



VOTRE OBJECTIF
BIEN CHOISIR
SA MUTUELLE
SANTE SENIOR
NOUS VOUS DONNONS LES CLES

Cher Madame, Cher Monsieur,

« 97% des seniors ne maîtrisent pas leur contrat d'assurance, alors que 99% sont assurés et que l'assurance représente le 3ème budget du quotidien » L'alimentation et le logement occupent les deux premières places.

Cette donnée a motivé notre envie de mieux accompagner nos seniors face à la complexité de choisir la meilleure solution pour couvrir leurs frais de santé.

Vous offrir ce guide est donc une manière pour nous de passer en revue toutes les idées reçues, rendre plus simple les sujets complexes grâce à notre expertise dans le domaine de la mutuelle santé pour les seniors

Il vous est possible aujourd'hui d'accéder à deux types d'économies :

1 - Diminuer votre cotisation et conserver votre niveau de garanties.

2 - Maintenir votre cotisation et augmenter vos garanties. Afin de réduire ou supprimer vos dépenses de santé, restées à votre charge.

Bien entendu, l'idéal est de diminuer ses cotisations ET augmenter vos garanties, facile à dire mais moins fréquent quand on compare les différentes offres du marché

Dans tous les cas, le but est de bien comprendre et de bien choisir **LA mutuelle qu'il VOUS** faut sans que cela se transforme en un parcours du combattant.

Le défi est relevé de vous faciliter la compréhension et de vous aider à bien choisir votre prochaine complémentaire santé. De manière neutre, objective et en essayant d'être le plus complet possible, nous avons le grand plaisir de

VOUS DONNER LES CLES

CLE 1

Comprendre le fonctionnement de remboursement de la sécurité sociale

CLE 2

La participation de votre mutuelle santé

CLE 3

Comprendre et décrypter les garanties

CLE 4

Lister les remboursements que vous souhaitez

CLE 5

Définir les garanties adaptées à vos souhaits de couverture

CLE 6

Les avantages « plus » de votre mutuelle

CLE 7

Comment avoir un zéro reste à charge

CLE 8

Comment résilier son contrat d'assurance

CLE 9

Faites le choix d'une surcomplémentaire santé Les raisons de changer de mutuelle

CLE 10

Les raisons de changer de mutuelle

A travers ce guide qui se veut global et impartial, vous trouverez des informations qui nous l'espérons vous faciliteront dans votre réflexion et vous aiguiller vers des solutions plus adaptées, plus économiques et donc plus avantageuses.
Bonne lecture,



CLE 1

COMPRENDRE LE FONCTIONNEMENT DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

BIEN CHOISIR SA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ CE N'EST PAS NÉCESSAIRE MAIS C'EST INDISPENSABLE !

Une hospitalisation, un traitement médicamenteux, des visites régulières chez un spécialiste, des couronnes ou des prothèses dentaires amovibles, des lunettes, une cure thermale, le chiropracteur sont d'autant de frais de santé qui peuvent intervenir à tout instant dans votre vie.

Le système français d'Assurance Maladie obligatoire (sécurité sociale) permet d'avoir **pour certaines dépenses un remboursement partiel** lorsque vous consultez votre médecin généraliste par exemple **ou peu** comme pour la prise en charge de vos verres progressifs, **Voire inexistant** pour les implants dentaires.

Parmi ces dépenses certaines peuvent se prévoir et d'autres non. C'est pourquoi il est primordial de vous assurer que **votre mutuelle rembourse toutes les situations** qui peuvent demain impacter votre budget.

A noter qu'une franchise de 2€ reste à votre charge en cas de dépense de santé.

Elle est de 24€ si votre dépense est supérieure à 120€. Aucune mutuelle ne rembourse la participation forfaitaire !



Retrouver plus d'informations



www.ameli.fr





POUR MIEUX COMPRENDRE

L'assurance maladie obligatoire définit pour chaque acte médicale
Une Base de remboursement « appelé BR »

Exemple :

La consultation de votre médecin généraliste est fixée à 26,50€ *

La consultation de votre ophtalmologue est fixée à 30€ *

* (tarif mai 2024)

Puis un **taux de remboursement** selon le régime auquel vous êtes rattaché.

