



argent

Pour vos remboursements santé

Faut-il économiser sur les complémentaires ?

Souscrire un contrat premier prix est tentant ! Mais prudence, il n'est pas adapté à toutes les familles... Voici comment vous pouvez le vérifier.

Sesoigner coûte de plus en plus cher et, parallèlement, les remboursements de la Sécurité sociale sont en baisse ! Souscrire une assurance complémentaire santé devient inévitable. Mais quel niveau

de couverture choisir pour être bien remboursée sans que ce soit trop onéreux ? Bon nombre d'assurances nous allèchent avec leurs contrats premier prix. Mais s'ils peuvent suffire à certains, c'est loin d'être toujours le cas !



Comparez les remboursements

Les contrats peuvent être répartis en trois niveaux de garantie. Voici ce que vous pouvez en attendre :

● **Les contrats premier prix**, dit entrée de gamme (entre 50 et 100 € par mois pour une famille de quatre personnes) remboursent intégralement les consultations chez un médecin conventionné de secteur 1 (appliquant le tarif conventionnel de la Sécurité sociale). Vous ne supportez que la contribution forfaitaire obligatoire de 1 €.

● **En revanche, chez un médecin conventionné à honoraires libres (secteur 2)**, le dépassement du tarif conventionnel de la Sécurité sociale ne sera pas pris en charge par les contrats entrée de gamme, sauf exceptions. Par exemple, si la consultation chez le généraliste coûte 35 €, vous serez remboursée 21 € soit 14,40 € par la Sécurité sociale et 6,60 € par la complémentaire, mais la différence de 14 € restera à votre charge.

● **Ces contrats remboursent également les médicaments, les analyses médicales, le forfait hospitalier (18 € par jour), mais très rarement le supplément cham-**

bre particulière. Quant aux dépenses dentaires (couronnes céramiques ou frais d'orthodontie), pour les appareils auditifs ou les lunettes, elles ne sont pour ainsi dire pas prises en charge par ces contrats entrée de gamme, alors que la Sécurité sociale les rembourse déjà très peu.

● **Les contrats milieu de gamme** (entre 130 et 200 € par mois pour une famille de quatre personnes) couvrent tout ou partie des dépassements d'honoraires des médecins et une partie des dépenses dentaires et de lunettes.

● **Les contrats haut de gamme** (entre 200 et 480 € par mois pour une famille de quatre personnes) sont bien sûr plus généreux ! Les dépassements d'honoraires des praticiens et les suppléments de chambre particulière à l'hôpital sont

pris en charge, les soins dentaires, d'appareils auditifs et d'optique (y compris la chirurgie) sont remboursés en bonne partie.

Listez vos besoins

Pour choisir le niveau de contrat le mieux adapté à votre situation familiale, déterminez les besoins de chacun d'entre vous.

● **Vous avez un petit besoin de lunettes ?** Votre médecin pratique des dépassements d'honoraires mais vous ne voulez pas en changer ? Un contrat santé premier prix n'est pas fait pour vous, car il ne prendra pas en charge vos principales dépenses.

● **Vous n'avez a priori aucun problème de santé particulier ?** Les consultations de votre médecin sont au tarif de la Sécurité sociale ? Vous êtes jeune et courez donc moins de risques d'avoir des soucis vous obligeant à consulter ? Un contrat entrée de gamme devrait vous suffire. À l'avenir, vous pourrez opter pour un niveau de garantie supérieur si vos dépenses de santé augmentent.

Choisissez sans mauvaise surprise

Une fois que vous aurez opté pour un niveau de garantie, vous devrez choisir parmi plusieurs contrats.

● **Comparez leur prix** (prime à payer chaque mois), mais aussi les pourcentages de prise en charge (*lire l'encadré*).

● **Faites établir plusieurs devis.** Vous pouvez regarder les comparateurs sur Internet (Assurland.fr, hyperassur.com, kelassur.com...) : ils vous donneront une idée entre plusieurs assureurs, mais seulement ceux avec lesquels ils travaillent. Pour compléter votre informa-

tion, contactez d'autres assureurs, mutuelles et interrogez aussi votre banque, car de plus en plus proposent ces assurances.

● **Méfiez-vous des offres : « 35 % moins cher »**, « Votre mutuelle pour seulement 10 € par mois... » Il s'agit souvent d'un prix d'appel valable la première année qui risque de beaucoup augmenter par la suite.

● **Vérifiez si l'assurance complémentaire propose des centres de santé** auprès desquels vous n'aurez pas à faire l'avance des frais. Un plus non négligeable !

À vos calculettes !

100 %, 120 %, 200 %, 400 %... Les remboursements des complémentaires sont généralement exprimés en pourcentage, non pas des frais que vous avez payés, mais du tarif conventionnel fixé par la Sécurité sociale.

Par exemple :
Vous avez dépensé chez le dentiste 500 € pour une couronne dentaire. Son tarif conventionnel est de 107,50 €.

■ Si l'assurance indique 100 %, vous serez remboursée jusqu'à 100 % du tarif conventionnel, soit 107,50 €. La Sécurité remboursera 75,25 € (70 % du tarif conventionnel) et

la complémentaire versera la différence, c'est-à-dire 32,25 €. Après remboursement, il vous restera 392,50 € (500 - 107,50) à charge

■ Si l'assurance mentionne 200 %, vous serez remboursée deux fois le montant du tarif conventionnel, soit 215 € (107,50 x 2). Il restera 285 € (500 - 215) à votre charge.

Chantal Masson