



GUIDE

Quelle mutuelle choisir?

12 critères

#COMMENT**JASSURE**

www.commentjassure.fr

Devenez exigeant ! Vous méritez d'être bien couvert et bien remboursé ! On vous dit comment.

Quelle mutuelle choisir ? Si vous ne savez pas du tout comment choisir votre mutuelle, ou si vous savez comment, mais que vous avez du mal à choisir entre 2 contrats, c'est LE guide qui va tout éclairer.

Table des matières

Rappel : quelle est la différence entre une mutuelle et l'assurance maladie obligatoire ?	5
AMO : Sécurité sociale – AMC : complémentaire	5
Rappel : qu'est-ce que la Sécurité sociale ne rembourse pas ?	5
1. La mutuelle qui fait baisser vos dépenses de santé	6
Quel est le meilleur prix d'une mutuelle ?	6
Quel est le meilleur rapport montant des cotisations / couvertures pour une mutuelle ? ..	6
2 formules pour comparer le prix des mutuelles et choisir les bonnes garanties	6
2. Quelle mutuelle choisir ? La mutuelle avec des tarifs qui resteront stables dans le temps	8
3. La mutuelle avec les limitations, exclusions, plafonds qui diminueront le moins vos remboursements	9
Limitations, exclusions, plafonds, on les trouve où ?	9
Comment mesurer les limitations de prise en charge pour bien choisir sa mutuelle ?	9
Un plafond de remboursement, ça ressemble à quoi ?	10
Et les exclusions alors ?	10
4. La mutuelle avec tiers payant, qui vous évite d'avancer vos frais de santé	11
Tiers payant, qu'est-ce que c'est ?	11
Tiers payant, comment en profiter avec ma mutuelle ?	11
5. La mutuelle qui ne choisit pas les praticiens ou types de soins à votre place ...	12
6. La mutuelle qui propose des couvertures e-santé	13
Rappel : les garanties classiques	13
Santé connectée prescrite	13
Médecine à distance	14
7. Le meilleur contrat entre mutuelle et assurance privée	15
8. La mutuelle qui vous couvre tout de suite	16
9. Quelle mutuelle choisir ? La mutuelle qui fait plus que rembourser des soins ..	17
A quoi sert une mutuelle ou une assurance santé complémentaire ameli ?	17
10. La mutuelle qui vous accompagne tout le temps	18
11. La mutuelle qui pense pour vous à l'imprévisible	19
Dépenses de santé habituelles ou prévisibles	19
Dépenses de santé non prévisibles	19
12. La mutuelle qui vous évite de courir à la poste à chaque feuille de soin	21
Télétransmission, qu'est-ce que c'est ?	21
Télétransmission, comment en profiter ?	21

Rappel : quelle est la différence entre une mutuelle et l'assurance maladie obligatoire ?

AMO : Sécurité sociale – AMC : complémentaire

Pour rappel, quand on parle de couverture santé, on parle d'AMC en complément de l'AMO :

AMO	AMC
obligatoire	<u>pas toujours obligatoire</u>
Assurance Maladie Obligatoire	Assurance Maladie Complémentaire
« <u>Sécurité sociale</u> »	« Mutuelle santé » ou « Complémentaire santé »
solidarité	mutualisation du complément de l'AMO

Une définition simple et plus complète de l'AMC vous attend ici : [mutuelle complémentaire santé, définition](#).

Pour plus de facilité, on parlera dans ce guide de « Sécurité sociale » pour l'AMO et de « mutuelle » ou l'AMC. Ce guide vous permet de choisir votre mutuelle (AMC).

Rappel : qu'est-ce que la Sécurité sociale ne rembourse pas ?

