} \times 70 \% = 16,10 \text{ €} - 1 \text{ €} = 15,10 \text{ €}$ | 15,10 € | 7,90 € |
| Consultation généraliste (maternité ou ALD) | 23 € | $23 \text{ €} \times 100 \% = 23 \text{ €} - 1 \text{ €} = 22 \text{ €}$ | 22 € | 1 € |
| Consultation spécialiste | 25 € | $25 \text{ €} \times 70 \% = 17,50 \text{ €} - 1 \text{ €} = 16,50 \text{ €}$ | 16,50 € | 8,50 € |



Le médecin peut vous facturer plus cher que le tarif conventionné (le tarif « officiel ») : dans ce cas, il pratique ce que l'on nomme un « dépassement d'honoraires ». Ce dernier n'est jamais pris en charge par la Sécurité sociale, mais il peut être couvert, pour tout ou partie, par votre mutuelle.

Par ailleurs, le parcours coordonné de la Sécurité sociale vous oblige à passer, avant de consulter un spécialiste pour des soins spécifiques, par le médecin traitant que vous avez déclaré à votre caisse. Depuis le 1^{er} janvier 2006, si vous consultez un spécialiste hors parcours coordonné, de votre propre initiative, vous serez

moins bien remboursé par la Sécurité sociale. Toutefois, cela ne concerne ni les gynécologues, ni les ophtalmologues, ni les psychiatres.

Pour être remboursé au mieux par la Sécurité sociale, quelques pièges sont à éviter :

- ▶ Consulter un spécialiste sans passer par votre médecin traitant.
- ▶ Acheter des médicaments en pharmacie sans avoir consulté votre médecin traitant.
- ▶ Consulter un autre médecin généraliste que votre médecin traitant (possible si vous êtes en vacances).
- ▶ Consulter un médecin qui pratique des dépassements d'honoraires.

Médicaments

La Sécurité sociale rembourse tout ou partie des médicaments prescrits par un médecin. Les assurés peuvent ensuite bénéficier d'un remboursement de leur mutuelle complémentaire. Le remboursement des médicaments est soumis à des conditions. Ainsi, il est possible lorsque les médicaments sont achetés



en pharmacie et qu'ils font l'objet d'une prescription par un professionnel de la santé. Les médicaments sont alors prescrits sur une ordonnance reprenant leur posologie et la durée du traitement ; ils doivent néanmoins figurer sur la liste des spécialités remboursables. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, les médicaments ne sont pas remboursés, et leur coût est entièrement à la charge du patient.

Par ailleurs, la Sécurité sociale rembourse les médicaments selon un taux défini par la classification des médicaments. Cette dernière est réalisée en fonction du type de médicaments et repérable à l'aide d'une vignette.

| Types de médicaments | Vignette | Taux de remboursement |
|--|----------------|-----------------------|
| Irremplaçables et prescrits pour les infections graves et invalidantes | Blanche barrée | 100 % |
| Service Médical Rendu (SMR) majeur ou important et préparations magistrales | Blanche | 65 % |
| Service médical rendu modéré | Bleu clair | 30 % |
| Service médical rendu insuffisant | Orange | 15 % |

Les personnes ayant une affection de longue durée bénéficient en revanche d'un taux de remboursement de 100 % pour les médicaments liés à leur affection.



Le remboursement est effectué dès transmission des informations nécessaires à la caisse d'assurance maladie, que ce soit automatiquement, sur présentation de la carte d'assurance maladie à la pharmacie ou par l'envoi de la feuille de soins et de l'ordonnance. Dans la plupart des cas, les patients bénéficient du tiers payant, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas besoin d'avancer le montant pris en charge par la Sécurité sociale. Par contre, une franchise médicale de 0,50 € est appliquée pour chaque médicament remboursé. La mutuelle peut ensuite prendre en charge les frais de médicaments restant dus.

Bon à savoir : *pour certains médicaments, le remboursement est soumis à une demande d'entente préalable effectuée auprès de sa caisse d'assurance maladie.*

Médecins



Les assurés et ayants droit doivent choisir et déclarer un médecin traitant auprès de leur caisse d'assurance maladie (à partir de 16 ans). Ce dernier a pour rôle de coordonner les soins, mais il recommande aussi un autre médecin ou un spécialiste lorsqu'il ne peut pas traiter le problème de santé du patient.

Le remboursement du médecin pour la consultation varie selon que le parcours de soins coordonnés est respecté ou non. La Sécurité sociale rembourse les consultations d'un médecin ou d'un spécialiste avec un taux de 70 % lorsqu'il est respecté. Cependant, cela dépend aussi de la base de remboursement, qui varie selon la spécialité du médecin consulté

et s'il s'agit ou non du médecin traitant ou d'un médecin recommandé par le médecin traitant (médecin correspondant).

| Types de médecin | Spécialités | Base de remboursement | Montant remboursé |
|-------------------------|---|-----------------------|-------------------|
| Médecin traitant | Généraliste (secteurs 1 et 2) | 23,00 € | 15,10 € |
| | Spécialiste (secteur 1) | 25,00 € | 16,50 € |
| | Spécialiste (secteur 2) | 23,00 € | 15,10 € |
| | Psychiatre-neuropsychiatre neurologue (secteur 1) | 39,70 € | 26,79 € |
| | Psychiatre-neuropsychiatre neurologue (secteur 2) | 37 € | 24,90 € |

IV. Les remboursements

| Types de médecin | Spécialités | Base de remboursement | Montant remboursé |
|------------------------------|---|-----------------------|-------------------|
| Médecin correspondant | Généraliste (secteurs 1 et 2) appliquant les mêmes tarifs que ceux du secteur 1 | 26,00 € | 17,20 € |
| | Généraliste (secteur 2) | 23,00 € | 15,10 € |
| | Spécialiste (secteurs 1 et 2) appliquant les mêmes tarifs que ceux du secteur 1 | 28,00 € | 18,60 € |
| | Spécialiste (secteur 2) | 23,00 € | 15,10 € |
| | Psychiatre-neuropsychiatre neurologue (secteurs 1 et 2) appliquant les mêmes tarifs que ceux du secteur 1 | 43,70 € | 29,59 € |
| | Psychiatre-neuropsychiatre neurologue (secteur 2) | 37,00 € | 24,90 € |
| | Cardiologue (secteurs 1 et 2) appliquant les mêmes tarifs que ceux du secteur 1 | 49,00 € | 33,30 € |
| | Cardiologue secteur 2 | 45,73 € | 31,01 € |



À noter : selon les cas, les honoraires peuvent être libres ou définis par la Sécurité sociale.

Lorsque le parcours de soins coordonnés n'est pas respecté, le patient est alors moins bien remboursé, c'est-à-dire lorsqu'aucun médecin traitant n'a été déclaré ou qu'un médecin est consulté sans avoir été recommandé par le médecin traitant.

La Sécurité sociale rembourse dans ce cas les consultations avec un taux de 30 % uniquement.

La base de remboursement du médecin varie ensuite selon sa spécialité.

Remboursements du médecin hors parcours coordonné

| Types de médecin | Spécialités | Base de remboursement | Montant remboursé |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------|
| Médecin généraliste | Généraliste (secteurs 1 et 2) | 23,00 € | 5,90 € |
| Spécialiste | Spécialiste (secteur 1) | 25,00 € | 6,50 € |
| | Spécialiste (secteur 2) | 23,00 € | 5,90 € |
| | Neurologue (secteur 1) | 39,70 € | 15,71 € |
| | Neurologue (secteur 2) | 37,00 € | 14,90 € |
| | Cardiologue (secteurs 1 et 2) | 45,73 € | 21,01 € |



Le respect du parcours de soins coordonnés n'est cependant pas nécessaire pour la consultation d'un :

- ▶ médecin généraliste de remplacement ;
- ▶ ophtalmologue ;
- ▶ gynécologue ;
- ▶ chirurgien-dentiste ;
- ▶ sage-femme ;
- ▶ psychiatre.

Les consultations sont alors prises en charge comme dans le cadre du parcours conventionnel.

Indemnités journalières

En plus du remboursement des médicaments, du médecin, des frais optiques, dentaires et d'hospitalisation, la Sécurité sociale peut verser des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail. Afin de les percevoir, l'assuré doit obtenir un arrêt de travail établi par un médecin.



Celui-ci doit ensuite être envoyé à la caisse d'assurance maladie concernée dans les 48 h, mais aussi, selon la situation de l'assuré à son employeur ou à Pôle emploi.

