



Faut-il prendre une mutuelle santé une fois à la retraite ?

 07/12/2020

Pendant la vie active, la question de la mutuelle se pose rarement : si vous êtes salarié ou fonctionnaire, vous bénéficiez d'une complémentaire santé proposée le plus souvent directement par votre employeur. Et même si vous êtes travailleur indépendant, vous êtes le plus souvent amené à en prendre une pour couvrir votre famille. Vous pouvez aussi être rattaché à celle de votre conjoint salarié... Mais une fois à la retraite, vous devrez faire un choix : adhérer à une complémentaire santé, ou décider d'assumer vous-mêmes vos frais médicaux et para-médicaux en cas de besoin. Comment décider ? Quelques informations et conseils.

Que remboursent la Sécurité sociale et les mutuelles ?

Une fois à la retraite, vous êtes rattaché automatiquement à un régime de base d'assurance maladie. En revanche, à moins de percevoir une pension très réduite et de bénéficier de la Complémentaire santé solidaire (CSS), vous ne serez pas couvert par une mutuelle, à moins de souscrire un contrat volontairement.

[En savoir plus sur la couverture santé à la retraite](#)

Que rembourse la Sécurité sociale ?

Le régime de base prend en charge une partie des frais de santé que vous engagez, sur la base d'un ensemble de montants définis pour chaque type de soin et qu'on appelle le tarif conventionnel (ou « base de remboursement de la Sécurité sociale » (BRSS) de son nom officiel). Attention : la base de remboursement ne correspond pas à ce que vous rembourse la Sécurité sociale ! C'est le montant à partir duquel on calcule ce qui vous est remboursé, en appliquant un pourcentage.

La base de remboursement correspond parfois au tarif qui vous est facturé par les professionnels de santé : c'est le cas

pour les médecins de secteur 1 ou pour les médicaments génériques. Souvent, cependant, vous payez davantage, mais le montant remboursé par la Sécurité sociale n'augmente pas pour autant. Il faut donc prendre en compte 3 montants :

- Les frais engagés ;
- La base de remboursement de la Sécurité sociale (inférieure ou égale aux frais engagés) ;
- Le montant effectivement remboursé (inférieur au BRSS).

Exemple : vous consultez votre médecin traitant. Il vous facture 35 € pour la consultation. La base de remboursement de la Sécurité sociale s'élève à 25 €. Le taux de remboursement est de 70 %, soit 17,50 €, auxquels on retire encore 1 € de solidarité (prélevé pour toute consultation ou examen). En définitive, la Sécurité sociale vous remboursera donc 16,50 €, soit moins de la moitié du tarif de cette consultation.

En règle générale :

- Les consultations, les examens et analyses sont assez bien remboursés si vous suivez le parcours de soin et avez accès à des médecins qui ne pratiquent pas de dépassement d'honoraire. Le "parcours de soin coordonné" implique de consulter en premier lieu (sauf exception) votre médecin traitant, qui peut vous orienter vers un spécialiste. Suivre le parcours de soin permet d'être mieux remboursé par la Sécurité sociale.
- Les médicaments sont d'autant mieux remboursés qu'ils sont considérés comme utiles par les autorités (entre 15 % et 65 % d'un prix de référence, exceptionnellement 100 %).
- Les soins dentaires les plus simples sont correctement remboursés (détartrage, caries, extraction), mais les interventions plus poussées (bridge, implant) sont beaucoup moins bien prises en charge.
- L'optique et l'audition sont assez mal remboursées dès lors que l'on dépasse les prestations les plus basiques.
- L'hospitalisation dans le secteur public est prise en charge à 80 %, mais la consultation de spécialistes pendant le parcours hospitalier peut donner lieu à des dépassements d'honoraires. De plus, le forfait journalier de 20 € par jour et les dépenses de confort (chambre seule, télévision...) restent à votre charge.

Que rembourse la complémentaire santé ?

Le rôle de la mutuelle est donc d'apporter des remboursements complémentaires, afin de limiter au maximum le montant qui reste à votre charge après remboursement de l'assurance maladie.