Les **remboursements** de la Sécurité sociale sont **limités** :

- **dans les montants** de remboursement
- **dans les types de soins** (certaines lignes de garanties ne sont pas remboursées du tout)

Retrouvez :

- la liste des [remboursements de la Sécurité sociale sur le site ameli.fr](#).
- le [tableau récapitulatif des taux de remboursement sur le site ameli.fr](#)

Si vos dépenses de santé sont quasi nulles, et que vous ne souhaitez pas être assuré en cas de dépense de santé imprévue, alors vous n'avez peut-être pas besoin d'une mutuelle. Dans les autres cas, suivez le guide...

1. La mutuelle qui fait baisser vos dépenses de santé

Quel est le meilleur prix d'une mutuelle ?

Quel est le meilleur prix d'une mutuelle ? En fait, c'est une mauvaise question... parce qu'un prix (cotisation) tout seul, ça ne veut rien dire. Une cotisation comparée à d'autres cotisations non plus.

Le bon prix, c'est d'abord le bon rapport entre le niveau des couvertures et garanties dont vous avez besoin ET le montant des cotisations de votre mutuelle.

Quel est le meilleur rapport montant des cotisations / couvertures pour une mutuelle ?

Une mutuelle qui couvre un adulte à 500% et qui coûte 15 euros par mois, ça n'existe pas.

Le bon équilibre c'est entre le montant de la cotisation + le reste à charge de vos dépenses habituelles (ce qui vous reste à payer en soins), et une garantie qui couvre bien le bon risque de maladie ou d'accident.

Concentrer votre choix sur un trop fort dépassement d'honoraire, et / ou trop fort forfait optique – dentaire risque de vous conduire à un **montant de cotisation disproportionné** par rapport à vos besoins réels.

Voilà comment faire des économies pour une mutuelle santé pas cher et efficace. Et pour choisir le bon rapport cotisations / couvertures, voici les formules :

2 formules pour comparer le prix des mutuelles et choisir les bonnes garanties

1^{ère} formule

+ ajoutez le **coût de vos dépenses de santé** sur l'année
+ ajoutez le **prix des cotisations de la mutuelle** complémentaire sur l'année
– enlevez les **remboursements Sécurité sociale** sur l'année
– enlevez les **remboursements de votre mutuelle** sur l'année

= le **total réel de vos dépenses santé** sur l'année, tout compris.

Vous obtenez avec cette formule le montant total payé en dépenses de santé, à comparer entre différentes mutuelles, pour savoir laquelle est la plus adaptée à vos besoins.

2^{ème} formule

+ ajoutez le **reste à charge sur vos décomptes de santé**

+ ajoutez le **prix la cotisation de la mutuelle** complémentaire sur l'année

= le **total réel de vos dépenses santé** sur l'année, tout compris.

Ce calcul fait, n'oubliez pas qu'une mutuelle santé est aussi et surtout une assurance, qui doit vous permettre de faire face aux frais de santé suite par une maladie ou par un accident.

Si vous avez trouvé la bonne mutuelle, **avec ces 2 formules, vous pourrez constater que votre mutuelle au final ne vous coûte rien. Au contraire, elle vous fait faire des économies !** Elle vous permet de faire baisser vos dépenses totales de santé sur l'année.

COMMENT ÇA, LE PRIX DES COTISATIONS C'EST PAS TOUT ?

Quelle mutuelle choisir ? Celle qui fait baisser vos dépenses de santé totales sur l'année.

Vous pourriez avoir à choisir entre 2 contrats : 40 euros par mois ou 80 euros par mois. En ne vous basant que sur le prix des cotisations, c'est bien entendu le contrat à 40 euros / mois qui semble le meilleur choix.

Pourtant, à la fin de l'année, c'est peut-être le contrat à 80 euros / mois qui vous permettra d'économiser 1.000 euros sur vos frais de santé dans leur globalité (montant des cotisations inclus). Donc ne vous arrêtez pas au montant des cotisations pour faire votre choix. Basez-vous sur le total de vos frais de santé sur l'année.

2. Quelle mutuelle choisir ? La mutuelle avec des tarifs qui resteront stables dans le temps

Si vous trouvez votre mutuelle idéale, celle qui vous couvre selon vos besoins avec un bon rapport couvertures / prix, assurez-vous qu'elle restera idéale dans le temps.