Pour les salariés, les indemnités journalières sont versées après réception de l'attestation de salaire établie par l'employeur. Les conditions de versement varient d'un régime à l'autre et sont versées après un délai de carence.

➡ **Pour aller plus loin, téléchargez notre fiche pratique : [Remplir un arrêt de travail](#)**

Par exemple, pour le régime général, le délai de carence est de trois jours, sauf en cas de reprise d'activité de moins de 48 h entre deux arrêts de travail ou de plusieurs arrêts de travail pour une affection de longue durée en une période de 3 ans. Pour le Régime Social des Indépendants (RSI), ce délai est de trois jours en cas d'hospitalisation et de sept jours en cas de maladie ou d'accident. Enfin, pour le régime agricole (MSA), il est de trois jours pour les salariés et de sept jours pour les exploitants agricoles.



Par ailleurs, afin de percevoir des indemnités journalières, l'assuré doit s'être ouvert des droits auprès de son régime d'assurance maladie. Les conditions peuvent alors varier selon la situation de la personne arrêtée (salarié, salarié saisonnier, chômeur, chef d'entreprise...) ou la durée de l'arrêt de travail (moins de six mois, plus de six mois...). Les régimes d'assurance maladie exigent donc un minimum de durée d'affiliation, mais aussi une situation régulière vis-à-vis des cotisations.

Le montant des indemnités est ensuite défini selon les précédents revenus de l'assuré. Pour le régime général de la Sécurité sociale, elles correspondent à 50 % du salaire journalier de base. Ce dernier est calculé à partir des salaires bruts des trois derniers mois de travail ou des douze derniers mois de salaire pour les intérimaires et salariés saisonniers, dans la limite d'un plafond correspondant à 1,8 fois le SMIC mensuel en vigueur. Pour la plupart des régimes d'assurance maladie, le montant maximum de l'indemnité journalière est de 42,18 € pour 2012.

Frais de maternité



L'assurance maladie rembourse les dépenses de santé liées à la grossesse, mais peut aussi verser des indemnités journalières pendant le congé maternité : c'est en quelque sorte une assurance maladie maternité.

Les remboursements sont alors effectués en qualité soit d'affilié, soit d'ayant droit.

Ces frais de maternité sont pour la plupart remboursés à 100 % dès que la grossesse est déclarée.

La déclaration de grossesse doit néanmoins être effectuée auprès de l'assurance maladie au plus tard avant la fin de la quatorzième semaine. Mais il est préférable de déclarer une grossesse le plus tôt possible afin de bénéficier d'une bonne prise en charge.

Ainsi, le médecin ayant réalisé le premier examen prénatal et ayant constaté la grossesse doit délivrer une attestation, qui devra ensuite être envoyée à l'assurance maladie.

Bon à savoir : *afin de continuer à bénéficier de la prise en charge de leurs frais de maternité, les femmes doivent se soumettre aux différents examens obligatoires tout au long de la maternité.*

L'assurance maladie rembourse les frais médicaux liés à la grossesse.

Cependant, selon le stade ou le type de frais, le taux de prise en charge varie.



Remboursement des frais de maternité

| Stades de la grossesse | Types de frais | Taux de prise en charge |
|--|--|---|
| Jusqu'au sixième mois de grossesse | Examens médicaux obligatoires : <ul style="list-style-type: none"> • première consultation du premier trimestre • visite mensuelle à partir du quatrième mois • examens biologiques | 100 % |
| | Deux premières échographies | 70 % |
| | Médicaments pendant les quatre premiers mois de grossesse | 100 % ou 35 % pour les médicaments à vignette bleue |
| | Caryotype fœtal et l'amniocentèse | 100 % (avec demande d'accord préalable à la caisse d'assurance maladie pour le caryotype fœtal) |
| À partir du sixième mois de grossesse | Tous les frais médicaux remboursables | 100 % |
| | Séjour pour l'accouchement dans un hôpital ou une clinique conventionnée, dans la limite de douze jours | 100 % |
| Après l'accouchement | Examen obligatoire dans les 8 semaines suivant l'accouchement. | 100 % |
| | Dix séances de rééducation avec entente préalable avec la caisse d'assurance maladie | 100 % |
| | Soins procurés aux nouveau-nés pendant trente jours après l'accouchement | 100 % |

L'assurance maladie maternité fait bénéficier également des indemnités journalières pendant le congé maternité. Chaque femme peut ainsi profiter d'un congé maternité, prénatal et postnatal. La durée de ce congé varie selon le nombre d'enfants attendus, mais aussi le nombre d'enfants déjà à charge. Le congé maternité de base est de seize semaines, avec six semaines de congé prénatal et dix semaines de congé postnatal.

Mais il est possible de reporter au maximum trois semaines de congé prénatal sur le congé postnatal. Un congé pathologique peut également être accordé si besoin.

À savoir : *la durée minimale du congé maternité peut varier d'un régime de Sécurité sociale à l'autre.*

Le versement des indemnités journalières est lié à une cessation d'activité totale et ininterrompue pendant une durée minimum (au moins huit semaines pour le régime général).

Ensuite, le montant dépend généralement des revenus d'activité des mois précédant le congé maternité. Pour les femmes bénéficiant d'une allocation de Pôle emploi, les indemnités sont alors calculées selon les salaires des trois derniers mois précédant la rupture du contrat de travail.

Soins optiques

La Sécurité sociale prend en charge certains frais d'optique lorsqu'ils font l'objet d'une prescription médicale : lunettes (verres, montures, verres teintés en cas d'affection oculaire, myopie forte avec photophobie, certaines photophobies) et lentilles (en cas d'astigmatisme irrégulier, myopie d'au moins huit dioptries, strabisme accommodatif, aphakie, anisométrie à trois dioptries, kératocône).



Par contre, elle ne prend pas en charge les opérations liées à certains problèmes de vue.

Bon à savoir : *les consultations chez un ophtalmologue sont remboursées par la Sécurité sociale, selon les tarifs conventionnés pour un spécialiste (secteurs 1 et 2).*

La Sécurité sociale opère un remboursement optique à hauteur de 60 % du tarif conventionné. Cependant, ce dernier varie selon l'équipement optique et l'âge du patient pour les lunettes.

Tarifs conventionnés des soins optiques

| Équipements | | Tarifs conventionnés |
|------------------|------------------------|--|
| Lentilles | | 39,48 € pour chaque œil |
| Montures | Moins de 18 ans | 30,49 € |
| | Plus de 18 ans | 2,84 € |
| Verres | Moins de 18 ans | De 12,04 à 66,62 € selon le type de verres |
| | Plus de 18 ans | De 2,29 à 24,54 € selon le type de verres |

Soins dentaires



La Sécurité sociale offre un remboursement dentaire pour les consultations, les soins et les prothèses. La consultation d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin-stomatologue conventionné est également prise en charge. En revanche, la consultation d'un orthodontiste n'est remboursée que si elle débute avant que le patient ait atteint l'âge de 16 ans et avec demande d'accord préalable ; ou si elle débute après 16 ans dans le cadre d'un traitement préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires, et pour un semestre seulement.

À noter : *les éventuels dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge.*

En outre, les soins dentaires sont remboursés par la Sécurité sociale, à condition de figurer sur la liste des actes et prestations remboursables.

Peuvent donc être pris en charge :

- ▶ le traitement des caries ;
- ▶ un détartrage ;
- ▶ la dévitalisation d'une dent ;
- ▶ l'extraction d'une dent.

IV. Les remboursements

Cependant, chaque spécialiste peut fixer librement le coût des prothèses dentaires. Le montant des remboursements est donc souvent très éloigné du coût réel.

La Sécurité sociale rembourse tous les frais dentaires à hauteur de 70 % du tarif conventionné.



