

mutuelle-conseil.com

GUIDE DE LA MUTUELLE SENIORS

Parce qu'avec l'âge les besoins de santé vont grandissants, il est essentiel de choisir une complémentaire santé adaptée. Pour vous aider à trouver le meilleur contrat, et à comprendre comment fonctionnent les remboursements des mutuelles, nous vous proposons un guide détaillé pour choisir en assuré éclairé.



TABLE DES MATIERES

Comprendre le système de remboursement

Comment fonctionne le remboursement Sécu	3
Comment fonctionne le remboursement mutuelle	3
Quelles sont les différentes formes de remboursement de la part d'une mutuelle ?	4
Mutuelle ou assureur privé, quelle différence ?	6

Choisir une mutuelle

Quels sont les postes de remboursement à privilégier pour choisir une mutuelle sénior ?	7
Le risque d'hospitalisation	7
Le dentaire	10
Les médicaments	12
L'optique	14
L'audition	15
Les médecines douces	15
Cures thermales	16
Les consultations à domicile	16
Les critères à surveiller pour bien choisir son contrat	17
Durée maximum d'hospitalisation	17

Comment résilier sa mutuelle ?

La loi Châtel	19
Départ à la retraite et résiliation mutuelle	19

La meilleure mutuelle est-elle toujours la moins chère ?

Pourquoi les mutuelles sont-elles plus chères pour les séniors ?	20
Comment éviter de payer trop cher ?	20
Une mutuelle pour deux : l'astuce pour payer moins cher!	20

Lexique	21
---------------	----



COMMENT FONCTIONNE LE REMBOURSEMENT SÉCURITÉ SOCIALE ?

La Sécurité Sociale ne rembourse qu'un pourcentage du Tarif de Convention (TC) qu'elle fixe pour chaque type d'acte médical (consultations, optique, dentaire etc.).

Pour être plus clair, prenons un exemple : une consultation chez un médecin généraliste. Le Tarif de Convention (TC) fixé par la Sécurité Sociale pour une consultation chez un généraliste est de 23€.

Sur ces 23€, la Sécurité Sociale rembourse 70% soit 16,10€. Moins un euro de participation forfaitaire* soit un remboursement de 15,10€. Il reste donc à votre charge 7,90€ en l'absence de complémentaire santé.

COMMENT FONCTIONNE LE REMBOURSEMENT MUTUELLE ?

Une complémentaire santé va couvrir la part des frais de santé qui ne sont pas remboursés par le régime obligatoire de la Sécurité Sociale. Pour reprendre l'exemple précédent de la consultation chez le généraliste, la mutuelle va compléter le remboursement Sécu pour arriver à une prise en charge de 100% TC.

Ce qui donne le remboursement suivant : $100\% * 23\text{€} = 23\text{€}$ moins 1€ de participation forfaitaire. Soit un reste à charge de 1€.



LE SAVIEZ-VOUS ?

Le Tarif de Convention (TC) est également appelé Base de Remboursement (BR) ou Base de Remboursement Sécurité sociale (BRSS). Les pourcentages de remboursement Sécu et Mutuelle se basent sur le **TC. TC = BR = BRSS**

N.B.

Comme vous le voyez, pour un généraliste sans dépassements d'honoraires, la sécurité sociale rembourse le plus gros des frais. Mais c'est loin d'être le cas pour tous les actes...

QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES FORMES DE REMBOURSEMENT DE LA PART D'UNE MUTUELLE ?

Remboursement sous forme de pourcentage : 100% TC, 200% BR,...

La plupart du temps, les complémentaires santé expriment leur remboursement sous forme de pourcentage. Le pourcentage exprimé se **rapporte toujours au tarif de convention (TC)** et non au montant de votre dépense.

EXEMPLE

Vous vous faites poser une couronne par votre dentiste. Celui-ci vous facture 600€. Le TC est fixé à 107€. La Sécu vous remboursera à hauteur de 70% du TC, soit 74,90€. Si vous êtes garanti à 300% du tarif de base, cela veut dire que la garantie de votre mutuelle, additionnée à ce que paie la sécurité sociale vous remboursera jusqu' à 3 fois ce tarif de 107€, soit 321 €. Vous ne toucherez donc au maximum que 321€.



Bon à savoir

Les comparateurs d'assurance en ligne expriment en général les remboursements en pourcentage du tarif de convention (TC).

Le remboursement forfaitaire

Certains assureurs et mutuelles proposent une prise en charge sous forme de forfait, exprimé en euros et non en pourcentage du TC. Cette forme de remboursement est souvent utilisée pour des actes non remboursés par la sécurité sociale, en matière de dentaire ou d'optique.

La somme fixée pour le remboursement forfaitaire dépend des formules souscrites et donc de la cotisation payée. **Le forfait peut être annuel ou par acte**, et peut être accompagné d'un plafond de remboursement.

Le remboursement en pourcentage du « Plafond mensuel de la Sécurité Sociale » (PMSS)

Le plafond mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) est actuellement fixé à 3 129€. Il augmente chaque année. Les contrats individuels sont rarement exprimés en PMSS, en revanche la plupart des contrats collectifs (mutuelles d'entreprise) utilisent le PMSS pour base.