Exemple pour les médecins généralistes :
les personnes rattachées au régime général bénéficient d'un taux de remboursement de 70%

Ce qui implique que si Cas n° 1 :

La consultation de votre **médecin généraliste coûte 26,50€** alors la sécurité sociale vous remboursera :

Base de remboursement * Taux de remboursement - participation forfaitaire soit $26,50 * 70\% - 2€ = 16,55€$

Ou Ce qui implique que si Cas n° 2 :

La consultation de votre **médecin généraliste coûte 34€** alors la sécurité sociale vous remboursera :

Base de remboursement * Taux de remboursement - participation forfaitaire soit $25€ * 70\% - 1€ = 16,50€$

Le cas n° 2 démontre que **la sécurité sociale ne tient pas compte du dépassement d'honoraire** pratiqué par certains professionnels de santé





CLE 2

LA PARTICIPATION DE VOTRE MUTUELLE SANTÉ

UN SEUL **OBJECTIF**, CELUI DE **DIMINUER OU SUPPRIMER VOTRE RESTE À CHARGE !**

Comme indiqué précédemment, la sécurité sociale ne rembourse qu'une partie, peu ou pas certaines de vos dépenses de santé.

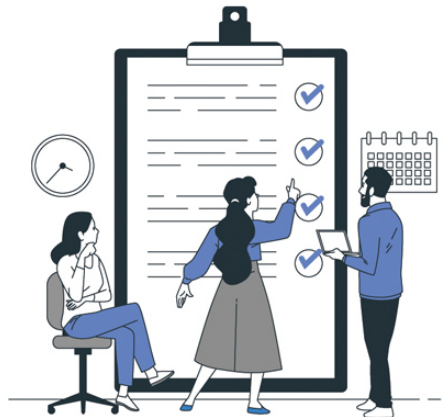
La complémentaire santé c'est un contrat d'assurance qui vous permet selon les garanties et conditions choisies **de prendre en charge** la partie qui n'est pas remboursée (**Ticket Modérateur**) par votre organisme d'Assurance Maladie ou bien encore **les dépassements d'honoraires** (montant supérieur à celui dicté par la sécurité sociale) des professionnels de santé.

La mutuelle santé peut aussi dans certains cas rembourser partiellement ou intégralement, toujours selon vos garanties, des soins non couverts par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Exemple :

- La chambre particulière, le forfait journalier en cas d'hospitalisation.
- La médecine « douce »
- Certaines dépenses en pharmacie comme les vaccins ou certains médicaments
- Les lentilles de contact ou une opération de la myopie.

Remboursement de
la complémentaire santé
=
Ticket Modérateur
+
dépassements
honoraires possibles





POUR MIEUX COMPRENDRE

PARCOURS POUR SE FAIRE REMBOURSER



Lorsque vous avez communiqué votre n° de Sécurité social ainsi que le code organisme d'affiliation à votre assurance et que vous présentez votre carte vitale aux professionnels de santé Les informations transitent par la sécurité qui prend en charge sa part et transmet l'information à votre assureur pour qu'il vienne compléter selon les garanties choisies (télétransmission)

QUAND L'ASSUREUR REÇOIT L'INFORMATION.

Elle est intégrée dans sa base de données et comparée avec celles de votre contrat pour définir ou non la prise en charge.

FRAIS REEL = LA SOMME TOTAL DEPENSEE		
BASE DE REMBOURSEMENT		
REGIME OBLIGATOIRE	TICKET MODERATEUR	DEPASSEMENT HONORAIRE
❏	❏	❏
PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE	PRISE EN CHARGE SOIT LE PATIENT SOIT PAR L'ASSUREUR QUELLE QUE SOIT LA FORMULE	PRISE EN CHARGE SOIT LE PATIENT SOIT PAR L'ASSUREUR SELON LA GARANTIE



CLE 3

COMMENT DÉCRYPTER VOS GARANTIES ?

COMPRENDRE SES GARANTIES C'EST VOUS ASSURER QUE VOUS ÊTES BIEN ASSURÉ(E)

Toutes les mutuelles vous présenteront plusieurs documents obligatoires pour vous permettre d'avoir accès à toutes les informations de votre contrat d'assurance.

L'un de ces documents est central et il s'agit de votre **tableau de garanties**. Vous y trouverez les différentes formules (niveau de garanties).

Il se compose de plusieurs grands postes, par forcément dans cet ordre :

- Hospitalisation
- Soins courant
- Optique
- Dentaire
- Médecine douce...

Chaque grand poste est détaillé selon les garanties applicables. Les honoraires médicaux pris en charge par le régime de base comme les consultations et visites, les actes techniques médicaux, les actes d'imagerie ou d'échographie, les analyses en laboratoire, le transport, les médicaments sont quelques garanties exprimées dans les « **Soins courants** ».

Les remboursements sont exprimés en % de la base de remboursement de la sécurité sociale ou en €.

Un tiret ou un vide est synonyme d'absence de prise en charge par votre mutuelle santé.