Les contrats de complémentaire santé vous sont proposés par les compagnies d'assurance, les institutions de prévoyance, les banques ou les mutuelles (d'où l'emploi courant du terme « mutuelle » pour désigner la couverture complémentaire santé). Vous pouvez faire jouer la concurrence pour choisir le contrat qui vous convient le mieux.

Ces contrats se composent d'une liste de garanties, c'est-à-dire de montants maximums qui peuvent vous être remboursés pour chaque type d'actes : consultation médicales, analyses, radiographies, achat de médicaments, hôpital, dents, optique, audition...

[En savoir plus sur les critères de choix d'une complémentaire santé](#)

Comment prendre sa décision ?

Est-il indispensable de prendre une complémentaire santé ?

Prendre une mutuelle ou non est un choix financier qui peut avoir des conséquences importantes. Si vous décidez de ne pas en souscrire, il vous faudra épargner par vous-même pour pallier l'imprévu (accident, maladie, perte ou vol des lunettes...).

Le contre :

- La cotisation à la complémentaire santé, appelée aussi « prime », est un budget important, en particulier pour les seniors. Selon la [Drees](#), les ménages de plus de 65 ans paient en moyenne près de 1 500€ de cotisations santé complémentaire par an, contre 830 € pour les 25-45 ans. Malgré ces primes importantes, ils paient 2 fois plus de « reste à charge » (plus de 500 € contre 260 € pour les 25-45 ans). Vous ne pouvez pas être certain de vous y retrouver.
- Le budget que vous ne consacrez pas à la mutuelle peut être épargné. Si vous en avez besoin, vous l'utilisez, sinon vous préservez votre capital. Selon une enquête réalisée par Toluna pour La retraite en clair en avril 2020, la mutuelle représente 10 % du budget de 8,7 retraités sur 10, 20 % pour 1 retraité sur 10 et 30 % pour 0,3 retraité sur 10.
- En cas d'Affection de longue durée (ALD), vous serez pris en charge à 100 %, si votre statut est reconnu par la CPAM. Les ALD sont des maladies graves et/ou chroniques qui impliquent un traitement prolongé et coûteux (cancer, diabète, Alzheimer, AVC...). La loi en répertorie 30, mais la liste n'est pas limitative. Attention cependant : seuls les actes et les médicaments liés à votre maladie sont remboursés intégralement.

Le pour :

- Si vous habitez à Paris ou dans une très grande ville, il est probable que les professionnels de santé pratiqueront souvent des dépassements d'honoraires, et les pharmacies des prix plus élevés. La facture peut vite s'avérer importante.
- Vous ne pouvez pas prévoir quels seront vos problèmes de santé. Vous pouvez être atteint de difficultés chroniques coûteuses sans pour autant avoir droit au 100 %.
- Si vous souhaitez privilégier les médecines douces et la prévention, la Sécurité sociale vous remboursera très peu. Les complémentaires proposent souvent des forfaits pour rembourser les frais d'ostéopathie, acuponcture, homéopathie...
- Surtout, la complémentaire vous apporte une certaine tranquillité d'esprit face aux risques de santé.
- La résiliation de sa mutuelle est facilitée **depuis le 1er décembre 2020**. En effet, les assurés peuvent résilier, après 1 an de souscription, leur contrat à n'importe quel moment, sans frais ni pénalités. Vous pouvez notifier votre souhait de résilier à votre assureur par simple courrier, mail ou via votre compte personnel.

Faut-il conserver la mutuelle de son entreprise ?

Au moment de prendre votre retraite de salarié, vous cessez de bénéficier de la mutuelle de votre entreprise. Depuis la loi Evin du 31 décembre 1989, modifiée depuis le 1er juillet 2017, vous pouvez cependant demander à en conserver le bénéfice. La mutuelle doit vous signaler cette possibilité dans les 6 mois qui suivent la fin de votre contrat de travail, et vous avez 6 mois après cette même date pour formuler votre demande.