Par exemple, si le pourcentage proposé par votre contrat est fixé à 10% du PMSS pour les verres de lunettes, votre montant maximum de remboursement sur les verres ne pourra pas dépasser 312,90€ pour l'année en cours.

Le remboursement des frais réels

Enfin, certains assureurs, de plus en plus rares, remboursent en frais réels. Vous serez alors remboursés de la totalité de vos dépenses. Ces remboursements sont souvent accompagnés de plafonds annuels

EN RÉSUMÉ

Vous l'aurez compris une mutuelle vient compléter le remboursement de la sécurité sociale.

Comme le remboursement de la sécurité sociale est basé sur un tarif de convention (TC) souvent bien inférieur au prix réel des actes, il est parfois nécessaire de choisir une complémentaire qui complète au delà de 100% : 200, 300 .. parfois jusqu'à 500% du TC sont possibles.

Certaines complémentaires santé peuvent également prendre en charge des prestations qui ne sont pas remboursées par la Sécu, comme par exemple les médecines douces (ostéopathie, acupuncture, réflexologie...), des implants dentaires, etc.

Attention !

Soyez attentif au mode de remboursement utilisé dans le contrat qui vous est proposé. Si vous avez besoin de plus d'explications, vous pouvez contacter des conseillers mutuelle au numéro vert.



Numéro vert :
0800 970 448



ASSUREURS, MUTUELLES OU ORGANISME DE PRÉVOYANCE, QUELLE DIFFÉRENCE ?

Les **compagnies d'assurances**, les mutuelles et les institutions de prévoyance sont les trois grands types d'assureurs français.

Les "**sociétés d'assurance**" sont des organismes privés. Elles sont toutes soumises au Code des assurances et doivent respecter des normes prudentielles importantes (marge de solvabilité, fonds de garantie, capital social, provisions, placements financiers réglementés).

Les **mutuelles** sont des organismes à but non lucratif, soumis au Code de la mutualité.

Les **institutions de prévoyance** ont pour particularité d'être créées par des partenaires sociaux, (syndicats professionnels d'une entreprise ou d'une branche). Elles sont soumises au Code de la Sécurité Sociale ou au code rural. Ce sont des contrats collectifs ou de groupe. Un particulier ne peut pas y souscrire directement.

Du fait que les mutuelles soient à but non lucratif, il est courant de penser qu'il y a plus d'avantage à souscrire auprès d'une mutuelle. Or, ce n'est pas toujours le cas, car des organismes privés sont parfois plus compétitifs pour votre profil et vos besoins. **Il est donc essentiel de comparer les différents contrats en fonction de la prime payée et des garanties offertes.**

Nouveau

Comparez votre propre mutuelle et faites des économies

Des remboursements adaptés aux retraités

- Jusqu'à **500€ / an** en dentaire
- Jusqu'à **350% TC** en hospitalisation
- Jusqu'à **350€ / an** en optique
- Jusqu'à **400% TC** pour les prothèses auditives

QUELS SONT LES POSTES DE REMBOURSEMENT À PRIVILÉGIER POUR CHOISIR UNE MUTUELLE SÉNIOR ?

1. L'Hospitalisation

On a tendance à croire que l'hospitalisation est très bien prise en charge par la sécurité sociale, ce qui est vrai, mais de nombreux actes (notamment chirurgie) avec dépassements d'honoraires peuvent rester à votre charge, ainsi que les frais de confort. La note peut être très salée, attention donc à prendre une mutuelle qui rembourse bien ce risque.

L'Assurance Maladie rembourse vos frais d'hospitalisation à 80 % du TC. Votre mutuelle peut prendre en charge les **20 % restants**, ainsi que certains suppléments pour **vos confort personnel**, comme une chambre individuelle, le téléphone, la télévision, ou encore les **dépassements d'honoraires**. Le **forfait hospitalier** peut également être pris en charge par votre complémentaire santé.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le prix moyen facturé pour une journée dans un service de médecine se monte à 184 euros. Pour une durée de séjour de cinq jours et demis en moyenne, la note s'élève à 1 030 euros.

Exemple de remboursement d'une appendicectomie à 550€*

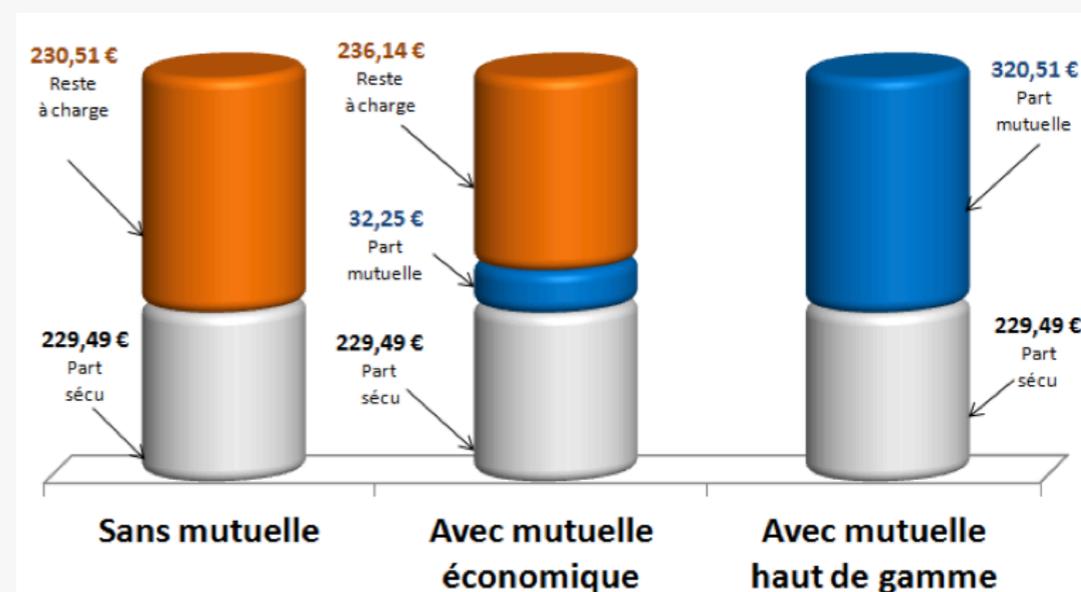
La base de remboursement ou tarif de convention (TC) d'une appendicectomie est de 286.86€. Le remboursement sécu est de 80% de ce tarif, soit une prise en charge de 229.49€.