Pour garantir un tarif de cotisations stable, préférez un tarif indexé sur le PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Un tarif de cotisations indexé sur le PMSS suivra l'évolution de votre pouvoir d'achat, parce que les cotisations sont calculées en % de ce plafond.

Un tarif qui n'est pas indexé pourrait lui, au contraire, augmenter subitement de façon importante.

EST-CE MIEUX DE CHOISIR DES COTISATIONS EN EURO OU EN % ?

Quelle mutuelle choisir ? Celle avec un tarif indexé sur le PMSS, même en euros.

Si les cotisations sont indiquées en euro ET en %, alors le tarif de la mutuelle est bien indexé sur le PMSS. Si le tarif n'est indiqué qu'en euros, le tarif est peut-être indexé sur le PMSS. Pour en être certain, vous devez demander confirmation à l'organisme qui vous propose cette mutuelle.

3. La mutuelle avec les limitations, exclusions, plafonds qui diminueront le moins vos remboursements

Limitations, exclusions, plafonds, on les trouve où ?

Vous pouvez trouver des **limitations, plafonds et exclusions dans votre contrat de complémentaire santé, autant dans le tableau des garanties que dans les conditions générales.**

Prenez le temps de lire l'intégralité de ces documents avant de vous décider. Voici des exemples de limitations, plafonds et exclusion que vous pouvez rencontrer...

Comment mesurer les limitations de prise en charge pour bien choisir sa mutuelle ?

Limitations par âge

Prenons le cas de prothèses et appareillage. Vérifiez par exemple, le cas d'une prothèse auditive, elle pourrait ne pas être remboursée par votre mutuelle pour une personne de moins de 55 ans. Ce qui posera un problème si votre enfant a besoin d'une prothèse auditive !

Limitations par nombre ou spécialité

Vous faites peut-être partie des 40% de français qui ont recours à la médecine complémentaire ou alternative (chiffres 2015).

Prenons par exemple l'homéopathie, l'une des 4 médecines alternatives reconnues par le Conseil national de l'Ordre des médecins. L'homéopathie n'est que partiellement remboursée par la Sécurité sociale. Ce remboursement partiel se fait sur la base du tarif de consultation d'un médecin généraliste, ET à la condition que votre homéopathe soit un médecin conventionné. En plus, les dépassements d'honoraires sont fréquents.

Si l'homéopathie a votre préférence, que ce soit en prévention ou en soin, vérifiez la couverture médecines douces et alternatives de votre mutuelle. **L'homéopathie pourrait y être limitée :**

- **par nombre** : x consultations / an pour l'homéopathie
- **par spécialité** : par exemple homéopathie non couverte
- **par plafond** : x euros max remboursés / an pour l'homéopathie

Limitation par cas spécifiques

Les limitations par cas spécifiques peuvent être appliquées à n'importe quelle ligne de garantie et couverture de votre mutuelle. Ces limitations peuvent être plus ou moins importantes.

Par exemple, prenons le cas de la chambre particulière en cas d'hospitalisation. Les limitations peuvent être : une chambre particulière est prise en charge sans limitation de durée, SAUF dans les cas suivants **où la prise en charge est plus basse ou absente** :

- les établissements de psychiatrie
- les établissements spécialisés
- ou les établissements non conventionnés

Un plafond de remboursement, ça ressemble à quoi ?

Un plafond de remboursement, **c'est une somme maximum qui vous sera remboursée.**

Des plafonds de remboursements peuvent être appliqués :

- à des lignes spécifiques de garanties et couvertures
- à un groupe de dépenses de santé
- ou même aux deux

Vous pourriez par exemple constater :

- dentaire non remboursé par la Sécurité sociale : remboursé par votre mutuelle X euros (plafond sur 1 couverture)
- ensemble du dentaire : plafond de remboursement de votre mutuelle de X euros sur l'année (plafond sur groupe de dépenses)

Et les exclusions alors ?