Consulter le document IPID ! Il contient ce qui est assuré, ce qui ne l'est pas et les exclusions



POUR MIEUX COMPRENDRE

HOSPITALISATION		T1	T2	T3	T4	T5	T6
SECTEUR CONVENTIONNÉ (y compris en ambulatoire et à domicile)							
Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (y compris maternité)		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour et honoraires en rééducation fonctionnelle, maison de repos, convalescence (suite à hospitalisation) en SSR		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires - Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO"		100%	100%	100%	100%	190%	215%
BONUS Fidélité	- A compter de la 2 ^e année d'adhésion	115%	135%	155%	180%	205%	230%
	- A compter de la 3 ^e année d'adhésion	130%	150%	170%	195%	220%	245%
	- A compter de la 4 ^e année d'adhésion et suivantes	145%	165%	185%	210%	235%	260%
	- Chirurgie et anesthésie (y compris maternité) pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	100%	120%	120%	145%	170%	195%
- Chambre particulière (hors ambulatoire)		-	30€/j	40€/j	50€/j	60€/j	70€/j
- Confort Hospi et Frais accompagnant (frais TV/Téléphone/internet, lit lit et repas)		-	15€/j	15€/j	15€/j	15€/j	15€/j
- Frais de transport		100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Forfait patient urgences (FPU)		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SECTEUR NON CONVENTIONNÉ							
- Frais de séjour (y compris maternité)		100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Forfait journalier hospitalier		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires - Chirurgie et anesthésie (y compris maternité)		100%	100%	100%	100%	100%	100%

- Le tableau de garanties nous indique qu'il y a 6 formules
- Les formules sont nommées T1, T2, T3, T4, T5 et T6
- Le forfait journalier hospitalier est pris en charge en frais réel (totalement remboursé) quelle que soit la formule
- Nous apprenons aussi que la formule T1 ne prend pas en charge la chambre particulière
- Que la formule T2 prend la chambre particulière à 30€/jr
- Que la formule T6 prend la chambre particulière à 70€/jr



CLE 4

LISTER LES REMBOURSEMENTS QUE VOUS SOUHAITEZ

C'EST UNE PREMIÈRE ÉTAPE POUR DÉTERMINER LES REMBOURSEMENTS FUTURS

Pour cela, vous devez prendre en considération vos dépenses **passées, actuelles et futures**.

Passées, puisque si vous venez de changer de lunettes par exemple, il est peu probable que vous soyez amené(e) à les changer très prochainement. Vous pouvez donc choisir de diminuer la prise en charge en optique sur une année et réévaluer votre forfait plus tard !

Actuelles, dès lors que vous êtes peut-être suivi(e) par un spécialiste qui pratique du dépassement d'honoraire et/ou que vous avez une cataracte qui doit être opérée.

Futures, par ce que vous avez l'intention de faire faire une prothèse dentaire amovible en résine.

Cette liste vous permettra d'indiquer à l'organisme complémentaire vos exigences.

Bien entendu, il faut définir **votre budget mensuel**.

Il existe aujourd'hui des courtiers en assurance spécialisés en mutuelle santé pour les seniors qui négocient en amont, auprès des assureurs et des mutuelles, des formules avec un rapport qualité / prix performants



Le saviez-vous ?

Certains seniors bénéficient encore d'une prime de maternité dans leur contrat. Cela impacte forcément leur cotisation

Nous avons vu précédemment que la **Base de remboursement** de la sécurité sociale pour **un médecin généraliste (patient de plus de 18 ans) est de 26,50€**

Si le tableau de garanties de votre mutuelle indique :

Consultations et visites médicales et spécialistes = 100% alors
La mutuelle ET la sécurité sociale vous rembourseront 26,50€
Il faut bien entendu déduire la fameuse participation forfaitaire de 2€.

Partant de constat, ceci veut dire que vous êtes remboursé(e) :

Consultations et visites médecins (patient de plus de 18 ans)	100%	125%	150%	200%
Mode de Calcul	1 fois 26,50€ Participation forfaitaire	1,25 fois 26,50€ Participation forfaitaire	1,5 fois 26,50€ Participation forfaitaire	2 fois 26,50€ Participation forfaitaire
Montant	24,50€	31,12€	37,75€	51€

Ce calcul s'applique aussi pour un médecin spécialiste Gynécologue, ophtalmologue, dermatologue ...
La base de remboursement pour un médecin spécialiste (patient âgé de plus de 18 ans) est de 30€

Consultations et visites médecins spécialistes (patient de plus de 18 ans)	100%	125%	150%	200%
Mode de Calcul	1 fois 30€ Participation forfaitaire	1,25 fois 30€ Participation forfaitaire	1,5 fois 30€ Participation forfaitaire	2 fois 30€ Participation forfaitaire
Montant	29€	36.50€	44€	59€





CLE 5

CHOISIR LES GARANTIES ADAPTÉES À VOS SOUHAITS DE COUVERTURE

C'EST LE MOMENT POUR VOUS DE **POSER DES QUESTIONS À VOTRE ORGANISME COMPLÉMENTAIRE**

Pour cela vous devez, à partir de la liste des garanties souhaitées, questionner votre interlocuteur sur les remboursements appliqués.

