

# Déclaration commune

portant engagement de bonnes  
pratiques sur la lisibilité des garanties  
de complémentaire santé

Octobre 2010

- ▶ **Considérant** que l'accès de la population à une complémentaire santé adaptée à ses besoins nécessite une compréhension approfondie des garanties qui lui sont offertes ;
- ▶ **Considérant** que les organismes d'assurance maladie complémentaire se reconnaissent le devoir d'assumer une information claire, sincère et aussi exhaustive que possible à l'égard de leurs adhérents et assurés ;
- ▶ **Considérant** que ce devoir d'information vaut aussi bien en amont de la souscription ou adhésion que pendant l'exécution de la garantie ;
- ▶ **Considérant** que ces exigences valent particulièrement à l'égard des plus défavorisés de nos concitoyens, et notamment les bénéficiaires de l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé ;
- ▶ **Considérant** que la lisibilité des garanties offertes par la complémentaire santé a diminué à mesure que les conditions de prise en charge de l'assurance maladie obligatoire se sont complexifiées ;

## I. Des bonnes pratiques

Les fédérations membres de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire considèrent que les points suivants constituent un socle de bonnes pratiques qu'il convient de promouvoir :

### I.A. De la rédaction des garanties

- ▶ Une garantie doit, de préférence, être rédigée en utilisant les termes de référence du glossaire UNOCAM (ci-annexé).
- ▶ Une garantie doit être rédigée de manière claire et non équivoque, et apporter les précisions nécessaires à sa bonne compréhension. En particulier, les rédactions doivent éclairer le souscripteur sur :
  - la période couverte par la garantie (l'année civile, de date à date...),
  - le délai d'attente éventuel avant que la garantie ne joue,
  - la ou les personnes couvertes par la garantie (l'assuré ou adhérent ouvrant les droits et les éventuels autres bénéficiaires...),
  - les éléments concernés par la garantie (l'acte, la séance, la partie du corps ...),
  - l'existence de réseaux de professionnels de santé conventionnés par l'organisme, l'exigence d'un devis préalable dans certains cas et la conséquence de ces éléments sur les remboursements dus au souscripteur ou adhérent.
- ▶ Une garantie exerçable dans la limite d'un forfait ou d'un plafond annuel exprimé en euros, doit indiquer l'existence de celui-ci et en préciser clairement les conditions (durée, champ des bénéficiaires...).
- ▶ Une garantie doit être conforme à l'environnement législatif et réglementaire prévalant lors de la commercialisation de l'offre dont elle fait partie.
- ▶ Une garantie exprimée en pourcentage doit toujours préciser à quoi se rapporte ce pourcentage.
- ▶ Une garantie exprimée en fonction des tarifs de l'assurance maladie obligatoire doit toujours se référer à la « *base de remboursement* » de l'assurance maladie obligatoire. Les termes « *tarif de convention* », « *tarif d'autorité* », « *tarif de responsabilité* », ou « *tarif opposable* » doivent disparaître au profit de la notion de « *base de remboursement* ».

- ▶ Une garantie exprimée en pourcentage de la base de remboursement doit toujours préciser si ce pourcentage inclut ou exclut la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- ▶ Une prestation prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire ne peut être indiquée comme couverte par la complémentaire santé que si cette dernière est effectivement amenée à rembourser des frais facturés au-delà de la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire.
- ▶ La référence à un pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) - ou toute autre valeur de référence - doit être abandonnée et remplacée par un montant en euros pour les contrats individuels. Dans le cadre des contrats collectifs la notice individuelle devra indiquer au regard du pourcentage du PMSS le montant en euros correspondant à une date donnée. Elle indiquera également selon quels moyens (ex.: adresse internet) le bénéficiaire peut trouver le montant actualisé du PMSS - ou toute autre valeur de référence - ou de sa garantie.
- ▶ Pour les prestations d'optique, la garantie ne peut pas être exprimée en multiples de la base de remboursement, au-delà de 100 %. Ces garanties seront exprimées soit totalement en euros, soit en pourcentage de la base de remboursement et en euros au-delà de 100 % de celle-ci. Dans le cadre de contrats collectifs, cette règle s'appliquera seulement à la notice diffusée aux bénéficiaires, qui mentionnera à titre indicatif un équivalent en euros du montant de la garantie pour les prestations les plus fréquentes.
- ▶ Pour les prestations de prothèses dentaires, les garanties sont exprimées, de préférence, soit totalement en euros, soit en pourcentage de la base de remboursement et en euros au-delà de 100 % de celle-ci<sup>1</sup>. A défaut, un équivalent en euros du montant de la garantie est mentionné à titre indicatif pour les prestations les plus fréquentes dans le contrat individuel ou dans la notice remise aux bénéficiaires s'agissant des contrats collectifs.

