

Bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé



Bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé

SOMMAIRE

- P. 3 ▶ A quoi sert une complémentaire santé ?
- P. 4 ▶ Que vous rembourse votre complémentaire santé ?
- P. 5 ▶ Comment sont formulées vos garanties ?
- P. 7 ▶ Comment évaluer vos besoins de couverture en complémentaire santé ?
- P. 8 ▶ A quoi faut-il être attentif avant de choisir une complémentaire santé ou d'engager des dépenses ?
- P. 10 ▶ Quels services supplémentaires votre complémentaire santé peut-elle vous apporter ?
- P. 10 ▶ Quelle est la durée de vos garanties ? Comment y mettre fin ?
- P. 11 ▶ Pour aller plus loin... Qu'est-ce qu'une complémentaire santé « responsable et solidaire » ?

Reportez-vous
au glossaire de la
complémentaire
santé pour connaître
la signification des
différents termes
utilisés



Ce document est destiné à vous aider à mieux comprendre ce qu'est une complémentaire santé, ses garanties, ses mécanismes de remboursement, et à vous guider dans le choix d'une complémentaire si vous comptez en souscrire une.

Vous pouvez souscrire ou adhérer à une complémentaire santé à titre individuel. Toutefois vous êtes peut-être déjà couvert dans votre entreprise par un contrat collectif, qui est souvent obligatoire pour tout ou partie des salariés.

Plusieurs types d'organismes proposent des complémentaires santé (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances et mutuelles d'assurances...). N'hésitez pas à les contacter pour être conseillé et souscrire la complémentaire santé qui vous convient.



► A quoi sert une complémentaire santé ?

Lorsque vous avez des dépenses de santé, l'assurance maladie obligatoire (la « Sécurité sociale ») ne rembourse pas tout. Votre complémentaire santé intervient au-delà des remboursements de l'assurance maladie obligatoire pour vous permettre de faire face aux dépenses qui restent à votre charge, que celles-ci soient liées à une maladie, un accident ou une maternité.

En général, une complémentaire santé rembourse totalement ou partiellement les consultations, la pharmacie, l'hospitalisation, l'optique et le dentaire. Un grand nombre d'entre elles prend également en charge des prestations qui ne sont pas du tout remboursées par l'assurance maladie obligatoire, comme par exemple l'ostéopathie, les implants dentaires, certains vaccins et médicaments non remboursables, ou encore l'opération de la myopie. Elles peuvent aussi proposer des services associés (assistance, prévention, suivi personnalisé...).

Il existe une grande diversité de complémentaires santé. Vous pouvez donc choisir le niveau de couverture qui vous convient en fonction de vos besoins.

► Que vous rembourse votre complémentaire santé ?

Le plus souvent, une complémentaire santé intervient en complément des remboursements de l'assurance maladie obligatoire.

► Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire

Celle-ci fixe pour chaque acte ou produit :

► **Remboursement
assurance maladie
obligatoire**

=

**base de remboursement
x taux de remboursement
– éventuelle franchise
ou participation
forfaitaire**

- une base de remboursement, qui correspond à son tarif de référence,
- un taux de remboursement qu'elle applique à cette base et qui détermine le montant de son remboursement.

Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est donc inférieur à la base de remboursement (sauf lorsque le taux est à 100 %). La différence entre la base de remboursement et ce que vous rembourse l'assurance maladie obligatoire est constituée du « ticket modérateur » et de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire.

Dans quelques cas, la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire peut être très inférieure au prix que vous avez à payer en réalité. C'est le cas des prothèses dentaires et auditives ou des lunettes, pour lesquelles des dépassements sont facturés.

Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire ne comprend donc pas le ticket modérateur, la franchise ou la participation forfaitaire, ni l'éventuel dépassement.

Le ticket modérateur et le dépassement peuvent vous être remboursés en tout ou partie par votre complémentaire santé. La franchise ou la participation forfaitaire ne sont en revanche presque jamais prises en charge.



► Le remboursement de votre complémentaire santé

Ce schéma permet de comprendre la différence entre vos dépenses réelles, ce que couvre l'assurance maladie obligatoire, ce que votre complémentaire santé peut vous rembourser, et ce qui peut rester à votre charge. Les dépassements figurant dans ce schéma n'existent pas systématiquement. La dépense réelle est alors égale à la base de remboursement.

Dépenses réelles	Dépassements	Dépassements	Vous (montant restant éventuellement à votre charge)
	Base de remboursement	Ticket modérateur	Votre complémentaire santé (en fonction de vos garanties)
		Franchise ou participation forfaitaire	
		Montant du remboursement de l'assurance maladie obligatoire (« Sécurité sociale »)	Assurance maladie obligatoire

Votre complémentaire santé peut également prendre en charge des prestations qui ne sont pas du tout remboursées par l'assurance maladie obligatoire. Elle est alors la seule à intervenir dans le remboursement.

► Comment sont formulées vos garanties ?

Les garanties de votre complémentaire santé sont le plus souvent exprimées en pourcentage de la base de remboursement ou en euros.

