

# Complémentaires santé, se soigner sans supplément

Le budget santé est d'une proportion non négligeable pour tout ménage. La caisse de maladie prend en charge une grande partie des frais. Pour le reste, c'est soit de sa propre poche soit par l'intermédiaire d'une complémentaire. Mais toutes ne proposent pas les mêmes prestations pour le même tarif. Voici donc quelques points à prendre en compte pour choisir ou changer de mutuelle.

## Tout d'abord, qu'est-ce que la complémentaire santé?

La complémentaire santé, appelée également assurance complémentaire ou encore mutuelle santé, permet de vous rembourser tout ou une partie des dépenses de santé non prises en charge par la caisse de maladie. Sans mutuelle, le ticket modérateur et les dépassements d'honoraires, ainsi que d'autres frais affaissant à des dépenses de santé,

restent intégralement à votre charge. Les dépenses non prises en charge sont plus particulièrement:

- > des frais de séjour à l'hôpital,
- > des suppléments d'honoraires médicaux,
- > des frais de prothèses externes et internes,
- > des frais d'accompagnement,
- > des frais pour les cures,
- > des frais pour certains soins et

prothèses dentaires,

- > des frais de soins pour intervention chirurgicale à l'étranger,
- > des frais pour l'acquisition d'une perruque liée à une problématique de santé.

## Qui propose des complémentaires santé?

Dans ce domaine, deux types de partenaires peuvent vous proposer leurs services:

- > Les institutions privées d'assurances, régies par le code des assurances, sont avant tout des entreprises commerciales recherchant la rentabilité.
- > Les mutuelles qui ont un fonctionnement basé sur le principe de la solidarité. Pour connaître la liste des sociétés de secours mutuels reconnues par l'État, visitez le site Internet de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste (CMCM) à l'adresse [www.cmcm.lu](http://www.cmcm.lu).

## Quelles sont les prestations non remboursées par la caisse de maladie, en plus de celles mentionnées plus haut?

D'ordre général, la caisse de maladie ne rembourse pas:

- > les suppléments, au-delà du tarif conventionné, facturés par le médecin,
- > plus d'une consultation chez un médecin généraliste ou médecin spécialiste d'une même discipline par 24 h,



## Lexique

**Ticket modérateur** C'est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement par la caisse de maladie.

**Tiers payant** Mécanisme par lequel vous êtes dispensé d'avancer des frais de prise en charge par la complémentaire. Concrètement, cela signifie que si votre complémentaire santé applique le tiers payant vous n'aurez rien à régler chez les praticiens et pharmacies qui acceptent ce mode de fonctionnement.

**Délai de carence** Il correspond à la période pendant laquelle certains remboursements ne sont pas pris en compte.

## La réforme du système de santé...

Gros dossier en cours, la réforme du système de santé a donné lieu à quelques pistes de réflexion mises en avant par le ministre Mars Di Bartolomeo. Le gouvernement souhaite par cette réforme économiser quelque 50 millions d'euros car il s'attend à un déficit de 60 millions pour l'année en cours (la Caisse nationale de Santé était bénéficiaire en 2009). Le projet du gouvernement propose notamment la mise en place d'un médecin référent qui aura en charge le dossier électronique individuel de chaque patient. La mise en place du médecin référent se fera de manière progressive et dans tous les cas, avec dans un premier temps, des patients volontaires. Le projet prévoit également de contraindre les patients et les médecins à s'orienter vers les médicaments les moins chers. Ainsi, pour une même molécule, le remboursement se fera sur base du prix du médicament le moins cher du marché. Si cette mesure venait à se mettre en place, cela pourrait engendrer une hausse des tarifs des complémentaires de santé. Enfin, le gouvernement pourrait décider d'une hausse des cotisations de 0,15 à 0,20% pour les particuliers et les entreprises ou bien de supprimer le plafond fixé à cinq fois le salaire social minimum. Les décisions définitives n'interviendront qu'à la fin de l'année pour une mise en application le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Pour l'heure il ne s'agit donc que de pistes...

- > plus de deux consultations d'un généraliste ou d'un spécialiste d'une même discipline par semaine,
- > plus de douze consultations d'un généraliste ou d'un spécialiste d'une même discipline par semestre sauf exceptions (autorisation ou justification admise par le contrôle médical),
- > la différence entre les tarifs en chambre 1<sup>ère</sup> classe ou chambre à un lit et les chambres "de base",
- > le tarif augmenté de 66% par rapport au tarif conventionnel que les médecins sont en droit d'appliquer lors de séjour à l'hôpital dans une chambre 1<sup>ère</sup> classe,
- > la facturation d'un tarif pour non respect de rendez-vous,
- > les suppléments de tarif pour convenance personnelle définie selon certains codes (CP1 à CP7).

Dans la grande partie de ces cas, la complémentaire santé prend le relais pour tout ou partie des frais supplémentaires engagés.

## Puis-je négocier les produits des différents assureurs et mutuelles?

Oui, bien entendu. Bien évidemment, mutuelles et assureurs proposent différents produits clés en main. Les tarifs varient donc considérablement. Il ne faut donc pas hésiter à comparer les différentes offres de ces sociétés et de choisir ainsi en fonction de vos besoins. Sachez prendre tout votre temps pour faire votre choix au mieux, vous pourrez ainsi réaliser de substantielles économies.

Pour vous aider à faire un choix, établissez un bilan des besoins de santé de votre famille en fonction:

- > du nombre de personnes de votre foyer et de leurs besoins en soins,
- > du nombre et de la fréquence des médecins consultés chaque année,

- > de la consommation de médicaments et de soins complémentaires (kinésithérapie, ostéopathie, orthophonie, etc.)
- > des soins dentaires,
- > des besoins en lunettes ou lentilles.

Au moment de faire votre choix, vérifiez également la durée de remboursement lors d'une hospitalisation, la prise en charge des éventuels dépassements d'honoraires ou encore la prise en charge d'une chambre particulière.

## Quels sont les autres critères à prendre en compte quant au choix d'une bonne mutuelle?

Orientez-vous vers les complémentaires santé qui ne pratiquent pas de délais de carence, qui appliquent le tiers payant ou encore qui font preuve de rapidité pour le remboursement des soins. Prenez également soin de choisir un organisme qui couvre d'autres soins (selon vos besoins) comme certaines médecines douces (ostéopathie, naturopathie, etc.), des consultations de psychologue ou de psychanalyste ou encore des traitements et soins spécifiques (certains vaccins complémentaires, traitements d'aide à l'arrêt du tabac, contraceptions, etc.).

## Enfin, ai-je obligation de remplir un questionnaire de santé?

Un questionnaire de santé est en général demandé lors de la souscription. Il permet de constater de l'état de santé des personnes assurées. Certaines pathologies peuvent en effet engendrer une surprime. Tricher sur son état de santé est risqué car cela peut alors donner lieu à des exclusions ou à des surprimes si "l'omission" vient à être constatée.

Jean-Marc Streit