Remboursements des soins dentaires

| Frais dentaires | | Tarifs conventionnés | Montants remboursés |
|----------------------------------|---|---|---|
| Consultations | Chirurgien-dentiste | 21,00 € | 14,70 € |
| | Chirurgien-dentiste spécialisé en traitement orthopédie dento-faciale (ODF) | 23,00 € | 16,10 € |
| | Médecin-stomatologiste de secteur 1 | 28,00 € | 18,60 € |
| | Médecin-stomatologiste de secteur 2 | 23,00 € | 15,10 € |
| Soins dentaires | Détartrage | 28,92 € | 20,24 € |
| | Traitement d'une carie | Selon le nombre de faces traitées : de 16,87 € à 40,97 € | Selon le nombre de faces traitées : de 11,80 € à 28,67 € |
| | Dévitalisation d'une dent | Selon le type de dent : de 33,74 € à 81,94 € | Selon le type de dent : de 23,61 € à 57,35 € |
| | Extraction d'une dent de lait | 16,72 € | 11,70 € |
| | Extraction d'une dent permanente | 33,44 € | 23,40 € |
| Prothèses et appareils dentaires | | Selon le type de prothèse : de 64,50 € jusqu'à plus de 279,50 € | Selon le type de prothèse : de 45,15 € jusqu'à plus de 195,65 € |

Frais d'hospitalisation

En cas d'accident ou de maladie, la Sécurité sociale offre un remboursement des frais d'hospitalisation, qui peut être complété par un remboursement par la mutuelle. La Sécurité sociale prend en charge les frais d'hospitalisation dans un hôpital ou une clinique conventionnée à hauteur de 80 % des tarifs conventionnés, et même à 100 % dans certains cas. Tous les frais liés à une hospitalisation sont alors pris en charge, à l'exception :



- ▶ du ticket modérateur (20 % des frais), qui comprend le forfait journalier (partie des frais d'hébergement et d'entretien à charge du patient pour toute hospitalisation de plus de 24 h) ;
- ▶ du ticket modérateur des frais de transport (35 %) ;
- ▶ de la participation forfaitaire de 18 € par hospitalisation pour tous les actes médicaux de 91 € et plus ;
- ▶ des suppléments de confort ;
- ▶ des dépassements d'honoraires.

Toutefois, dans certains cas, la Sécurité sociale peut prendre en charge 100 % des frais d'hospitalisation. Cela concerne :

- ▶ les hospitalisations de plus de trente jours ;
- ▶ les hospitalisations en cas de grossesse (au cours des quatre derniers mois de la grossesse, pendant douze jours après l'accouchement) ;
- ▶ les hospitalisations suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle ;



- les affections de longue durée ;
- les patients bénéficiaires d'une rente pour accident de travail avec un taux d'incapacité d'au moins 66,66 %, d'une pension d'invalidité, de la CMU ou de l'aide médicale de l'État (pour les étrangers qui ne peuvent pas bénéficier de la CMU).

Seuls la participation forfaitaire et les suppléments de confort personnel sont à la charge du patient hospitalisé.

Pour que les frais d'hospitalisation soient remboursés par la Sécurité sociale, le patient doit déclarer son hospitalisation à sa caisse d'assurance maladie. Pour cela, il doit envoyer dans les 48 h le bulletin d'hospitalisation qui lui a été remis à son arrivée. En cas d'arrêt de travail, ce bulletin sert également pour le versement des indemnités journalières.

Après l'hospitalisation, le patient doit envoyer le bon de sortie délivré par l'hôpital.

Plafond de la Sécurité sociale

Le plafond de la Sécurité sociale est actualisé chaque année, et sert pour le calcul des cotisations et des prestations sociales. Il est actualisé chaque année en fonction de l'évolution du salaire moyen.



Pour connaître les plafonds de l'année 2012, reportez-vous au tableau ci-dessous.

| Plafonds | Montants |
|--------------|----------|
| Annuel | 36 372 € |
| Trimestriel | 9 093 € |
| Mensuel | 3 031 € |
| Quinzaine | 1 516 € |
| Hebdomadaire | 699 € |
| Journalier | 167 € |
| Horaire | 23 € |

D'autre part, la plupart des prestations sociales sont versées en fonction d'un montant maximum défini selon le plafond de la Sécurité sociale. Il est fixé à 9 164 € pour la CMU de base et à 30 204,72 € pour les indemnités journalières.

Les remboursements de la mutuelle

Pour être remboursé par votre mutuelle, il faut d'abord attendre que la Sécurité sociale traite votre dossier. Ensuite, le montant du remboursement de votre mutuelle dépendra du contrat que vous avez souscrit.

Démarche



Lors d'une consultation médicale, vous devez présenter à votre médecin votre carte Vitale : en la scannant, ce dernier envoie directement votre feuille de soins (feuille de soins électronique – norme informatique Noémie) à votre caisse de Sécurité sociale.

Sans aucune démarche de votre part, vous recevez quelques jours plus tard le décompte de vos remboursements. Si vous oubliez de présenter votre carte Vitale ou que votre médecin n'est pas équipé du système de lecture de carte, il vous délivrera une feuille de soins qu'il faudra ensuite envoyer à la Sécurité sociale. Celle-ci vous fera alors parvenir votre feuille de remboursement.

Par ailleurs, pour faire intervenir votre mutuelle, deux options se présentent à vous. Tout d'abord, si votre caisse d'assurance maladie est reliée à votre mutuelle par télétransmission, alors vous serez remboursé automatiquement sans effectuer aucune démarche. En revanche, si ce n'est pas le cas, vous devez envoyer à votre mutuelle le décompte des remboursements de la Sécurité sociale (de votre régime obligatoire si vous ne dépendez pas du régime général).

Jusqu'à 100 % des frais engagés

La mutuelle vous rembourse la partie des frais médicaux restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale : cette part est appelée le ticket modérateur. Le remboursement est alors calculé sur la base des tarifs conventionnés de la Sécurité sociale. Si votre consultation entraîne des dépassements d'honoraires, ceux-ci ne seront en revanche pas forcément pris en charge par votre mutuelle. Avec une mutuelle standard ou de base, vous êtes remboursé à 100 % du tarif de la Sécurité sociale, vous n'avez ainsi aucun frais à votre charge en l'absence de dépassements d'honoraires. Cette formule convient à la majorité des situations. Avec une mutuelle plus complète ou haut de gamme, vous être remboursé de 100 % à 400 % du tarif de la Sécurité sociale, et les dépassements d'honoraires sont généralement pris en charge.



Exemples de remboursements

| Soins | Frais engagés par le patient | Remboursement Sécurité sociale | À votre charge | Remboursement mutuelle (100 %) | Remboursement mutuelle (100 % à 400 %) |
|--|------------------------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------|--|
| Consultation généraliste | 23 € | 15,10 € | 7,90 € | 6,90 € | 6,90 € à 7,90 € |
| Consultation généraliste (maternité ou ALD) | 23 € | 22 € | 1 € | 0 € | 0 € à 1 € |
| Consultation spécialiste | 25 € | 16,50 € | 8,50 € | 7,50 € | 7,10 € à 9,10 € |
| Consultation spécialiste (dépassements d'honoraires) | 65 € | 18,60 € | 46,40 € | 8,40 € | 6,60 € à 50,60 € |

Pour aller plus loin

Astuces

Vous reconnaîtrez une bonne mutuelle santé à ses services !

Lorsque vous choisissez une mutuelle santé, vous prenez en compte le tarif proposé par rapport aux garanties comprises dans le contrat. Mais certains services particulièrement utiles font toute la différence entre deux mutuelles.

L'accord Noémie (Norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs) est un service très important pour tous ceux dont la mutuelle n'applique pas le tiers payant, qui consiste à éviter à l'assuré d'avancer les frais qui sont alors directement remboursés par sa mutuelle. Cet accord assure un prompt remboursement (48 h) et, grâce à un système de télétransmission, évite à l'assuré de transmettre les décomptes papier de la Sécurité sociale à sa mutuelle ou à son assurance santé.

C'est un service non négligeable qui vous permettra de vérifier souvent et autant de fois que vous le souhaitez, le décompte de votre remboursement. Tel un « relevé de compte », vous devez y trouver le montant versé et le taux selon les soins médicaux reçus, les dates des virements effectués.

Pour rester dans les avantages financiers, reste un autre aspect à prendre en compte avant de choisir votre mutuelle : l'existence ou non d'un réseau de professionnels. En effet, depuis le 19 mai 2011 et l'adoption de la loi Fourcade, les mutuelles sont autorisées à instaurer des divergences de tarifs selon que le professionnel consulté fait partie ou non de son réseau. Donc, plus votre mutuelle possède un réseau important de professionnels, plus vous bénéficierez de tarifs réduits.

Le service d'assistance s'applique, quant à lui, en cas d'hospitalisation prolongée. Mais l'étendue de ce service varie selon les mutuelles. Vous avez tout intérêt à choisir celle qui vous propose le plus de services. Au menu, vous pouvez trouver :

- ▶ *l'assistance téléphonique et les conseils santé ;*
- ▶ *l'aide ménagère, la livraison de courses en cas de difficultés de déplacement ;*
- ▶ *la garde d'enfant et d'animaux, le soutien scolaire, la conduite à l'école ;*
- ▶ *la prise en charge des ascendants lorsqu'ils vivent chez vous.*

Que faut-il éviter lors de la souscription d'une mutuelle ?