Plus vous vous assurez de comprendre les remboursements proposés par votre organisme d'assurance complémentaire, moins vous aurez à vous poser de questions en cas de dépenses imprévues.

La règle en assurance c'est de vous assurer avant la souscription des conditions d'application des garanties et des services proposés.

Prenez une feuille blanche et un stylo à la lecture des documents contractuels et notez toutes les questions, remarques afin de pouvoir les soumettre à votre assureur ou courtier.

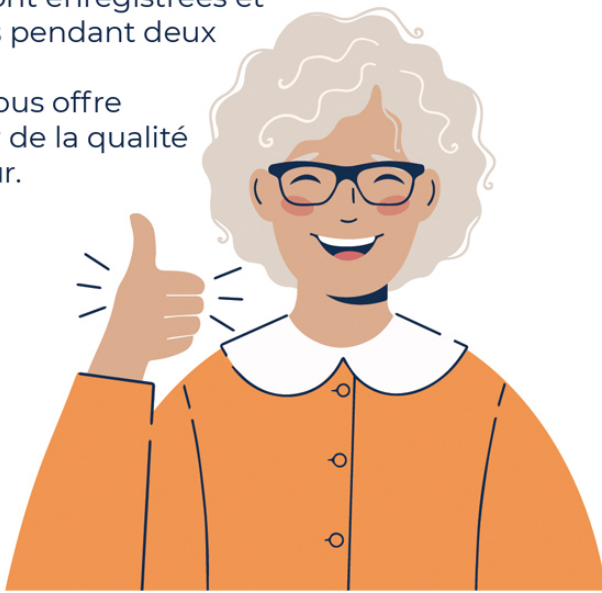
Ces derniers sont tenus de répondre précisément à toutes les questions relatives au contrat.

A noter qu'aujourd'hui les conversations téléphoniques, pour les appels sortants (ce que vous recevez), sont enregistrées et sont obligatoirement conservées pendant deux ans.

Cette nouvelle réglementation vous offre une sécurité afin de vous assurer de la qualité du discours de votre interlocuteur.

Le saviez-vous ?

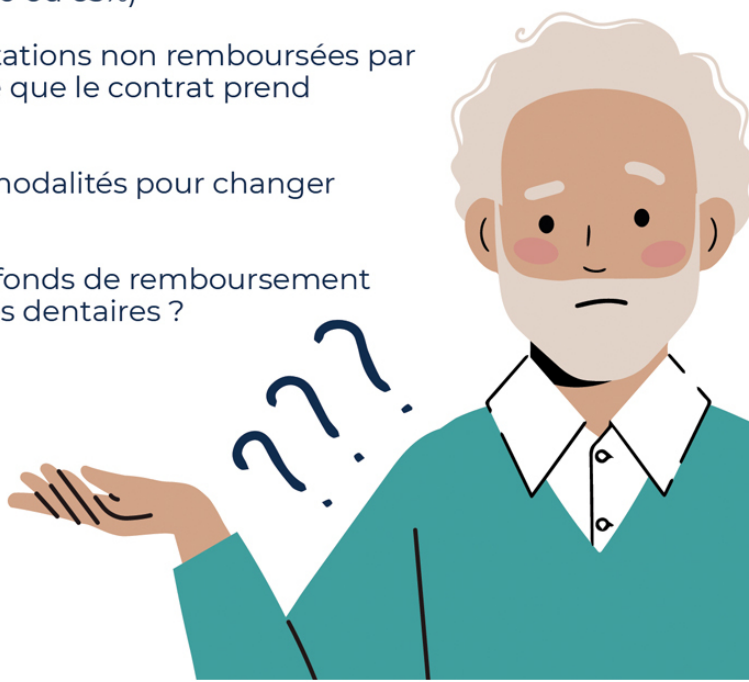
Certains séniors bénéficient encore d'une prime de maternité dans leur contrat. Cela impacte forcément leur cotisation