► Exemple pour une garantie exprimée en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire

Une garantie à hauteur de 150 % de la base de remboursement (assurance maladie obligatoire incluse) signifie que votre remboursement total (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé) pourra atteindre 50 % de plus que la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Exemple pour une radio du genou (cinq clichés)

Dépenses réelles 70 €	Dépassements 31,43 €	Dépassements	Vous (montant restant à votre charge) : 12,14 €
			Votre complémentaire santé : - dépassements (50 % de 38,57 €) : 19,29 € - ticket modérateur (30 % de 38,57 €) : 11,57 € Soit au total 30,86 €
	Base de remboursement 38,57 €	Ticket modérateur	Vous : 1 € Assurance maladie obligatoire : 70 % de 38,57 € - 1 € = 26,00 €
		Participation forfaitaire	

} 150 % de la base de remboursement (assurance maladie obligatoire incluse)

► Exemple pour une garantie exprimée en Euros

Une garantie à hauteur de 250 € signifie que le remboursement de votre complémentaire santé atteindra au maximum 250 €, en plus de ce qui est éventuellement remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

Exemple pour une couronne dentaire

Dépenses réelles 500 €	Dépassements 392,50 €	Dépassements	Vous (montant restant à votre charge) : 174,75 €
			Votre complémentaire santé : 250 €
	Base de remboursement 107,50 €	Ticket modérateur Montant du remboursement de l'assurance maladie obligatoire (« Sécurité sociale »)	Assurance maladie obligatoire (« Sécurité sociale ») : 70 % de 107,50 € = 75,25 €

BON À SAVOIR

- ▶ Une garantie exprimée en pourcentage de la base de remboursement peut inclure ou exclure le remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Les pourcentages mentionnés n'ont donc pas toujours la même signification. Par exemple :
 - **Assurance maladie obligatoire incluse** : une garantie couvrant 100% de la base de remboursement ne signifie pas nécessairement que vous serez pris en charge pour la totalité de la dépense engagée. Cela signifie que le total du remboursement (assurance maladie obligatoire et complémentaire) couvre la totalité de la base de remboursement, mais pas au-delà. Autrement dit, les dépassements éventuels resteront à votre charge.
 - **Assurance maladie obligatoire exclue** : une garantie couvrant 100% de la base de remboursement signifie quant à elle que le remboursement de votre complémentaire peut atteindre un montant égal à la base de remboursement, en plus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Votre remboursement total (assurance maladie obligatoire et complémentaire) couvre donc la totalité de la base de remboursement et tout ou partie des dépassements éventuels.
- ▶ Dans tous les cas, les prestations versées par votre complémentaire santé ne peuvent jamais dépasser vos dépenses réelles.

▶ Comment évaluer vos besoins de couverture en complémentaire santé ?

Vos besoins dépendent notamment de :

- votre âge,
- la composition de votre foyer et votre situation familiale (avez-vous besoin de couvrir votre conjoint, vos enfants...),
- vos besoins en soins (par exemple fréquence de vos consultations, si vous portez des lunettes...) actuels ou futurs,
- vos habitudes de consommation de soins (médecins pratiquant des dépassements d'honoraires...),
- votre régime d'assurance maladie obligatoire (par exemple, la situation de l'Alsace-Moselle est différente).

Le prix de la complémentaire santé constitue également un facteur de choix.



Vous pouvez contacter des organismes complémentaires, qui vous conseilleront sur les garanties les plus adaptées à votre situation. N'hésitez pas non plus à consulter les sites internet de ces organismes.

Même si vous êtes couvert « à 100 % » par l'assurance maladie obligatoire (par exemple en cas d'affection de longue durée), votre complémentaire santé peut vous être utile. En effet :

- certaines dépenses ne sont jamais remboursées par l'assurance maladie obligatoire (notamment le forfait journalier hospitalier, les dépassements d'honoraires...),
- et d'autres ne sont pas remboursées intégralement (par exemple les dépenses de soins sans rapport avec votre affection de longue durée).

► A quoi faut-il être attentif avant de choisir une complémentaire santé ou d'engager des dépenses ?



► Pour l'hospitalisation (honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...) :

- Les frais de séjour sont-ils pris en charge dans tous les types d'établissements ?
- Y a-t-il des limitations de durée de prise en charge, par exemple pour la psychiatrie ou pour la rééducation ?
- Le forfait journalier hospitalier est-il remboursé ? Pour quel montant et quelle durée ?
- La complémentaire rembourse-t-elle une chambre particulière ? Pour quel montant et quelle durée ?

► Pour les soins de ville (honoraires des médecins, sages-femmes et auxiliaires médicaux, imagerie et radiologie, analyses médicales...) :

- Est-ce que je consulte souvent des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires ? Si oui, la complémentaire rembourse-t-elle ces dépassements ? Jusqu'à quel niveau ?

LES RÉSEAUX DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Votre complémentaire peut avoir passé des accords avec des établissements ou des professionnels de santé (opticiens, dentistes, médecins...).

Renseignez-vous pour connaître les conditions proposées.

- La complémentaire rembourse-t-elle certains actes non remboursés par l'assurance maladie obligatoire (ostéopathie...) ?

