

COMMENT CHOISIR UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ OU UNE MUTUELLE QUAND ON EST TRAVAILLEUR NON SALARIÉ ? QUELS SONT LES CRITÈRES À PRENDRE EN COMPTE ?

Voici ce que vous devez savoir pour vous guider dans le choix d'une prestation complémentaire à celle de la Sécurité sociale des indépendants en matière de remboursement des frais de santé.



VOUS AVEZ DES SALARIÉS

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les employeurs du privé ont l'obligation de proposer un contrat de santé collectif et obligatoire à leurs salariés. La complémentaire choisie doit respecter un panier de soins minimum fixé par la loi :

- L'intégralité du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire le forfait journalier hospitalier
- Les dépenses de frais dentaires, à hauteur de 125 % du tarif conventionnel
- Les dépenses de frais d'optique, sur la base d'un forfait par période de deux ans (forfait annuel pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue),

avec, pour les équipements hors 100% santé, 100 euros minimum pour les corrections simples, 150 euros minimum pour une correction mixte simple et complexe, 200 euros minimum pour les corrections complexes.

- L'ensemble des garanties relevant du 100% santé. La complémentaire doit également respecter ce qui est prévu par la convention collective le cas échéant. La participation financière de l'employeur doit être au moins égale à 50 % de la cotisation.

En tant que dirigeant, vous avez le choix : bénéficier de la complémentaire santé collective mise en place dans votre entreprise si vous avez un statut de salarié, ou opter pour une complémentaire santé en fiscalité Madelin si vous êtes travailleur non salarié.

VOUS N'AVEZ PAS DE SALARIÉ

Si vous devez choisir une complémentaire santé individuelle, plusieurs critères sont à prendre en compte :

- Le tiers-payant est-il proposé ?

- Quels sont les taux de remboursement des consultations médicales (médecin généraliste et spécialiste), des frais d'hospitalisation, des médicaments ou des actes de chirurgie ?

- Quelle est la prise en charge des soins dentaires ou ophtalmiques ?

- Y a-t-il une période de carence pour certains soins ?

- Suis-je bien protégé en cas d'arrêt pour maladie, invalidité suite à un accident de travail ?

- Puis-je couvrir mes proches ?

- Ai-je besoin de réduire mon impôt ?

Il est important de lister vos besoins en amont pour s'assurer qu'un contrat vous couvrira bien.

ET LE 100% SANTÉ ?

La réforme « 100% Santé » se déploie progressivement depuis le 1^{er} janvier 2019. Elle propose un panier de soins et d'équipements spécifiques pour les aides auditives, les lunettes de vue et les prothèses dentaires, pour mieux rembourser les assurés, jusqu'à proposer le remboursement total, sans reste à charge, en 2020 sur certains équipements d'optique et certains soins prothétiques dentaires et en 2021 sur certaines aides auditives.

L'offre 100% Santé sera accessible à tous les Français bénéficiant d'une complémentaire santé responsable (soit actuellement 90% des contrats vendus sur le marché).