Pour obtenir une mutuelle santé à un prix raisonnable, qui couvre vos dépenses médicales rapidement, il est nécessaire de connaître les éléments contractuels qui pourraient en augmenter le prix et retarder les paiements.

Sachez premièrement que contrairement aux assureurs, le questionnaire de santé n'est pas systématique, et les mutuelles n'en demandent généralement pas. Donc si vous tombez sur une mutuelle qui applique ce type de pratiques et que vous redoutez de payer plus cher en raison de votre état de santé, tournez les talons et renseignez-vous ailleurs.

Certains contrats de complémentaires santé comprennent également un délai de carence. Ce délai est une période plus ou moins longue pendant laquelle tous les remboursements ne sont pas pris en compte ; par exemple, les soins dentaires, optiques ou l'hospitalisation. Généralement, le délai de carence suit la souscription du contrat.

D'autre part, le tiers payant pharmaceutique vous permet de ne pas avoir à avancer certains frais médicaux en pharmacie. En ce cas, grâce à un accord entre l'établissement pharmaceutique et votre mutuelle santé, celle-ci paye votre ticket modérateur directement à la pharmacie.

De façon générale, assurez-vous que vos frais seront remboursés par votre complémentaire santé le plus rapidement possible.

Tirer le meilleur parti du forfait optique de sa mutuelle

Les mutuelles proposent des forfaits optiques plus ou moins intéressants. Mais il existe quelques astuces pour en tirer le meilleur parti. Ainsi, certaines mutuelles offrent un forfait optique plus important si vous n'avez pas consommé celui auquel vous aviez droit l'année d'avant. La plupart du temps, elles proposent :

- ▶ *un forfait augmenté de 50 % si vous ne l'avez pas utilisé pendant un an ;*
- ▶ *un forfait optique doublé au bout de deux ans ou trois ans (selon les mutuelles) ;*
- ▶ *50 € de bonus la première année et 100 € de bonus au bout de la deuxième.*

Par ailleurs, d'autres mutuelles ont mis en place un système de récompense de la fidélité, que vous ayez utilisé ou non votre forfait optique.

Ce forfait augmente alors au bout d'un certain nombre d'années d'adhérence à la mutuelle : généralement à partir de deux ans ou trois ans.

Si vous devez quitter votre mutuelle, n'oubliez donc pas de profiter de ce bonus avant votre résiliation. Pour ce faire, contactez un ophtalmologiste au moins trois mois avant la date du terme.

Questions/réponses de pro

Conserver sa mutuelle entreprise après un licenciement

Je viens d'être licenciée et je voudrais conserver ma mutuelle obligatoire d'entreprise. Est-ce possible ?

💬 Question d'Ariane

► Réponse de CC

Vous pouvez conserver votre mutuelle de santé obligatoire d'entreprise si vous avez, au moins, un mois d'ancienneté dans l'entreprise, si vous bénéficiez de l'assurance chômage et si vous n'avez pas été licenciée pour faute lourde. La durée de couverture santé sera équivalente à la durée du contrat de travail chez le dernier employeur, mais elle ne devra pas dépasser neuf mois. Le maintien de la couverture sociale reste en application à la date de la cessation du contrat de travail.

De votre côté, vous devez continuer à verser vos cotisations au titre de la mutuelle obligatoire de l'entreprise ainsi que votre ex-employeur. Attention, dès que vous aurez retrouvé un emploi, vous ne bénéficierez plus de la mutuelle santé obligatoire de votre ancienne société.

Combiner deux mutuelles ?

Je souhaite entamer un traitement orthodontique. J'ai actuellement une mutuelle d'entreprise qui ne prend presque rien en charge. J'aimerais donc en prendre une seconde pour couvrir le reste des frais. Est-ce possible ? Suis-je obligée de déclarer à cette seconde assurance santé l'existence de ma mutuelle obligatoire ? Car certaines compagnies refusent de m'assurer à cause de l'existence d'une autre mutuelle : en ont-ils le droit ?

💬 Question de Melrose

► Réponse de Nico37

Vous pouvez souscrire autant de contrats que vous le souhaitez, mais vous n'aurez la télétransmission de vos frais de santé via la carte Vitale que sur un seul contrat. De plus, vous n'êtes pas obligé de préciser que vous avez déjà une complémentaire santé, mais si vous ne demandez pas la télétransmission sur ce second contrat, ce sera sous-entendu. Enfin, une complémentaire santé est libre d'accepter ou non un contrat.

Dans votre cas, il n'existe pas de contrat adapté à votre situation. La logique serait plutôt de négocier des facilités de paiement avec l'orthodontiste ou de faire un emprunt. Avant toute chose, faites une demande de fonds social auprès de votre caisse d'assurance maladie et de votre complémentaire santé, cela vous permettra d'y voir plus clair !

► Réponse de S-Stone

Vous pouvez en effet avoir plusieurs contrats qui se compléteront. Vous n'êtes toutefois obligé de le mentionner que lors des remboursements, les uns venant en déduction des autres et ne pouvant excéder le montant total des frais.

Sinon, certaines mutuelles ont aussi des garanties à la carte, qui permettent de mieux rembourser certains domaines, ce qui pourrait être le cas de la seconde mutuelle envisagée. Vous pouvez aussi essayer de négocier avec votre mutuelle d'entreprise, qui intervient sans doute aussi en individuel.

En revanche, gardez à l'esprit qu'il y a de toute façon des délais de carence pour la plupart des assurances.

Pour les fonds sociaux, il faut pouvoir justifier d'une situation vraiment difficile afin d'y prétendre. Dans ce cas, il y a aussi votre caisse de retraite.

Modifier un contrat de mutuelle

Est-il possible de revoir à la baisse un contrat de mutuelle en cours d'année ?

💬 Question d'Anne-Marie

► Réponse d'Audimut

Il n'est pas sûr que la mutuelle accepte, cela dépend de ce que l'on appelle votre « rapport sinistre à prime » (S/P) : combien vous avez payé et combien vous avez coûté à la mutuelle.

Renouveler ses lunettes

Je voudrais changer ma paire de lunettes que j'ai depuis deux ans. Suis-je obligée de prendre rendez-vous avec mon ophtalmo ? Quel sera le montant du remboursement pour les verres et les montures ?

💬 Question de LolaS

► Réponse de CC

En principe, une prescription est obligatoire pour que l'opticien fasse fabriquer des verres correcteurs. Cela dit, dans le cas d'un renouvellement de verres à l'identique (en cas de perte ou de vol de votre paire de lunettes, par exemple), une ordonnance datant de moins de trois ans est suffisante.

D'autre part, l'opticien peut vous faire passer un contrôle de la vue et vous proposer de nouveaux verres adaptés si votre vue a évolué, si vous avez plus de 16 ans, ou si vous avez une ordonnance de moins de trois ans. Cela dit, si l'opticien vous découvre une presbytie, il ne pourra pas vous fournir lui-même une correction adaptée. Vous devrez d'abord vous tourner vers votre ophtalmo.

Sinon, pour le renouvellement des lunettes, vous êtes remboursé par l'assurance maladie conformément aux modalités habituelles.

Pour une éventuelle consultation chez un ophtalmo, vous serez remboursé à hauteur de 70 % si vous avez déclaré un médecin traitant et à hauteur de 30 % si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant. Pour les nouvelles lunettes, que vous ayez plus ou moins de 18 ans, la monture et les verres seront remboursés à 60 %.

Pensez également à vérifier que vos lunettes n'étaient pas sous garantie. En effet, quand vous achetez vos lunettes chez votre opticien, celui-ci vous remet un livret qui contient souvent une garantie. Vos verres et votre monture sont ainsi pris en charge en cas de casse pendant un à deux ans. Si vos lunettes subissent un sinistre durant ce délai, ramenez-les chez votre opticien. Attention, une franchise peut être appliquée : vous devrez alors payer une partie de la réparation.

Pour le remboursement, sachez que vous avez généralement droit à une paire de lunettes par an, tant de la part de la Sécurité sociale que de votre mutuelle.

V.

Choisir et gérer sa mutuelle

Vu son rôle essentiel dans le remboursement des frais de santé, il est important de prendre le temps de bien choisir sa mutuelle. Avant tout, vous devez connaître vos besoins afin d'opter pour le contrat le plus adapté à votre situation. De nombreuses questions doivent donc être posées :

- ▶ Quel type de mutuelle : prévoyance, assurance, etc. ?
- ▶ Quels besoins : garanties, niveau de couverture, etc. ?
- ▶ Quels délais de carence ?
- ▶ Les soins non remboursés par la Sécurité sociale sont-ils pris en charge ?
- ▶ Le montant des cotisations ?

