



Assurance complémentaire santé

Les dépenses de soins de santé (optique, dentaire, prothèses auditives...) nécessitent d'avoir une assurance complémentaire santé qui prend en charge tout ou partie des dépenses non couvertes par l'assurance maladie obligatoire.

Comment bien choisir son assurance complémentaire santé et quelles sont les garanties proposées ? Comparez les offres !

Les prestations versées par la Sécurité sociale représentent 77 % du montant total des dépenses de soins et de biens médicaux. Pour compléter les prestations des régimes obligatoires d'assurance maladie, les assureurs (institutions de prévoyance, mutuelles, sociétés d'assurance privées, filiales d'assurances des banques) proposent des contrats d'assurance complémentaire santé. Le système de remboursement des soins fait intervenir une multiplicité d'acteurs (Sécurité sociale, assurances, professionnels de santé).

Pour choisir son assurance complémentaire, le patient doit bien comprendre le fonctionnement de ce système.

Qu'est-ce qu'une assurance complémentaire santé ?

Une assurance complémentaire santé est un contrat qui a pour objet de prendre en charge tout ou partie des dépenses de santé concernant la maladie,

l'accident et la maternité, non couvertes par l'assurance maladie obligatoire.

Contrat individuel ou collectif ?

L'assurance complémentaire santé peut être souscrite soit à titre individuel, en s'adressant directement à un assureur, une mutuelle ou une banque, soit en adhérant à un contrat de groupe par l'intermédiaire de l'employeur ou d'associations professionnelles ou non.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, tous les salariés, quel que soit l'effectif de leur entreprise, bénéficient d'une complémentaire santé collective. La couverture santé mise en place dans l'entreprise contient des garanties minimales. Ainsi les salariés bénéficient de la prise en charge du montant du ticket modérateur (part laissée à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale sur la base du tarif conventionnel) sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie à quelques exceptions près.

Sont également couverts par le régime complémentaire de l'entreprise :

- la totalité du forfait journalier hospitalier en cas d'hospitalisation ;
- les frais dentaires (prothèses et orthodontie) à hauteur de 125 % du tarif conventionnel ;
- les frais d'optique de manière forfaitaire par période de 2 ans (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue) avec un minimum de prise en charge fixé à 100 € pour une correction simple, 150 € (voire 200 €) pour une correction complexe.

Quelles personnes sont assurées ?

La complémentaire santé peut être souscrite au profit d'un ou de plusieurs membres de la famille. Lorsqu'il s'agit d'un contrat de groupe souscrit, par exemple, par l'employeur au profit des salariés, la faculté d'adhérer peut être étendue dans certains cas aux membres de la famille du salarié.

Quelles sont les garanties offertes ?

Les garanties de remboursement des frais de soins et de biens médicaux varient selon les contrats proposés par les assureurs. Elles vont de la prise en charge du seul ticket modérateur au remboursement total ou partiel des frais laissés à la charge de l'assuré auxquels peuvent également s'ajouter des garanties et prestations complémentaires.

Les garanties des frais de soins et de biens médicaux

La nature des frais de soins et de biens médicaux garantis varie selon les contrats. Une prise en charge est généralement prévue pour :

- les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, actes et frais de chirurgie ;
- le forfait journalier hospitalier et, parfois, le supplément en chambre particulière ;
- les consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes ;
- les frais pharmaceutiques ;
- les frais d'analyse et de laboratoire ;
- les actes de pratique médicale courante et les actes d'auxiliaires médicaux ;
- les actes d'électroradiologie, de neuropsychiatrie, d'obstétrique ;
- les frais d'optique : montures, verres et lentilles ;
- les frais de soins et de prothèses dentaires ;
- les frais d'orthopédie et de prothèses.

Les contrats dits « responsables »

La plupart des contrats commercialisés sur le marché sont des contrats dits « responsables » qui respectent des conditions de prises en charges définies réglementairement. Les prestations d'un contrat dit « responsable » sont les suivantes :

- 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale sur les soins courants

(consultations et médicaments à service médical rendu majeur remboursés à 65 %) ;

- 100 % du forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, sans limitation de durée ;
- 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les soins dentaires courants (consultations, et soins tels qu'un détartrage ou encore un traitement de caries.) ;
- 100 % de la base de remboursement de la sécurité sociale pour l'optique. Pour les frais optiques qui sont au-delà du tarif conventionnel, la complémentaire santé peut offrir en option, de façon cumulative, une prise en charge limitée de la manière suivante :
 - une paire de lunettes tous les 2 ans au maximum (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue) ;
 - monture à hauteur de 150 € ;
 - limites minimales et maximales selon la complexité de l'équipement (exemple : pour un verre simple, prise en charge entre 50 € et 470 €).