► **Pour la pharmacie :**

- Quelles sont les catégories de médicaments (couleur de vignette) remboursées par la complémentaire ? A quelle hauteur ?
- La complémentaire rembourse-t-elle des médicaments ou des vaccins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire ?

► **Pour les dépenses d'optique (lunettes, lentilles, opération de la myopie...) :**

- Y a-t-il un plafond de remboursement pour les lunettes ou les lentilles ? Sur quelle durée ?
- Y a-t-il un nombre maximum de paires de lunettes ou de lentilles remboursées par an ?
- La complémentaire rembourse-t-elle les lentilles qui ne sont pas remboursées par l'assurance maladie obligatoire ?
- La complémentaire rembourse-t-elle d'autres dépenses qui ne sont pas remboursées par l'assurance maladie obligatoire, comme par exemple la chirurgie réfractive (opération de la myopie) ?



Pour les soins dentaires (soins, inlays et onlays, prothèses dentaires, orthodontie...) :

- Y a-t-il un plafond annuel de remboursement pour les prothèses dentaires ? Pour l'orthodontie ? Pour d'autres actes ?

La complémentaire rembourse-t-elle certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire ? Si oui lesquels (implants, certaines prothèses...) ?

LE DÉLAI D'ATTENTE

Toutes les complémentaires ne remboursent pas les dépenses dès la souscription ou l'adhésion.

C'est ce que l'on appelle un délai d'attente, c'est-à-dire une période durant laquelle vous payez vos cotisations sans bénéficier du remboursement sur certaines prestations (notamment pour les hospitalisations déjà programmées, les dépenses d'optique et les prothèses dentaires).

► Quels services supplémentaires votre complémentaire santé peut-elle vous apporter ?

Au-delà du remboursement de vos frais de santé, une complémentaire santé peut aussi vous apporter un grand nombre de services, par exemple :



- le « tiers payant » : ce service vous permet de ne pas faire l'avance de certains de vos frais médicaux ou pharmaceutiques ; l'assurance maladie obligatoire et votre complémentaire santé se chargent de payer directement le professionnel de santé ou le pharmacien,
- des remboursements rapides,
- des services d'information, de conseil et d'orientation dans le système de soins comme l'analyse de devis ou l'accès à des réseaux de professionnels de santé à des tarifs négociés,
- des dispositifs de prévention (bilan de santé...) ou d'accompagnement face à la maladie (soutien psychologique...),
- des services d'assistance et d'aide à domicile : aide ménagère, garde-malade, garde d'enfants...,
- des services permettant de comparer les établissements de santé entre eux selon des indicateurs prédéfinis.

► Quelle est la durée de vos garanties ? Comment y mettre fin ?

Une complémentaire santé individuelle ne peut pas être résiliée par un organisme complémentaire, sauf si les cotisations ne sont pas payées. L'organisme ne peut pas non plus diminuer vos prestations ou augmenter votre cotisation en fonction de votre état de santé. En revanche, il peut modifier les cotisations pour l'ensemble des assurés couverts par les mêmes garanties.

Le renouvellement de vos garanties s'effectue généralement chaque année par tacite reconduction. L'organisme complémentaire vous envoie un avis d'échéance par lequel il vous informe du montant des cotisations que vous devez payer pour l'année à venir. Il doit vous informer de la date limite à laquelle vous pouvez résilier vos garanties¹. Vous avez la possibilité de les résilier sous réserve de respecter le délai de préavis fixé par les documents contractuels.

Lorsque vous êtes couvert par un contrat collectif obligatoire, vous n'avez pas la possibilité de le résilier individuellement.

1 - La loi « Chatel » a renforcé les obligations d'information de l'organisme en ce qui concerne les échéances de résiliation des contrats.

► Pour aller plus loin... Qu'est-ce qu'une complémentaire santé « responsable et solidaire » ?

La très grande majorité des complémentaires santé sont « responsables et solidaires ».

La loi qualifie une complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie une complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle encourage le respect du parcours de soins coordonnés (le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'assurance maladie).

Lorsque vous respectez le parcours de soins coordonnés (consultation en premier lieu de votre médecin traitant puis, le cas échéant, du médecin vers lequel il vous a orienté), les complémentaires santé « responsables » vous remboursent au minimum :

- 30 % du tarif des consultations médicales,
- 30 % du tarif des médicaments remboursables à 65 % par l'assurance maladie obligatoire (vignettes blanches),
- 35 % du tarif des examens de biologie médicale prescrits,
- le ticket modérateur d'au moins deux prestations de prévention fixées par la réglementation.

En revanche, elles ne remboursent pas :

- les dépassements et majorations liés au non respect du parcours de soins,
- la participation forfaitaire de 1 € applicable aux consultations et certains examens médicaux,
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0,50 € par boîte de médicaments).

Choix d'une complémentaire santé

Avant de choisir une complémentaire santé, renseignez-vous auprès des différents organismes complémentaires et n'hésitez pas à vous faire expliquer les points que vous ne comprenez pas.



120 BOULEVARD RASPAIL - 75006 PARIS – TEL : 01.42.84.95.00 / FAX : 01.45.48.91.01



WWW.UNOCAM.FR