

LE GUIDE QUI PARLE ENFIN CLAIREMENT

Ta Mutuelle Enfin Décodée

Ce que tu paies, ce que tu touches, et comment ne plus te faire avoir — expliqué comme à un ami autour d'un bon repas.

4 000+

CONTRATS
DÉCRYPTÉS

Quelqu'un qui a passé 8 ans dans le courtage en mutuelle santé
et qui a décidé de tout te dire

SOMMAIRE

Ce qu'il y a dans ce guide

LE PLAT PRINCIPAL — ~15 MINUTES

Introduction — Pourquoi j'ai écrit ce guide	3
1 — Les bases que personne ne t'a jamais expliquées	5
2 — Ton tableau de garanties expliqué comme à un ami	7
3 — Combien ça coûte vraiment ? Les vrais chiffres	9
4 — Les 5 erreurs qui te coûtent cher	12

LES EXTRAS — À TON RYTHME

5 — Ta mutuelle est-elle faite pour toi ? Le diagnostic	14
6 — 5 réflexes pour ne plus jamais se faire piéger	16
Conclusion — Les 5 choses à retenir	17

ANNEXES — À GARDER SOUS LE COUDE

Bonus 1 — Le lexique des 20 termes	19
Bonus 2 — La checklist « Mon contrat est-il bon ? »	21
Bonus 3 — Quand et comment résilier	22

Comment lire ce guide

Tu n'es pas obligé de tout lire d'une traite (même si, entre nous, ça se lit vite). Le guide est pensé en deux temps, comme un repas : le **plat principal** — l'essentiel pour lire ton tableau et éviter les pièges — puis les **extras**, à consulter au besoin.

INTRODUCTION

Pourquoi j'ai écrit ce guide

Installe-toi, sers-toi un café (ou un verre de vin, je ne juge pas), et laisse-moi te raconter un truc inhabituel pour quelqu'un qui a passé 8 ans dans l'assurance santé : je vais être totalement honnête avec toi, comme si on était entre amis autour d'une table.

Le secteur de la mutuelle santé est l'un des plus opaques qui soit — sérieusement, à côté, la notice de montage d'une armoire suédoise, c'est de la littérature pour enfants. Les contrats sont rédigés dans un langage que personne ne comprend vraiment. Les tableaux de garanties ressemblent à des équations mathématiques qu'on aurait données à réviser un soir de fatigue. Et les conseillers, même les meilleurs, ont parfois tendance à noyer le poisson sous les chiffres plutôt que de t'expliquer simplement ce que tu vas vraiment toucher.

Résultat ? Des millions de Français paient chaque mois une mutuelle qu'ils ne comprennent pas, pour une couverture qu'ils ne connaissent pas vraiment, en espérant que si un jour ça arrive — une opération, un bridge dentaire, des lunettes — ils seront bien remboursés.

Spoiler : beaucoup d'entre eux ont une mauvaise surprise.

L'histoire de Sophie — 48 ans, infirmière à Lyon

Sophie payait 95 € par mois pour sa mutuelle depuis 6 ans. Elle se disait que c'était une bonne couverture parce que ça lui coûtait cher. Jusqu'au jour où son dentiste lui annonce qu'elle a besoin de deux couronnes. Devis : **2 400 €**.

Ce que Sophie a réellement payé sur son devis de 2 400 €



Personne ne lui avait jamais expliqué que « 100 % en dentaire » ne voulait pas dire ce qu'elle croyait. Ce guide existe pour que tu ne sois jamais Sophie.

En 8 ans de métier, j'ai vu défiler des centaines de personnes dans cette situation — assez pour t'assurer que ce n'est ni de la malchance, ni de la naïveté. Ce n'est pas de leur faute. Et ce n'est pas la tienne si tu ne comprends pas ton contrat. **Le problème, c'est le système — pas toi.**

Ce guide, je l'ai écrit comme si je t'expliquais ta mutuelle autour d'un bon repas entre amis — le genre de conversation où on finit par comprendre un truc important sans même s'en rendre compte, entre deux plats. Sans jargon inutile. Sans essayer de te vendre quoi que ce soit.

À la fin de cette lecture, tu sauras...

Lire ton tableau

Décoder chaque ligne, chaque pourcentage, chaque plafond — sans paniquer.

Anticiper tes soins

Savoir ce que tu vas vraiment toucher avant même de recevoir le devis.

Juger ton contrat

Identifier si ta mutuelle est adaptée à ta situation réelle, ou pas.

Agir au bon moment

Savoir quand et comment changer, sans erreur et sans trou de couverture.