Nous exposons ici 3 cas :

Sans mutuelle le patient devra payer lui-même le reste à charge de 230€

Avec une mutuelle économique qui rembourse 100% du TC : Le reste à charge sera de 236.14€ car la mutuelle paie les 20% du TC non pris en charge par la mutuelle (-18€ de participation forfaitaire)

Avec une mutuelle haut de gamme qui rembourse 250% du TC: Le reste à charge sera nul. La participation forfaitaire de 18€ ou forfait hospitalier est prise en charge par la mutuelle.



*Le prix de 550€ est donné à titre indicatif.

EXEMPLE DE CONTRATS REMBOURSANT BIEN L'HOSPITALISATION



Tous actes et soins	125% TC	300% TC	250% TC
Frais de séjour	Frais réels	300% TC	Frais réels
Chambre individuelle	30 € / jour	50€ / jour	80€ / jour
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transport	100% TC	300% TC	100% TC
Lit d'accompagnant	15 € / jour	40€ / jour	30 € / jour Limité à 60 jours
Maison de convalescence > Forfait journalier	Frais réels	-	Frais réels
Maison de convalescence > Chambre part	-	-	60 € / jour

Profitez de votre retraite,
avec une **bonne mutuelle**



**Mieux qu'un
comparateur
de mutuelles,
un conseiller santé.**

**Nous vous aidons à
comparer plus de
200 garanties santé
auprès des plus
grands assureurs
français pour vous
permettre d'optimiser
votre budget et la
qualité de votre
couverture santé.**

Bien comparer pour être mieux remboursé

ASSISTANCE GRATUITE AU

 **N° Vert** **0 805 405 205**

mutuelle-conseil.com
LE comparateur d'assurances santé

QUELS SONT LES POSTES DE REMBOURSEMENT À PRIVILÉGIER POUR CHOISIR UNE MUTUELLE SÉNIOR ?

2.1. Actes dentaires : soins dentaires courants

Les soins dentaires courants comprennent les soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et les soins chirurgicaux (extraction, etc.). Ils sont remboursés à hauteur 70% du tarif de convention par la Sécurité sociale. Le plus souvent, les complémentaires santé proposent une prise en charge de 100% du TC. Les soins courants sont rarement accompagnés de dépassements d'honoraires, cette prise en charge mutuelle est donc suffisante. Pour vos soins dentaires courants, une prise en charge mutuelle à 100% est souvent suffisante.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Une couronne dentaire coûte en moyenne 537€. Un implant dentaire est facturé en moyenne 2 048€ et n'est pas du tout remboursé par la Sécurité sociale



2.2. Actes dentaires : prothèses dentaires

Les prothèses dentaires sont prises en charge par l'Assurance Maladie **seulement si** elles figurent sur la liste des actes et prestations remboursables, et sont remboursées à 70% sur la base du tarif de convention, très nettement inférieurs à leur coût réel. En effet, contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des prothèses dentaires est libre.

Certaines prothèses ne bénéficient d'aucune prise en charge Sécu. Une mutuelle santé peut rembourser cet acte grâce à un forfait. Ce forfait peut être par acte ou par an.

Pour être bien remboursé, il est vivement conseillé de choisir une complémentaire santé proposant un remboursement supérieur à 100% TC ou sous forme de forfait.