EXEMPLES DE QUESTION À POSER

- Il y a-t-il un délai de carence ?
- Les dépassements d'honoraires sont-ils remboursés ?
- Quel est le montant de la prise en charge de la chambre particulière ?
- La prise en charge est-elle limitée dans le temps ?
- Est-elle prise en charge quel que soit l'établissement ?
- Quels sont les délais de remboursement en cas d'avance de frais ?
- Il y a-t-il des frais de dossier (frais d'adhésion) ?
- Quel est le montant de la prise en charge des lunettes ? (verres simples, verres complexes...)
- Prenez-vous en charge tous les médicaments remboursés par la sécurité sociale ? (médicaments remboursés par la sécurité sociale à hauteur de 15, 30 ou 65%)
- Il y a-t-il des prestations non remboursées par la sécurité sociale que le contrat prend en charge ?
- Quelles sont les modalités pour changer de formule ?
- Existe-t-il des plafonds de remboursement pour les prothèses dentaires ?





CLE 6

LES AVANTAGES

« PLUS » DE VOTRE MUTUELLE

LA DIFFÉRENCE SE SITUE PARFOIS DANS CES SERVICES MIS À VOTRE DISPOSITION **FAÎTES APPEL À VOTRE GARANTIE ASSISTANCE**

Il s'agit d'une multitudes de services rattachés à vos garanties.

Ils sont plus qu'essentiel afin de faciliter l'accès aux dispositifs de santé ou améliorer votre quotidien.

Le tiers payant par exemple, vous permet de ne pas avoir à avancer vos frais de santé. Pas d'avance d'argent c'est synonyme d'aucune attente pour être remboursé(e).

Une application mobile pour interagir avec votre assureur, suivre vos remboursements en temps réel ou transmettre des documents.

Des **services de téléconsultations**, d'**aide à domicile**, de **rapatriement médical**, de **transfert des proches ou des enfants** sont d'autres solutions qui sont incluses dans votre contrat et que les assuré(e)s n'utilisent pas.

Renseignez-vous sur ces dispositifs afin de pouvoir le cas échéant en profiter !

Pensez à informer vos proches que ces services existent dans votre contrat.



Soyez malins

informez vos proches des contrats que vous avez souscrits

Quelques exemples des nombreux services d'assistance inclus selon le contrat souscrit

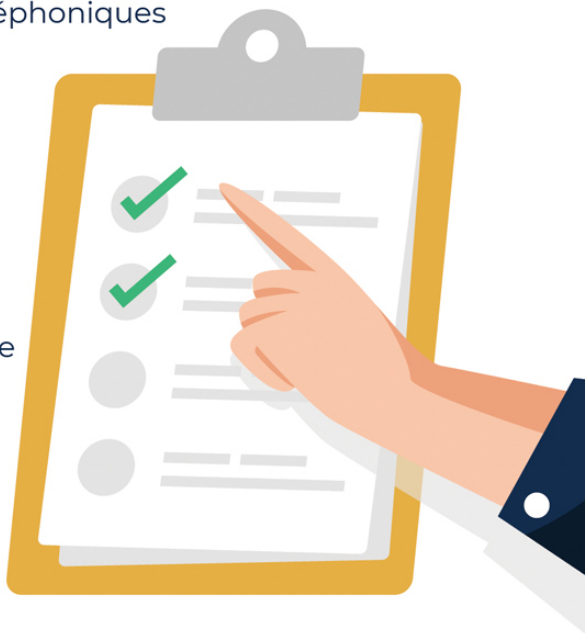
Vous pouvez bénéficier en cas d'hospitalisation, de décès, d'immobilisation de :

- ✓ Venue d'un proche au chevet du bénéficiaire
- ✓ Prise en charge des enfants, petits-enfants et ascendants dépendants
- ✓ Portage de repas
- ✓ Organisation et prise en charge de l'aide-ménagère à domicile
- ✓ Intervenant médical ou paramédical
- ✓ Prise en charge des animaux domestiques

Et en cas de perte d'autonomie :

- ✓ Informations et prévention téléphoniques
- ✓ Soutien psychologique
- ✓ Aide administrative
- ✓ Aide au maintien à domicile
- ✓ Aide au déménagement

Pensez à demander par exemple pour les aides à domicile si la prise en charge est en heures ou en euros.





CLE 7

COMMENT AVOIR UN ZÉRO RESTE À CHARGE

FINI LE TEMPS DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES ET DES APPAREILS AUDITIFS CHERS ! PROFITEZ DU PANIER 100% SANTÉ

Depuis le 1er janvier 2020, un dispositif est mis en place pour garantir un zéro reste à charge sur vos équipements optiques, dentaires (hors implant) et prothèses auditives

Ce dispositif est appelé « 100% santé »

Votre opticien, votre dentiste et votre prothésiste auditif ont tous l'obligation de vous présenter deux devis :

- Le devis panier 100% santé avec un zéro reste à charge
- Le devis « panier libre » dont le montant est défini par le professionnel de santé

Vous êtes libre de choisir le devis qui vous convient le mieux. L'idée majoritaire est de dire que le panier 100% n'offre que des équipements de basses qualités, pour ne pas dire mauvais.