Ce que ce guide n'est pas

Ce guide n'est pas une publicité pour une mutuelle en particulier. Ce n'est pas non plus un cours magistral en droit de l'assurance. C'est une conversation entre quelqu'un qui connaît le secteur de l'intérieur, et toi qui mérites enfin des réponses claires.

CHAPITRE 1

Les bases que personne ne t'a jamais expliquées

Avant de plonger dans les détails, il faut qu'on pose le décor — un peu comme quand on raconte une histoire et qu'il faut d'abord présenter les personnages. Rassure-toi : ça va être court, et surtout, ça va tout changer.

La Sécu et la mutuelle : deux joueurs différents

Quand tu vas chez le médecin, deux acteurs interviennent dans ton remboursement. Beaucoup de gens les confondent — ce qui crée des attentes fausses et des déceptions.

La Sécurité Sociale c'est le socle. Elle prend en charge une partie de tes soins — souvent bien plus faible que ce qu'on imagine. Sur une consultation à 30 €, elle rembourse environ 19 €. Pas 30 €. Pas 21 €. **19 €.**

Ta mutuelle arrive en deuxième. Son rôle : compléter ce que la Sécu ne rembourse pas. En théorie. En pratique, tout dépend de la qualité de ton contrat.

L'image pour tout comprendre : le seau



Une facture médicale, c'est un seau à remplir. Ce qui n'est pas versé, tu le paies.

Entre nous

Si tu ne retiens qu'une chose de ce chapitre : le mot « **base** ». Chaque fois que tu le vois sur un document, traduis-le mentalement par « chiffre théorique fixé par l'État, souvent bien plus bas que le prix que je vais payer ». Ça t'évitera 90 % des mauvaises surprises.

La « Base de Remboursement » : le chiffre qui change tout

La Base de Remboursement (BR), c'est le montant de référence que la Sécu utilise pour calculer ce qu'elle te rembourse. Et c'est là que se cache le premier grand piège du système : **cette base ne correspond pas au prix réel de l'acte**. Elle est fixée par l'État, souvent très en dessous du tarif pratiqué.

Exemple — Consultation chez un généraliste facturée 30 €



70 % de la BR (30 €) = 21 €, moins 2 € de participation forfaitaire → **19 € remboursés par la Sécu**.

Ta **mutuelle** complète le ticket modérateur, soit 9 €.

Les **2 € de participation forfaitaire** ne sont jamais remboursables par une mutuelle. Ils restent à ta charge — sauf si tu es mineur, enceinte à partir du 6e mois, ou bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire : dans ces cas, tu ne les payes pas du tout.

Mais voilà le problème : pour un spécialiste qui pratique des dépassements d'honoraires, la base de remboursement reste la même... alors que le prix réel peut être 2 ou 3 fois plus élevé.

Secteur 1, 2 ou 3 : le classement qui change ta facture

Secteur 1

Le médecin applique les tarifs fixés par la Sécu. Tu es bien remboursé.

Secteur 2

Il peut facturer plus que le tarif Sécu. Les dépassements vont de quelques euros à plusieurs centaines.

Secteur 3

Non conventionné, aucun plafond. La Sécu rembourse une infime partie. Ta mutuelle... ou pas.

Une grande partie des spécialistes en France exercent en secteur 2 ou 3. Cardiologue, ophtalmologiste, dermatologue : il y a de fortes chances qu'ils pratiquent des dépassements. Et si ton contrat ne les prend pas bien en charge, la facture peut faire mal.

À retenir

La Sécu rembourse une base souvent éloignée du prix réel. Ta mutuelle complète — mais seulement dans les limites de ton contrat. Ce n'est pas ta mutuelle qui fixe le prix des soins : c'est le médecin. Ce qu'elle décide, c'est jusqu'où elle t'aide à les payer.

CHAPITRE 2

Ton tableau de garanties expliqué comme à un ami

Ce document avec des colonnes de chiffres, des pourcentages, des plafonds... le genre de tableau qui donne l'impression d'avoir raté un cours important quelque part. Si tu t'es senti perdu, tu n'es pas seul — moi y compris, la toute première fois qu'on m'en a montré un.

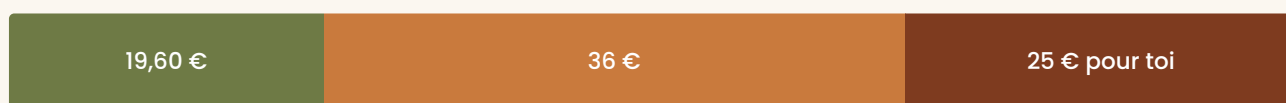
« 100 % BR », « 200 % BR » — qu'est-ce que ça veut dire ?