Une exclusion, c'est simple, **c'est une non-garantie, donc quelque chose qui n'est pas couvert, pas pris en charge, pas remboursé.**

LIMITATIONS, PLAFONDS, EXCLUSIONS, EST-CE GRAVE DOCTEUR ?

Quelle mutuelle choisir ? Celle dont les limitations, exclusions, plafonds vous pénaliseront le moins.

Une mutuelle sans aucune limitation, plafond, exclusion, ça n'existe pas (ou on nous l'a cachée !). Alors quelle mutuelle choisir ? D'abord, celle qui ne cache pas ses exclusions... et par ordre d'importance, faites la liste de vos dépenses de santé actuelles et de vos dépenses de santé possibles dans le futur. Une fois cette liste terminée, choisissez la mutuelle :

- qui n'a aucune exclusion sur vos points de dépenses santé importants
- qui a les limitations et plafonds qui diminueront le moins les remboursements sur vos autres lignes de dépenses

4. La mutuelle avec tiers payant, qui vous évite d'avancer vos frais de santé

Tiers payant, qu'est-ce que c'est ?

En général, quand vous consultez un professionnel de santé, à la fin de la consultation, vous le payez. Vous n'êtes remboursé qu'ensuite par votre mutuelle (complètement ou en partie). **Le tiers payant vous permet de ne pas avancer la part qui doit vous être remboursée.** Vous ne payez que la part des frais de santé qui ne vous sont pas remboursés.

Tiers payant, comment en profiter avec ma mutuelle ?

Le tiers payant s'appuie sur des réseaux de professionnels de santé. Ces réseaux comptent un nombre plus ou moins grand de professionnels.

Si vous devez choisir entre 2 mutuelles, demandez

- sur **quel réseau de tiers payant** elle s'appuie
- **combien de professionnels** ce réseau compte
- et si elle est disponible, la **liste des professionnels de santé proches de votre domicile** (une bonne mutuelle vous communique cette liste)

TIERS PAYANT, EST-CE IMPORTANT ?

Quelle mutuelle choisir ? De préférence, celle qui vous propose le tiers payant.

C'est un service vraiment important si votre budget est serré. Plutôt que de payer vos soins pour ensuite être remboursé, c'est plus simple de ne pas faire l'avance de vos frais de santé.

5. La mutuelle qui ne choisit pas les praticiens ou types de soins à votre place

Certaines mutuelles, pour certaines dépenses de santé, s'appuient sur un réseau de soins dédié. Un réseau de soins dédié c'est, par exemple, quand vous avez l'obligation d'acheter vos lunettes dans un réseau d'opticiens défini, pour bénéficier des garanties complètes de votre mutuelle (et des remboursements qui vont avec).

Donc pour certaines dépenses de santé, **une mutuelle peut vous proposer 2 niveaux de remboursement ou de prise en charge différents :**

- **dans son réseau de soins dédié**, une prise en charge plus haute et / ou complète
- **hors du réseau de soins dédié**, une prise en charge plus basse, ou pas de prise en charge du tout

Un réseau de soins dédié exclu d'autres praticiens ou d'autres types de soins.

RESEAU DE SOINS DEDIE, C'EST UN PROBLEME OU PAS ?

Quelle mutuelle choisir ? Celle qui ne vous limite pas dans le choix de praticiens ou types de soins.

Dans le principe, c'est toujours un problème d'être limité. Pour reprendre l'exemple des lunettes

- si l'opticien du réseau de soins dédié de votre mutuelle, c'est le plus proche, il est compétent, il donne de bons conseils et propose des modèles de montures qui vous plaisent, alors ce n'est pas un problème du tout
- dans tous les autres cas, préférez une mutuelle qui vous laisse choisir les praticiens comme vous voulez, sans vous limiter

Vérifiez chaque garantie limitée par réseau de soins, pour voir si c'est un problème pour vous ou pas. On vous recommande la liberté, la simplicité et pas de limitation, donc de choisir une mutuelle sans réseau de soins obligatoire.

