

La situation actuelle pousse les assureurs à faire du démarchage pour vendre leurs contrats. Nous devons avertir les patients des points sur lesquels ils doivent être attentifs avant de signer des contrats qui les engagent pour un an.

Les pièges des complémentaires santé

Les contrats proposés par les organismes complémentaires exposent en général leurs garanties en utilisant des expressions et des sigles peu compréhensibles par les assurés. Voici comment les comprendre.

Elisabeth Pénide

Médecin généraliste

Consultation d'un spécialiste : 200 % du TC

Le plus souvent, les remboursements de la mutuelle sont exprimés en pourcentage du tarif de convention (TC) de l'Assurance maladie.	Une consultation vous est facturée 70 €. Le tarif de convention (TC) étant CS = 25 €, celle-ci vous remboursera 70 % de 25 € - 1 € = 16,50 €. Sur ce dépassement de 45 €, la mutuelle complètera cette somme jusqu'à un plafond de 200 % de 25 € (50 € maxi). Remboursements : 45 + 16,50 = 61,50 €. Il restera 7,50 € à votre charge + 1 € forfait.
---	---

Consultation d'un spécialiste : TMC + 200 % du TC

La formule de remboursement est basée sur le ticket modérateur (TMC) et sur le tarif de convention (TC).	Pour une consultation à 70 €, la mutuelle remboursera alors le ticket modérateur de convention (TMC), c'est-à-dire 6,50 € (30 % de 25 € - 1 €), et complètera à hauteur de 50 € (200 % du TC). En clair, elle vous remboursera 51,50 €. Il ne restera que le « 1 € » à votre charge.
--	--

Quant à l'attitude des mutuelles et assurances face à la nouvelle convention :

- Beaucoup de mutuelles vont prendre en charge les dépassements d'honoraires dans le parcours de soins coordonné, mais pas en cas d'accès direct (parcours non coordonné).
- Les assureurs et certaines mutuelles pourront proposer des contrats « hauts de gamme » pour la prise en charge de ces dépassements hors parcours.

Ne vous laissez pas impressionner par les gros pourcentages !

Des remboursements à hauteur de 400 % du TC, pour l'optique ou les soins dentaires, ne représentent quasi rien : par exemple, le TC pour une monture de lunette est de 11,36 € si vous achetez une monture à 150 €, la Sécurité sociale vous remboursera 70 % de 11,36 €, soit 7,95 € ; la mutuelle ne vous remboursera que 400 % de 11,36 €, soit 45,44 €. Au total, cette monture vous aura coûté 96,61 €.

Il est donc préférable d'opter pour des contrats où les remboursements sont basés sur les « FR », c'est-à-dire les frais réels.

Optique : acceptée ou refusée par le RO : 300 €

Les garanties peuvent aussi être présentées sous forme de forfaits, exprimés en euros par assuré et par an.	Avec cette formule, si vous achetez la même année des lunettes à 150 € puis, quelques mois plus tard, des lentilles à 350 € (dont le remboursement pourra être refusé par le régime obligatoire [RO], c'est-à-dire la Sécurité sociale), vous serez remboursé intégralement des lunettes, mais la mutuelle ne vous paiera que 150 € pour les lentilles.
---	---

Prothèses dentaires : 150 % du TC + 200 € par an et par assuré

Certains contrats utilisent à la fois les pourcentages du TC et un plafond forfaitaire.	Le tarif de convention (TC) pour une couronne est de 107,50 € pour une couronne payée 750 €. La Sécurité sociale rembourse 75,25 € (70 % de 107,50 €). La mutuelle versera 86 € pour atteindre 161,50 € (150 % du TC). Elle rajoutera 200 € au titre du forfait. Le remboursement total sera donc de 361,50 €. Mais si l'assuré se fait poser une deuxième couronne dans l'année, il devra se contenter de 161,50 €
---	---

Les plafonds annuels de remboursement par assuré peuvent aussi être exprimés en pourcentage d'un indice de référence, comme le plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS, égal à 2476 € en 2004).

Enfin, les plafonds annuels de remboursement comme les forfaits peuvent augmenter en fonction de l'ancienneté du contrat, dans le but de récompenser la fidélité des assurés.