Selon une enquête réalisée en avril 2020 par Toluna pour La retraite en clair auprès de 1001 répondants retraités, 21,5 % des personnes interrogées bénéficient toujours de la mutuelle de leur entreprise.

Le pour :

Il y a un argument de taille en faveur de la portabilité de votre mutuelle d'entreprise : pour en bénéficier, vous n'avez pas à remplir de questionnaire ni à passer d'examens médicaux. Et ce n'est pas rien ! Cet avantage peut s'avérer décisif : les mutuelles peuvent être chères pour les seniors, plus encore dès lors que vous présentez des pathologies particulières. Leur prix évolue à la hausse le plus souvent avec l'âge. En conservant la mutuelle de votre entreprise, vous n'avez pas à franchir l'étape du questionnaire médical. Et il se peut que, même en tenant compte de l'augmentation de la cotisation, le coût reste avantageux.

Autre avantage : vous connaissez déjà la mutuelle, vous y avez vos interlocuteurs. C'est important dans la relation quotidienne.

Le contre :

Le coût de votre mutuelle ne sera plus le même, pour 3 raisons.

- Quand vous étiez salarié, votre cotisation était prélevée directement sur votre salaire, et votre entreprise en réglait une partie (au moins la moitié de la cotisation pour la formule de garantie la plus simple). Vous devrez désormais acquitter chaque mois l'ensemble de cette cotisation (salariale + employeur).
- Les garanties ne sont maintenues que pour vous seul. Si votre conjoint, et éventuellement vos enfants, étaient rattachés à votre mutuelle, ils n'en bénéficieront plus – à moins de payer un supplément.
- Enfin, la mutuelle est tenue de maintenir le même tarif uniquement la 1^{ère} année. Dès la 2^e, elle peut l'augmenter de 25 %, et jusqu'à 50 % la 3^e. A partir de la 4^e année, la mutuelle n'est plus tenue par un plafond, et la prime mensuelle pourrait augmenter beaucoup.

Exemple : vous bénéficiez de la protection complémentaire santé de votre entreprise. Votre conjoint y est rattaché. Pour la formule minimale, la cotisation s'élève à 80 € par mois. Votre employeur en prend la moitié à sa charge, soit 40 €. Chaque mois, votre part de cotisation, prélevée sur votre salaire, s'élève donc également à 40 €.

En partant à la retraite, si vous demandez la portabilité de la mutuelle, celle-ci vous sera donc facturée 80 € par mois la 1^{ère} année, et votre conjoint n'en bénéficiera plus. L'année suivante, l'organisme de complémentaire santé aura le droit de vous demander $80 + 25\% \text{ de } 80 = 100$ € par mois. La 3^e année, il pourra exiger jusqu'à 120 € par mois. A partir de la 4^e année, la mutuelle pourra augmenter ses primes sans contrainte réglementaire. Et si vous souhaitez que votre conjoint y soit rattaché, il faudra payer davantage, et l'organisme sera libre de fixer ses tarifs.

Par ailleurs, une fois à la retraite, vous n'aurez pas nécessairement les mêmes besoins en matière de complémentaire santé que lorsque vous étiez actif. Vous souhaiterez peut-être aller voir plus souvent un ostéopathe, ou vous voudrez entreprendre des soins dentaires que vous n'aviez jamais eu le temps de suivre lorsque vous étiez salarié. Peut-être anticiperez-vous, pour une raison ou pour une autre, des périodes d'hospitalisation, que vous préférerez passer dans les meilleures conditions. Or, dès que vous souhaiterez modifier vos garanties, vous devrez négocier un autre contrat, si la mutuelle est d'accord, et payer davantage. De plus, vous risquez de payer pour des risques qui ne vous concernent plus, comme certains frais liés à la maternité ou aux enfants (orthodontie...).

Que ce soit pour conserver la même mutuelle ou pour en changer, ou même [pour décider d'en souscrire une ou non](#), il est toujours utile de se renseigner, de sortir la calculette et de faire jouer la concurrence !