Ne confondez pas réseau de soins dédié et tiers payant. Ce sont deux choses différentes.

6. La mutuelle qui propose des couvertures e-santé

Rappel : les garanties classiques

Les familles de garanties que vous trouvez généralement dans un contrat de complémentaire santé sont les suivants :

- hospitalisation
- médecine
- pharmacie
- optique
- dentaire
- appareillages
- transport

En plus de ces garanties classiques, vérifiez l'assistance santé, la protection juridique santé, la prévention et les médecines douces et alternatives. Évoquons maintenant les garanties nouvelle génération. Ce sont les garanties possibles grâce aux nouvelles technologies.

Santé connectée prescrite

Retrouvez notre article sur les enjeux de la santé connectée.

Peut-être que parmi vos proches, couverts par votre mutuelle, se trouvent des personnes atteintes de pathologies pour lesquelles une surveillance continue permettrait de **renforcer ou garantir leur autonomie**.

L'autonomie peut être limitée à tout âge et pour des raisons très variées. Cette limitation est toujours source d'inquiétude et de stress pour le patient, et aussi pour toute la famille. Les pathologies en cause peuvent être très variées, par exemple (on pourrait répartir autrement pathologies / âges) :

- alzheimer chez un sénior
- épilepsie chez un adulte
- diabète chez un enfant

La santé connectée peut permettre de **changer complètement les conditions de vie quotidienne d'un patient en améliorant ses conditions d'autonomie**. Et bien entendu, cette autonomie améliorée changera complètement les conditions de vie de toute la famille. Elle peut aussi faciliter l'hospitalisation à domicile ou encore le maintien chez elle d'une personne âgée.

La santé connectée permet encore bien d'autres choses. Nous vous invitons à le découvrir : la santé connectée.

Médecine à distance

Pas encore d'article écrit pour vous sur #CommentJASSURE, mais on y pense. Si le sujet vous intéresse, dites-le-nous. En attendant, évoquons brièvement de la médecine à distance.

Services digitaux de conseils pré-diagnostique

De nouveaux services sont disponibles **via sites internet ou applications à télécharger**. En cas de doute, elles évaluent le degré de gravité de vos symptômes et vous permettent

- soit de **vous rassurer sur un problème de santé**
- soit de **vous aiguiller vers une consultation ou un service d'urgence**

Attention, nous ne vous recommandons ni l'automédication, ni l'auto-diagnostique. Ce type de service ne remplace en rien et à aucun moment une consultation auprès d'un généraliste ou d'un spécialiste.

Consultation à distance avec prescription

Vous connaissez certainement la possibilité de téléphoner à un service de médecins à distance en cas d'urgence, ou tout simplement de téléphoner au SAMU : n° de téléphone : 15, appel gratuit, 24h/24 et 7j/7 depuis un poste fixe et un mobile en France métropolitaine et Outre-mer.

En plus de ces services d'urgence, de **nouvelles plateformes de consultation à distance** voient le jour, **accessibles via des sites internet ou des applications**.

Ce qu'elles proposent en plus de l'appel à des services d'urgence ? **La même chose qu'une consultation classique** (généraliste ou spécialiste), mais à distance. Ces services ne sont pas gratuits, il s'agit de consultations payantes, par de vrais médecins. Certains services (pas tous) prescrivent des ordonnances.

GARANTIES NOUVELLE GENERATION, C'EST GADGET, NON ?

Quelle mutuelle choisir ? Celle qui vous propose ces garanties et services nouvelle génération.

Si vous vivez dans une petite commune, loin de toute ressource médicale et êtes limité en transport, ou si la limitation d'autonomie, temporaire ou pas, vous savez exactement ce que ça signifie et en vivez les conditions difficiles tous les jours, vous mesurerez à quel point ces garanties peuvent changer votre quotidien et celui de vos proches.

