

SOCIAL-RETRAITE

COMPLEMENTAIRE SANTE SOINS : COMMENT SEREZ-VOUS REMBOURSE ?

À partir d'avril prochain, les assurés bénéficiant d'une mutuelle ne supporteront plus aucun reste à charge sur les tarifs conventionnés mais, dans le même temps, ils verront certains de leurs remboursements plafonnés. Comment freiner les dépassements d'honoraires des médecins, endiguer la flambée des frais d'optiques et garantir une meilleure couverture pour les assurés ? En imposant une prise en charge minimale aux organismes d'assurance santé complémentaire (communément appelés "mutuelles") et en plafonnant certains de leurs remboursements. C'est la solution choisie par les pouvoirs publics avec la mise en place d'un nouveau cahier des charges pour les "contrats solidaires et responsables", souscrits ou renouvelés à compter du 1er avril 2015, qui doit permettre d'améliorer l'accès aux soins et de limiter le reste à charge pour les assurés.

PRISE EN CHARGE OBLIGATOIRE DU TICKET MODERATEUR

Constatant que les couvertures complémentaires actuelles sont très disparates, les prochains contrats devront offrir à tous les assurés un même "panier de soins" minimal. "Cela permettra de supprimer les complémentaires bas de gamme qui remboursent mal", se satisfait Jean-Martin Cohen-Solal, le Délégué général de la Mutualité Française. Concernant les soins de ville, le ticket modérateur – la partie des frais de santé laissés à la charge de l'assuré jusqu'au tarif conventionnel de la sécurité sociale – devra être intégralement pris en charge par la mutuelle (le contrat pouvant rembourser plus jusqu'à une certaine limite). Ce remboursement obligatoire du ticket modérateur ne concernera toutefois pas les cures thermales ni les médicaments homéopathiques ni ceux remboursés à 15 % ou 30 % par la Sécurité sociale considérés comme ayant un service médical rendu (SMR) faible ou modéré.

En cas d'hospitalisation, le forfait journalier (18 €) – jamais remboursé par la Sécurité sociale – devra également être totalement pris en charge (comme le ticket modérateur des soins) et, ce, sans limitation de durée, contre 30 jours dans la plupart des contrats actuels.

FRAIS D'OPTIQUE LIMITÉS

L'autre composante du "panier de soins" minimal concerne l'optique, un secteur dans lequel les prix ne cessent de grimper depuis plusieurs années au point que, pour certains, porter des lunettes de vue devient un luxe. Désormais, il faudra attendre deux ans pour pouvoir se faire rembourser l'achat d'une nouvelle paire. La prise en charge restera toutefois annuelle pour les mineurs et pour les assurés dont la vision a changé entre-temps. Par ailleurs, un minimum et un maximum de prise en charge des verres correcteurs sont instaurés avec des plafonds fixés à 50 € pour les verres simples et à 200 € pour les verres complexes (progressifs) ou très complexe (multifocaux ou progressifs sphériques) et des remboursements de lunettes respectivement plafonnés à 470 € (verres simples), 750 € (verres complexes) et 850 € (verres très complexes). Au sein de ces plafonds, la prise en charge de la monture seule est limitée à 150 €.

CHOIX DU MEDECIN

Du côté des consultations, les contrats responsables devront faire une distinction entre les médecins selon qu'ils ont ou non signé un contrat d'accès aux soins (CAS) dans lequel ils s'engagent à ne pas augmenter leurs honoraires et à ne pas dépasser 100 % du taux de dépassement moyen constaté en 2012.

La prise en charge des dépassements d'honoraires sera plus élevée en cas de consultation d'un praticien ayant conclu un CAS : le remboursement de la mutuelles n'étant alors pas plafonné. En revanche, la

prise en charge des dépassements d'honoraires pratiqués par un médecin non signataire d'un CAS sera plafonnée à hauteur de 125 % du tarif de la Sécurité sociale en 2015 et 2016 puis à 100 % à partir de 2017.

Pour le Délégué général de la Mutualité Française, le curseur a été placé trop haut : "le seuil de 125 % est trop élevé par rapport à une moyenne de dépassement qui est plutôt de l'ordre de 80 % du tarif de la Sécurité sociale". Ce qui pourrait inciter certains praticiens à majorer encore un peu plus leurs honoraires pour s'approcher du plafond remboursable. Au point de contraindre les assurés à souscrire une assurance santé "sur-complémentaire", comme le prédit la Chambre syndicale des courtiers d'assurance (CSCA) ? La Mutualité Française ne le pense pas. L'avenir nous dira qui aura fait le bon diagnostic.

PETITES RETRAITES : VERSEMENT D'UNE PRIME EXCEPTIONNELLE DE 40 EUROS

Publié le 02.01.2015 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)

Les retraités dont le montant total des pensions de retraite est inférieur ou égal à 1 200 euros mensuels au 30 septembre 2014 vont bénéficier d'une prime exceptionnelle de 40 euros. Cette prime doit être versée en un paiement unique. Un décret a été publié en ce sens au Journal officiel du mercredi 31 décembre 2014. Le Premier ministre avait annoncé le versement de cette prime exceptionnelle dans sa déclaration de politique générale du 16 septembre 2014.

Les règles de calcul qui s'appliquaient en matière de revalorisation des petites retraites conduisaient mécaniquement à une stabilité des pensions du fait de la très faible inflation en 2014. C'est pourquoi le gouvernement avait décidé de verser cette prime exceptionnelle. Sur Service-public.fr

RESILIATION A TOUT MOMENT DES CONTRATS D'ASSURANCE

Depuis le 1er janvier 2015, les consommateurs peuvent résilier à tout moment leurs contrats d'assurance (essentiellement auto, moto, habitation), gratuitement et sans justificatif, après un an d'engagement. Cette faculté est ouverte aux contrats conclus à compter de cette date. Pour les assurances souscrites antérieurement, il faut attendre leur prochaine reconduction pour la mettre en oeuvre.

Cette mesure, l'une des plus attendues de la loi Consommation du 17 mars 2014, devrait aider les consommateurs « à rechercher les meilleurs tarifs pour les contrats d'assurance, qui constituent des dépenses contraintes et représentent 5 % de leur budget, et ainsi bénéficier de gains de pouvoir d'achat », peut-on lire dans le communiqué conjoint des ministères de l'Économie et des Finances. Pour résilier, il n'est plus nécessaire d'envoyer une lettre recommandée, le fait de souscrire chez un nouvel assureur suffit. Ce dernier se charge de faire les démarches à la place de l'assuré. Décret 2014-1685 du 29 décembre 2014, JO du 31