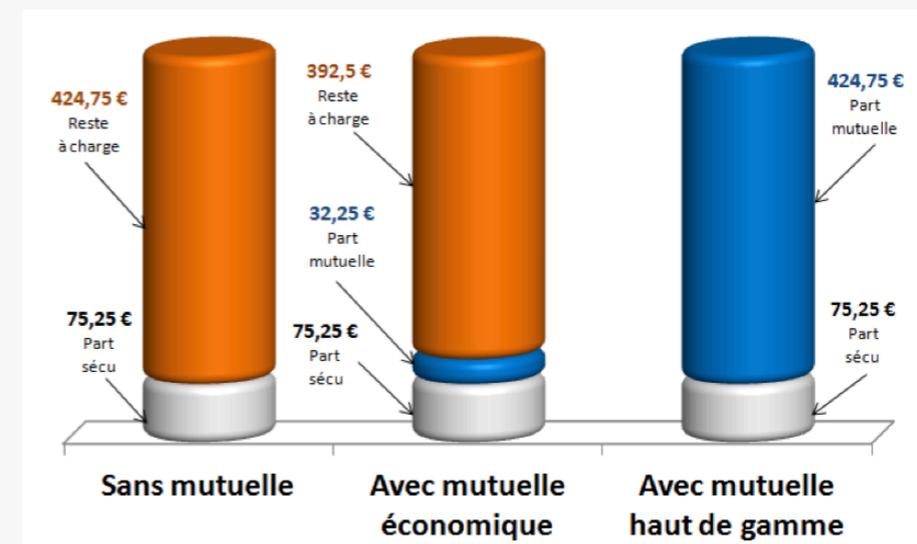
Exemple pour une couronne dentaire simple à 500€

Nous exposons ici 3 cas :

Sans mutuelle, le patient devra payer lui-même 424,75€

Avec une mutuelle milieu de gamme, avec un remboursement 100% TC: le reste à charge sera de 392,50€.

Avec une mutuelle haut de gamme, proposant un forfait annuel de 700€: Le reste à charge sera nul.



La base de remboursement de la sécurité sociale sur cette couronne simple est de 107,50€.

La Sécu rembourse 70% de cette base soit 75,25€.

2.3. Actes dentaires : les implants dentaires

Les implants ne sont jamais remboursés par la Sécu et coûtent souvent plus de 1 500€. Certaines mutuelles les prennent en charge. Il s'agira de couverture haut de gamme avec un remboursement sous forme de **forfaits** ou de tarifs reconstitués.

EXEMPLE DE CONTRATS REMBOURSANT BIEN LE DENTAIRE



	RÈUNICA MUTUELLE	malakoff médéric	Miltis
Soins courants	400% TC	100% TC	150% TC
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	400% TC + 200€	400€ / prothèse	300 %
Prothèses non remboursées	400 €	400€ / prothèse	300€ / an
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	400% TC	100 % BR + 250 € / semestre	300€ / an
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	400 €	-	300€ / an
Implants	500 €	400€ / implant	300€ / an
Parodontologie	400 €	250€ /an	300€ / an

Je dois choisir une mutuelle dentaire, à quoi dois-je être vigilant ?

Au niveau de remboursement des prothèses et des implants dentaires, en privilégiant un remboursement sous forme de forfait.

Au délai de carence : certaines mutuelles ne vous remboursent qu'au bout de plusieurs mois d'adhésion.

Au plafond maximum annuel, qui risque de limiter le remboursement de certains actes à un ou deux par an.

Au montant des cotisations.

Au bonus de fidélité proposés par certains assureurs, souvent à partir de la 3ème année.

QUELS SONT LES POSTES DE REMBOURSEMENT À PRIVILÉGIER POUR CHOISIR UNE MUTUELLE SÉNIOR ?

3. Les médicaments ?



Pour la prise en charge de vos médicaments, il est important de savoir comment fonctionne leur remboursement.

Les médicaments sont pris en charge par l'Assurance Maladie sur prescription délivrée par un professionnel de la santé (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste, etc).

En l'absence d'ordonnance vos médicaments ne pourront pas être remboursés.

La vignette pharmaceutique a été supprimée depuis le 1er juillet 2014. Désormais, le taux de remboursement se base sur le service médical rendu*

LE SAVIEZ-VOUS ?

Les personnes âgées font partie du groupe de population qui consomme le plus de médicaments. Une étude conduite par l'hôpital parisien Georges-Pompidou a montré que les personnes de plus de 80 ans en consommaient en moyenne **dix spécialités différentes chaque jour.**

Important !

Les taux de remboursement s'appliquent soit **sur la base du prix de vente** (prix limite de vente fixé réglementairement) soit sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)*.

Les taux de remboursement des médicaments par la Sécurité sociale :

100 % pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux.

65 % pour les médicaments à service médical rendu majeur ou important.

30 % pour les médicaments à service médical rendu modéré, les médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales.

15 % pour les médicaments à service médical faible.

3. Les médicaments ?

3.1. Et votre mutuelle, comment vous rembourse-t-elle ?

La complémentaire santé peut compléter le remboursement de la Sécurité sociale. Le plus souvent les complémentaires santé proposent des prises en charge à 100%.

Pour une prise en charge optimal de vos médicaments par votre mutuelle, assurez vous que le remboursement proposé soit effectif quel que soit le taux de remboursement appliqué par l'Assurance maladie, **y compris ceux à 15% et 30%.**

La mutuelle complète le remboursement Sécu.

Certains médicaments ne sont pas remboursés par la Sécu, la mutuelle ne peut donc pas intervenir en complément.

C'est le cas par exemple pour l'automédication. Certaines mutuelles proposent toutefois des forfaits de prise en charge.

Exemple de remboursement de mutuelle

Remboursement médicament	 100% quel que soit le taux de remboursement appliqué par l'Assurance maladie	 100% quel que soit le taux de remboursement appliqué par l'Assurance maladie
--------------------------	---	---

QU'EN EST-IL DES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES ?

Si vous acceptez un médicament générique, cela ne change rien pour vous, il sera remboursé comme d'habitude.