Ce qui n'est pas forcément vraie !

Les verres du panier 100% santé incluent 3 options :
amincissement,
anti-reflet, anti-rayure.

De plus, les verres sont adaptés à votre vue, y compris pour les verres progressifs.

La monture est quant à elle proposée parmi une gamme plus restreinte que celles exposées par l'opticien.





1^{er} JANVIER 2020

Reste à charge zéro effectif:

Les lunettes de vue
prises en charge à
100%



1^{er} JANVIER 2020

Bridge, Inlays-cores,
onlay-cores et
couronnes pris en charge
à 100%

JANVIER 2021

Prothèse amovible en
résine prise en charge
à 100%



1^{er} JANVIER 2021

Reste à charge zéro effectif:

pour toutes les aides
auditives qui sont
prises en charge à
100%

Pour les prothèses dentaires, je demande souvent à ceux ou celles qui m'interrogent : « Qui sera amené à voir cette dent ? » selon la réponse je rebondis alors en disant que s'il s'agit d'une dent « du fond », il est plus judicieux de demander un devis dans le cadre du panier 100% santé.

Alors que s'il s'agit d'une dent du sourire, demandez un devis dans le cadre du panier 100% et un devis « panier libre » pour pouvoir mieux choisir celui qui vous convient.

A noter que de nombreux dentistes proposent aujourd'hui à leurs patients des prothèses de qualité, y compris dans le cadre du panier 100% santé.

Comme pour votre mutuelle, pensez à comparer les devis de plusieurs dentistes. Il existe des différences de plus de 400€ selon les dentistes.

Concernant les appareils auditifs, ceux proposés dans le panier 100% santé sont aujourd'hui très performants. La technologie dans ce domaine est sans cesse en évolution. Les appareils d'aujourd'hui sont déjà dotés de technologies avancées comparés à ceux proposés au lancement du panier 100% santé.



CLE 8

COMMENT RÉSILIER SON CONTRAT D'ASSURANCE

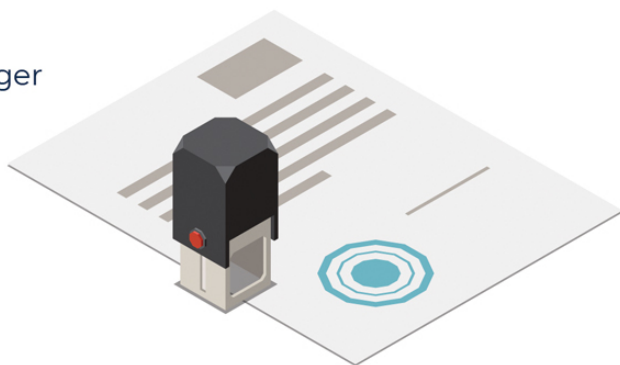
TERMINER LES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES INTERMINABLES CONFIEZ LA RÉSILIATION À VOTRE ASSUREUR OU COURTIER

Plus 90% des séniors n'ont pas envie de s'embarasser avec des démarches administratives. Cet état de fait est encore plus vrai lorsqu'il est question de changer d'assurance alors **plus de 95% d'entre eux ont un intérêt financier à le faire.**

Outre l'intérêt financier, s'alléger des démarches administratives relatives à son contrat d'assurance est aussi un plus ! En effet, nous avons tous en tête, la voie de cette boîte vocale qui vous invite à taper 1, puis 3, puis... Pour finir, par vous annoncer que tous les conseillers sont en ligne et qu'il faut rappeler ultérieurement.

Zéro paperasse ! C'est l'objectif que se sont fixés les cabinets de courtage. Ceci afin de rendre plus simple et accessible l'accès à des formules plus performantes tout en préservant le porte-monnaie des séniors.

Franchissez le cap d'interroger un cabinet de courtage. Vous pourrez ainsi vous assurer que votre mutuelle est toujours compétitive sur le marché.