Lorsque vous aurez fait votre choix, vous pourrez alors procéder aux modalités de souscription. Il vous sera alors demandé votre carte d'assurance maladie, votre adresse et un RIB.



Si vous choisissez une prévoyance ou une assurance, il pourra également vous être demandé de remplir un questionnaire de santé. Méfiez-vous, car celui-ci peut faire monter le prix des cotisations et ne pas correspondre à ce que vous aviez choisi.

La mutuelle individuelle

Pour être sûr de faire le meilleur choix, il est indispensable de réaliser un comparatif des mutuelles existantes.

Comparatif

Pour un comparatif réussi, vous devez vous concentrer sur plusieurs critères :

- ▶ les frais de soins pris en charge ;
- ▶ le type de remboursements proposé (forfait, pourcentage du tarif conventionné, pourcentage des frais restant à charge) ;
- ▶ le délai de carence ;
- ▶ les services proposés.



À noter : *n'oubliez pas de comparer le prix des mutuelles à garanties égales.*



Pour réaliser votre comparatif, trois options s'offrent à vous : Internet, les courtiers en assurance/mutuelle et les agences.

En effet, vous pouvez vous rendre sur les sites des différentes mutuelles, assurances complémentaires et institutions de prévoyance : vous y trouverez tous les détails et des devis en ligne. Il existe également des sites comparatifs qui prennent en compte votre profil et vos souhaits (garanties, niveau de couverture...) ; ces sites vous permettent de comparer toutes les offres.

Sinon, les courtiers sont des prestataires spécialisés, qui se chargent de trouver à votre place l'offre la plus avantageuse. Ils ont de plus une grande connaissance des contrats proposés ainsi qu'un réseau élargi.

Mais vous pouvez également vous rendre directement dans une agence qui vous intéresse et demander de la documentation et un devis.

Cotisations



Le montant des cotisations de votre mutuelle dépend de nombreux facteurs, notamment la composition de votre foyer (à noter que la gratuité à partir du troisième enfant est fréquente), le niveau de couverture (plus il est important, plus la cotisation sera élevée), les garanties, l'âge de chacun des assurés (le coût des cotisations augmente souvent avec l'âge), le type de mutuelles et votre lieu d'habitation (le prix d'une mutuelle est souvent moins élevé en zone rurale). Ce dernier critère résulte de l'approche statistique de la consommation médicale.

Par exemple, les dépassements d'honoraires des praticiens en zone urbaine sont courants, augmentant ainsi le coût de la mutuelle.

Le prix de votre mutuelle peut de plus être ajusté annuellement par votre assureur, selon un indice général ou si vous changez de tranche d'âge.

Coûts moyens des mutuelles

| Types de mutuelle | Prix de base mensuel |
|--------------------------|----------------------|
| Mutuelle familiale | 15 € |
| Mutuelle étudiante | 5 € |
| Mutuelle senior | 30 € |
| Mutuelle fonctionnaire | 20 € |
| Mutuelle expatrié | 30 € |
| Mutuelle professionnelle | 15 € |

Résiliation

Pour résilier une mutuelle, il est nécessaire de respecter certaines conditions, notamment en ce qui concerne les délais.

Ainsi, il est possible de résilier :

- ▶ à l'échéance du contrat ;
- ▶ en cas de changement de situation entraînant une modification des risques assurés par la mutuelle ;
- ▶ en cas d'adhésion obligatoire à une mutuelle d'entreprise ou collective ;
- ▶ si la mutuelle augmente les cotisations de façon injustifiée ;
- ▶ lorsque la mutuelle résilie un autre contrat suite à un sinistre.



La loi Châtel oblige les assurances, les mutuelles ou les institutions de prévoyance à notifier aux assurés leur droit de résiliation et sa date limite d'exercice au moins quinze jours avant. Si l'assuré est prévenu moins de quinze jours avant, il peut résilier son contrat dans les vingt jours suivant l'envoi du courrier. S'il n'a pas du tout été informé, il peut alors résilier son contrat sans préavis.

En revanche, il faut savoir que la loi Châtel n'est pas applicable pour les contrats de mutuelle collectifs tels qu'une mutuelle d'entreprise. Dans ce cas, il convient de respecter les conditions de résiliation mentionnées.

Par ailleurs, votre mutuelle aussi peut résilier, à la date d'échéance, le contrat qui vous lie.

Elle dispose alors d'un préavis de deux mois pour vous en informer. Lorsque vous n'êtes pas à jour dans vos cotisations, la mutuelle peut aussi résilier votre contrat si vous ne réglez pas dans les trente jours suivant la notification de demande de paiement.

La mutuelle d'entreprise



Le contrat de mutuelle obligatoire se doit de suivre certaines règles pour instaurer sa mise en œuvre, à savoir respecter le formalisme de la mise en place d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, passer par un organisme habilité et adhérer à un contrat responsable. Il existe donc deux types de contrat de mutuelle obligatoire,

à savoir le contrat collectif obligatoire et l'adhésion au contrat responsable. Pour être réputé obligatoire à l'égard des salariés, le contrat doit être mis en place selon les modalités suivantes :

- ▶ décision unilatérale de l'employeur constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé ;
- ▶ accord collectif ayant fait préalablement l'objet d'une négociation collective (accord d'entreprise ou accord d'établissement, entre la direction et les représentants des salariés) ;
- ▶ accord approuvé par référendum au sein de la société ou de l'établissement.

En outre, les contributions de l'employeur destinées au financement de prestations complémentaires de prévoyance doivent être versées par l'intermédiaire de l'employeur, par un délégataire de gestion ou par une mutuelle relevant du livre II du Code de la mutuelle ou l'un des organismes mentionnés au sixième alinéa de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale.

Complémentaire santé d'entreprise

Le contrat collectif à adhésion obligatoire est reconnaissable par le terme « article 83 » qui propose de nombreuses garanties sur-mesure pour toutes les structures de plus de quatre salariés. Bien souvent, il améliore le climat social de l'entreprise en renforçant le sentiment d'appartenance à cette dernière.



Il a donc pour mission de fidéliser le personnel de l'entreprise concerné tout en valorisant son image sociale, et de garantir une adhésion obligatoire de tout le personnel des collègues qui seront désignés lors de la négociation (cadre et non-cadres). De plus, il propose une solution de santé, sur-mesure, à tous ses salariés, tout en bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux prévus par la loi Fillon.

Par ailleurs, lors de la souscription du contrat avec la mutuelle, il est important que l'entreprise puisse négocier pour ses salariés. Elle doit notamment s'assurer qu'aucun questionnaire médical n'est demandé aux bénéficiaires, et

que le mode de cotisation est adapté à la situation familiale de chacun (cette dernière ne devra pas être augmentée avec l'âge). De plus, il faut également s'assurer qu'un interlocuteur unique a été désigné pour l'entreprise et ses salariés. L'entreprise, quant à elle, abonde les versements définis en pourcentage du salaire du personnel.

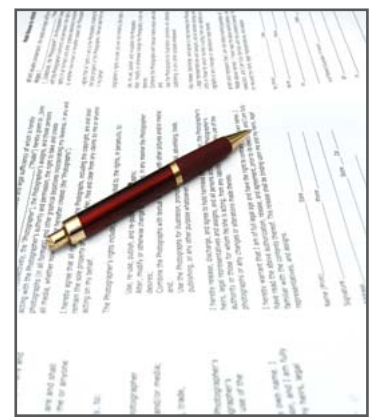
Le contrat responsable a, lui, été mis en place pour accompagner le dispositif du médecin traitant dans le cadre du bon respect du parcours de soins. Il a pour objectif essentiel de prendre en charge le ticket modérateur pour :



- ▶ les consultations du médecin traitant ou du médecin correspondant (au moins 30 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale) ;
- ▶ les médicaments remboursés par la Sécurité sociale (au moins 30 % du tarif forfaitaire de responsabilité des médicaments à vignette blanche) ;
- ▶ les frais d'analyse prescrits en cours de soins (au moins 35 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale) ;
- ▶ prévoir le remboursement de deux actes de prévention.

Le contrat de mutuelle obligatoire se compose d'un certain nombre de clauses obligatoires. Ainsi, les conditions générales doivent être stipulées. Elles définissent les différentes règles suivant lesquelles la mutuelle garantit aux personnes concernées et à leurs ayants droit couverts par ce même contrat le remboursement des dépenses engagées en frais médicaux, de maternité ou d'accident. Les conditions particulières précisent ensuite la catégorie de personnel couvert par le contrat, les assiettes, le taux de cotisation et les prestations assurées.