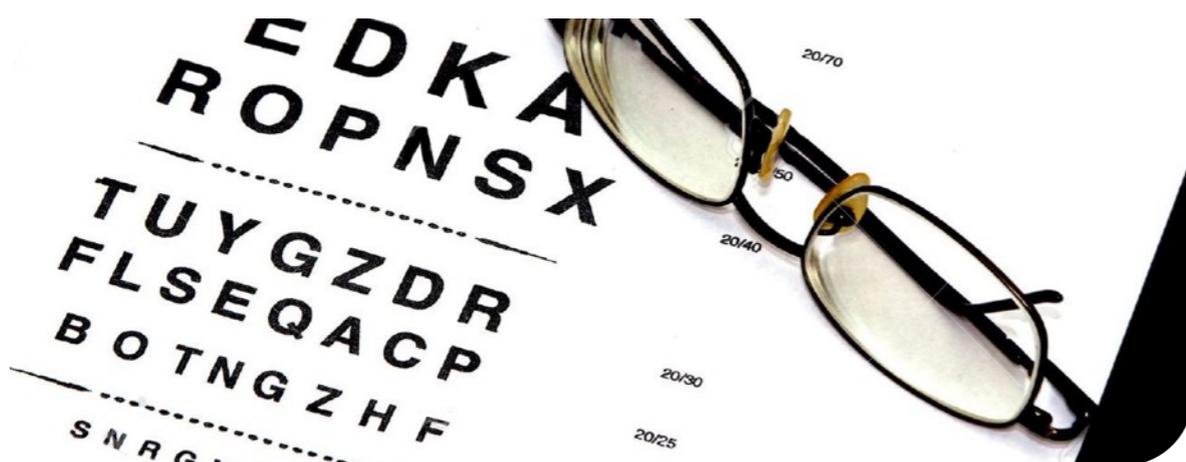
En revanche, si vous écartez un médicament générique parce que vous préférez un médicament de marque, vous serez remboursé uniquement sur la base du TFR.

Par exemple, un médecin vous prescrit un médicament de marque qui coûte 10 € et qui dispose d'un TFR égal à 8 €. Si vous refusez que le pharmacien vous délivre un médicament générique, vous paierez votre médicament de marque 10 €, soit 2 € plus cher que le générique, et vous ne serez remboursé que sur la base de 8 € et non de 10 €.

Bon à savoir

En pharmacie, le système du tiers payant dispense l'assuré de faire l'avance des frais médicaux. Vérifiez bien que votre contrat santé inclut le tiers payant

4. Lunettes



La Sécu rembourse très **(très !)** peu l'optique, d'où la nécessité de compter sur une bonne mutuelle. La monture de lunettes est remboursée à 60 % sur la base d'un tarif fixé à 2,84 euros.

Les verres de lunettes sont remboursés à 60 % sur la base de tarifs variables selon le degré de correction : de 2,29 euros pour un verre simple à 24,54 euros pour un verre multifocal ou progressif par l'assurance maladie.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Une paire de lunettes à verres progressifs coûte en moyenne 589€

Certaines mutuelles offrent des Bonus fidélité en optique dès la 3ème année.

Exemple de mutuelles remboursant les lunettes avec verres progressifs

Optique : monture et verres



325 € / an



450€ / an

Le tarif de convention (TC) de la sécurité sociale est de 2,84€ pour la monture et 2,29€ par verre.

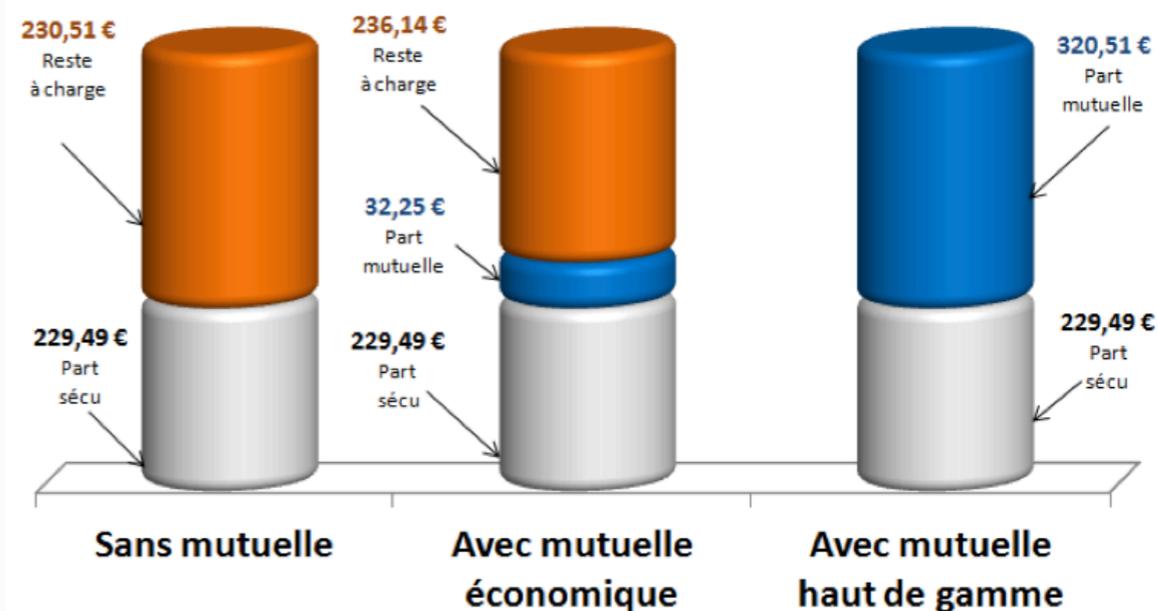
Le remboursement de la sécu est de 60% du TC soit 4,45€.

