

Engagement

pour la lisibilité des garanties de complémentaire santé

Janvier 2019

Considérant que l'accès de la population à une complémentaire santé adaptée à ses besoins nécessite une compréhension approfondie des garanties qui lui sont proposées ;

Considérant que la lisibilité des garanties offertes par la complémentaire santé a diminué à mesure que les prestations offertes par l'assurance maladie obligatoire se sont complexifiées ;

Considérant que les organismes complémentaires d'assurance maladie se reconnaissent la responsabilité de concevoir et diffuser une information claire, sincère et aussi exhaustive que possible à l'égard de leurs prospects, adhérents et assurés ;

Considérant que cette information doit notamment leur permettre de bien choisir et comprendre leurs garanties et contrats ainsi que d'estimer leur reste à charge éventuel ;

Considérant que ce devoir d'information vaut aussi bien en amont de la souscription ou adhésion que pendant l'exécution de la garantie ;

Considérant enfin que l'entrée en vigueur progressive de la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (*dite 100% santé*) sur les prothèses dentaires, les aides auditives et les équipements d'optique, ainsi que la réduction des restes à charge sur ces prestations ou produits de santé dans les prochaines années, vont mobiliser les organismes complémentaires d'assurance maladie en termes d'investissements financiers comme de modification de leurs systèmes de gestion et d'information, faisant d'eux les premiers acteurs de la maîtrise des restes à charge ;

Considérant les travaux sur la lisibilité des garanties engagés dès 2010 par l'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent, à savoir :

- la déclaration commune portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties de complémentaire santé, octobre 2010 ;
- le glossaire, octobre 2010 ;
- la brochure « *bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé* », octobre 2010 ;
- l'évaluation de l'application de la déclaration commune, mars 2012 ;
- la brochure « *3 clés pour bien choisir* », janvier 2013.

I. Des bonnes pratiques

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) et les Fédérations qui la constituent, après délibération de leurs instances respectives, demandent aux organismes complémentaires d'assurance maladie de respecter un socle commun de bonnes pratiques.

I.A. De l'utilisation des outils déjà existants

L'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent proposent aujourd'hui de nouveaux outils pour améliorer la lisibilité des garanties, dont le présent engagement ainsi que les documents associés. En 2018, elles ont actualisé le glossaire de 2010. Celui-ci sera en outre actualisé par l'UNOCAM chaque année, à l'issue de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale.

L'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent invitent toutefois les organismes complémentaires d'assurance maladie à continuer de se référer aux recommandations de la Déclaration commune portant engagement de bonnes pratiques sur la lisibilité des garanties de complémentaire santé.

I.B. De la rédaction des garanties

L'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent, après délibération de leurs instances respectives, demandent aux organismes complémentaires d'assurance maladie d'harmoniser les principaux intitulés dans leurs tableaux de garanties et d'utiliser ces intitulés sur l'ensemble des supports à destination des prospects, adhérents et assurés, dans un délai cohérent/conforme à celui requis pour la mise en œuvre de la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite *100% santé*).

A cet effet, l'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent demandent aux organismes complémentaires d'assurance maladie d'utiliser systématiquement les intitulés présentés en annexe, dont les définitions sont précisées dans une notice d'accompagnement.

Les organismes complémentaires d'assurance maladie peuvent choisir d'ajouter d'autres grands postes de remboursement (dans la limite de 5) ainsi que des sous-rubriques voire des subdivisions éventuelles, et de les insérer à l'endroit et selon l'intitulé de leur choix (en utilisant de préférence les termes du glossaire). L'ordre de présentation des intitulés est libre.

I.C. De l'accessibilité des prospects, adhérents et assurés à des outils permettant d'améliorer leur compréhension des garanties

- L'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent, après délibération de leurs instances respectives, demandent aux organismes complémentaires d'assurance maladie de mettre à disposition de leurs prospects, adhérents et assurés, dans les documents commerciaux et/ou à l'appui des garanties, les exemples de la liste présentée en annexe.