L'objet du contrat, la date de prise d'effet et sa durée (renouvellement par tacite reconduction sauf dénonciation par lettre R.A.R.) doivent également apparaître. Les modalités de résiliation, qui peut être effectuée à la demande du souscripteur ou à la demande de la mutuelle en cas de défaut de paiement des cotisations ou de non-acceptation de la révision annuelle des cotisations, ainsi que celles de la révision du contrat sont aussi des clauses obligatoires.



D'autres mentions doivent également apparaître, on peut notamment citer :

- ▶ les membres participants (personnel et/ou catégorie de personnel selon les conditions particulières du contrat) ;
- ▶ les modalités d'adhésion (date d'effet du contrat et/ou date d'embauche) ;
- ▶ les bénéficiaires (les membres participants et les ayants droit) ;
- ▶ les termes de la garantie (condition de maintien de la couverture) ;
- ▶ les prestations garanties par la mutuelle concernée (actes, médicaux, prescriptions médicales ou chirurgicales remboursées par la Sécurité sociale et la participation du salarié, etc.) ;
- ▶ la subrogation ;
- ▶ les exclusions (exemple : soins non conventionnés, dépassement d'honoraires) ;
- ▶ la base de remboursement ainsi que le règlement des prestations ;

- ▶ les cotisations, conditions de paiement ;
- ▶ les états à fournir (état nominatif de l'ensemble des salariés, bulletin d'adhésion, RIB, modification éventuelle de leur situation famille) ; à chaque échéance annuelle, un état récapitulatif du personnel assuré doit être transmis à la mutuelle.

Comparatif



Chaque mutuelle a ses offres, plus ou moins avantageuses selon les soins. Les dépassements d'honoraires étant assez fréquents, il sera donc intéressant de voir si ces dernières proposent des remboursements de 150 % à 300 % voire plus du ticket modérateur. Évidemment cela à un coût. Il est indispensable de considérer en priorité les soins les plus fréquents ou les plus déterminants (consultations, frais pharmaceutiques, soins dentaires et/ou optiques, ophtalmologie, hospitalisation, etc.). Ce seront donc les postes à privilégier pour la couverture de santé du personnel qui peut s'ouvrir à leur famille. Il suffira ensuite de passer à l'étude des tarifs en comparant les propositions des différentes mutuelles. La couverture des postes de soins déterminés peut varier d'un collègue à un autre (cadres ou non-cadres).

Le délai de carence est également un critère de sélection indispensable à prendre en compte dans le choix de sa mutuelle. Il s'agit de la période durant laquelle la mutuelle ne prend pas en charge les dépenses de santé engagées par le bénéficiaire ; cette dernière s'étend de la signature du contrat au début de la prise en charge. Elle peut varier de trois mois voire plus selon les mutuelles.

Une fois tous ces éléments pris en compte, il ne vous restera plus qu'à fixer votre choix sur la mutuelle la plus compétitive à qualité et prestations égales. Le nombre de salariés de la société adhérant à la mutuelle peut permettre une meilleure négociation du montant des cotisations. La région peut aussi avoir son importance.

Généralement, la mutuelle santé de l'entreprise ne répond pas de façon adéquate aux besoins réels de chaque assuré, les soins pour chacun étant différents. Les salariés pourront, dans ce cas, souscrire une surcomplémentaire santé.

Résiliation



L'employeur souhaitant changer de mutuelle obligatoire se doit d'en informer individuellement les salariés et les institutions représentatives du personnel (CE, délégués syndicaux). Il se doit aussi de respecter un délai suffisant (six mois selon la jurisprudence).

Dans une société, le changement de mutuelle obligatoire peut s'opérer lors d'un appel d'offres pour changer de mutuelle afin d'offrir des conditions plus avantageuses en matière de santé et de coût, ou lors d'un rachat de société, la société concernée bénéficiera dans ce cas du contrat de l'entreprise l'ayant rachetée ; le contrat pourra alors dépendre d'un autre assureur.

Le contrat de mutuelle obligatoire sera donc résilié selon les conditions établies lors de sa souscription pour adhérer au nouveau contrat groupe.

Il faut savoir que la mutuelle mise en place par un accord collectif, par référendum ou par décision unilatérale, peut être résiliée sans qu'il y ait transfert de toutes les options.

Attention si vous êtes confronté à une mutuelle d'entreprise obligatoire mise en place par la société qui vient de vous embaucher et que vous êtes adhérent d'une mutuelle individuelle ou familiale.

Dans ce cas, vous devrez résilier votre ancien contrat pour adhérer à la mutuelle groupe. La lettre de résiliation doit alors être envoyée à votre assureur en recommandé avec accusé de réception. Ce courrier doit également préciser le numéro et la date d'échéance du contrat à résilier.

Bon à savoir : *l'assureur doit rembourser à l'assuré la partie de cotisation correspondant à la période à laquelle le risque n'a pas couru. La période est calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.*



Lorsque vous adresserez à votre assureur la lettre de résiliation de mutuelle, vous devrez joindre, en pièce justificative, l'attestation pour cause de mutuelle obligatoire. Cette dernière vous permettra de résilier votre ancienne mutuelle sans attendre la date d'échéance. L'attestation stipulera le caractère obligatoire de votre future mutuelle de santé ainsi que la

date d'adhésion. Elle vous sera fournie par votre employeur ou son représentant, c'est-à-dire qu'elle pourra vous être délivrée par le chef d'entreprise, l'expert-comptable ou le comptable, le cabinet de gestion ou encore la DRH (Direction des Ressources Humaines) ou le service du personnel.

Bon à savoir : *certaines mutuelles pourront vous demander également une copie de votre bulletin de paie sur lequel sera prélevée la partie au titre de la mutuelle obligatoire.*

➡ **Pour aller plus loin, téléchargez notre modèle de lettre :**
[Résiliation de complémentaire santé suite à l'adhésion à un contrat collectif](#)

Cotisations

L'employeur peut décider de prendre en charge une partie ou la totalité des prestations de santé à caractère collectif.

De ce fait, la contribution de l'employeur sera fixée à un taux identique pour chaque catégorie de personnel (cadres et/ou non-cadres).



La contribution pourra être :

- ▶ forfaitaire ;
- ▶ proportionnelle au salaire ;
- ▶ modulable selon les tranches de rémunération.

Cette dernière évoluera en fonction des garanties souscrites. L'entreprise s'acquittera de sa cotisation mutuelle mensuellement et d'avance. La cotisation est en outre révisable à chaque échéance annuelle.

Pour obtenir d'excellentes garanties à des prix compétitifs, l'employeur pourra faire appel à un comparatif.

La surcomplémentaire santé

Selon la loi, le salarié ne peut pas adhérer à deux mutuelles de santé, toutefois il peut souscrire une surcomplémentaire santé.

Principe



Bien souvent, la couverture proposée ne correspond pas forcément aux besoins réels du salarié. Dans ce cas, ce dernier peut adhérer à une surcomplémentaire santé pour mieux couvrir ses frais d'optique et/ou dentaire ou autres. Les cotisations supplémentaires seront toutefois à la charge de l'assuré.

Elle offre un remboursement de troisième niveau, c'est-à-dire qu'elle intervient après la prise en charge de la Sécurité sociale et de la mutuelle. Elle s'adresse notamment à ceux qui ont des besoins importants pour certains postes de santé, insuffisamment couverts par leur mutuelle, et qui ne peuvent pas en changer.

Exemple : *lorsqu'une mutuelle obligatoire d'entreprise n'offre pas des garanties suffisantes pour l'optique ou le dentaire.*

Cependant, les contrats de surcomplémentaire santé prévoient souvent des délais de carence importants. Il ne faut donc pas prévoir de souscrire ce type de mutuelles en cas de besoin de remboursements spécifiques et immédiats.

Comment en bénéficier ?



Une surcomplémentaire santé peut prendre la forme d'un contrat spécifique ou d'un renforcement des garanties d'une mutuelle existante.

Dans le premier cas, le contrat est souscrit en complément d'une mutuelle : les remboursements se font sur demande et sur la base du remboursement de la mutuelle. Dans le second cas, vous conservez votre contrat de mutuelle existant.

En revanche, toutes les mutuelles ne proposent pas de surcomplémentaire : il est donc important de bien se renseigner.