La consultation à distance peut être utile dans de multiples circonstances. On peut consulter un médecin rapidement, sans sortir de chez soi, pour un enfant malade le week-end, lorsqu'on se trouve sur son lieu de travail, mais également lors d'un déplacement, à l'étranger par exemple.

7. Le meilleur contrat entre mutuelle et assurance privée

En langage courant, **mutuelle santé ou complémentaire santé** désignent l'Assurance Maladie Complémentaire. C'est le complément au remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

L'Assurance Maladie Complémentaire est une couverture additionnelle au régime obligatoire de la Sécurité sociale. Elle **peut vous être proposée par** des :

- **sociétés mutuelles** (code de la mutualité)
- **compagnies d'assurance** (code des assurances)
- **institutions de prévoyance** (code de la sécurité sociale)

Vous retrouverez leurs différences ici : [Quels organismes proposent des complémentaires santé ?](#)

ENTRE MUTUELLE VS ASSURANCE PRIVEE, QUE CHOISIR ?

Quelle complémentaire choisir ? Celle qui vous propose le meilleur contrat.

Ne vous arrêtez pas à la nature de l'organisme qui vous propose un contrat. Ouvrez ce contrat (et ses conditions générales) et analysez-le dans le cadre de vos dépenses de santé. Ensuite, choisissez celui qui vous couvrira le mieux. On vous explique comment faire dans ce guide.

8. La mutuelle qui vous couvre tout de suite

Attention quand vous souscrivez à une nouvelle mutuelle. Certains contrats comportent un délai de carence. Un délai de carence, **c'est un délai pendant lequel vous n'êtes et ne serez pas remboursé** (même en étant sous contrat).

POURQUOI BIEN DECRYPTER LES OFFRES DE BIENVENUE ?

Quelle mutuelle choisir ? Celle qui vous couvre tout de suite.

Si vous trouvez une offre de mutuelle avec le 1^{er} mois de cotisation gratuit en offre de bienvenue, vérifiez si le contrat comporte un délai de carence. Ça peut être un choix de prendre une mutuelle intéressante avec un délai de carence, mais il faut que ce soit un choix volontaire. En tous cas, on ne vous le conseille pas (c'est toujours quand il ne faudrait pas que les problèmes surviennent !).

Et pour les offres de bienvenue, elles ne concernent qu'un temps très limité. Vérifiez que votre mutuelle est la bonne, indépendamment de cette offre qui peut paraître bien tentante.

9. Quelle mutuelle choisir ? La mutuelle qui fait plus que rembourser des soins

A quoi sert une mutuelle ou une assurance santé complémentaire ameli ?

Un bonne mutuelle permet :

- le **remboursement du complément** de l'Assurance Maladie Obligatoire
- mais elle doit aussi permettre de **profiter de services augmentés**

UNE BONNE MUTUELLE, ÇA SERT A QUOI ?

Quelle mutuelle choisir ? Celle qui ne se contente pas de rembourser des soins.

Choisissez la mutuelle qui vous permet d'améliorer votre état de santé en général sans se contenter de vous rembourser seulement des soins. Une mutuelle qui fait plus ne coûte pas toujours plus cher, pensez-y et pour des exemples, suivez ce guide !

10. La mutuelle qui vous accompagne tout le temps

Votre mutuelle prend en charge tout ou partie de ce que la Sécurité sociale ne rembourse pas, aux différents moments de votre parcours de soins :

1. **prévention** (ici, sur Légifrance, la [liste des actes de prévention prévus par la loi de 2004](#))
2. **diagnostique** de pathologie ou survenance d'un accident
3. **traitement** de la pathologie ou de l'accident
4. **séquelles, suivi**

QUAND VOTRE MUTUELLE VOUS PROTEGE-T-ELLE ?

Quelle mutuelle choisir ? Celle qui vous accompagne tout le temps.

Choisissez la mutuelle qui vous propose des garanties et services dans ces 4 différents moments : prévention, diagnostique, traitement, séquelles et suivi.