Ces pourcentages s'appliquent toujours à la Base de Remboursement de la Sécu — jamais au prix réel. Prenons une consultation chez un spécialiste à **80 €**, dont la BR est fixée à 28 €.

Avec une mutuelle à 100 % BR



Avec une mutuelle à 200 % BR — sur la même consultation



■ Sécu ■ Mutuelle ■ Toi

Tu vois le problème ? Même avec 200 % BR, si le médecin pratique des dépassements importants, il te reste encore 25 € à payer sur une seule consultation.

Les forfaits en euros : plus simple, plus lisible

Certaines garanties ne sont pas en pourcentage mais en forfait fixe — souvent l'optique, le dentaire ou les médecines douces. « Forfait optique : 150 € par an » veut dire exactement ce que ça dit. Si tes lunettes coûtent 300 €, tu paies 150 € de ta poche.

Le forfait en euros

Facile à comprendre : tu sais exactement à combien tu as droit.

Le pourcentage

Plus ambigu : tout dépend d'une base souvent très éloignée du prix réel.

Entre nous

Devant un tableau, ne lis jamais un pourcentage seul. Cherche toujours le duo : **le pourcentage ET le plafond annuel**. Un « 300 % BR » plafonné à 400 € par an protège moins bien qu'un « 150 % BR » plafonné à 1 200 €. C'est le piège numéro un.

Les 4 postes qui comptent vraiment

Ton tableau peut faire plusieurs pages. Mais dans la réalité, 4 domaines représentent **90 % de tes dépenses de santé** — et donc 90 % de ce que tu vas réellement utiliser.

Le dentaire

Le poste le plus cher et le plus douloureux pour le porte-monnaie. Couronnes, implants, prothèses : des milliers d'euros. Regarde le plafond annuel et la prise en charge des prothèses.

L'optique

Si tu portes des verres correcteurs, ça pèse vite. Vérifie le **montant** du forfait annuel — la fréquence de renouvellement, elle, est fixée par la loi, pas par ton contrat.

L'hospitalisation

Chambre particulière (60 à 100 € la nuit), honoraires des chirurgiens... Une hospitalisation mal couverte coûte plusieurs centaines d'euros, même bien soigné.

Les spécialistes

Cardiologue, dermatologue, ophtalmo... Ce sont eux qui pratiquent le plus de dépassements. Si tu les consultes souvent, ce poste doit être solide.

Un point que beaucoup confondent

La fréquence de renouvellement de tes lunettes n'est **pas une variable de ton contrat**. C'est la loi : un équipement tous les deux ans. Deux exceptions permettent de renouveler avant — une évolution significative de ta correction, attestée par une ordonnance de ton ophtalmologue, ou certaines pathologies qui font évoluer la vue plus vite, comme le diabète. Inutile donc de chercher une mutuelle qui te laisserait changer chaque année : ça n'existe pas.

À retenir

Quand tu compares deux mutuelles, concentre-toi sur ces 4 postes. Le reste — médecines douces, cures thermales — c'est souvent du bonus que tu n'utiliseras peut-être jamais. Ne paie pas plus pour des garanties qui ne correspondent pas à ta vie réelle.

CHAPITRE 3

Combien ça coûte vraiment ?

C'est le chapitre que j'aurais voulu qu'on me montre quand j'ai commencé dans ce métier. Les vrais prix. Pas les estimations vagues, pas les « ça dépend ». Les fourchettes réelles, celles que tu vas voir sur les devis.

ACTE MÉDICAL	COÛT RÉEL	SÉCU	AVEC UNE MUTUELLE MOYENNE
Consultation généraliste	30 €	19 €	≈ 2 € restant à charge
Spécialiste secteur 2	60 – 120 €	14 – 19 €	20 à 60 € remboursés
Couronne céramique	600 – 1 200 €	72 €	100 à 400 € (hors RAC 0)
Implant dentaire	1 200 – 2 500 €	0 €	Rarement couvert
Lunettes, verres simples	150 – 400 €	0,50 €	80 à 200 € selon forfait
Lunettes, verres progressifs	400 – 900 €	0,50 €	150 à 300 € selon forfait
Chambre particulière / nuit	60 – 100 €	0 €	Couvert si bonne garantie
Séance d'ostéopathie	60 – 80 €	0 €	20 à 40 € selon forfait
Orthodontie enfant (complet)	3 000 – 5 000 €	193,50 € / semestre	Jusqu'à 1 500 € sur bon contrat
Aide auditive	800 – 2 500 €	240 €	Bien couvert si RAC 0 inclus

Garde ce tableau précieusement. La prochaine fois qu'un praticien te propose un soin, tu sauras dans quelle fourchette tu te situes — avant même de recevoir le devis.

