

Cinq bonnes raisons de fréquenter les réseaux de soins



Les réseaux de soins sont basés sur des accords entre des mutuelles et des professionnels de santé. Peu connus des patients, ils ont pourtant l'avantage d'offrir des prestations de qualité pour un coût maîtrisé. Passage en revue des bonnes raisons de les utiliser.

L'objectif des réseaux de soins est de faire baisser le reste à charge des patients pour certains soins, moins bien remboursés par l'Assurance maladie, tels que l'optique, les soins dentaires et l'audition. Pour cela, des mutuelles nouent des partenariats avec des professionnels de santé qui s'engagent à réduire leurs tarifs tout en respectant des critères de qualité précis. Si votre carte de complémentaire santé comporte, par exemple, le nom de Carte blanche, Itelis, Kalivia, Santéclair ou Sévéane, vous avez accès à un réseau de soins et aux avantages qu'il offre.

1. Des tarifs maîtrisés. Les adhérents des complémentaires santé restent libres de choisir leur praticien. Mais s'ils se rendent chez l'un des professionnels membre du réseau de soins, ils peuvent faire sensiblement baisser leur reste à charge. Ces professionnels s'engagent en effet à respecter des tarifs plafonnés, et le prix des équipements est négocié. Certains réseaux revendiquent, par exemple, jusqu'à 40 % de réduction sur les verres de lunettes. En moyenne, les prix pratiqués par les opticiens membres d'un réseau sont de 30 % inférieurs à ceux du marché. Pour les prothèses auditives, le rabais peut aller jusqu'à 900 euros. Dans le domaine dentaire, les économies sont plus ténues, mais fréquenter un réseau de soins permet d'éviter les praticiens les plus chers. Les prix, définis à l'avance, peuvent certes comporter des dépassements d'honoraires, mais ils sont en moyenne 20 à 40 % moins élevés que ceux des autres professionnels libéraux. En plus des tarifs négociés, la loi Le Roux (*lire également l'encadré*) de 2014 permet aux mutuelles de mieux rembourser les patients qui choisissent de se rendre chez un professionnel partenaire. Ils peuvent donc encore réduire leur reste à charge, voire le supprimer.

2. Des prestations de qualité. Les professionnels qui rejoignent un réseau de soins s'engagent, en signant une convention, à répondre à des critères de qualité tant au niveau de l'équipement vendu (lunettes ou prothèses auditives) qu'en matière de services. Par exemple, les opticiens doivent proposer un certain type de verres ou une large gamme de montures à prix modérés. Pour s'assurer de la mise en œuvre de ces prestations, les réseaux contrôlent régulièrement les professionnels affiliés.

3. La dispense d'avance de frais. L'assuré qui consulte un professionnel agréé par le réseau de sa complémentaire santé bénéficie du tiers payant intégral. Il n'aura donc pas à avancer les frais, ni

pour la partie remboursée par la Sécurité sociale, ni pour celle de la mutuelle.

4. Des professionnels de santé présents sur tout le territoire. Les réseaux de soins assurent un maillage de professionnels de santé partout en France. La proximité avec l'adhérent est un critère prépondérant lorsqu'une mutuelle choisit un réseau conventionné. Pour connaître la liste des professionnels du réseau de votre mutuelle, rendez-vous sur votre espace client sur Internet ou contactez votre conseiller.

5. Des services préférentiels. Les réseaux proposent des services supplémentaires variés. Il peut s'agir de conseiller le patient en analysant ses devis, de lui proposer une assistance téléphonique, une garantie remplacement en cas de bris de lunettes ou encore des applications avec des programmes d'aide pour arrêter de fumer ou pour améliorer son alimentation.

A noter. Les réseaux de soins concernent principalement les secteurs de l'optique, des soins dentaires et de l'appareillage auditif, mais des accords peuvent avoir été conclus avec des ostéopathes, des diététiciens, des pédicures, des podologues, voire des établissements qui proposent des spécialités comme la chirurgie orthopédique.

Léa Vandeputte - redaction@mutualistes.com

Ce que dit la loi Le Roux

Parue au *Journal officiel* en janvier 2014, la loi relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé – plus connue sous le nom de loi Le Roux, du nom du député socialiste Bruno Le Roux – modifie l'article L.112-1 du Code de la mutualité. Avec ce texte, les mutuelles peuvent désormais mieux rembourser leurs adhérents quand ils s'adressent à leur réseau de soins plutôt que d'aller consulter en dehors. Les assureurs commerciaux et les institutions de prévoyance avaient déjà le droit de proposer des remboursements différenciés. Cette loi permet donc aux mutuelles de faire de même. En revanche, la loi Le Roux limite les possibilités de négociation sur les tarifs aux seules professions dont le financement par l'Assurance maladie est inférieur à 50 %. Par conséquent, la signature de conventions avec des médecins est impossible.