Pour aller plus loin

Astuces

Choisir un courtier pour faciliter votre recherche

Face à la multiplicité des mutuelles et des assurances santé, vous êtes perdu ? Pour gagner du temps et s'assurer de choisir une mutuelle adaptée à vos besoins, rien de mieux qu'un courtier.

Pour dénicher une mutuelle santé correspondant à vos attentes et à vos besoins, votre courtier commencera par réaliser une étude comparative. Elle sera d'autant plus performante que ce dernier agit comme un intermédiaire entre divers organismes. Il connaît donc les spécificités de chaque mutuelle et saura rapidement trouver celle qui couvre au mieux votre principal domaine de dépense en santé ; l'optique par exemple. De plus, un courtier prend en charge l'ensemble des formalités d'adhésion.

En matière d'assurance santé, le courtier a une autre utilité. Du fait de ses relations et de sa capacité à souscrire plusieurs contrats simultanés, il peut vous proposer des tarifs avantageux et inatteignables sans son aide. De plus, il bénéficie de promotions ou de mois gratuits qui vous seront alors offerts. Enfin, il sait faire jouer la concurrence pour obtenir les meilleurs contrats.

Avant de souscrire une mutuelle, définissez vos besoins santé !

Si vous souhaitez avoir une mutuelle parfaitement adaptée à vos besoins, il vous faudra prendre un peu de temps en amont afin de définir quels sont vos postes principaux de dépenses en matière de santé. L'avantage est double : d'une part, vous êtes sûr d'avoir des remboursements sur les dépenses de santé régulières, d'autre part, vous n'êtes pas « surassuré » et ne payez pas des cotisations excessives.

Pour définir vos soins courants, il vous faudra connaître en moyenne votre rythme de consultation chez des généralistes ou spécialistes, puis évaluer la prise en charge idéale selon que ces médecins sont conventionnés et selon leur secteur (1, 2 ou 3). Enfin, vous devrez également estimer votre consommation de médicaments.

L'optique et les soins dentaires sont des préoccupations très présentes chez les consommateurs. En effet, ils représentent chacun deux postes de dépenses importantes, car ils sont peu remboursés par l'assurance maladie.

Il convient donc de vous demander si vous allez être amené à consulter bientôt un opticien ou, si vous consultez déjà, demandez-vous quels types de produits et de soins vous coûtent le plus cher : lentilles ou lunettes ?

Procédez ensuite de la même façon pour vos soins dentaires : n'avez-vous besoin que de soins courants ? Aurez-vous besoin de prothèses dentaires, d'implants ?

Une fois que vous aurez défini vos besoins, commencez à chercher la mutuelle qui proposera les services qui les prennent le mieux en charge et la gamme du forfait.

Résiliation de l'assureur : qui est concerné et comment y faire face ?

La résiliation d'une assurance ne vient pas toujours de la part de l'assuré. En effet, dans certains cas, l'assureur peut prendre la décision unilatérale de résilier votre contrat.

Qui cela concerne-t-il et comment retrouver une assurance ?

Tout d'abord, l'assureur peut résilier votre contrat s'il constate une augmentation du risque ou un comportement malhonnête de votre part. Cette résiliation à l'initiative de l'assureur intervient généralement à la date anniversaire du contrat. Elle peut notamment être motivée par :

- ▶ *des sinistres en trop grand nombre, même des sinistres où la responsabilité de l'assuré n'est pas engagée ;*
- ▶ *un retrait de permis pour conduite en état d'ivresse ;*
- ▶ *une tentative de fraude à l'assurance (incendie volontaire pour toucher la prime, par exemple) ;*
- ▶ *une fausse déclaration, etc.*

Par ailleurs, retrouver une assurance après une résiliation à l'initiative de l'assureur peut s'avérer difficile. En effet, le relevé d'informations indiquera au nouvel assureur le motif de la résiliation. Ainsi, ceux que vous contacterez pourraient vous appliquer une surprime ou refuser de vous assurer.

Pour éviter de vous retrouver dans une telle situation, bonne foi et prudence s'imposent toujours en matière de relation avec un assureur.

Questions/réponses de pro

Résilier sa mutuelle

Est-il possible de résilier sa mutuelle suite à une augmentation des cotisations ?

💬 Question d'Alex62

• Réponse de Marido

La possibilité de résilier une mutuelle suite à une augmentation des cotisations varie d'un contrat à l'autre. Cependant, dans tous les cas, il ne sera pas possible de résilier votre contrat si cette augmentation est due à l'âge de l'assuré. Les contrats peuvent également prévoir qu'il ne sera pas possible de résilier la mutuelle suite à une augmentation réglementaire.

L'orthodontie : choisir des garanties adaptées

Mon fils va suivre des séances d'orthodontie. Je sais que ces soins sont coûteux et généralement mal remboursés par la Sécurité sociale et les mutuelles.

Que me conseillez-vous ?

💬 Question de Pierre

• Réponse de Frédéric Lassueur – C.E.E.

Ce conseil s'adresse tout particulièrement aux parents de jeunes enfants dont l'évolution de l'implantation de leurs dents définitives laisse à penser qu'un soin d'orthodontie sera nécessaire.

Même si cette démarche s'est « banalisée », cela reste un traitement long et coûteux : souvent, de deux à trois ans pour un montant compris entre 500 € et 700 € par semestre (voire plus), soit à l'arrivée entre 3 000 € et 4 200 €.

Le tarif « conventionnel » de la Sécurité sociale est fixé à 193,50 €/semestre (en 2009). Curiosité du régime obligatoire, ce montant est remboursé à 100 %, le reste est à votre charge !

Dans ce cas, non seulement il est important d'avoir une mutuelle, mais surtout de faire le bon choix des garanties.

Ainsi, une mutuelle qui vous rembourserait à 100 % du tarif conventionnel ne vous rembourserait en fait... rien !

Il faut donc soit faire le bon choix de contrat, soit adapter votre contrat actuel. Mais faire réaliser deux devis par des orthodontistes est aussi une bonne solution (les radios et empreintes vous appartenant, il n'est pas nécessaire de les faire deux fois). Pensez aussi à anticiper votre analyse. Il se peut tout à fait qu'un changement de garanties à la hausse soit assorti d'un « délai de carence » (une franchise de temps – il faut attendre un certain nombre de mois pour bénéficier des nouvelles garanties).

De même, il n'est pas toujours possible de n'augmenter que les garanties des enfants. Tous les contrats ne sont pas modulables. L'assureur peut tout à fait vous imposer d'augmenter les garanties de toute la famille. À vous de faire vos calculs. Par exemple, pour un soin de trois ans à 500 €/semestre (soit 3 000 € au total) et une complémentaire qui vous rembourse à 200 % du tarif conventionnel (y compris le régime obligatoire), votre mutuelle vous remboursera sur les trois ans 1 161 € et vous aurez 678 € à votre charge.

À vous de faire jouer la concurrence et d'effectuer des études comparatives !

Que faire avant d'acheter des lunettes ?

Je voudrais quelques conseils pour réduire au maximum mes frais de soins optiques, car les lunettes coûtent très cher et sont très mal remboursées.

 Question de LolaS

► Réponse de Lili36

Tout d'abord, si vous avez une assurance santé comprenant le remboursement de l'équipement optique, demandez à votre mutuelle le montant et les conditions de remboursement avant tout achat de lunettes, lentilles ou lunettes de soleil de vue.

Ensuite, quand vous vous rendez chez un opticien dans le but d'obtenir des renseignements et un devis, ne laissez jamais votre ordonnance à l'opticien. Sans ordonnance, vous ne pourrez pas vous renseigner auprès d'autres professionnels.

Enfin, sachant que les prix des lunettes et des verres varient d'un opticien à un autre, n'hésitez surtout pas à demander un devis pour mieux comparer les prix. Le devis doit contenir les informations sur la monture (prix, marque) et sur la qualité et le prix du verre.

Lexique

Aide Complémentaire Santé (ACS)

Aide délivrée par la Sécurité sociale sous forme d'un chèque-attestation permettant une déduction du montant de la cotisation auprès de l'assureur.

Affection Longue Durée (ALD)

Statut permettant aux assurés sociaux souffrant d'une maladie grave et de longue durée de bénéficier d'une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale de tous les frais médicaux en lien avec cette maladie.

Assurance maladie

Une des quatre branches de protection sociale de la Sécurité sociale, elle-même constituée en vue de garantir les personnes contre la maladie, la vieillesse, l'invalidité ou les accidents du travail.

C'est le régime d'assurance santé obligatoire, plus communément appelé Sécurité sociale (les quatre branches sont : maladie, famille, recouvrement, vieillesse).