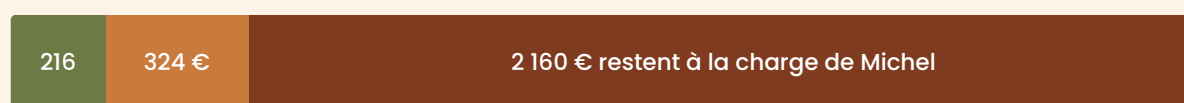
Le cas dentaire — le sujet qui fâche

Parlons-en franchement : c'est le poste qui crée le plus de déceptions. Le dentaire est souvent le premier choc financier — et le moment où les gens réalisent que leur mutuelle ne les couvre pas comme ils le croyaient.

Étude de cas — Michel, 55 ans, Bordeaux

Trois couronnes à poser. Devis du dentiste : **2 700 €**. Sa mutuelle affiche « 150 % BR » en dentaire, avec un plafond de 600 € par an. Sur le papier, ça a l'air correct.

La réalité une fois les remboursements versés



■ Sécu : 3 × 72 € ■ Mutuelle : 3 × 108 € ■ Michel

Et pourtant Michel payait **88 € par mois**, soit plus de 1 000 € par an. Le plafond de 600 € n'a même pas été atteint : ce n'est pas lui le coupable.

La leçon : même avec un pourcentage qui semble élevé, l'essentiel du reste à charge vient de l'écart entre le prix réel des soins et la base fixée par l'État.

Entre nous

Avant d'accepter un devis dentaire, demande les **codes actes** à ton praticien. Avec ces codes, ta mutuelle peut te chiffrer au centime près ce qu'elle remboursera. Dix minutes d'appel contre plusieurs centaines d'euros de surprise : le calcul est vite fait.

Le « 100 % Santé » : ce qu'on ne te dit pas

Depuis 2019, pour trois domaines — dentaire, optique, audition — il existe un panier d'équipements où ton reste à charge est nul, à condition d'avoir une mutuelle responsable (c'est le cas de la quasi-totalité des contrats).

Sur le papier, c'est une excellente nouvelle. Dans la réalité, **ça dépend énormément du poste**. Et personne ne te le dit clairement.

Dentaire

Ça fonctionne

Sur les couronnes des dents visibles, le reste à charge est réellement nul et la qualité correcte. C'est là que le dispositif tient ses promesses.

Optique

Les verres, oui

Toutes les corrections sont couvertes, même fortes, même progressifs — anti-reflet et amincissement inclus. Ce qui est limité, c'est le choix de monture.

Audition

Limitant

Même constat qu'en optique. Le panier existe, mais il convient rarement à ceux qui ont un besoin important.

Les deux limites du dentaire, rarement mentionnées

Au fond de la bouche, sur les molaires, seule la couronne métal fait partie du panier. Si tu veux de la céramique, tu sors du dispositif et tu retombes dans les tarifs classiques.

L'implant est totalement exclu du 100 % Santé. Et c'est justement le soin le plus coûteux du dentaire — entre 1 200 et 2 500 € l'unité, sans aucun remboursement de la Sécu.

La vraie limite en optique — ce n'est pas ta vue

Contrairement à une idée reçue, les verres du panier 100 % Santé couvrent **toutes les corrections** — myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie, y compris les corrections fortes et les verres progressifs. Anti-reflet, anti-rayures et amincissement adapté sont inclus, sans aucun reste à charge.

Ce qui est réellement limité, c'est le **choix de monture** : la loi impose un minimum de 17 modèles pour adultes, déclinés en 2 coloris. Certains opticiens en proposent davantage. Cette offre convient bien à qui n'a pas d'exigence esthétique particulière — moins à qui cherche une monture de marque ou un plus grand choix. Tu peux d'ailleurs panacher : une monture hors panier avec des verres du panier, pour ne payer que la monture.

Ce que je vois le plus souvent

Beaucoup de gens ne connaissent tout simplement pas ce dispositif. Et parmi ceux qui le connaissent, certains s'en font détourner par le professionnel lui-même.

Ce n'est pas nécessairement de la malhonnêteté : un équipement hors panier rapporte davantage qu'un équipement du panier. C'est un intérêt économique légitime — mais tu dois en avoir conscience pour décider librement.