Dans cet exemple, nous exposons 3 cas :

Sans mutuelle la patient devra payer lui-même le 295,55€ restant.

Avec une mutuelle économique, avec un remboursement forfaitaire de 100€ / équipement optique : le reste à charge sera de 195,55€ pour le patient

Avec une mutuelle haut de gamme, avec un forfait mutuelle de 300€ : le reste à charge sera nul.



5. Prothèses auditives

Les prothèses auditives sont remboursées à 60 %, sur la base d'un tarif fixé à 199,71 euros, quelle que soit la classe de l'appareil prescrit.

Si vous êtes déficient auditif et vous souffrez de cécité, les audioprothèses seront remboursées à 60 % sur la base d'un tarif allant de 900 euros à 1 400 euros, selon la classe de l'appareil prescrit.

NB : c'est l'un des postes de santé qui génèrent le plus de dépenses non remboursées par la sécurité sociale. Faites-y bien attention au moment de choisir votre mutuelle !



LE SAVIEZ-VOUS ?

Selon une enquête Ipsos réalisée en 2013, 34% des séniors sont concernés par des troubles auditifs, qui pourront nécessiter un appareillage. Une paire de prothèses auditives coûte en moyenne 1 800€ à 4 200€

Exemple de mutuelles remboursant les prothèses auditives

Prothèses auditives



450 € / an



400 € / oreille

6. Médecine douce

Les médecines douces (l'acupuncture, l'ostéopathie, l'homéopathie, l'homéopathie) ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale, à moins que le praticien qui les exerce soit un **médecin conventionné**.

Vos consultations d'ostéopathie, d'homéopathie ou d'acupuncture qui entrent dans ce cadre peuvent donc être remboursées. De même pour un kinésithérapeute qui pratique l'ostéopathie.

En revanche, la phytothérapie et la chiropraxie ne sont pas du tout remboursées par la Sécu.

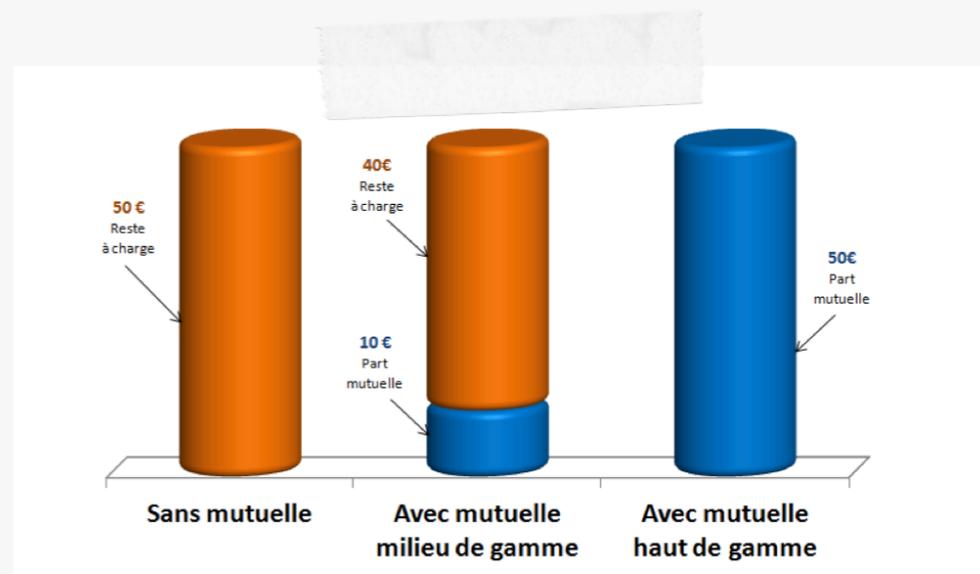
Pour vous aider à faire face à ces frais, certaines mutuelles et assurances santé apportent aujourd'hui un complément de remboursement prenant souvent la forme de forfait.

Exemple d'une consultation chez un ostéopathe à 50€

Sans mutuelle, la consultation est entièrement à la charge du patient, puisque non remboursée par la sécurité sociale.

Avec une mutuelle milieu de gamme, avec un forfait de 10€ par séance : Le reste à charge du patient sera de 40€.

Avec une mutuelle haut de gamme, munie d'un forfait de 75€ par an. : tout est payé par la mutuelle.



Exemple de mutuelles remboursant bien les médecines douces

Médecine douce



40% des frais réels



90€ / an

7. Cure thermale



L'assurance maladie peut prendre en charge une partie de vos frais liés à une cure thermale. Pour compléter ce remboursement, vous pouvez faire appel à une complémentaire santé.

