



## ACHETER UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

**Que ce soit à titre personnel ou dans le cadre de l'entreprise quand on est patron, le choix d'une complémentaire santé mérite réflexion et mise en concurrence.**

**Béatrice de FONCLARE**

**L**a complémentaire santé, souvent appelée « mutuelle » par abus de langage, est devenue avec le désengagement progressif de l'Assurance maladie un élément quasi incontournable de la protection sociale. Quelle que soit la forme qu'elle puisse prendre, la complémentaire santé est toujours un contrat entre un organisme

assureur et un assuré. L'assuré peut être une personne isolée, travailleur indépendant, chômeur, retraité par exemple, ou un groupe constitué de salariés d'une entreprise (voir encadré).

On entend souvent les gens dire « J'ai une bonne mutuelle » ou « J'ai une mauvaise mutuelle ». En réalité une mutuelle n'est ni bonne, ni mauvaise en elle-même. Elle est ou n'est pas adaptée à ses clients. Ensuite seulement elle est financièrement plus ou moins avantageuse qu'une autre.

En effet, l'intérêt de certaines garanties comprises dans un contrat dépend de la situation de l'assuré ou du groupe d'assurés. Ainsi, une entreprise qui compte

de nombreux salariés chargés de famille sera intéressée par les contrats familiaux qui incluent automatiquement conjoint et enfants, tandis qu'une autre dont la population est plus âgée sera plus attentive au remboursement des cures thermales. En tout cas, avant d'examiner les garanties « périphériques » il faut vérifier que, parmi les différents contrats proposés par un même assureur il existe un socle minimal qui couvre l'essentiel des besoins (cf. tableau).

A ces postes s'ajoutent l'optique, les prothèses, les cures, la maternité, les obsèques : mais là, le niveau de remboursement est affaire de priorités.

En plus de la couverture maladie proprement dite, les complémentaires offrent fréquemment des services. Parmi ceux-ci, le tiers-payant qui permet de ne pas faire l'avance de certains frais (pharmacie notamment) et la télétransmission des données avec la Sécurité sociale sont vraiment indispensables. Les assistances diverses peuvent être intéressantes, à condition

### Contrat individuel et contrat groupe

**Le contrat individuel** est souscrit par un particulier : salarié isolé, travailleur indépendant, retraité, chômeur, etc. Ce contrat est en tout point analogue à n'importe quelle autre police d'assurance (multirisque, auto, etc.).

**Le contrat groupe**, appelé aussi contrat collectif, concerne un ensemble de personnes défini comme tel, notamment

les salariés d'une entreprise, ou seulement certaines catégories de salariés.

L'entreprise s'engage à affilier tous les salariés prévus par le contrat. En retour, l'assureur ne peut refuser de couvrir quelqu'un sous prétexte qu'il présente trop de risques. Le tarif est généralement plus avantageux que celui des contrats individuels.



## Couverture complémentaire minimale

<b>Hospitalisation</b>	100 % des frais réels en établissement conventionné 100 % du forfait hospitalier
<b>Consultation</b>	30 % de la base de remboursement
<b>Auxiliaires médicaux</b>	40 % de la base de remboursement
<b>Soins dentaires</b>	30 % de la base de remboursement
<b>Médicaments remboursés par la Sécurité sociale</b>	100 % du ticket modérateur
<b>Transport en ambulance</b>	100 % du ticket modérateur

que l'assuré se souvienne qu'il en bénéficie lorsque la situation se présente...

Enfin, les organismes vendent des contrats prêt-à-porter mais on peut toujours demander du sur-mesure, en particulier pour tenir compte de l'évolution de la démographie de l'entreprise. Ce n'est pas forcément plus cher.

### Des niveaux de remboursement à géométrie variable

Quand on parle de remboursements, il faut savoir sur quelle base ils sont calculés. « 100 % des frais réels » est clair. En revanche, « à hauteur de la base de remboursement » est plus flou : si le professionnel de santé pratique des honoraires supérieurs à ce niveau, la différence entre le réel et la base – le dépassement d'honoraires – restera à la charge

du patient. Vous saurez si les dépassements d'honoraires sont pris en compte si le contrat prévoit un remboursement supérieur à ceux indiqués dans le tableau ci-dessus (par exemple, si le remboursement de la consultation est à 45 % de la base de remboursement au lieu de 30 %). Pour l'hospitalisation, il faut bien voir dans quel type d'établissement elle a lieu : conventionné ou non conventionné ; et, dans ce deuxième cas, jusqu'à quel niveau. Certaines options peuvent sembler intéressantes. Mais il faut y regarder de près. Ainsi, pour les prothèses dentaires, 300 % du tarif de base ne représente en réalité que 322,50 €. Compte tenu de l'augmentation de la cotisation par tranche de 100 % supplémentaire, il n'est pas dit que ça vaille le coup. De même



© Aurelio - Fotolia.com

Pour les lunettes, les complémentaires prévoient généralement un forfait annuel.

## Où s'assurer ?

Trois types « d'opérateurs » se partagent le marché de la complémentaire santé.

### Les institutions de prévoyance

Organismes paritaires, les « IP » sont habilitées à fournir uniquement des contrats collectifs d'entreprise : santé, décès, incapacité, invalidité, etc. Cependant, pour répondre aux besoins des « individuels » (TNS, retraités ou salariés ne bénéficiant pas d'une couverture d'entreprise), une IP peut être le relais d'une compagnie ou d'une mutuelle. Dans ce cas, ces deux dernières sont transparentes pour l'assuré dont l'interlocuteur est bien l'IP.

### Les mutuelles

Ce sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif qui proposent à leurs adhérents (particuliers ou entreprises) toutes sortes de garanties. Les adhérents en assurent l'administration directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants élus.

### Les compagnies d'assurances

Ce sont des sociétés commerciales à but lucratif. Elles s'adressent aux particuliers comme aux entreprises.

des prestations non remboursées par l'Assurance maladie : lentilles, certains médicaments, implants dentaires... : il est parfois plus avantageux de ne pas les assurer.

## Une négociation au sein de l'entreprise

La souscription d'un contrat collectif d'entreprise de complémentaire santé n'est pas obligatoire dans le cadre de la convention collective du BTP. Elle est cependant, pour des raisons humaines et sociales, recommandée. Pour l'employeur, elle peut constituer un élément indirect de rémunération des salariés ainsi qu'un facteur de motivation. La répartition du paiement de la cotisation est négociée entre l'employeur et les salariés. Cette négociation a lieu au sein des instances représentatives du personnel lorsqu'elles existent. Quoi qu'il en soit, l'employeur a tout intérêt à tenir compte des préférences de ses salariés : selon leurs besoins, ils peuvent mettre l'accent ou au contraire faire l'impasse sur certaines garanties ou sur certains niveaux de remboursement. ■