Selon les contrats, la complémentaire santé pourra proposer la prise en charge de certains dépassements d'honoraires des professionnels qui ont adhéré aux contrats d'accès aux soins.

Les contrats responsables ne prennent pas en charge :

- la participation forfaitaire de 1 € pour chaque acte de consultation réalisé par un médecin de ville, dans un établissement ou centre hospitalier, dans la limite de 50 € par an et par personne ;
- les franchises médicales laissées à la charge de l'assuré pour les médicaments et les transports sanitaires. Le montant de la franchise est plafonné à 50 € par an et par personne ;
- la majoration de la participation de l'assuré pour non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (« hors parcours de soins ») ;
- les dépassements d'honoraires lorsque l'assuré consulte un spécialiste auquel la loi ne permet pas d'accéder directement sans passer par un médecin traitant.

Les différents niveaux de couverture

En général, il y a trois niveaux proposés par les assureurs pour répondre aux divers besoins de prise en charge :

- **une couverture de base** qui garantit le remboursement du ticket modérateur sur la base du tarif de convention du régime obligatoire. Ainsi sont remboursés les honoraires des médecins et les soins ne dépassant pas le tarif de convention de la Sécurité sociale ;

- **une couverture plus étendue**, qui va au-delà des dépenses courantes. Elle offre, également, de meilleures prestations en cas d'hospitalisation ;
- **une couverture plus complète** qui garantit tout ou partie des dépassements d'honoraires (150 %, 200 %, voire au-delà du tarif de convention du régime obligatoire), mais sans excéder le montant des frais réels justifiés par l'assuré. Elle offre également une meilleure prise en charge des cures et des appareils acoustiques, des prothèses dentaires, des lunettes, lentilles de contact, etc.

Les garanties et prestations complémentaires

Des garanties de **prévoyance** peuvent également être proposées dans certains cas pour compléter les prestations du régime obligatoire.

► La garantie incapacité temporaire

Cette garantie prévoit, en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, le paiement d'une indemnité journalière. Son montant est fixé lors de la souscription du contrat en fonction des revenus de l'intéressé. Il ne peut excéder le montant de la perte réelle de revenus restée à la charge de l'assuré après intervention des organismes sociaux.

En règle générale, les indemnités journalières ne sont versées qu'à l'expiration d'un certain délai, appelé franchise (par exemple, à partir du 7^{ème} jour d'arrêt de travail). Cette franchise est parfois différente selon qu'il s'agit d'un accident ou d'une maladie. La durée maximale du versement s'étend le plus souvent sur un an (3 ans dans certains contrats).

► La garantie invalidité

Elle prévoit, selon les dispositions du contrat, le versement d'un capital ou d'une rente en cas d'invalidité permanente, totale ou partielle, consécutive à une maladie ou à un accident.

Le taux d'invalidité est fixé par le médecin expert désigné par l'assureur selon le barème de référence précisé dans le contrat.

Certains assureurs proposent des formules qui englobent d'autres **prestations supplémentaires** telles que :

- une prime de maternité ou un forfait naissance ;
- la prise en charge d'actes de soins ou de prévention non pris en charge par le régime obligatoire ;
- un forfait obsèques.

Des **prestations d'assistance** sont également proposées dans les contrats d'assurance complémentaire santé. Elles peuvent prendre différentes formes :

- assistance téléphonique, plateforme de conseils santé, service d'information ;
- aide-ménagère, garde-malade ;
- garde d'enfants ;
- soutien scolaire ;
- garde d'animaux ;
- rapatriement.

Comment sont calculés les remboursements des assurances complémentaires ?

Les prestations sont généralement exprimées en pourcentage, non pas des frais supportés par le patient, mais du tarif conventionnel (TC) ou base de remboursement (BR), fixés par la Sécurité sociale pour les différentes prestations de santé. Les montants annoncés par les organismes assureurs tiennent compte du remboursement de la Sécurité sociale.

Exemples de remboursement pour un malade respectant le parcours de soins, et consultant son médecin généraliste en secteur à honoraires libres (secteur 2), dont le tarif de consultation est de 50 euros :

- 100 % TC, signifie que l'assuré sera remboursé jusqu'à 100 % du tarif conventionnel (TC) de la Sécurité sociale, le tarif conventionnel étant de 25 €.