Le réflexe à prendre

Ne demande jamais un seul devis. Exige systématiquement qu'on te chiffre **les deux options** : panier 100 % Santé et hors panier. Puis compare, et tranche toi-même.

Une phrase suffit : « *pouvez-vous me chiffrer l'option 100 % Santé et l'option hors panier ?* » C'est ton droit, et le professionnel doit y répondre.

CHAPITRE 4

Les 5 erreurs qui te coûtent cher

Après des années à analyser des contrats, j'ai repéré les mêmes erreurs qui reviennent sans cesse — presque comme un refrain. Ce ne sont pas des fautes de ta part : elles sont le résultat d'un système conçu pour être difficile à comprendre.

1

Confondre prix élevé et bonne couverture

Une mutuelle à 120 €/mois peut avoir une couverture dentaire médiocre. Une à 60 € peut être parfaitement adaptée à un jeune actif. **Ce qui compte, ce n'est pas le prix — c'est l'adéquation avec ta situation réelle.**

2

Payer pour des garanties jamais utilisées

Forfaits homéopathie, cures thermales, acupuncture... 10 à 20 € de plus par mois pour des postes où tu ne mets jamais les pieds. Pour chaque garantie, demande-toi : « l'ai-je utilisée au moins une fois cette année ? »

3

Ignorer les délais de carence

Période après souscription où certaines garanties ne s'appliquent pas encore : tu paies, mais tu n'es pas couvert. Très fréquent en dentaire et optique. C'est une obligation légale : ces délais figurent sur ton **tableau de garanties ou ta notice d'information**. Lis cette partie avant de changer.

4

Rater la fenêtre de résiliation

Beaucoup se croient bloqués alors qu'ils ne le sont pas. Depuis la résiliation infra-annuelle, après 1 an de contrat tu résilies quand tu veux, sans frais et sans justification.

5

Ne jamais relire son contrat

Ta vie a changé depuis la souscription. Ta mutuelle, elle, n'a pas suivi automatiquement — et ton assureur n'a aucune obligation de te prévenir qu'une meilleure offre existe.

Tes trois portes de sortie

La loi a beaucoup évolué ces dernières années. Voici précisément quand tu peux partir.

DISPOSITIF	CE QUE ÇA CHANGE POUR TOI
Loi Châtel	Résiliation à la date anniversaire, avec un préavis de 2 mois. Utile surtout pendant la première année, avant que le droit à la résiliation infra-annuelle ne s'ouvre.
Résiliation infra-annuelle	Après 1 an de contrat : à tout moment, sans frais, sans justification. Ton nouvel assureur peut se charger des formalités à ta place. Loi du 14 juillet 2019, applicable depuis le 1 ^{er} décembre 2020.
Changement de vie	Mariage, divorce, naissance, perte d'emploi, déménagement... ouvrent un droit de résiliation dans les 3 mois qui suivent.

La règle des 2 ans

Tous les 2 ans, prends 20 minutes pour relire ton contrat et te poser cette question : « **Si je souscrivais une mutuelle aujourd'hui, est-ce que je choisirais celle-ci ?** » Si la réponse est non, il est temps de comparer.

À retenir

Ces 5 erreurs ne sont pas des erreurs de naïfs. Ce sont des erreurs logiques dans un système peu transparent. Maintenant que tu les connais, tu peux les éviter — et potentiellement économiser plusieurs centaines d'euros par an.

CHAPITRE 5

Ta mutuelle est-elle faite pour toi ?

Jusqu'ici je t'ai donné les clés pour comprendre le système. Maintenant on les utilise sur ta situation – un peu comme un diagnostic, mais sans blouse blanche ni salle d'attente. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, seulement ta réalité.

Coche chaque « oui »

- ☐ Je porte des lunettes ou des lentilles → vérifier le montant du forfait optique
- ☐ J'ai des soins dentaires importants prévus dans les 12 mois → vérifier plafonds et délais de carence
- ☐ Mes enfants ont ou auront besoin d'un appareil dentaire → l'orthodontie doit être bien couverte
- ☐ Je consulte souvent des spécialistes → les dépassements d'honoraires doivent être pris en charge
- ☐ J'ai été hospitalisé ou je risque de l'être → vérifier chambre particulière et forfait hospitalier
- ☐ Je suis travailleur indépendant (TNS) → un contrat solidaire et responsable peut ouvrir droit à la déductibilité Madelin
- ☐ J'ai plus de 60 ans → dentaire et audition deviennent prioritaires
- ☐ Ma cotisation a augmenté ces 2 dernières années → les garanties ont-elles évolué en proportion ?

