



# Choisir sa mutuelle à la retraite : les questions à se poser

 07/03/2024

**97,2 %**

des retraités ont une  
mutuelle

Ça y est : vous êtes à la retraite et vous avez décidé, après y avoir mûrement réfléchi, de prendre une complémentaire santé. Celle-ci, aussi appelée plus communément mutuelle, représente une part importante dans le budget des retraités. Les seniors étant considérés comme des publics plus à risques, les tarifs sont élevés. Pour autant, une couverture insuffisante ou inadaptée peut également vous coûter cher. Comment choisir la formule qui vous correspond le mieux ? Quelles sont les questions à vous poser ?

*\*Enquête réalisée par Toluna pour La retraite en clair auprès de 1001 répondants retraités (avril 2020)*

## Quels sont vos besoins ?

C'est la question la plus difficile, parce que vos besoins d'aujourd'hui ne sont pas forcément ceux de demain. Mais comme on ne peut pas prévoir l'évolution de sa santé des années à l'avance, vous pourrez cependant faire évoluer vos garanties au fil du temps. Sachez juste que si vous ajoutez de nouvelles garanties, cela aura un coût, d'autant plus élevé que vous avancerez en âge.

Avant de choisir votre contrat, vous pouvez vous poser les questions suivantes :

- Avez-vous des besoins dans les domaines de santé que la [Sécurité sociale](#) rembourse peu (lunettes, dentisterie, appareillage auditif, paramédical...) ?
- Êtes-vous souvent malade ? Allez-vous souvent chez le médecin ? Etes-vous de santé fragile ?
- Avez-vous besoin de prescriptions au long cours, qui n'entreraient pas dans le cadre du remboursement à 100 % des Affections de longue durée (ALD) ?
- Avez-vous d'autres personnes à couvrir (conjoint, voire encore des enfants à charge) ?
- En cas d'hospitalisation, souhaitez-vous pouvoir disposer de prestations de confort, comme la garantie d'une chambre individuelle ?

Avant de faire un comparatif entre plusieurs mutuelles, le mieux pour vous est de faire une liste des postes « santé » essentiels selon vous. Ils vous serviront de critères de choix entre les différentes offres.

## Quelques définitions

Pour comprendre les offres des complémentaires santé, il est important de connaître certains termes et sigles :

### Les bases de remboursement

- Les frais réels (FR) : il s'agit du montant que vous déboursez effectivement pour un soin. Les versements de la Sécurité sociale et ceux de la complémentaire santé ne peuvent jamais dépasser les frais réels.
- Le ticket modérateur (souvent marqué « TM ») correspond à la part de la dépense qui n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale. On l'appelle aussi « reste à charge ».
- Le tarif conventionnel, ou base de remboursement de la Sécurité sociale (BR ou BRSS) : c'est le montant à partir duquel est calculé, pour un soin ou un médicament donné, le remboursement versé par l'Assurance maladie obligatoire. (Exemple : en 2024, le BRSS d'une consultation de généraliste de secteur 1 est de 23 €. L'Assurance maladie en rembourse 70 % moins 1 euro, soit 16,50 €).
- Le remboursement effectif de la Sécurité sociale est le montant versé par l'Assurance maladie en remboursement d'un soin.
- Les forfaits et plafonds : un forfait ou plafond est un montant fixe maximal remboursé pour un type d'acte donné. Il peut être exprimé par an et par bénéficiaire, par exemple, ou encore par acte.

### Les règles particulières de remboursement

- La participation forfaitaire d'1 euro : Pour les consultations, les examens radiologiques et les analyses médicales, il vous reste toujours obligatoirement 1 € à charge. La couverture complémentaire n'a pas le droit de vous rembourser cet euro. La participation forfaitaire est plafonnée à 50 € par an.
- La franchise médicale fonctionne comme la participation forfaitaire. Elle s'élève à 50 centimes par boîte de médicament et par acte paramédical, et à 2 € par transport en ambulance. Ces montants ne peuvent pas être remboursés par la mutuelle. La franchise médicale est également plafonnée à 50 € par an.
- Il existe également une participation forfaitaire de 24 € pour certains actes médicaux onéreux (notamment ceux de plus de 120 € au tarif conventionnel). Elle peut cependant être prise en charge par l'assurance complémentaire.
- Médecin de secteur 1, 2 ou 3 :
  - Un médecin conventionné de secteur 1 facture sa consultation au tarif conventionnel.
  - Un médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres, mais « avec tact et mesure ». Certains médecins de secteur 2 ont en outre signé avec l'Assurance maladie l'option (ou dispositif)

pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou DPTAM). Leurs consultations sont un peu mieux remboursées que celles de médecins de secteur 2 non signataires.