Cure thermale

la Mutuelle
Générale

125€/cure

MUTUELLE
Bleue

100% + 200€/an

Le remboursement Sécu des cures thermales dépend de plusieurs critères. Le détail des conditions de remboursement sur le site [du service public](#)

8. Consultation à domicile

Une consultation à domicile sera majorée par rapport à une consultation en cabinet. Des majorations s'appliquent selon l'horaire, sur la base du tarif de convention de 23€ d'une consultation classique en cabinet. Ces tarifs servent également de base de remboursement :

- Entre 8h et 20h: 10€ + **23€** = 33€
- Entre 20h et 00h et de 6h00 et 8h00: 38,50€ + **23** = 69€
- Entre 00h et 6h: 43,50€ + **23€** = 66,50€
- Les dimanches et jours fériés: 22,60€ + **23€** = 45,60€



Comme pour les consultations classiques, la mutuelle peut compléter le remboursement Sécu.

Par exemple, pour une consultation à domicile facturée 33€, une mutuelle proposant un remboursement à 100% TC va compléter le remboursement Sécu de 70% TC.

Ce qui donne le remboursement mutuelle suivant : $100\% * 33€ = 33€$ moins 1€ de participation forfaitaire. Soit un reste à charge de 1€.

En cas de réelle urgence, **appelez le 15**, ou rendez vous aux urgences les plus proches de chez vous. Le médecin de garde ne peut qu'apporter les premiers soins et établir un diagnostic, ne disposant que du matériel de base.

LES CRITÈRES À SURVEILLER POUR BIEN CHOISIR SON CONTRAT



La prise en charge des risques imprévus comme l'hospitalisation.



Le taux de remboursement : il doit pouvoir compléter au mieux le remboursement de la Sécu. Veillez à avoir un remboursement adapté à vos besoins de santé.



Les limites de la prise en charge : des plafonds de remboursement existent sur certains actes (médecine douce, dentaire, hospitalisation, etc.) au-delà desquels la prise en charge ne sera plus effective.



Le Tiers payant : valable en pharmacie, hôpitaux et laboratoires d'analyses médicales, le tiers payant vous évite de faire l'avance de frais.



Les délais de carence : certains actes ne sont pas pris en charge avant un certain délai de cotisation.



Vous pourrez également privilégier, à qualité égale, l'organisme qui vous offrira un service de proximité par une agence ou un bureau proche de votre domicile, si vous préférez avoir un interlocuteur en face de vous.

LES QUESTIONS / RÉPONSES POUR VOUS AIDER À CHOISIR LE BON CONTRAT DE MUTUELLE

1 **Consultez-vous souvent des médecins, souvent des spécialistes qui pratiquent des dépassements d'honoraires ?**

Si oui, privilégiez une prise en charge supérieure à 100% TC, vous permettant de couvrir les dépassements d'honoraires. Nous conseillons d'aller au-delà de 200% du TC en région parisienne et grandes villes.

2 **Souhaitez-vous, en cas d'hospitalisation, bénéficier d'une chambre particulière ?**

Toutes les mutuelles ne prennent pas en charge la chambre particulière, retenez le contrat proposant une prise en charge. Soyez vigilant car cette prise en charge est limitée dans le temps.

3 **Avez-vous des besoins spécifiques en dentaire par exemple en prothèses ou implants ?**

La aussi, un remboursement sous forme de forfait ou supérieur à 200% TC est à privilégier.

4 **Portez-vous des lunettes ?**

Préférez les remboursements mutuelle sous forme de forfait. Si vous avez besoin de verres progressifs, certaines mutuelles proposent un forfait supplémentaire dans ce cas.

5 **Avez-vous des problèmes d'audition ?**

Vérifiez si la formule proposée vous offre un forfait audioprothèse.

6 **Consultez-vous des praticiens de « médecine douce » ? (ostéopathe, naturopathe, ...)**

Optez alors pour une mutuelle proposant un forfait médecine douce

7 **Faites-vous des cures thermales ?**

Certaines mutuelles les remboursent. Vérifiez ce remboursement avant de choisir votre contrat

COMMENT RÉSILIER SA MUTUELLE ?

En matière de résiliation mutuelle, vous devez respecter un délai de préavis, ce dernier est prévu dans les conditions générales ou règlement mutualiste de votre contrat d'assurance santé. Le délai de préavis est généralement de 2 ou 3 mois.

La demande de résiliation doit se faire par courrier avec accusé de réception.

FACILITÉ DE RÉSILIATION AVEC LA LOI CHÂTEL

Avec la loi Châtel, les assureurs doivent vous informer de votre droit de résiliation lors de l'envoi de l'avis d'échéance, qui doit être envoyé au moins 15 jours avant votre date limite de résiliation.

S'il est envoyé moins de 15 jours avant la date limite de résiliation, vous pourrez alors résilier votre mutuelle dans les 20 jours suivant l'envoi de l'avis d'échéance.

Dans le cas où vous ne recevez pas l'avis d'échéance et que vous n'êtes de fait pas informé de votre droit de résiliation, vous pouvez alors résilier votre contrat sans préavis et à tout moment. Certains sites internet proposent une lettre de résiliation assistée, par exemple [ici](#).

Important : tous les contrats santé ne sont pas éligibles à la loi Châtel, renseignez vous auprès de votre mutuelle.