11. La mutuelle qui pense pour vous à l'imprévisible

Votre mutuelle doit travailler sur 2 niveaux et doit suivre vos habitudes de soin et s'y adapter. Chaque ligne de garantie de votre mutuelle peut concerner des dépenses habituelles et prévisibles ou non.

Dépenses de santé habituelles ou prévisibles

Habitudes de soins

Ce sont vos habitudes de soins, par exemple :

- **dépassements d'honoraires** chez certains praticiens
- **soins en optique ou dentaire**
- **soins consécutifs à une maladie ou un accident** et à ses séquelles

Couverture d'un risque

C'est aussi la couverture d'un risque de maladie ou d'accident, par exemple :

- **maladie héréditaire** connue dans la famille
- prise en charge de **suivi suite à un accident**
- **soins annexes au protocole de soins** validé entre médecin traitant et Sécurité sociale dans le cadre d'une ALD (affection de longue durée)

Dépenses de santé non prévisibles

Dépenses de santé non prévisibles, qu'est-ce que c'est ?

Votre mutuelle doit rembourser (en complément de la Sécurité sociale) les dépenses de santé générées par une maladie ou un accident, mais doit aussi vous permettre d'être pris en charge dans le **traitement des séquelles ou encore dans le cas d'erreur médicale**.

Point sur la garantie protection juridique santé

Si vous n'avez pas souscrit par ailleurs une protection juridique qui couvre l'aspect médical, et que votre mutuelle propose une garantie **protection juridique santé**, c'est un vrai plus dans votre contrat. Avec cette garantie, **vous pourrez vous défendre et faire valoir vos droits en cas** par exemple :

- d'**erreur médicale** ou pharmaceutique
- de **retard ou d'erreur de diagnostic**
- d'**infection nosocomiale**
- d'un **défaut de conseil** d'un professionnel de santé

Vérifiez si vous avez la garantie dans votre contrat de mutuelle santé ou bien dans votre contrat de protection juridique vie privée.

ÊTES-VOUS AUSSI COUVERT POUR L'IMPREVISIBLE ?

Quelle mutuelle choisir ? Celle qui pense pour vous à l'imprévisible !

Peut-être que vous n'avez jamais été confronté à un imprévu grave en santé. On vous le souhaite, et on vous souhaite que ça ne vous arrive jamais. Mais quand vous avez le choix, préférez la mutuelle qui vous permettra de faire face à l'imprévisible.

12. La mutuelle qui vous évite de courir à la poste à chaque feuille de soin

Télétransmission, qu'est-ce que c'est ?

Noémie, c'est le service de télétransmission de vos décomptes entre la Sécurité sociale et votre mutuelle. Ne vous embêtez plus avec du papier pour être remboursé de la partie mutuelle complémentaire santé de vos dépenses. Grâce au service Noémie, **tout se fait automatiquement.**

Télétransmission, comment en profiter ?

Il vous suffit d'**accepter la télétransmission au moment de votre souscription**, donc cochez la case correspondante au moment de votre affiliation et (ça vous sera demandé) joignez bien les attestations Sécurité sociale pour chaque personne qui doit être couverte. L'information essentielle de votre attestation pour la télétransmission, c'est le code organisme de votre caisse d'AMO. Parfois il suffit de saisir ce code.

Si vous n'avez pas ces attestations ou le code organisme au moment de votre souscription, vous pourrez les envoyer plus tard et demander l'activation de ce service à ce moment-là.

TELETRANSMISSION, EST-CE INDISPENSABLE ?

Quelle mutuelle choisir ? De préférence, celle qui vous propose la télétransmission.

Si courir à la poste pour envoyer vos décomptes de Sécurité sociale à votre mutuelle, ce n'est pas votre activité préférée (et on vous comprend), vérifiez que votre mutuelle vous propose bien la télétransmission. Beaucoup de mutuelles le proposent, mais pas toutes, d'autant que cela peut dépendre des conventions entre les mutuelles et les différentes caisses d'assurance maladie obligatoire.

Partagez ce guide