- Un médecin de secteur 3 pratique les honoraires qu'il veut, sans contrôle. Il en existe environ 500 en France. Leurs consultations sont très peu prises en charge par la Sécurité sociale.

## Les garanties proposées par les mutuelles

Quand elle vous fait une proposition, une complémentaire santé vous envoie une liste de garanties, c'est-à-dire la part qui vous sera remboursée pour chaque type de dépenses de santé. Ce sont ces tableaux de garantie qu'il faut comparer entre eux, et la tâche n'est pas toujours aisée !

Les garanties peuvent être présentées de différentes façons, suivant les types de dépenses.

### En pourcentages

Le plus souvent, les tableaux tarifaires indiquent un pourcentage en face de chaque dépense. Mais attention : ce pourcentage peut avoir plusieurs significations très différentes, en fonction du montant auquel il s'applique ! Les différents montants servant de base à ce calcul peuvent être :

- Le « reste à charge », ou ticket modérateur, ou frais réels :

La mutuelle qui annonce « 100 % des frais réels », « du ticket modérateur » ou « du reste à charge » vous rembourse tout ce que la Sécurité sociale n'a pas remboursé (moins la participation forfaitaire ou la franchise médicale).

#### Exemple pour 2020 :

Vous consultez votre généraliste, qui vous facture 40 €. La Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) qui s'applique est de 25 €. La Sécurité sociale vous rembourse 70 % du BRSS, soit 17,50 €, moins 1 € = 16,50 €.

La mutuelle vous remboursera tout le reste (sauf 1 €), soit  $40 \text{ €} - 17,50 \text{ €} = 22,50 \text{ €}$

- Le remboursement (effectif) versé par la Sécurité sociale.

Dans le même exemple, si la complémentaire affiche « 100 % du remboursement de la Sécurité sociale », elle vous remboursera 16,50 €. Il vous restera donc  $40 \text{ €} - (16,50 \text{ €} + 16,50 \text{ €}) = 7 \text{ €}$ .

Si la complémentaire, en revanche, annonce « 150 % du remboursement de la Sécurité sociale », vous êtes couvert à hauteur de  $1,50 \times 16,50 \text{ €} = 24,75 \text{ €}$ . Comme la somme des 2 (remboursement possible + remboursement de la Sécurité sociale) est supérieure au montant engagé, la mutuelle vous remboursera la différence moins 1 €, soit  $40 \text{ €} - 16,50 \text{ €} - 1 \text{ €} = 22,50 \text{ €}$ . Si la garantie est de 200 % du remboursement de la Sécurité sociale, votre remboursement sera le même.

Le tarif conventionnel, ou BRSS (base de remboursement de la Sécurité sociale), souvent écrit simplement « BR ». Attention, cette mention peut vouloir dire 2 choses très différentes, si l'on n'y prend pas garde :

- Pourcentage du BRSS, moins le remboursement de la Sécurité sociale. C'est le plus fréquent. La logique est la suivante : la complémentaire qui affiche « 100 % du BRSS » vous garantit qu'au total, vous ne paierez pas plus que le BRSS (moins 1 € pour les consultations, analyses et médicaments).

Dans notre exemple, vous recevrez donc  $25 - 17,50 \text{ €} = 7,50 \text{ €}$ . Il vous restera donc 15 € à payer. Si la mutuelle propose « 200 % du BRSS », elle pourra vous rembourser au maximum  $2 \times 25 \text{ €} - 17,50 \text{ €} = 32,50 \text{ €}$ . Dans le cas présent, elle vous versera 22,50 €.

- Pourcentage du BRSS total. Dans ce cas, la référence du pourcentage est bien le BRSS.

Dans notre exemple, le BRSS est de 25 €. Si la complémentaire propose de rembourser 100 % du BRSS, elle pourra vous verser jusqu'à 24 € pour la consultation (25 € - 1 €). Elle vous versera donc, en l'occurrence, 22,50 €.