DÉPART EN RETRAITE ET RÉSILIATION MUTUELLE

En matière de résiliation mutuelle, vous devez respecter un délai de préavis, ce dernier est prévu dans les conditions générales ou règlement mutualiste de votre contrat d'assurance santé. Le délai de préavis est généralement de 2 ou 3 mois.

La demande de résiliation doit se faire par courrier avec accusé de réception.

LE SAVIEZ-VOUS ?

La hausse de cotisations, au moment du départ en retraite, ne doit pas dépasser 50% du montant des cotisations globales

Pour votre recherche de mutuelle, vous pouvez compter sur l'expertise de nos conseillers.



Numéro vert :
0800 970 448

POURQUOI LES MUTUELLES SONT ELLES PLUS CHÈRES POUR LES SÉNIORS ?

Plus on avance dans l'âge, plus les dépenses liées à la santé augmentent. Et les complémentaires santé l'ont bien compris. De ce fait, leurs cotisations augmentent elles aussi. En effet, tous les assureurs complémentaires, qu'ils soient mutuelle, institution de prévoyance ou compagnie d'assurance, tiennent compte de l'âge dans le calcul du tarif de cotisation.

POURQUOI LES MUTUELLES SONT-ELLES PLUS CHÈRES POUR LES SÉNIORS ?

Certaines assurances santé réévaluent leur tarif chaque année d'autres appliquent des barèmes établis en fonction de leurs statistiques par tranche d'âge (51-60 ans, 61-70 ans, 71-80 ans, ...) ou tous les 5 ans etc. La seule façon d'amortir les frais est donc de bien choisir sa complémentaire santé.

En 2011, les séniors ont dépensé en moyenne 90 euros par mois pour payer leur complémentaire santé. Soit 6% de leurs revenus. (Selon UFC Que Choisir).

Attention, la mutuelle la moins chère n'est pas forcément la meilleure. Car les mutuelles économiques ont certes des tarifs attractifs mais ne remboursent que les soins courants. La meilleure mutuelle sera celle qui couvrira vos frais de santé tout en respectant votre budget.

UNE MUTUELLE POUR DEUX : L'ASTUCE POUR PAYER MOINS CHER !

Selon une étude réalisée par Comparadise et Hyperassur, la souscription d'une assurance santé commune permettrait aux séniors de réaliser en moyenne **10 euros d'économie par mois chacun**, et de payer leur mutuelle santé près de 15% moins cher que lors d'une souscription solo.

COMMENT ÉVITER DE PAYER TROP CHER ?

Inutile de payer pour des prestations dont vous n'avez pas besoin. Il est important de cibler vos besoins et d'opter pour la formule qui y répondra.

Vous pouvez également profiter de mois de cotisations offerts par les mutuelles la première année.

Il existe une myriade de formules santé, c'est pourquoi il est important de comparer les offres avant de faire votre choix. Vous pourrez comparer les prix et le niveau de remboursements auquel vous aurez droit pour chaque acte. Le comparateur www.devismutuelle.com vous aide à trouver les garanties qui vous correspondent. Vous remplissez le formulaire afin de cibler vos besoins, vous aurez accès au détail de garantie de plusieurs assureurs.

Si vous préférez l'aide de conseillers, vous pouvez composer le numéro

 Numéro vert :
0800 970 448

LEXIQUE

Participation forfaitaire

Pour préserver notre système de santé, une participation forfaitaire de 1 euro par consultation vous est demandée si vous êtes âgé de plus de 18 ans. Elle s'applique pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

Le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)

Le TFR est un tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments. Il concerne aujourd'hui environ 2 600 spécialités (sur un peu plus de 14 000 spécialités remboursables). Il est destiné à prendre en charge, sur la base d'un tarif unique, des produits équivalents en termes d'efficacité (médicaments génériques et médicaments de marque).

Médecin conventionné de secteur 1

Le médecin de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance Maladie, sans dépassement d'honoraires.

Médecin conventionné de secteur 2

Le médecin de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est, en effet, autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

Contrat d'accès aux soins

Le médecin conventionné adhérent au « contrat d'accès aux soins » pratique des dépassements modérés: en signant ce contrat, il s'est engagé à modérer et stabiliser ses honoraires afin de faciliter l'accès aux soins de ses patients. De plus, l'Assurance Maladie vous rembourse sur une base plus élevée, celle du secteur 1, ce qui diminue d'autant le dépassement d'honoraires. N'hésitez pas à demander à votre médecin s'il est signataire de cette charte.

Les médecins et praticiens « non conventionnés » :

Ces professionnels de santé sont à éviter car leurs honoraires n'étant pas du tout remboursés par la Sécurité sociale, vous n'aurez - sauf cas très rare - aucune participation de votre complémentaire santé;

Service médical rendu

L'évaluation de l'intérêt des médicaments et leur taux de remboursement s'effectue selon quatre critères :

- L'efficacité du médicament
- La gravité de la maladie
- La place du médicament dans la stratégie thérapeutique
- L'intérêt du médicament en termes de santé publique

Ticket modérateur

La Sécurité sociale ne rembourse pas complètement les frais médicaux; une partie des dépenses reste à la charge de l'assuré: c'est ce qu'on appelle le ticket modérateur.

mutuelle-conseil.com