



Avec le reste à charge zéro, quelle complémentaire santé choisir ?

le 24 août 2020 à 16h01 par Anne Bance



La réforme du 100% santé permet d'avoir de nouvelles lunettes ou une couronne dentaire sans aucun reste à charge, même avec une complémentaire très basique. Cela doit-il vous amener à revoir les garanties de la vôtre ?

1) Que change pour vous le 100% santé ?

Avant, sur les couronnes ou les lunettes, mal remboursées par l'Assurance maladie, le reste à charge dépendait de la qualité de votre complémentaire santé. Si celle-ci était "basique", peu couvrante, vous deviez financer de votre poche une somme souvent assez importante. Si vous aviez un contrat généreux, et donc onéreux, vous étiez mieux remboursé.

● Lunettes ou couronnes à 0€

Depuis le 1er janvier 2020, ce n'est plus le cas pour certains équipements dentaires ou optiques choisis par l'État (ceux du "panier 100% santé"). Ils sont intégralement remboursés, quelle que soit votre complémentaire santé, si elle est dite

"responsable". Pour ces équipements, l'Assurance maladie a fait un effort, les fournisseurs ont serré leurs prix et les assureurs ou mutuelles prennent en charge le reliquat entièrement, que vous ayez un contrat de base ou haut de gamme.

Choisir ces équipements n'est pas une obligation : vous restez libre d'en préférer d'autres. Dans ce cas, vous serez remboursé comme avant par l'Assurance maladie et par votre complémentaire. Si celle-ci est un contrat de base, peu généreux, le reste à charge peut être important.

Les soins ou équipements concernés sont pris en charge à 100%

Les couronnes dentaires et les bridges, en céramique pour les dents de devant, uniquement métalliques pour les molaires ; les lunettes. Les verres peuvent être progressifs ou amincis, traités anti rayures ou antireflets, mais certaines prestations ne sont pas prévues, la lumière bleue, par exemple.

Un choix de montures à 30€ est disponible

"Mais il est possible de bénéficier d'une prise en charge à 100% sur les verres du panier de soins, même si vous choisissez une monture hors panier de soins. Elle vous sera alors remboursée par votre complémentaire santé dans la limite de 100€", souligne Marie Soyer Content, pour le comparateur mutuelle.fr.

Dès le 1er janvier 2021, les dentiers bénéficieront à leur tour du reste à charge zéro (RAC 0). Ce sera aussi le cas pour les prothèses auditives : un appareillage de bonne qualité sera intégralement remboursé tous les quatre ans. Déjà, cette année, la couverture de l'Assurance maladie et des complémentaires s'est améliorée pour ces équipements.

Notre conseil : Les opticiens ont l'obligation de proposer au moins un devis avec les montures et les verres éligibles au RAC0 à tous leurs clients. Si ce n'est pas le cas, exigez ce service qui permet de comparer intelligemment. "Ils se sont engagés également à réserver une partie de leur boutique pour présenter l'offre", rappelle Séverine Salgado, directrice déléguée santé à la Mutualité française.

● **Le panier de soins 100%, un succès ?**

"Depuis le 1er janvier, la prise en charge à 100% a eu davantage de succès pour les prothèses dentaires que pour l'optique, où la mise en place a été plus lente", souligne Séverine Salgado, de la Mutualité française. Mais la fermeture des magasins pour confinement, moins de trois mois après l'entrée en vigueur de ce dispositif, empêche de se faire une idée claire de la réaction des consommateurs. "Selon les premiers chiffres, l'intérêt pour ces services sans reste à charge est plus élevé chez les seniors que chez les plus jeunes", observe Marie Soyer-Content, du comparateur Mutuelle.fr.

2) Opter pour une complémentaire moins chère ?

Pas d'évolution pour les autres soins si vous aviez souscrit un contrat très généreux simplement pour bénéficier de bons remboursements sur les lunettes ou sur les couronnes, celui-ci n'est plus utile dès lors que les équipements éligibles au 100% santé vous conviennent. Mieux vaut revenir à une complémentaire de base, moins chère et qui vous remboursera de la même façon le panier de soins 100% santé. Mais il est rare de sélectionner une complémentaire santé seulement pour les lunettes ou les prothèses dentaires.

Or, pour les autres soins, les remboursements n'ont pas évolué. Si vous voulez des implants ou si votre dentiste pratique un dépassement d'honoraires pour un détartrage, par exemple, ou encore, si

vous portez les lentilles de contact, votre reste à charge dépendra toujours des garanties de votre complémentaire, variables selon le contrat choisi. Idem pour les dépassements d'honoraires en médecine de ville comme à l'hôpital (l'Assurance maladie ne les rembourse jamais), ou pour une chambre particulière à l'hôpital, par exemple.