ASTUCES :

Avec la nouvelle réglementation, la résiliation de votre mutuelle peut se faire à tout instant



LES DIFFÉRENTES MODALITÉS POUR RÉSILIER SA MUTUELLE

RESILIATION A ECHEANCE

permet de résilier son contrat lorsqu'il arrive à échéance principale
la lettre recommandée avec AR doit être envoyée 2 mois avant

RESILIATION LOI CHÂTEL

permet de résilier son contrat lorsque l'on reçoit son échéancier
le délai pour renoncer à la reconduction tacite est de 20 jours
(attention : toutes les mutuelles ne sont pas sujettes à la loi Châtel)

RESILIATION AUGMENTATION TARIFAIRE

permet de résilier son contrat dès lors que la cotisation a augmenté
le délai de résiliation est de 30 jours après réception de l'échéancier
(stipulant une augmentation)

RESILIATION INFRA-ANNUELLE

permet de résilier à tout instant son contrat, sans frais, dès lors que l'on
a effectué 1 an d'adhésion





CLE 9

FAÎTES LE CHOIX D'UNE SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ

AUGMENTER VOS REMBOURSEMENTS EN TOUTE SIMPLICITÉ **OPTEZ POUR UNE SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ**

Très peu connue des personnes qui souhaitent augmenter le remboursement de leurs frais de santé, la surcomplémentaire santé est un contrat d'assurance supplémentaire !

Elle intervient après que la sécurité sociale et votre organisme de complémentaire santé aient analysé le remboursement de votre dépense de santé.

Comme vu précédemment, il est possible que selon la dépense que vous avez effectué la sécurité sociale rembourse ou non. Pour cette même dépense, il est possible que votre complémentaire santé rembourse ou non.

La surcomplémentaire santé interviendra sur ladite dépense, selon les conditions définies par le contrat et si la garantie a été souscrite.

Cette solution peut vous permettre parfois de ne pas avoir à changer de mutuelle et de choisir une surcomplémentaire pour venir renforcer vos remboursements.

Attention, certains assureurs qui proposent des surcomplémentaires santé rendent obligatoire la souscription de la mutuelle. Certains ne veut dire pas tous !



Astuces

Choisissez une surcomplémentaire à tiroirs



POUR MIEUX COMPRENDRE

Nous sommes souvent interrogés par des personnes qui ont pour projet de faire des implants dentaires.

Nous savons pertinemment que les implants dentaires coûtent chers et qu'ils sont, en plus de cela, très mal remboursés par les organismes de complémentaire santé !

Je dis souvent qu'au regard du montant facturé par le dentiste pour un implant et du montant pris en charge par l'organisme de complémentaire santé qu'il ne s'agit pas pour ce dernier d'un remboursement mais d'une participation.

Pour revenir à mon propos, je vous propose de prendre l'exemple d'une personne qui a trois implants à faire :

Dans notre exemple :

Le remboursement de la sécurité sociale est de zéro euro

Le remboursement de l'organisme de complémentaire santé est de 150 euros par implant

La surcomplémentaire propose un remboursement de 500€ par implant, limité à 2000€ la première année ce qui implique qu'elle va rembourser 1500€ la première année.

Bien entendu, il est primordial de calculer le montant de la cotisation à ajouter pour bénéficier de la surcomplémentaire !

Si le montant de la cotisation multipliée par 12 mois de cotisation obligatoire est supérieure au montant du remboursement alors cela n'a pas d'intérêt. Dans le cas contraire, il est bon étudier cette éventualité.



CLE 10

LES RAISONS DE CHANGER DE MUTUELLE

BIEN CHOISIR C'EST ÊTRE BIEN ASSURÉ

EXIGEZ UNE QUALITÉ DE SERVICE SANS FAILLE

Voici 10 raisons qui pourraient vous inciter à changer de mutuelle :

- 1.** Les tarifs proposés par votre mutuelle actuelle ne sont pas compétitifs par rapport à ceux proposés par d'autres mutuelles
- 2.** Votre situation personnelle a changé (mariage, naissance d'un enfant, départ à la retraite, etc.) et vous avez besoin de prestations différentes
- 3.** Votre état de santé a changé et vous avez besoin de prestations plus spécifiques ou plus élevées
- 4.** Vous avez besoin de prestations qui ne sont pas couvertes par votre mutuelle actuelle
- 5.** Vous n'êtes pas satisfait du niveau de remboursement de votre mutuelle actuelle
- 6.** Vous souhaitez bénéficier de services supplémentaires (tiers-payant, assistance, etc.) que votre mutuelle actuelle ne propose pas.
- 7.** Vous rencontrez des difficultés à contacter votre mutuelle actuelle ou à obtenir des réponses claires à vos questions
- 8.** Votre mutuelle actuelle a subi des changements dans sa structure ou dans ses garanties
- 9.** Vous avez entendu parler de mutuelles plus avantageuses en termes de tarifs ou de prestations
- 10.** Vous avez besoin d'une mutuelle qui propose des garanties plus adaptées à votre situation professionnelle (indépendant, salarié, fonctionnaire, etc.)



