

NOS CONSEILS :

Mutuelle

Changer de complémentaire santé

Passer d'une complémentaire santé à une autre est relativement facile, sous réserve de respecter les délais et les conditions de résiliation. Et d'appréhender également quelques subtilités.

Quels délais respecter pour résilier sa complémentaire individuelle ?

Aujourd'hui, presque toutes les complémentaires santé individuelles sont conclues pour une durée d'un an et leur renouvellement a lieu par tacite reconduction. Il est possible de les résilier à chaque date d'échéance (souvent fixée au 1^{er} janvier de chaque année), sans motif à donner, par lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR). Les organismes assureurs doivent vous informer de cette possibilité légale au plus tard 15 jours avant la date limite de résiliation : le cas échéant, vous devez envoyer votre lettre avant l'expiration de ce délai de 15 jours. Si la lettre de l'assureur vous parvient moins de 15 jours avant la date limite de résiliation, vous disposez cette fois de 20 jours à compter de la date d'envoi de ce courrier pour résilier votre contrat. Et si vous ne recevez aucun courrier, la réglementation vous autorise à résilier le contrat à tout moment, une fois passée sa date d'échéance : la résiliation prend alors effet le lendemain de l'envoi de la lettre recommandée.

Comment résilier sa complémentaire individuelle lorsque l'on doit adhérer à un contrat d'entreprise ?

Rien de plus simple ! La réglementation prévoit que la résiliation d'un contrat individuel doit intervenir dans les 3 mois suivant la date à laquelle vous avez la possibilité de bénéficier d'une complémentaire d'entreprise (nouvelle embauche ou mise en place d'un tel contrat dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé le 1^{er} janvier 2016). Votre lettre recommandée avec accusé de réception doit être accompagnée d'un justificatif de cette nouvelle situation. La résiliation devient effective un mois après réception de cette lettre par l'assureur : ce dernier doit alors vous rembourser le trop-perçu des cotisations déjà payées.

Une fois le contrat individuel souscrit, y a-t-il immédiatement prise en charge de tous les soins ?

Oui et non. Oui, pour les grands postes de soins : frais de consultations, pharmacie, analyses médicales, actes de radiologie, soins dentaires courants et frais liés à une hospitalisation, y compris ceux non pris en charge par l'assurance maladie (forfait journalier, frais de séjour et coût d'une chambre individuelle notamment). Non en revanche, pour la plupart des soins très peu pris en charge par l'assurance maladie et également très coûteux : équipements optiques, prothèses auditives, prothèses dentaires, frais d'orthodontie (adulte mais aussi enfant) et cure thermale. Pour pouvoir être remboursé dans les limites du contrat, il faut laisser passer leur délai de carence, de 3 à 12 mois selon les garanties.

Les taux ou les plafonds de remboursement peuvent-ils être modifiés en cours de contrat ?

Oui et non. Aucun organisme assureur (mutuelle, compagnie...) ne peut décider de lui-même, en fonction des (mauvais) résultats techniques de son contrat, d'abaisser les seuils de couverture. En revanche, le législateur peut imposer des restrictions et/ou de nouvelles limites de garanties : elles s'appliquent alors à tous les contrats sans exception, individuels ou collectifs. C'est le cas dernièrement des dispositions du décret sur les contrats responsables.

Est-il difficile de trouver un contrat individuel lorsque l'on avance en âge ?

De plus en plus. En l'absence de réglementation sur ce point, les dispositions de chaque contrat prévalent. Une récente enquête de la Drees sur [la façon dont les organismes complémentaires fixent leurs tarifs](#) a montré que la limite d'âge était de 62 ans en moyenne pour les contrats des mutuelles et de 69 ans pour ceux des assureurs. Autrement dit, passé un certain âge, vous devez conserver le même contrat, dont les garanties sont obligatoirement viagères.

La cotisation dépend-elle de l'état de santé ?

Non. Aujourd'hui, la plupart des contrats sont solidaires, ce qui signifie que les personnes assurées ne sont pas soumises à un questionnaire médical préalable et que les cotisations ne sont pas calculées selon leur état de santé. Cette règle est valable pour les contrats individuels ou collectifs. En contrepartie, ces contrats bénéficient d'une réduction de 7 % du taux de la taxe sur les conventions d'assurances.

Les cotisations progressent-elles moins vite dans les mutuelles ?

Le montant d'une cotisation est la conjonction de différents paramètres : encaissements perçus, remboursements effectués, frais de gestion... sachant que plus l'âge des personnes assurées augmente, plus le poste « remboursements » augmente lui aussi. En moyenne, le rythme de hausse des complémentaires individuelles est de 2 % par an, hors application de taxes obligatoires. Avec l'âge, ce chiffre augmente, mais tous les seniors ne sont pas logés à la même enseigne. Selon une récente enquête de la Drees sur [la façon dont les organismes complémentaires fixent leurs tarifs](#), 85 % des personnes ayant une individuelle santé auprès d'une société d'assurances voient leur cotisation augmenter de plus en plus après 60 ans (les techniciens parlent de tarification convexe) tandis que les trois quarts des personnes assurées auprès d'une mutuelle ont une tarification soit linéaire, c'est-à-dire constante quel que soit l'âge, soit ralentissant, toujours après 60 ans. Ces modes de fonctionnement aboutissent à un résultat sans appel : à 75 ans, la cotisation d'un contrat « assureur » est 30 % plus élevée que celle d'un contrat « mutuelle » !