## En forfaits

Pour certains types de dépenses, les mutuelles utilisent des forfaits. C'est souvent le cas pour les lunettes, les appareils auditifs, les appareils dentaires, le paramédical (ostéopathes, psychologues...). Dans ce cas, la mutuelle annonce un montant remboursé par acte. Par exemple, 100 € par verre de lunette. En apparence, c'est plus simple, mais il faut faire attention à certains points :

- La fréquence : souvent, la mutuelle proposera, par exemple, 100 € par verre de lunettes, mais 1 fois par an, ou tous les 2 ans. Vous ne pourrez donc vous faire rembourser qu'une paire de lunettes par période de référence.
- Les bénéficiaires : le forfait peut être valable par bénéficiaire (par exemple vous et votre conjoint, et éventuellement vos enfants, avez droit chacun à 100 € par verre et par période de 2 ans) ou pour l'ensemble du contrat (la mutuelle rembourse en tout 100 € par verre tous les 2 ans, pour l'ensemble des bénéficiaires).
- Le type d'acte : il faut bien faire attention au type d'acte remboursé. Il y a plusieurs types de verres de lunettes, par exemple simple, progressif.... Il est essentiel de vérifier que les garanties proposées correspondent à vos besoins.

Les forfaits peuvent également être présentés sous la forme d'une limite de garantie, c'est-à-dire un montant maximal remboursé par an pour tous les actes d'une catégorie donnée. On retrouve beaucoup cette présentation pour les prestations paramédicales.

### Exemple :

La mutuelle annonce un remboursement des actes d'ostéopathie dans la limite de 200 €. Si votre ostéopathe prend 50 € par séance, vous pourrez vous faire rembourser jusqu'à 4 séances dans l'année.

## Comment sont présentées les offres ?

Le plus souvent, les complémentaires santé présentent leurs garanties sous forme de tableaux, dans lesquels chaque colonne correspond à une offre. Il est important de passer du temps à consulter ces tableaux et à les comparer à vos besoins.

Il n'existe pas de tableau standard, et les complémentaires santé présentent leurs garanties dans des ordres différents, ce qui ne facilite pas les comparaisons. On retrouve dans tous les cas les blocs suivants, organisés différemment :

- Hospitalisation et actes chirurgicaux,
- Médecine de ville,
- Analyses et radiographie,
- Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...),
- Pharmacie,
- Soins dentaires,
- Optique,
- Audition,
- Paramédical, c'est-à-dire en général tout ce qui n'est pas remboursé par la Sécurité sociale, et vise à la prévention, au bien-être, à la médecine douce.



## Qu'est-ce qu'un délai de carence ?

Dans beaucoup de contrats de complémentaire santé, il existe un délai appelé « délai de carence » entre le moment de la signature et le moment où vous pouvez bénéficier des garanties. Il s'agit d'éviter, pour les assureurs, que vous souscriviez à une complémentaire santé dans l'urgence, à un moment où vous savez avoir besoin, par exemple, d'une intervention dentaire, ou du renouvellement d'une paire de lunettes.

Le délai de carence peut concerner l'ensemble des garanties ou, le plus souvent, certaines garanties en particulier : le dentaire, l'optique, l'audition, les prestations hospitalières... Il peut durer entre 1 et 6 mois, voire parfois 1 an pour certaines garanties.

### **Exemple :**

Vous signez un contrat avec une complémentaire santé le 1er avril 2020. Le contrat précise un délai de carence pour l'optique de 3 mois. Vous devrez attendre le 1er juillet 2020 pour vous faire faire des lunettes et bénéficier du remboursement de la mutuelle. La date qui compte est bien celle du soin : vous ne pourrez pas faire faire vos lunettes en juin et demander le remboursement en juillet.

Le contrat peut également comporter, dans le même esprit, des **restrictions temporaires**, c'est-à-dire des garanties par bénéficiaire moins avantageuses la 1ère année, avec par exemple des plafonds de remboursement plus bas, et qui augmentent avec le temps.

Choisir une complémentaire santé n'est pas une tâche facile. Cela suppose de comparer méticuleusement entre elles des offres qui ne sont pas toujours présentées de la même manière.

Il peut être intéressant de vous faire conseiller par votre interlocuteur habituel en matière de banque ou d'assurance. On trouve également des comparateurs gratuits et indépendants en ligne, mais il faut veiller à ce que leurs informations soient bien à jour ! L'offre alléchante qui ressort en tête de classement n'est peut-être plus disponible. Choisir sa mutuelle prend donc du temps. Mais la tranquillité est à ce prix !