Dans le cadre d'un contrat collectif d'entreprise, la mise à disposition des exemples auprès des assurés peut se faire via le souscripteur du contrat, selon les modalités habituelles d'information de l'assuré relatives aux contrats de complémentaire santé collectifs.

La mise à disposition de ces exemples se fera dans un délai cohérent et conforme à celui requis pour la mise en œuvre de la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (*dite 100% santé*). Par dérogation, elle sera réalisée à destination des prospects dès 2019 pour les exemples non impactés par la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (*dite 100% santé*).

La mise à disposition se fera de préférence sous forme dématérialisée ou par tout autre moyen adapté au public concerné. Elle devra être facilement accessible (par exemple, sur internet pour les prospects).

Ces exemples, sans valeur contractuelle, doivent permettre aux prospects, adhérents et assurés d'estimer, pour une situation et un tarif donnés, les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux de l'assurance maladie complémentaire ainsi que leurs restes à charge éventuels. Les exemples doivent obligatoirement figurer en euros. La présentation et l'ordre des exemples sont libres. Les organismes complémentaires d'assurance maladie peuvent ajouter toute précision qui leur semble utile. Ils peuvent également, s'ils le souhaitent, ajouter à cette liste d'autres exemples, avec la présentation de leur choix.

Pour s'appliquer à la situation la plus courante, les hypothèses retenues pour la construction des exemples sont les suivantes : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

Le tarif retenu pour chacune des prestations est soit le tarif réglementaire ou conventionnel en vigueur, soit l'honoraire limite de facturation ou le prix limite de vente pour les actes sans reste à charge dans le cadre de la réforme « des soins et équipements à prise en charge renforcée (*dite 100% Santé*) », soit le prix moyen national pour les actes à tarifs libres. Après échange avec les services du ministère en charge de la santé, l'UNOCAM publiera sur son site une liste actualisée des prix moyens nationaux à utiliser pour ces exemples. Les organismes complémentaires d'assurance maladie restent libres d'utiliser, en sus, des moyennes régionales lorsque cela est plus cohérent avec les pratiques tarifaires d'une région donnée, ou de faire référence aux tarifs négociés dans le cadre des réseaux de soins, pour illustrer les effets des garanties et services proposés sur le reste à charge des adhérents et assurés.

- L'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent invitent les organismes complémentaires d'assurance maladie à développer des simulateurs permettant aux prospects, adhérents et assurés de mieux connaître leur reste à charge (ou d'avoir une idée de l'ordre de grandeur du reste à charge).

II. De la pédagogie

L'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent s'engagent à mettre en place des actions pédagogiques poursuivant les objectifs suivants : d'une part, apporter à l'ensemble de la population une meilleure compréhension, en général, des contrats de complémentaire santé ; d'autre part, faire en sorte que tous les acteurs du système de protection sociale et de santé, et pas seulement les organismes complémentaires d'assurance maladie, se réfèrent aux mêmes sources et utilisent le même vocabulaire.

Pour répondre au premier objectif, l'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent élaboreront des documents pédagogiques intégrant une stratégie multi-canal.

Pour répondre au second objectif, l'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent échangeront :

- avec les pouvoirs publics, les représentants des branches professionnelles voire des entreprises afin de promouvoir l'utilisation d'une terminologie commune dans l'expression des garanties, notamment dans les actes fondateurs des régimes ;
- avec les fédérations hospitalières pour une meilleure lisibilité des documents de prise en charge ;
- avec la Direction générale de l'offre de soins et les fédérations hospitalières publiques, dans le cadre du projet « ROC », sur le contenu de la communication faite aux patients concernant leur prise en charge.

L'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent demandent aux organismes complémentaires d'assurance maladie d'utiliser, dès leur mise en œuvre, les résultats de ces actions.

III. De la mise en œuvre de l'engagement

L'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent ont soumis, pour avis, leurs travaux, au stade de projet, à France Assos Santé le 28 mai 2018 ainsi qu'au Comité consultatif du secteur financier, qui a rendu son avis le 19 juin 2018.