● **Remettre votre assureur en concurrence ?**

Il existe d'autres bonnes raisons de vouloir changer de contrat : vous n'êtes pas satisfait de votre assureur, votre prime a trop augmenté... "La hausse des primes des anciens clients est souvent plus forte que celle des tarifs affichés pour les nouveaux, qu'il faut attirer et pour lesquels la concurrence est plus vive", remarque David Trohel, directeur des partenariats du courtier San-tiane.fr. Ce courtier conseille de vérifier tous les deux ans si votre tarif de complémentaire est toujours compétitif en interrogeant plusieurs assureurs ou mutuelles (qui sont, elles, à but non lucratif).

Mais attention aux limites d'âge. De nombreux contrats n'acceptent plus de nouveaux clients au-delà de 80 ou 89 ans, par exemple. Changer d'assureur va devenir plus simple à partir du 1er décembre 2020. Le contrat pourra être résilié à tout moment, dès lors qu'il aura plus d'un an.

Aujourd'hui, ce n'est possible qu'une fois par an, à la date anniversaire du contrat et en respectant le préavis fixé par l'assureur. En pratique, rassurez-vous, l'assureur que vous rejoignez se charge de toutes les formalités.

● **Se passer de complémentaire ?**

Sans elle, vous devez vous contenter des remboursements de l'Assurance maladie, insuffisants si vous consultez des médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires ou pour un long séjour à l'hôpital. Vous ne bénéficiez pas non plus du

reste à charge zéro en optique et en dentaire, puisque le remboursement à 100% s'entend avec la part remboursée par la mutuelle.

● Démarchage en ligne, restez sur vos gardes

Le démarchage téléphonique pour faire souscrire des complémentaires santé aux seniors a entraîné de tels abus que, sous la pression du Comité consultatif du secteur financier, les assureurs ont promis de mieux se conduire, à partir du 1er juillet 2020.

S'ils vous appellent, après avoir décrit leur produit, ils sont désormais censés vous interroger pour savoir si vous consentez à poursuivre la conversation. Si vous refusez, ils doivent raccrocher et ne peuvent plus vous rappeler. Surtout, ils se sont engagés à ne plus recueillir une adhésion au premier appel. Désormais, ils ne doivent plus vous extorquer votre souscription, sans vous avoir laissé au moins vingt-quatre heures pour réfléchir à compter de la réception de leur documentation.

Notre conseil : Malgré ces promesses, mieux vaut rester prudent et couper court à toute conversation. Certains vendeurs ont même prétexté que le souscripteur avait donné son accord, à l'oral, parce qu'il avait répété une phrase !

3) Comment s'y retrouver dans les contrats ?

Chaque assureur ou mutuelle propose plusieurs formules, de la plus basique, qui n'offre que les garanties minimales prévues par la loi (pour les contrats responsables), jusqu'à celles haut de gamme, aux couvertures étendues. Mais les écarts se sont réduits d'une formule à l'autre, car l'État a posé des garde-fous pour les contrats responsables.

● Des offres très encadrées

Un contrat responsable, même basique, doit au moins rembourser le forfait hospitalier de 20€ par jour (qui correspond aux frais d'hébergement et de repas, non remboursé par l'Assurance maladie), sans limitation de durée. Il doit couvrir aussi le ticket modérateur (la différence entre le prix de référence fixé par la Sécurité sociale pour les médicaments et les soins, et le montant qu'elle rembourse), sauf pour les cures thermales ou les médicaments remboursés par l'Assurance maladie à 15% ou 30%.

Une couverture minimale en optique et dentaire est obligatoire. "En pratique, avec ces garanties planchers, les contrats 'premiers prix' des différents assureurs sont presque tous identiques", relève David Trohel.

À l'autre extrême, un contrat responsable ne peut pas non plus être trop généreux. Par exemple, il n'a pas le droit de rembourser à plus de 200% de la base de remboursement de la Sécurité sociale les dépassements d'honoraires des praticiens qui n'ont pas signé les accords avec l'Assurance maladie (Optam) visant à limiter ces dépassements.

Il doit aussi respecter des plafonds de remboursement pour les lunettes hors 100% santé : 420€ maximum par exemple pour des verres simples et une monture, 700€ pour des verres complexes et une monture... La monture elle-même est toujours plafonnée à 100€ depuis le 1er janvier 2020. Si vous en choisissez une plus chère, vous paierez le supplément. Un seul équipement est normalement prévu, sauf évolution de la vue, par exemple, pour une période de deux ans.