Auprès de qui vaut-il mieux souscrire une complémentaire individuelle ?

Difficile à dire tant les contrats se sont harmonisés au fil des années ! À la seule lecture des garanties, la différence entre un contrat de mutuelle, de société d'assurance mutuelle, d'assureur ou un contrat individuel émanant d'une institution de prévoyance ne saute pas franchement aux yeux. Pour le reste, c'est une question d'éthique personnelle sachant que là aussi, les frontières d'autrefois sont de moins en moins marquées aujourd'hui. Certes les mutuelles font encore jouer la solidarité intergénérationnelle et conservent pour certaines quelques règles spécifiques : c'est notamment le cas des mutuelles de la fonction publique où la cotisation peut être calculée au prorata des revenus par exemple. Parallèlement, il faut savoir que les exigences réglementaires en termes de fonds propres qui s'appliquent à compter de 2016, la pression concurrentielle exercée par les autres acteurs du secteur et la recherche d'une optimisation de la gestion des coûts les ont amenés à se regrouper. En 10 ans, leur nombre a été divisé par deux et ce n'est pas fini. De fait, bien plus qu'avant, les mutuelles segmentent leurs contrats par cibles (jeunes, retraités...) et pour se maintenir dans la course, elles se sont aussi engouffrées à grands frais dans le marketing et la publicité. Côté tarifs, là encore, difficile de prendre position de façon générale : d'où l'intérêt de pouvoir utiliser notre comparateur.

Est-on obligé d'adhérer à la complémentaire collective qui vient d'être mise en place ?

Non. Vous pouvez être dispensé d'adhérer au nouveau contrat collectif si sa mise en place résulte d'une décision unilatérale de votre employeur. Si vous avez un contrat individuel (y compris si vous avez bénéficié de l'ACS pour l'acquérir), cette exonération vaut jusqu'à sa date d'échéance. Si vous êtes couvert par un contrat collectif (via votre conjoint par exemple), vous devez en apporter la preuve chaque année à votre employeur.

Est-on obligé d'adhérer à la complémentaire de l'entreprise si on vient d'être embauché ?

Oui, si vous n'êtes couvert par aucun contrat santé. Si en revanche, vous êtes déjà couvert, à titre obligatoire, par la garantie d'entreprise de votre conjoint (concubin ou partenaire de PACS), vous pouvez ne pas adhérer au contrat collectif à condition que cette possibilité ait été prévue dans le texte le mettant en place (convention collective, accord d'entreprise, référendum ou décision unilatérale de l'employeur).

Lorsque les conjoints travaillent dans la même entreprise, sont-ils tous les deux obligés de souscrire à la complémentaire collective ?

Non. Même si le contrat collectif obligatoire prévoit de couvrir les ayants droit (conjoint, enfants), il ne peut y avoir de double affiliation. Dans ce cas, une personne est affiliée en propre et l'autre en tant qu'ayant droit, sans cotisation individualisée à payer (ce qui n'empêche pas l'entreprise de prévoir une cotisation spécifique couple ou famille).

Est-on obligé d'adhérer à la complémentaire collective lorsqu'on a été embauché en CDD ?

Oui et non. Vous pouvez renoncer à la complémentaire collective si la durée de votre CDD est inférieure à 12 mois, à condition que cette couverture collective ait été mise en place par un accord collectif ou un référendum. Si tel n'est pas le cas, la dispense n'est accordée que si vous justifiez d'une assurance santé par ailleurs (individuelle ou en tant qu'ayant droit d'un contrat collectif obligatoire). Cette dernière règle s'applique aussi aux salariés à employeurs multiples. Les personnes qui effectuent un temps très partiel (moins d'un mi-temps) ou les apprentis peuvent en revanche choisir de ne pas adhérer, sans avoir à justifier quoi que ce soit.

Comment savoir si un contrat est responsable ?

L'organisme qui vous propose ce contrat doit vous l'indiquer clairement. Pour les contrats individuels en cours, la mise en conformité des garanties doit être effective à leur date d'échéance. Pour les contrats collectifs, elle doit avoir lieu fin 2017 au plus tard.

Peut-on résilier sa complémentaire individuelle au profit d'un contrat ACS ?

Oui. Si vous êtes désormais éligible à l'aide à l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé), vous pouvez sélectionner et souscrire un [contrat labellisé ACS](#), puis résilier par lettre recommandée avec accusé de réception votre contrat individuel en cours. Cette formalité peut avoir lieu à tout moment, sans avoir à attendre la date d'échéance de votre contrat. L'assureur est tenu de vous rembourser les cotisations déjà versées pour les périodes restant à courir.

Roselyne Poznanski (QUE CHOISIR) Publié le : 04/08/2015