

Ma complémentaire santé est-elle un bon partenaire ?

LES QUESTIONS À SE POSER :

- Mon niveau de remboursement est-il bon ?
- Suis-je libre de choisir mon Opticien ?
- Ai-je accès à tous les produits ?
- Ai-je accès au Tiers Payant quel que soit mon Opticien ?
- Mes remboursements sont-ils cohérents avec mon niveau de cotisation ?
- Les informations transmises par ma complémentaire sont-elles claires et accessibles ?
- La confidentialité de mes données personnelles de santé est-elle respectée ?

→ Si vous répondez oui à la majorité de ces questions : votre complémentaire est un bon partenaire de santé. Dans le cas contraire, peut-être devriez-vous contacter votre complémentaire ou envisager d'en changer...

→ Parlez-en à votre opticien, il connaît votre vue et vos besoins, il peut vous aider à mieux comprendre votre contrat.

LEXIQUE

Termes fréquemment utilisés dans les contrats des complémentaires :

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ : organisme offrant des garanties complétant les prestations versées par la Sécurité Sociale. Cet organisme peut être une mutuelle, une compagnie d'assurance ou une institution de prévoyance.

TARIF DE CONVENTION : c'est le montant sur lequel s'applique le remboursement de la Sécurité Sociale. Le tarif de convention pour une consultation chez un médecin généraliste est de 23 euros par exemple en 2011.

BASE DE REMBOURSEMENT : il s'agit du taux sur lequel la Sécurité Sociale se base pour effectuer ses remboursements. Il varie en fonction de l'acte médical ou du régime obligatoire de l'assuré. Pour l'optique, la Sécurité Sociale prend en charge 60% de la base de remboursement.

TICKET MODÉRATEUR : part restant à charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité Sociale. Les complémentaires santé peuvent prendre en charge, selon les contrats et les prestations choisies, tout ou partie de ce ticket modérateur. Pour l'optique, le ticket modérateur équivaut à 40% de la part non remboursée par la Sécurité Sociale.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale fixé à 2 946 euros en mars 2011.

RESTE À CHARGE (RAC) : montant restant à la charge de l'assuré, après déduction de l'ensemble des remboursements Sécurité Sociale et de sa Complémentaire Santé.

Votre opticien

FNOF

Un document réalisé par la Fédération Nationale des Opticiens de France à partir d'une étude FNOF réalisée avec le cabinet Galliléo Business Consulting.

Comment bien choisir sa complémentaire santé en optique ?

Y voir clair avec les contrats santé

6 critères pour bien choisir sa complémentaire santé

Le rôle de la complémentaire santé (mutuelle, assurance ou organisme de prévoyance) est de compléter les remboursements de la Sécurité Sociale. Le remboursement dépendra du contrat auquel vous avez souscrit. Voici les six critères qui comptent pour vous assurer que les prestations proposées en optique soient adaptées à vos besoins.

1 Le niveau de remboursement

Comparer le niveau de remboursement sur la base de frais réels, avec des montants exprimés en euros

À noter :

Si votre complémentaire vous propose par exemple un taux de remboursement de 300%BR, cela signifie qu'elle vous remboursera en tout 30,48€, c'est-à-dire :

- 300% x 2,84€ = 8,52€ pour la monture
- 300% x 7,32€ = 21,96€ pour les deux verres de correction standard.

2 La liberté de choix de l'opticien par l'assuré

Respecter votre liberté de choisir l'opticien qui vous connaît, qui est proche de chez vous et en qui vous avez confiance

À noter :

Certaines complémentaires vous incitent à aller chez des opticiens référencés. Mais ces opticiens peuvent être à des dizaines de kilomètres de chez vous. Par ailleurs, les complémentaires changent les listes des opticiens référencés fréquemment. Difficile pour vous d'avoir un véritable suivi de votre santé visuelle, si vous changez d'opticien tous les 3 ans...

3 La liberté de choix de produits pour l'assuré

Avoir accès à tous les produits, même les plus innovants

À noter :

« Les conditions avantageuses » promises par des complémentaires santé si l'assuré se rend chez un opticien référencé ne concernent bien souvent qu'une gamme limitée de produits... les plus basiques et les moins innovants.

4 Le refus des pratiques de remboursement différencié

S'assurer que les conditions de remboursement restent les mêmes, quel que soit l'opticien de votre choix

À noter :

Aller chez un opticien référencé ne garantit ni l'accès aux prix les plus bas ni la qualité des prestations.

LE TIERS-PAYANT :

LE TIERS PAYANT EST TRÈS PRATIQUE POUR VOUS... MAIS IL PEUT AUSSI SE RÉVÉLER COMME UN MOYEN DE LIMITER LE CHOIX DE VOTRE OPTICIEN ET DE VOTRE PRODUIT.

Attention aux pratiques de certaines complémentaires qui peuvent réserver le Tiers Payant uniquement aux opticiens référencés et éventuellement le conditionner à une gamme de produits imposés et limités.

5 La transparence et l'accessibilité des informations données par votre complémentaire

Privilégier les contrats contenant des informations claires sur vos remboursements avec des exemples chiffrés

À noter :

Pour vous y retrouver, la meilleure solution consiste à effectuer des simulations de remboursement :

	Prix de vente	Remboursement Sécurité Sociale	Remboursement complémentaire santé	Total du remboursement	RAC*
Monture					
Verre droit					
Verre gauche					

* Reste à charge pour l'assuré

6 Le respect de la confidentialité de vos données de santé

Refuser de communiquer des données confidentielles vous concernant

À noter :

Vous n'avez pas à transmettre des informations relatives à votre correction visuelle. En effet, même si votre complémentaire santé le demande, toute pratique entraînant la transmission de vos données médicales par un professionnel de santé sans votre accord est interdite par la CNIL*.

*[Commission nationale de l'informatique et des libertés]