

# Le Monde

JEUDI 5 MARS 2020 · 76E ANNÉE · NO 23375 ·  
FRANCE MÉTROPOLITAINE WWW.LEMONDE.FR

## Comment bien choisir sa complémentaire santé

Avant de faire son choix, il est impératif de faire le point sur ses besoins. Quatre postes sont à examiner en priorité : l'hospitalisation, la consultation chez un médecin, les soins optiques et les frais dentaires.

Par Pauline Janicot • Publié le 21 septembre 2018 à 06h15 - Mis à jour le 21 septembre 2018 à 09h43



L'optique et les soins dentaires sont les deux postes qui plombent la note des frais de santé. Letizia Le Fur/Onoky / Photononstop

Depuis 2016, tous les salariés bénéficient d'une complémentaire santé par le biais de leur entreprise.

Comme ils ne peuvent pas profiter de ce dispositif, les indépendants, fonctionnaires, retraités ou étudiants doivent souscrire un contrat individuel. Or, leur coût de cette assurance s'est envolé ces dernières années (+ 2 à + 4 % en 2018, selon la Mutualité française).

Pour éviter de payer trop cher, certains assurés choisissent de réduire leur niveau de

garanties. Ils doivent alors accepter d'avoir un « reste à charge » (ce qu'il reste à payer de sa poche après remboursement de la Sécurité sociale et de la complémentaire) plus important. Une autre solution consiste à faire jouer la concurrence. « Changer d'assureur permet de réduire le montant de ses cotisations », confirme Martin Coriat, directeur général du comparateur LeLynx.fr.

La complémentaire santé étant reconduite chaque année tacitement, il faut, pour la résilier, envoyer à son assureur une lettre en recommandé au moins deux mois avant l'échéance du contrat (date de souscription ou le 1er janvier, selon les cas).

## Écarts de prix

Face à une foire abondante, trouver la bonne assurance n'est pas chose aisée. Au premier abord, les écarts de prix pour un même profil peuvent être importants. Le tarif d'une complémentaire santé dépend, en effet, du nombre de garanties, du niveau de remboursement choisi ou encore du profil de l'assuré (situation de famille, âge, lieu de résidence). « En région parisienne ou sur la Côte d'Azur, les médecins pratiquent davantage de dépassements d'honoraires. Les assureurs en tiennent compte dans leurs tarifications », précise Julien Fillaud, directeur général du groupe Comparadise. Ensuite, la mise en place en 2015 des contrats « responsables » a fait évoluer les foires. Ces contrats plafonnent le remboursement de certains actes médicaux pour limiter les dépenses. « Au moins 95 % des complémentaires sont aujourd'hui "responsables". Elles proposent une couverture de base – hospitalisation, consultation, médicaments - à laquelle viennent s'ajouter des renforts optionnels sur les frais dentaires, l'optique ou encore la médecine douce. Mais elles ne sont pas forcément plus lisibles qu'auparavant et restent difficilement comparables »,

remarque Vincent Harel, directeur du pôle santé et prévoyance chez Mercer.

### **Comparateurs non exhaustifs**

Avant de faire son choix, il est donc impératif de faire le point sur ses besoins. Pour y parvenir, l'aide des comparateurs (Les furets, Le Lynx, Mutuelle conseil, Santiane...) peut être utile, car ils ont l'avantage d'être pédagogiques et de simplifier la recherche, même s'ils ne sont pas toujours exhaustifs. « Les quatre postes à examiner en priorité sont les remboursements lors d'une hospitalisation, d'une consultation chez un médecin, des soins optiques et dentaires », rappelle Martin Coriat

L'hospitalisation est l'un des rares postes sur lequel il ne faut jamais faire l'impasse. Une bonne complémentaire doit couvrir le forfait journalier (20 euros) et des frais de chambre individuelle qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale (entre 50 et 80 euros par jour, selon les établissements).

Lorsque l'on consulte un médecin, la Sécurité sociale rembourse 70 % du tarif conventionnel (25 euros pour un généraliste), mais les 30 % restants et les dépassements d'honoraires restent à la charge du patient. « Si l'on est suivi par un spécialiste, une formule qui rembourse 200 ou 300 % du tarif conventionnel peut être intéressante », estime Julien Fillaud.

### **Reste à charge**

L'optique et les soins dentaires sont les deux postes qui plombent la note. A titre d'exemple, la Sécurité sociale rembourse moins de 10 euros sur les 316 euros que coûte, en moyenne, une monture avec des verres simples. Pour une couronne, la prise en charge de l'Assurance maladie s'élève à 70 % de la base de remboursement (soit 75,25 euros). Ceux qui ont des dents fragiles ou portent des lunettes doivent bien étudier le plafond de remboursement proposé, sachant qu'il vaut souvent mieux assumer soi-même une partie du coût que de payer des cotisations annuelles trop élevées.

En outre, il faudra attendre 2021 pour bénéficier d'une foire de lunettes, de prothèses dentaires et auditives sans aucun « reste à charge ». « Cela permettra à de nombreux assurés de bénéficier de soins auxquels ils n'avaient pas accès. Néanmoins, les assureurs vont dès à présent répercuter le coût de cette mesure sur les montants des cotisations, notamment sur leurs contrats d'entrée de gamme », estime Vincent Harel. Raison de plus pour rester vigilant.

D'autres éléments peuvent entrer en compte dans le choix de la mutuelle. Il faut notamment vérifier si l'assureur impose des délais de carence (3 ou 6 mois) avant de prendre en charge les soins dentaires, optiques ou d'hospitalisation. Ces périodes sont destinées à éviter les assurés opportunistes.

Attention, enfin, à bien lire les conditions générales du contrat. En mars, la Commission des clauses abusives a recensé pas moins de 38 entorses à la loi dans les contrats, qu'ils soient individuels ou collectifs. Parmi ces abus figurait, par exemple, une hausse des cotisations, sans changement des garanties et en dehors de l'échéance annuelle du contrat. De telles clauses peuvent être dénoncées auprès de sa mutuelle ou de la répression des fraudes pour être supprimées.

Pauline Janicot.