

Fiche pratique

Complémentaires santé : qu'est-ce que la lisibilité des garanties ?

Sommaire

1. La lisibilité des garanties
2. Focus sur les exemples de remboursements
3. Quel calendrier et quel suivi ?

Pour accompagner la réforme « 100 % santé » et, de façon générale, contribuer à une meilleure information des assurés, les organismes d'assurance maladie complémentaire s'engagent à améliorer la lisibilité et la transparence des garanties prévues dans leurs contrats individuels et collectifs.

1. La lisibilité des garanties

Le 14 février 2019, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) ainsi que les principaux représentants complémentaires de santé, ont signé un engagement pour la lisibilité des garanties des contrats de complémentaire santé. Cette initiative est l'aboutissement d'une concertation approfondie de l'ensemble des acteurs au cours des derniers mois, sous l'impulsion des pouvoirs publics.

Pourquoi une telle démarche ?

Base de remboursement (BR), plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), tarif de convention, tarif de responsabilité... Pour la plupart des assurés, déchiffrer les conditions de prise en charge de ses dépenses de santé est une tâche pour le moins ardue. En cause, des termes complexes, une multitude d'abréviations, des remboursements exprimés en pourcentage en euros ou en PMSS, ou encore des intitulés de postes de soins variant d'un contrat à l'autre.

En quoi consiste cet engagement ?

Par cet accord inédit, les organismes assureurs entendent **faciliter la compréhension et le choix des garanties santé proposées** dans les contrats d'assurance complémentaire.

Objectif : permettre aux assurés et aux prospects de mieux estimer leur reste à charge et de comparer plus facilement les offres, dans ce domaine essentiel qu'est l'accès aux soins et à la santé.

Cet effort d'information permettra d'accompagner efficacement la mise en œuvre de la réforme « 100 % santé ».

Dans cette perspective, rendre les tableaux de garanties plus clairs et plus simples permettra au patient de faire son choix en toute connaissance de cause.

Que prévoit concrètement cet engagement ?

Il s'agit d'un socle de bonnes pratiques que tous les organismes assureurs sont invités à appliquer.



Sommaire

1. La lisibilité des garanties
2. Focus sur les exemples de remboursements
3. Quel calendrier et quel suivi ?

L'accord prévoit notamment :

- une harmonisation des intitulés des principaux postes de garanties dans les différents supports d'information.

Pour faciliter la comparaison entre différents contrats, les prestations seront présentées de façon uniforme, au sein de 5 rubriques aux libellés communs :

- hospitalisation ;
- dentaire ;
- optique ;
- aides auditives ;
- soins courants (consultations).

En dentaire, en optique et en audiologie, l'offre « 100 % santé » sera clairement identifiée.

- la mise à disposition d'exemples communs de remboursements exprimés en euros, pour les actes les plus fréquents ou ceux pouvant donner lieu à des restes à charge importants.

2. Focus sur les exemples de remboursements

Dans le cadre de cet accord, les organismes assureurs devront présenter des exemples concrets de prises en charge d'actes courants ou donnant lieu à un reste à charge élevé, pour les principaux postes de soins (hospitalisation, dentaire, soins courants, optique et aides auditives). Les remboursements y seront obligatoirement exprimés en euros, et non plus en pourcentage.

Sans valeur contractuelle, cette liste commune d'exemples fera ainsi apparaître :

- le tarif de l'acte (prix moyen national) ;
- le remboursement en euros de l'Assurance maladie obligatoire ;
- le remboursement en euros de la complémentaire santé selon les conditions du contrat ;
- le reste à charge éventuel du patient.

Comment les montants sont-ils calculés ?

Les exemples sont établis sur la base de l'hypothèse la plus courante (patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés).

Le tarif de la prestation – à partir duquel les remboursements sont estimés – peut être :

- soit le tarif réglementaire ou conventionnel en vigueur ;
- soit l'honoraire limite de facturation ou le prix limite de vente (pour les soins sans reste à charge du panier « 100 % santé ») ;
- soit le prix moyen national (pour les actes à tarifs libres). L'UNOCAM s'engage à publier annuellement une liste actualisée des prix moyens pratiqués.

Où ces informations seront-elles disponibles ?

Ces exemples de remboursement seront diffusés dans les documents commerciaux concernés, en accompagnement des garanties et en accès libre sur Internet.



Sous quelle forme ces informations seront-elles disponibles ?

Ces exemples, selon la garantie souscrite, seront formalisés à l'aide de la grille définie ci-dessous.

Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé *	Remboursement* de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement* de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge*	Précisions éventuelles
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier	Tarif réglementaire				
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale	Prix moyen national de l'acte				
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale	Prix moyen national de l'acte				
Exemples libres					
Optique**					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux sphériques de niveau 2 (équipement 100 % santé)	Prix limite de vente				
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux de niveau 2	Prix moyen national de l'acte				
Exemples libres					
Dentaire**					
Détartrage	Tarif conventionnel				
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100 % santé)	Honoraire limite de facturation				
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires	Prix moyen national de l'acte				
Couronne céramo-métallique sur molaires	Prix moyen national de l'acte				
Exemples libres					
Aides auditives**					
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100 % santé)	Prix limite de vente				
Aide auditive de classe II par oreille	Prix moyen national de l'acte				
Exemples libres					
Soins courants					
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	Tarif conventionnel				
Consultation d'un médecin spécialiste sans dépassement d'honoraires	Tarif conventionnel				
Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte				
Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	Prix moyen national de l'acte				
Exemples libres					

* Les tarifs, dépenses, remboursements et restes à charge sont présentés en valeur absolue en euros.

** Pour les postes dentaire, optique et aides auditives, les exemples pourront être précisés et/ou revus pour prendre en compte les évolutions liées à la réforme dite « 100 % santé ». Dès lors que la réforme des soins sans reste à charge sera effective, l'exemple concerné/impacté devra intégrer explicitement à côté de son libellé la mention appropriée.

Sommaire

1. La lisibilité des garanties
2. Focus sur les exemples de remboursements
3. Quel calendrier et quel suivi ?

3. Quel calendrier et quel suivi ?

14 février 2019	2 ^e trimestre 2019	2020	Chaque année à partir de fin 2020
Signature de l'engagement UNOCAM sur la lisibilité des garanties	Mise à disposition des exemples de remboursements pour les prospects	Harmonisation des libellés de garanties pour tous les contrats de complémentaires santé	Contrôle des engagements par le gouvernement et l'UNOCAM



052019-82529 rvb_WEB - © Photos : Getty images - Ce document original est la propriété d'AG2R LA MONDIALE. Toute reproduction ou cession est interdite.
Non contractuel, ce document n'est ni un conseil fourni ni une consultation et ne peut engager la responsabilité du Groupe en cas d'exploitation.

GIE AG2R - GIE agissant pour le compte d'institutions de retraite complémentaire Agirc-Arrco, d'institutions de prévoyance, de mutuelles, d'union de mutuelles et de société d'assurances
- Membre d'AG2R LA MONDIALE - 104/110 boulevard Haussmann 75008 PARIS - 801 947 052 RCS Paris.