Dans ce cas, la Sécurité sociale prend en charge 70 % du tarif conventionnel, soit 17,5 € (25 € x 70 %).

La complémentaire santé prend en charge 30 % du tarif conventionnel. La somme remboursée par la complémentaire santé sera donc 25 € – 17,50 € (part Sécurité sociale) – 1 € (part forfaitaire non remboursée), soit 6,5 € (somme remboursée par la complémentaire santé).

Il sera remboursé au total : 17,50 € par la Sécurité sociale + 6,5 € par l'assurance complémentaire santé, soit 24 €. La somme restant à charge du patient sera de 26 €.

- 200 % TC, signifie que l'assuré sera remboursé jusqu'à 2 fois le tarif conventionnel de la Sécurité sociale, c'est-à-dire 50 € (2 x 25 €).

Dans ce cas, la complémentaire santé prend en charge : 50 € - 17,50 € (somme remboursée par la Sécurité sociale) – 1 € (part forfaitaire non remboursée), soit 31,5 €.

Il sera remboursé au total : 17,50 € par la Sécurité sociale + 31,50 € par l'assurance complémentaire santé, soit 49 €. La somme restant à charge du patient sera de 1 €, somme correspondant à la part forfaitaire non remboursée.

Quelles sont les caractéristiques des contrats d'assurances complémentaires ?

► Des cotisations variables

Les tarifs dépendent, à la fois du plafond de remboursement pour les différentes prestations, de l'étendue des garanties, du domicile et de l'âge de l'assuré.

► Les délais d'attente ou de carence

Il s'agit d'une période, décomptée à partir de la souscription et variable selon les contrats (de quelques jours à 12 mois), pendant laquelle certaines prestations ne sont pas prises en charge par l'assureur. Pendant ce délai, la personne assurée ne pourra pas bénéficier des remboursements pour les prestations concernées. Dans un même contrat, ces délais peuvent être différents en fonction de la nature de la maladie ou des actes médicaux.

Exemples :

- en cas de grossesse, un délai de carence de 9 mois pour la femme enceinte peut être appliqué pour les garanties telles que les actes d'obstétrique, le forfait maternité ou encore la chambre particulière ;
- un délai de carence de 6 à 9 mois peut être appliqué en cas de remboursement dentaire ;
- un délai de carence de 7 jours peut être imposé pour bénéficier de l'indemnisation consécutive à un arrêt de travail.

Pour un délai de carence de 3 mois, commençant le 15 janvier, date d'effet du contrat, la protection de l'assuré débutera le 15 avril. Si un événement survient entre le 15 janvier et le 15 avril, l'assuré n'est pas garanti. Si l'événement survient après le 15 avril, l'assureur le prendra en charge.

En cas d'accident, le plus souvent les prestations sont dues dès la souscription.

► Le tiers payant

Des conventions signées entre les assureurs et certains professionnels de santé (pharmaciens, laboratoires pharmaceutiques, radiologues, etc.) permettent de dispenser les assurés de l'avance de tout ou partie des frais de soins laissés à leur charge par le régime obligatoire lorsqu'ils ont souscrit une assurance complémentaire auprès d'une société d'assurance.

Dans la pratique, il suffit à l'assuré de présenter au professionnel de santé une attestation de tiers payant délivrée par la société d'assurance.

► Evolution des garanties et des cotisations

L'assureur ne peut ni réduire les garanties, ni majorer le tarif au cas par cas. Les contrats peuvent prévoir un ajustement annuel des garanties et des cotisations en fonction d'un indice (point AGIRC, prix de la journée d'hospitalisation, indice composite, etc.). Indépendamment de cet ajustement, la cotisation peut être révisée pour d'autres motifs tels que le changement de tranche d'âge lorsque la cotisation a été fixée sur cette base.

► Comment résilier le contrat ?

Les assurés ont le droit de résilier leur contrat de complémentaire santé selon les conditions générales prévues au contrat.

En application de la loi Chatel¹, l'assureur est tenu d'informer son client chaque année sur l'avis d'échéance de la possibilité de résilier le contrat d'assurance et de la date limite pour exercer ce droit. Lorsque l'assuré reçoit l'avis d'échéance moins de quinze jours avant cette date, l'assuré dispose d'un délai de vingt jours suivant la date de l'envoi de l'avis pour résilier son contrat.

La loi Chatel ne s'applique qu'aux adhérents à des contrats d'assurance santé individuels.

L'assureur peut également résilier le contrat en respectant les conditions générales.

Comment bien choisir sa complémentaire santé ?