Leurs offres étant très encadrées sur les postes essentiels, les assureurs cherchent à démarquer les contrats les uns des autres avec des petits plus. "Par exemple, certains contrats incluent des forfaits 'pharmacie' qui prennent en charge les médicaments mal

remboursés par l'Assurance maladie, comme bientôt l'homéopathie, et des forfaits 'médecine naturelle' qui couvrent quelques consultations chez l'ostéopathe chaque année", souligne Marie Soyer-Content.

Notre conseil : Ces avantages ont un coût et peuvent peser sur le tarif. Il ne faut donc vous laisser tenter que si vous en avez réellement l'utilité.

- **Ce que les contrats responsables ne rembourseront pas**

Ce sont, par exemple : la participation forfaitaire (1€ par consultation) et les franchises médicales laissées à votre charge, la majoration appliquée pour non-désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant ("hors parcours de soins"). Il s'agit encore des dépassements d'honoraires lorsque l'assuré consulte un spécialiste hors accès direct (c'est-à-dire un spécialiste autre qu'un gynécologue, ophtalmologue...

- **Un effort de clarté pour faciliter les comparaisons**

Le niveau de remboursement proposé par les différents contrats selon les soins est souvent obscur, car il est exprimé en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale, c'est-à-dire du prix fixé par l'Assurance maladie pour les différentes consultations ou actes médicaux.

Évidemment, savoir qu'un contrat couvre une dépense jusqu'à 150% ou 200% de la BR n'évoque pas grand-chose au commun des mortels. Or, s'il est difficile de comparer les garanties, l'assuré a du mal à savoir si le contrat est cher ou pas.

À la demande de l'État, les complémentaires santé se sont donc engagées à faire un effort.

"Désormais, à la fin des documents présentant leurs offres, la grande majorité

d'entre elles reprennent les mêmes quinze exemples standard de dépenses de santé. Elles indiquent pour chacun le montant en euros remboursé par le contrat", souligne Séverine Salgado. Vous pouvez ainsi comparer en euros sonnants et trébuchants combien, d'un contrat à l'autre, vous serez remboursé d'une même consultation chez un spécialiste, selon qu'il vous demande 30€ ou 56€.

"Attention, la qualité du service client est aussi un critère de choix important", souligne David Trohel. Si vous êtes satisfait de l'application mise à votre disposition par votre assureur pour vous informer sur vos remboursements, par exemple, ou de la rapidité des réponses à vos questions, c'est un bon point, qui peut faire oublier un prix un peu plus élevé qu'un autre contrat.

- **L'incidence du Covid-19**

La pandémie a souligné l'intérêt des téléconsultations (consultations à distance), qui évitent d'avoir à se déplacer jusqu'au cabinet d'un praticien ou à l'hôpital. Il en existe deux sortes. Celles que vous pouvez faire avec votre médecin traitant ou dans le cadre du parcours de soins sont tarifées et remboursées (par l'Assurance maladie et la complémentaire santé) comme une consultation médicale classique.

Elles se font par les moyens de visioconférence choisis par le professionnel et, bien sûr, seulement s'il le propose et aux horaires où il est disponible. D'autres sont proposées par certaines complémentaires santé, comme un service qui leur permet de se différencier de leurs concurrentes.

Il s'agit de plateformes que vous pouvez contacter à des horaires élargis (y compris souvent les jours fériés ou la nuit) pour avoir un premier avis en urgence, vous rassurer si vous avez un doute sur un problème d'apparence mineur, ou un deuxième avis si vous n'êtes pas satisfait de l'analyse du praticien que vous avez rencontré.

Vous ne connaissez pas, bien sûr, le médecin auquel vous parlez, et ce ne sera pas forcément le même à chaque fois. "Jusqu'à présent, ce service n'avait pas eu un énorme succès, et les complémentaires qui l'offraient le faisaient gratuitement, sans limiter le nombre de visites. Mais cela pourrait changer si la formule devenait très populaire", précise Marie Soyer-Content.

- **Contrat non responsable obligé ?**

Les contrats non responsables sont plus taxés par l'État que les autres. Chaque fois que c'est possible, les assureurs préfèrent donc, pour offrir un tarif plus attractif, proposer des contrats responsables. Mais parfois, c'est impossible.

C'est le cas lorsque, pour ne déboursier qu'une prime modeste, vous souhaitez une complémentaire qui rembourse seulement les frais d'hospitalisation, et rien du tout en médecine de ville. Vous devrez donc souscrire un contrat non responsable. Même principe si vous souhaitez un contrat très généreux, qui prenne en charge très largement les dépassements d'honoraires, par exemple.