Couverture Maladie Universelle (CMU)

Protection maladie obligatoire pour les personnes résidant en France et ne bénéficiant pas d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie. La CMU n'est pas attribuée sous condition de ressources.

En revanche, si vous dépassez un certain plafond, vous devrez payer une cotisation. Comme l'assurance maladie, la CMU vous permet d'être remboursé de vos frais médicaux sur la base des tarifs conventionnés de la Sécurité sociale. Une part, appelée ticket modérateur, reste à votre charge.

Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC)

Complémentaire santé de la CMU, délivrée par la Sécurité sociale aux personnes ayant des revenus extrêmement faibles et ne pouvant accéder seules à une complémentaire.

Les personnes qui en bénéficient sont prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale, dans la limite des tarifs de convention.

Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)

Tous les assurés sociaux sont affiliés à la CPAM de leur département. C'est elle qui effectue les remboursements partiels de leurs frais médicaux.

En cas de changement d'adresse avec changement de département, il faut penser à faire une demande de transfert de dossier.

Délais de carence

Délais pendant lesquels les garanties inscrites à votre contrat ne sont pas valides (ex. : de quelques jours à quelques mois après la souscription d'un contrat). Ces délais de carence jouent souvent pour les garanties optique ou dentaire.

Dépassements d'honoraires

Lorsque le médecin que vous consultez pratique des tarifs qui se situent au-delà des tarifs conventionnés par la Sécurité sociale. Celle-ci ne vous remboursera ce type de consultations qu'à hauteur d'une consultation normale.

Certaines mutuelles remboursent à leurs assurés les dépassements d'honoraires.

Forfait journalier

Forfait fixe à payer chaque jour en cas d'hospitalisation ; le montant de ce forfait est fixé par la Sécurité sociale.

Frais médicaux

Tous les frais dépensés pour des soins ou actes médicaux divers : consultations, radiographies, médicaments...

Généraliste

Médecin n'ayant pas de spécialité médicale, contrairement au médecin spécialiste.

Hors parcours coordonné

Vous êtes hors parcours coordonné lorsque vous ne respectez pas le parcours de soins imposé par la Sécurité sociale pour être bien remboursé (exemple : consulter un spécialiste sans recommandation préalable de votre généraliste).

Médecin traitant

Médecin de référence déclaré auprès de la Sécurité sociale ; il doit être consulté pour toute question d'ordre médical. C'est lui qui vous orientera vers des spécialistes s'il juge que cela est nécessaire. Le médecin traitant est la pièce centrale de ce que l'on appelle le parcours coordonné.

Parcours coordonné

Parcours imposé par la Sécurité sociale aux assurés sociaux afin d'éviter des dépenses médicales inutiles. Au centre de ce parcours, votre médecin traitant, qui doit être votre référent pour toute question d'ordre médical.

Participation forfaitaire

Participation imposée par la Sécurité sociale à tous les assurés sociaux pour tous les actes médicaux. Elle s'élève à 1 € et n'est pas remboursable par la Sécurité sociale (sauf pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire). Certaines mutuelles proposent de prendre en charge cette participation forfaitaire. On parle de franchise médicale pour les médicaments, actes paramédicaux et transports (exemple : 0,50 € par boîte de médicament).

Spécialiste

Médecin ayant acquis une spécialité médicale : neurologue, pédiatre, gynécologue, radiologue... Il se distingue du médecin généraliste qui, lui, n'a pas de spécialité.

Tarif conventionné

Tarif fixé par la Sécurité sociale pour chaque acte médical. Les remboursements de la Sécurité sociale sont basés sur ces tarifs. En cas de dépassement, vous serez moins bien remboursé.

Ticket modérateur

Partie qui reste à votre charge pour un acte médical, déduction faite de la partie prise en charge par la Sécurité sociale.

Index des questions / réponses et astuces

| | |
|--|-----------|
| I. L'assurance santé | 13 |
| Des mutuelles santé spécialement conçues pour les femmes | 23 |
| Assurance scolaire et remboursement des frais médicaux | 24 |
| Les mutuelles pallient les manques de la Sécurité sociale | 24 |
| Remboursement des frais d'hospitalisation | 25 |
| Remboursement de l'assurance maladie | 26 |
| Connexion d'une mutuelle avec la Sécurité sociale | 27 |
| Hospitalisation sans mutuelle ni CMU | 27 |
| II. Les mutuelles individuelles ou professionnelles | 28 |
| Mutuelles responsables et parcours de soins | 44 |
| Les bons plans de certaines mutuelles ! | 44 |
| Mutuelle agricole | 45 |
| Bénéficiaire de l'ACS, comment changer de mutuelle ? | 46 |
| Mutuelle étudiante et reconduction tacite | 46 |
| Choix d'une mutuelle fonctionnaire | 46 |
| III. La mutuelle d'entreprise obligatoire | 48 |
| Départ d'une entreprise : comment garder sa complémentaire santé ? | 65 |
| De la mutuelle individuelle au contrat groupe | 66 |
| L'assurance professionnelle médicale pour les salariés | 66 |
| Adhésion obligatoire à la mutuelle d'entreprise de son conjoint | 67 |
| Prise en charge de la mutuelle d'entreprise | 67 |
| Avantages d'une mutuelle d'entreprise | 68 |
| Résiliation d'une mutuelle d'entreprise par l'employeur | 68 |
| IV. Les remboursements | 69 |
| Vous reconnaîtrez une bonne mutuelle santé à ses services ! | 86 |
| Que faut-il éviter lors de la souscription d'une mutuelle ? | 87 |
| Tirer le meilleur parti du forfait optique de sa mutuelle | 87 |
| Conserver sa mutuelle entreprise après un licenciement | 88 |
| Combinaison de deux mutuelles ? | 88 |
| Modifier un contrat de mutuelle | 89 |
| Renouveler ses lunettes | 90 |

| | |
|--|-----------|
| V. Choisir et gérer sa mutuelle | 91 |
| Choisir un courtier pour faciliter votre recherche | 103 |
| Avant de souscrire une mutuelle, définissez vos besoins santé ! | 103 |
| Résiliation de l'assureur : qui est concerné et comment y faire face ? | 104 |
| Résilier sa mutuelle | 105 |
| L'orthodontie : choisir des garanties adaptées | 105 |
| Que faire avant d'acheter des lunettes ? | 106 |

Les professionnels et experts cités dans cet ouvrage

Nos sites permettent aux professionnels et spécialistes de publier et partager leur savoir-faire (réponses aux questions des internautes, astuces, articles...). Une sélection de leurs meilleures contributions a été incluse dans cet ouvrage.

Tous les jours, de nouveaux professionnels s'inscrivent et publient sur nos sites. Faites appel à eux : ces pros savent de quoi ils parlent !

Audimut – Membre pro

Société de courtage en assurances spécialisées dans les mutuelles proposant des prises en charge de l'audition.

Départements d'intervention : France

Adresse : 2 chemin des Amandiers, 05 000, Gap-Romette

Téléphone fixe : 08 25 74 76 39

Téléphone mobile : 06 28 70 67 16

Averion Assurances – Membre pro

Société de courtage en assurances exerçant uniquement sur le marché des entreprises, que cela soit en dommages aux biens ou assurances de personnes.

Départements d'intervention : 04 | 05 | 06 | 07 | 13 | 26 | 30 | 34 | 38 | 59 | 66 | 69 | 75 | 83 | 84

Adresse : Immeuble Le Vénitien, 27 boulevard Charles Moretti, 13 014 Marseille

Téléphone fixe : 09 60 54 80 91

Bearn Adour Assurances – Membre pro

Assureur-conseiller, offre de contrats compétitifs.

Départements d'intervention : 32 | 40 | 64 | 65

Adresse : 104 avenue Jean Mermoz, 64 000 Pau

Téléphone fixe : 05 59 62 44 04

Frédéric Lassureur – C.E.E. – Membre pro, expert

Écrivain public diplômé de l'Enass (École nationale d'assurance), spécialisé dans les questions d'assurances.

Adresse : C.E.E., rue des Tulipes, 05 000 Gap

Mail : frederic.lassureur@gmail.com

Trouver des professionnels près de chez vous

Vous souhaitez souscrire un contrat de mutuelle ?
Nous pouvons vous mettre en relation
avec un ou plusieurs professionnels près de chez vous.
Ils vous établiront **gratuitement** un devis :



<http://mutuelle.comprendrechoisir.com/simulation/simulation-mutuelle>



<http://mutuelle-entreprise.comprendrechoisir.com/devis/devis-mutuelle-entreprise>

FIN