Lis ton résultat

0–2

Contrat basique adapté

Peu de besoins actuels : une entrée de gamme peut suffire. Vérifie quand même l'hospitalisation.

3–5

Des ajustements possibles

Ton contrat a probablement des lacunes sur certains postes. Un point détaillé vaut le coup.

6+

Fort consommateur de soins

Ce n'est pas un défaut, c'est ta réalité médicale. Un contrat mal calibré peut te coûter des milliers d'euros.

Quatre situations, quatre réponses

Le bon contrat n'existe pas dans l'absolu. Il existe seulement *pour toi*. Voici quatre profils que je croise en permanence.

Léa, 26 ans, célibataire, salariée

Léa paie 55 € par mois. Elle a pris « le meilleur contrat » proposé, en se disant qu'elle serait tranquille. En reprenant ses décomptes de l'année : deux consultations chez le généraliste, une paire de lunettes.

Le vrai sujet : elle paie surtout pour des postes qu'elle n'utilise pas — dentaire prothèses, cures, médecines douces. À son âge, l'essentiel est ailleurs : une bonne garantie hospitalisation, parce qu'un accident n'attend pas.

Être surassuré coûte aussi cher qu'être mal assuré. C'est juste moins visible.

Karim, 38 ans, travailleur indépendant

Karim paie tout lui-même, sans participation d'un employeur. Il a entendu parler de la déductibilité Madelin et veut en profiter.

Ce qu'il faut savoir : pour être déductible dans ce cadre, le contrat doit impérativement être **solidaire et responsable**. Ce n'est pas une option — c'est une condition.

Mais l'avantage fiscal ne remplace jamais l'adéquation. Comme tout le monde, Karim doit d'abord choisir une couverture qui correspond à ses besoins réels. La déductibilité vient en plus, pas à la place.

Jacqueline, 68 ans, retraitée

Jacqueline compare des mutuelles depuis deux ans. Elle n'a jamais changé. Son contrat ne lui convient plus vraiment, mais elle connaît son conseiller depuis quinze ans, et elle craint qu'on la refuse à son âge.

Les faits : une complémentaire santé individuelle responsable ne peut pas la refuser pour raison de santé. Et dans le bon ordre — souscrire, vérifier la date d'effet, puis résilier — le trou de couverture est impossible.

Rester peut être une excellente décision. Mais rester par peur, ce n'est pas une décision — c'est une absence de décision.

Un point sur les mutuelles d'entreprise

Depuis 2016, ton employeur doit te proposer une mutuelle et payer au moins 50 % de la cotisation — souvent une bonne affaire. Mais elle n'est pas toujours adaptée : tu peux parfois y ajouter une **surcomplémentaire** pour renforcer le dentaire et l'optique. Et si tu quittes l'entreprise, la **portabilité** te permet de la conserver gratuitement jusqu'à 12 mois si tu es inscrit à France Travail.

CHAPITRE 6

5 réflexes pour ne plus jamais se faire piéger

On arrive au dessert de ce guide (le meilleur moment du repas, si tu veux mon avis). Pas besoin d'être expert — juste besoin de les appliquer.

1

Lis le décompte de remboursement à chaque soin

La plupart des gens les jettent. Vérifie ce que la Sécu a remboursé, ce que la mutuelle a complété, et ce que tu as payé. En quelques mois, tu auras une image claire de l'utilité réelle de ton contrat.

2

Demande un devis AVANT les soins importants

Dentaire, optique, hospitalisation programmée : demande un devis détaillé, puis transmets-le à ta mutuelle pour une estimation. Et exige toujours deux chiffrages : panier 100 % Santé et hors panier.

3

Compare au moins une fois tous les 2 ans

Comparer ne veut pas dire changer — ça veut dire être informé. 20 € de moins par mois pour la même couverture, c'est 240 € par an.

4

Ne résilie jamais avant d'avoir la nouvelle

Toujours dans cet ordre : tu souscris, tu vérifies la date d'entrée en vigueur, et seulement ensuite tu résilies l'ancienne. Sinon, trou de couverture.

5

Déclare les changements de ta situation

Naissance, mariage, divorce, changement de statut : ça modifie tes droits à résiliation et tes besoins réels. Beaucoup de contrats permettent d'ajouter un ayant droit à moindre coût.

Les deux questions à poser avant un devis dentaire

« Quel montant allez-vous rembourser exactement pour ces actes ? » et « Y a-t-il des actes de ce devis qui ne sont pas couverts par mon contrat ? » — dix minutes de vérification peuvent t'éviter une facture inattendue de plusieurs centaines d'euros.