1. Ces préconisations n'ont pas vocation à s'appliquer lorsque la garantie est parfaitement explicite et prévoit la prise en charge intégrale de l'équipement ou de la prothèse dispensée par un professionnel de santé conventionné par l'OCAM (ex. : prise en charge de la prothèse dentaire sans reste à charge pour l'assuré lorsqu'il s'adresse à un professionnel du réseau de l'OCAM).

## **I.B. De l'accessibilité des assurés et adhérents à des outils permettant d'améliorer leur compréhension des garanties**

- ▶ Tout document commercial / document d'information remis en amont de la souscription doit avoir le souci d'une présentation sincère et équilibrée des garanties et des niveaux de prise en charge.
- ▶ Pour faciliter le choix et la compréhension des souscripteurs et adhérents, l'organisme d'assurance maladie complémentaire est invité à mettre à leur disposition une version imprimée et/ou électronique du glossaire et des « Questions pour bien comprendre et bien choisir sa complémentaire santé » élaborés au sein de l'UNOCAM.
- ▶ Pour faciliter le choix et la compréhension des souscripteurs et adhérents, l'organisme d'assurance maladie complémentaire présente au moins un exemple de remboursement de son choix pour les principaux postes de garanties dans les documents commerciaux imprimés et/ou électroniques.
- ▶ Un récapitulatif des garanties, regroupées par grands postes, sous forme de tableaux est mis à la disposition des souscripteurs et adhérents.
- ▶ Dans la mesure du possible, l'organisme d'assurance maladie complémentaire met à la disposition des bénéficiaires de ses garanties des outils leur permettant d'évaluer les montants de leurs remboursements et le cas échéant, de leur reste à charge (service téléphonique, internet, etc.).

## **II. De la mise en oeuvre de la présente Déclaration commune**

Chaque fédération membre de l'UNOCAM et signataire de la présente déclaration, s'engage à la diffuser auprès de ses adhérents et à la promouvoir de sorte que ses adhérents intègrent dès 2011 ces préconisations dans la conception de leurs nouvelles offres<sup>2</sup>, pour ensuite les mettre en oeuvre progressivement à l'occasion du lancement d'une nouvelle gamme ou de la conclusion d'une affaire nouvelle (sauf opposition motivée du souscripteur en collectif à l'application de la présente déclaration).

Par ailleurs, les OCAM peuvent adapter tout ou partie de leurs gammes, contrats ou notices individuelles en cours, aux préconisations contenues dans la présente Déclaration commune lorsque le régime juridique de leurs garanties le leur permet.

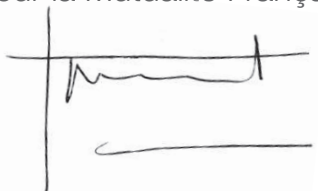
2. Pour mémoire, les nouvelles offres sont définies comme suit :

- pour les produits individuels et les produits collectifs « standard », les nouvelles gammes mises sur le marché ;
- pour les produits collectifs dits « sur mesure », les nouvelles affaires, c'est-à-dire celles impliquant un changement d'assureur ou un nouvel appel d'offres.

### III. Du suivi et de l'actualisation de la présente Déclaration commune

Les fédérations membres de l'UNOCAM conviennent de faire annuellement un bilan de l'application de la présente Déclaration. A cette occasion, elles examineront s'il convient au regard des évolutions législatives, réglementaires ou institutionnelles de l'année écoulée d'adapter les documents qui y sont annexés.

Pour la Mutualité Française



**Jean-Pierre DAVANT**

Pour la FFSA



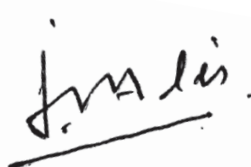
**Bernard SPITZ**

Pour le CTIP



**Bernard LEMEE**

Pour la FNIM



**Jacques VALES**

Pour le GEMA



**Gérard ANDRECK**

Pour l'UNOCAM



**Fabrice HENRY**



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



[WWW.UNOCAM.FR](http://WWW.UNOCAM.FR)