EN CONCLUSION

Il est essentiel de bien choisir votre mutuelle sénior pour bénéficier d'une couverture santé adaptée à vos souhaits de garanties et à votre budget. Le choix de la mutuelle ne doit pas être pris à la légère car il peut impacter la qualité des soins et le niveau de remboursement.

Il est important de bien évaluer vos besoins en santé en fonction de votre état de santé actuel et de vos antécédents médicaux. Il est également conseillé de comparer les offres des différentes mutuelles en termes de tarifs, de garanties et de services proposés.

L'âge avançant, vos besoins de santé évoluent, et il vous est donc recommandé de vérifier régulièrement si les garanties proposées par votre mutuelle sont toujours adaptées à votre situation. Il est également important de vérifier si votre mutuelle propose des services d'assistance, pratique le tiers-payant ou offre une plateforme téléphonique pour répondre aux questions.

Enfin, il est essentiel de prendre le temps de lire attentivement les conditions générales et les exclusions de la mutuelle avant de signer le contrat. Une lecture rapide est proposée dans le document IPID. Cette lecture permettra de mieux comprendre les engagements et les limites de la couverture santé proposée.

En somme, choisir votre mutuelle sénior adaptée à vos besoins et à votre budget est une étape importante pour préserver votre santé et celle de vos proches. Il est donc recommandé de s'informer, de comparer et de prendre le temps de réfléchir avant de signer un contrat de mutuelle.

Nous espérons que ce guide vous permet dorénavant d'avoir les idées plus claires et que les questions que vous vous posiez font partie du passé.

Compte tenu de la situation actuelle, toute économie réalisée est la bienvenue. C'est pourquoi, nous vous invitons aussi rapidement que faire se peut d'étudier votre contrat d'assurance complémentaire santé. Ce guide est le premier que nous réalisons sur l'un des sujets d'assurances et nous l'espérons le premier d'une longue série.

PETIT QUIZZ

Cocher la bonne réponse

	Vrai	Faux
A - L'organisme d'assurance maladie définit un montant pour toutes les dépenses de santé ?	☐	☐
B - Le montant permet de définir la Base de remboursement de la sécurité sociale appelé (BR) ?	☐	☐
C - Cette base de remboursement est utilisée par la mutuelle pour calculer vos futurs remboursements ?	☐	☐
D - La base de remboursement pour un médecin généraliste est actuellement de 26€ ?	☐	☐
E - La base de remboursement pour un spécialiste (ophtalmologue, gynécologue) est de 30€ ?	☐	☐
F - Avec une mutuelle à 200% pour les spécialistes, je suis remboursé.e 60€ mutuelle et sécurité sociale comprise pour une visite chez un ophtalmologue ?	☐	☐
G - Le 100% permet un zéro reste à charge sur toutes mes dépenses de santé :	☐	☐
H - Le 100% santé me permet d'avoir un zéro reste à charge sur mes verres et je peux aussi panacher avec ma mutuelle pour prendre des montures ?	☐	☐
I - Les implants sont prises en charge par le panier 100% santé ?	☐	☐
J - La surcomplémentaire peut être une solution pour cibler et renforcer mes dépenses de santé ?	☐	☐
K - Après un an consécutif effectué au sein de mon assurance complémentaire santé, je peux résilier à tout instant ?	☐	☐



Réponse : A. V | B. V | C. V | D. F | E. V | F. V | G. F | H. V | I. F | J. V | K. V
(V = Vrai et F = Faux)

FIN DES MUTUELLES TROP CHERES : COMMENT REALISER DES ECONOMIES



J'ai actuellement un contrat Mutuelle santé

Votre contrat reste en vigueur sur les mêmes conditions MAIS vous vous offrez la possibilité de regarder si les conditions proposées actuellement sont meilleures



Je me RENSEIGNE Sur les offres actuelles

Un comparateur de plus 450 solutions et de manière indépendante est mis à votre disposition
www.partner-assurances.com



Je RECOIS une proposition personnalisée

Qui me permet de **COMPARER** avec mon contrat mutuelle santé actuelle

je CHOISI si et seulement l'offre me convient de souscrire à l'offre qui m'a été proposée
Zéro paperasse, nous nous occupons de tout !



NOUS AVONS BESOIN DE VOUS !

FAITES-NOUS PART DE VOS RETOURS,
SUGGESTIONS OU PISTES
D'AMÉLIORATIONS



Partner ASSURANCES 

COURTIER EXPERT EN ASSURANCES
POUR LES SENIORS



01 82 39 02 70



40 rue de la gare
94110 Arcueil



www.partner-assurances.com