CONCLUSION

Tu en sais plus que la majorité des Français

On est arrivés au bout — et si tu l'as lu jusqu'ici, on devrait vraiment se faire ce repas dont je te parlais depuis le début. Plus sérieusement : tu fais désormais partie des rares personnes qui comprennent vraiment leur mutuelle.

Les 5 choses à retenir absolument

- 1 Ta mutuelle complète la Sécu — mais seulement dans les limites de ton contrat.
- 2 Les pourcentages (100 %, 200 % BR) s'appliquent à une base souvent éloignée du prix réel. Et jamais sans leur plafond annuel.
- 3 Le 100 % Santé fonctionne bien en dentaire sur les dents visibles. Beaucoup moins en optique et en audition. Demande toujours les deux devis.
- 4 Après 1 an de contrat, tu peux résilier à tout moment. Sans frais, sans justification.
- 5 Un tarif élevé ne garantit pas une bonne couverture. C'est l'adéquation à ta situation qui compte.

Parce que comprendre sa mutuelle, ce n'est pas réservé aux professionnels de l'assurance. C'est un droit. Et maintenant, c'est aussi ton arme.

Et si tu veux aller plus loin ?

Ce guide t'a donné les bases — le repas principal. Mais chaque situation est unique, et ton contrat mérite peut-être un dessert sur-mesure.

La chaîne — des vidéos régulières pour continuer à décoder, avec des cas concrets.

Les ateliers — pour approfondir un sujet précis : dentaire, seniors, indépendants.

Le décryptage personnalisé — on regarde ton contrat ensemble, ligne par ligne.



Merci de m'avoir lu. À très bientôt.

Si tu as une question en refermant ce guide, écris-moi — je lis tout, et c'est souvent comme ça que naissent mes prochaines vidéos.

ANNEXES

Les extras, à garder sous le coude

Pas obligatoires pour comprendre l'essentiel — mais bien pratiques : un lexique en cas de doute, une checklist à sortir devant ton tableau, et le mode d'emploi pour changer de mutuelle.

Vas-y à ton rythme, ou reviens-y plus tard.

BONUS 1

Le lexique des 20 termes à connaître

Les mots que tu vas croiser dans ton contrat ou sur tes remboursements — traduits en langage humain.

Acte de prévention	Soin de prévention pris en charge à 100 % par la Sécu dans les cas prévus.
Ayant droit	Personne couverte par ton contrat en plus de toi (conjoint, enfant).
Base de Remboursement (BR)	Montant de référence fixé par l'État pour calculer les remboursements Sécu.
Cotisation	Ce que tu paies chaque mois à ta mutuelle.
Délai de carence	Période après souscription pendant laquelle certaines garanties ne sont pas actives.
Dépassement d'honoraires	Supplément facturé par un médecin au-delà du tarif Sécu.
Forfait	Montant fixe remboursé par ta mutuelle pour un type de soin.
Franchise médicale	1 € par boîte de médicaments, plafonnée à 70 €/an. Jamais remboursée par une mutuelle. Exonérés : mineurs, femmes enceintes (dès le 6e mois), bénéficiaires de la C2S.
Garantie	Ce que ta mutuelle s'engage à rembourser.
Hospitalisation complète	Séjour à l'hôpital avec nuit(s).
Hospitalisation ambulatoire	Intervention sans nuit à l'hôpital.
Médecin traitant	Ton médecin référent, déclaré à la Sécu. Passer par lui améliore tes remboursements.
Parcours de soins coordonné	Le circuit Sécu : médecin traitant → spécialiste = meilleur remboursement.
Participation forfaitaire	2 € par consultation, plafonnée à 70 €/an. Jamais remboursée par une mutuelle. Mêmes exonérations que la franchise médicale.
Plafond annuel	Montant maximum remboursé sur un poste donné, par année civile.
Prestations en nature	Remboursements de soins, par opposition aux indemnités journalières.

RAC 0 / 100 % Santé	Dispositif garantissant zéro reste à charge sur certains équipements définis.
Réseau de soins	Professionnels partenaires de ta mutuelle offrant de meilleurs remboursements.
Tiers payant	Tu n'avances pas les frais : la Sécu et/ou la mutuelle paient directement.
Ticket modérateur	Part laissée à ta charge après remboursement de la Sécu, avant mutuelle.