La sélection d'une assurance santé adaptée n'est pas toujours facile. Pour choisir une complémentaire santé qui lui convient, l'assuré doit :

- privilégier les contrats qui indiquent clairement les couvertures proposées et les remboursements obtenus ; examiner le montant du remboursement de la Sécurité sociale pour chaque acte médical, et la somme qui reste à charge après remboursement de la complémentaire santé ;
- adapter les garanties à son budget, sa famille et sa consommation médicale en prenant en compte notamment les éléments suivants :
 - la cellule familiale (combien d'enfants à charge ?) ;
 - l'état de santé de chacun ;
 - les professionnels consultés (selon les régions, il est plus ou moins difficile de trouver des médecins conventionnés. Il est également inutile de prendre un contrat qui rembourse les dépassements si des médecins conventionnés sont uniquement consultés).

¹ Loi n° 2008-3 du 3 janvier 2008 pour le développement de la concurrence au service des consommateurs.

Dans tous les cas, il est indispensable de demander un tableau des prestations récapitulant tous les remboursements, ainsi que les conditions générales, et surtout de comparer plusieurs devis pour une ou plusieurs options du contrat de complémentaire santé proposé.

Comment trouver un assureur ?

Vous pouvez vous adresser directement au guichet d'une entreprise d'assurance privée, d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance, d'une banque, ou bien encore à un courtier, agent général d'assurance. Vous pouvez également consulter les sites des comparateurs d'assurance en ligne pour vous aider dans votre choix.

Comment souscrire ?

La formation du contrat d'assurance a lieu au moment de l'échange des consentements. Il se forme par le seul accord des parties même verbal. Un contrat peut donc être conclu par téléphone.

Si le contrat a été souscrit lors d'une vente à distance, par exemple par téléphone, l'assuré dispose d'un délai de renonciation de 14 jours qu'il peut utiliser sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir soit :

- à compter du jour où le contrat à distance est conclu. Dans ce cas, l'assuré est à l'initiative de l'appel téléphonique ;
- à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure à la conclusion du contrat. Dans ce cas, l'assuré a été démarché par téléphone par l'assureur.

Les personnes qui souscrivent un contrat d'assurance lors d'un démarchage à domicile ou sur leur lieu de travail disposent d'un délai de renonciation de 14 jours à compter de la conclusion du contrat. Pendant ce délai, il est possible de revenir sur sa décision par lettre recommandée avec demande d'avis de réception sans avoir à se justifier ni à subir de pénalités.

Quelles sont les aides existantes pour accéder à l'assurance complémentaire santé ?

La protection universelle maladie (PUMA) a été mise en place le 1^{er} janvier 2016. Toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie : tel est le principe de la protection universelle maladie.

Cette protection permet de rester dans son régime d'assurance maladie, y compris en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle.

Les éventuelles périodes de rupture de ses droits sont ainsi évitées.

Il reste à votre charge la part complémentaire, et le forfait journalier en cas d'hospitalisation, la participation forfaitaire et les franchises médicales. En cas de faibles ressources, deux dispositifs sont prévus pour améliorer la prise en charge de ces dépenses de santé, la couverture maladie universelle (CMU-C) et l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (ACS).

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

Toute personne résidant en France de façon stable et régulière dont les ressources sont inférieures à un certain plafond a le droit de bénéficier gratuitement d'une couverture universelle maladie complémentaire (CMU-C). Elle permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de santé, sans avoir à faire l'avance des frais. Le renouvellement de la CMU-C doit être demandé chaque année auprès de sa caisse primaire d'assurance maladie.

L'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (ACS)

L'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé est un dispositif destiné à faciliter la souscription d'un contrat d'assurance par les personnes dont les revenus se situent un peu au-dessus des plafonds rendant éligibles à la CMU-C,

► En quoi consiste-t-elle ?

Elle donne droit, durant un an, à une aide financière pour financer son contrat d'assurance santé. L'aide est utilisable uniquement sur l'un des contrats de complémentaire santé homologués par l'Etat pour leur bon rapport qualité prix (liste consultable sur le site : www.info-accs.fr).

Les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé (ACS) bénéficient du tiers payant intégral s'ils souscrivent un contrat homologué. Ils sont dispensés de faire l'avance des frais à la fois sur la part prise en charge par l'Assurance maladie (part obligatoire) et sur la part prise en charge par sa complémentaire santé.

Qui peut en bénéficier ?

L'aide à la complémentaire santé est réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C. Les ressources du foyer doivent être comprises entre le plafond en vigueur de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré² de 35 %. Ces plafonds varient en fonction de la composition familiale du foyer.