Entre nous

Trois mots à retenir en priorité dans cette liste : **base de remboursement**, **plafond annuel** et **délai de carence**. À eux seuls, ils expliquent la quasi-totalité des mauvaises surprises que j'ai vues passer en 8 ans.

Deux mots à ajouter si tu es indépendant

Contrat solidaire et responsable — condition impérative pour bénéficier de la déductibilité fiscale dans le cadre Madelin.

Déductibilité Madelin — permet de déduire les cotisations du revenu imposable, sous conditions. À valider avec ton comptable.

BONUS 2

Mon contrat est-il bon ?

Prends ton tableau de garanties et coche chaque point. Plus tu coches, mieux tu es couvert.

Hospitalisation

- ☐ Chambre particulière remboursée (≥ 50 €/nuit)
- ☐ Forfait journalier hospitalier pris en charge
- ☐ Dépassements du chirurgien couverts
- ☐ Valable en clinique privée et à l'hôpital public

Dentaire

- ☐ Soins courants remboursés
- ☐ Plafond annuel supérieur à 800 €
- ☐ Prothèses couvertes au-delà du panier 100 % Santé
- ☐ Un forfait implant est prévu
- ☐ Pas de délai de carence, ou moins de 3 mois

Optique

- ☐ Forfait annuel ≥ 150 € pour verres simples
- ☐ Verres progressifs distingués des verres simples
- ☐ Un forfait lentilles séparé existe (si tu en portes)

Médecins et spécialistes

- ☐ Dépassements d'honoraires pris en charge
- ☐ Consultations hors parcours remboursées
- ☐ Accès à un réseau de soins proposé

Général

- ☐ Je connais mes plafonds annuels sur les postes clés
- ☐ Ma cotisation n'a pas augmenté de plus de 5 %/an sans justification
- ☐ Je sais que le renouvellement optique est encadré par la loi (2 ans, sauf exception médicale)
- ☐ Mes ayants droit sont bien inclus si nécessaire

Ton score

Moins de 8 — ton contrat mérite une révision sérieuse.

Entre 8 et 13 — des ajustements sont possibles sur certains postes.

Plus de 13 — contrat globalement solide. Continue à faire le point.

BONUS 3

Quand et comment résilier sa mutuelle

Le mode d'emploi pour changer si nécessaire — sans stress et sans erreur.

QUAND ?	COMMENT ?
Après 1 an de contrat	À tout moment, sans délai ni frais : c'est la résiliation infra-annuelle. Ton nouvel assureur peut se charger des formalités si tu le demandes.
Date anniversaire	2 mois avant la reconduction (loi Châtel). L'avis doit t'être envoyé entre 3 mois et 15 jours avant : sinon, tu peux résilier même après la date. Surtout utile la première année.
Changement de situation	Mariage, PACS, divorce, naissance, retraite, déménagement → dans les 3 mois suivant l'événement.
Augmentation de tarif	Dans le mois suivant la notification, même en cours d'année.

La procédure, pas à pas

- 1 Trouve ta nouvelle mutuelle et vérifie la date d'entrée en vigueur.
- 2 Souscris et obtiens ton attestation de couverture.
- 3 Envoie la lettre de résiliation en recommandé (ou fais-la faire par la nouvelle mutuelle).
- 4 Garde les deux contrats en parallèle quelques jours pour éviter tout vide de couverture.
- 5 Informe ton employeur si tu as aussi une mutuelle d'entreprise.

Entre nous

L'ordre compte plus que la vitesse : tant que la nouvelle mutuelle n'a pas confirmé sa date d'entrée en vigueur, ne résilie rien. Un trou de couverture de trois jours peut coûter très cher si l'imprévu tombe pile à ce moment-là.

Ta lettre, prête à recopier

Recopie ce modèle en remplaçant les champs entre crochets. Envoie-le en recommandé avec accusé de réception, ou demande à ta nouvelle mutuelle de s'en charger.

Modèle de courrier

[Prénom, nom, adresse] – [Nom de l'assureur, adresse] – [Date]

Objet : Résiliation de mon contrat de complémentaire santé n° [...]

Madame, Monsieur,

Je vous informe de ma décision de résilier mon contrat de complémentaire santé référencé ci-dessus, conformément aux dispositions de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé.

Je vous demande de faire prendre effet à cette résiliation à la date du [...].

Je vous serais reconnaissant(e) de bien vouloir me confirmer la bonne réception du présent courrier et la date effective de résiliation.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Signature]

TA MUTUELLE ENFIN DÉCODÉE

Tu sais maintenant ce que tu paies.

Et surtout, ce que tu touches vraiment. C'est déjà plus
que la majorité des Français.