L'assuré doit résider en France de manière ininterrompue et stable depuis plus de trois mois.

² Article L863-1 du Code de la Sécurité sociale.

► Comment l'obtenir ?

Les caisses d'assurance maladie (et leur site internet), les centres communaux d'action sociale (CCAS), les services sociaux, les associations agréées ou les hôpitaux peuvent vous indiquer la liste des pièces justificatives à fournir.

Lorsque le demandeur remplit les conditions requises, la caisse d'assurance maladie délivre une attestation de tiers payant sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Elle délivre également une attestation de droit ACS comportant le chèque à faire valoir sur la cotisation annuelle auprès d'une complémentaire santé homologuée.

Puis, dès que le demandeur a souscrit un des contrats sélectionnés au titre de l'ACS, la caisse d'assurance maladie adresse une « attestation de tiers payant intégral ». Il faudra alors mettre à jour sa carte vitale pour bénéficier de la dispense totale d'avance de frais (part obligatoire et part complémentaire).

L'ACS est valable pour une durée d'un an à compter de la date de remise de l'attestation-chèque à l'organisme complémentaire. Elle reste valable y compris en cas de changement de situation (emploi, déménagement, etc.). Toutefois, il faut informer la caisse d'assurance maladie de ce changement de situation.

Le renouvellement doit être demandé entre deux et quatre mois avant la date d'échéance figurant sur l'attestation. La demande de renouvellement se fait dans les mêmes formes que la première demande et il faut joindre toutes les pièces justificatives.

Evolutions à venir

« Reste à charge »

A partir du 1er janvier 2020, les assurés vont pouvoir bénéficier d'un panier d'offres de mieux en mieux remboursés jusqu'au remboursement total, sans reste à charge, à l'horizon 2021. Il s'agit de certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

Couverture complémentaire santé pour les 65 ans et plus

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 crée un dispositif permettant aux personnes de 65 ans et plus de bénéficier d'un contrat complémentaire santé labellisé. Ce contrat devra proposer 3 niveaux de garanties. Un décret doit fixer les niveaux de garanties et les seuils de prix.

Les informations de cette page restent d'actualité et seront modifiées après l'entrée en vigueur de ces textes.

Textes de référence

Code de la Sécurité sociale

- articles : [L.863-1 à L.863-6](#) et [L.871-1](#)
- Démarchage – article : [L.932-15-2](#)

Code de la consommation

- **Abus de faiblesse** - articles : [L. 121-6 et suivants](#)
- **Clauses abusives** – articles : [L.212-1](#) à [L.213-3](#) et [L.241-1](#)
- **Démarchage** - article : [L.112-9](#)
- **Publicité comparative** – article : [L.132-25 et suivants](#)
- **Publicité mensongère** – article : [L.121-2 et suivants](#)
- **Subordination de ventes** : [L.121-11](#)

Code de la mutualité

- **Démarchage** – article [L.221-18-1](#)

Tacite reconduction des contrats individuels d'assurance (loi Chatel) : articles :

- [L 113-15-1 du Code des assurances pour les compagnies d'assurance](#)
- [L 221-10-1 pour les organismes mutualistes relevant du Code de la mutualité](#)
- [L 932-21-1 pour les institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale](#)

Code des assurances

- **Vente à distance de produits d'assurances** : article : [L 112-2-1](#)

Liens utiles

Fédération française d'assurance (FFA) – 26 Bd Haussmann – 75311 PARIS cedex 09 – <https://www.ffa-assurance.fr/>

Centre de documentation et d'information de l'assurance (CDIA) – 26 Bd Haussmann – 75311 PARIS cedex 09 – www.ffa.fr

Mutualité française - <https://www.mutualite.fr/>

Institutions de prévoyance – www.ctip.asso.fr

Caisse nationale de l'assurance maladie – www.ameli.fr

Sécurité sociale - www.securite-sociale.fr

Ministère de la Santé - <https://solidarites-sante.gouv.fr/>

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie (UNOCAM)- www.unocam.fr

Information sur l'aide à la complémentaire santé (ACS) - <http://www.info-acf.fr/>

Les éléments ci-dessus sont donnés à titre d'information. Ils ne sont pas forcément exhaustifs et ne sauraient se substituer aux textes officiels.

Pour tout renseignement complémentaire, reportez-vous aux textes applicables ou rapprochez-vous de la direction départementale de la protection des populations (DDPP) ou de la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) de votre département.

Crédit photo : ©Pixabay