Chaque Fédération membre de l'UNOCAM s'engage à diffuser le présent engagement auprès de ses adhérents ou membres et à le promouvoir. Chaque Fédération prendra des dispositions en son sein, selon des modalités propres à chaque mode de gouvernance, pour engager ses membres adhérents à respecter les engagements pris sur les libellés des principaux postes de garantie (tel que mentionnés en annexe 1 et 1 bis) et les exemples de remboursement (définis à l'annexe 2), dans le calendrier fixé.

Pour les contrats complémentaires responsables, l'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent demandent aux organismes complémentaires d'assurance maladie d'intégrer les termes de cet engagement à l'ensemble de leurs offres, à l'occasion et concomitamment à la modification résultant de l'évolution des règles des contrats responsables liée à la mise en œuvre de la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite *100% santé*), pour les contrats individuels et collectifs.

Pour les contrats non responsables, l'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent demandent aux organismes complémentaires d'assurance maladie d'intégrer au plus tard en 2022 les libellés des principaux postes de remboursement, lorsque la garantie est présente au contrat, à l'occasion de la conception de leurs nouvelles offres¹ (sauf opposition motivée du souscripteur en collectif à l'application du présent engagement).

Par ailleurs, les organismes complémentaires d'assurance maladie peuvent adapter tout ou partie de leurs gammes, contrats ou notices individuelles en cours, aux termes du présent engagement lorsque le régime juridique de leurs garanties le leur permet.

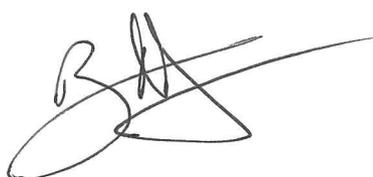
IV. Du suivi et de l'actualisation du présent engagement

L'UNOCAM et les Fédérations qui la constituent conviennent de réaliser en 2020 et en 2021 un bilan de l'application du présent engagement par les organismes complémentaires d'assurance maladie.

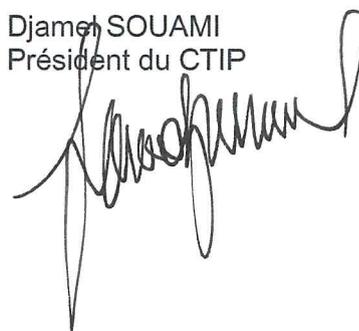
Thierry BEAUDET
Président de la FNMF



Bernard SPITZ
Président de la FFA



Djamel SOUAMI
Président du CTIP



Maurice RONAT
Président de l'UNOCAM



¹ 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 affaires nouvelles avec un changement d'assureur ou un nouvel appel d'offres.

ANNEXE 1 – Harmonisation des principaux intitulés des garanties

Hospitalisation

- Forfait journalier hospitalier
- Honoraires
- Sous-rubriques libres

Dentaire

- Soins et prothèses 100% santé*
- Soins
- Prothèses
- Sous-rubriques libres

Grand poste de remboursement

- Sous-rubriques libres

Grand poste de remboursement

- Sous-rubriques libres

Soins courants

- Honoraires paramédicaux
- Honoraires médicaux
- Sous-rubriques libres
- Analyses et examens de laboratoire
- Médicaments
- Matériel médical

Optique

- Equipements 100% santé*
- Sous-rubriques libres
- Sous-rubriques libres

Grand poste de remboursement

- Sous-rubriques libres

Aides auditives

- Equipements 100% santé*
- Sous-rubriques libres
- Sous-rubriques libres

Grand poste de remboursement

- Sous-rubriques libres

Grand poste de remboursement

- Sous-rubriques libres

* Tels que définis réglementairement.

Projet de notice pour l'harmonisation des principaux intitulés des garanties

Cette notice, à destination des organismes complémentaires d'assurance maladie, précise le contenu des grands postes de remboursement et des sous-rubriques dont les intitulés sont harmonisés.

Les organismes complémentaires d'assurance maladie peuvent choisir d'ajouter d'autres grands postes de remboursement (dans la limite de 5) ainsi que des sous-rubriques voire des subdivisions éventuelles, et de les insérer à l'endroit et selon l'intitulé de leur choix (en utilisant de préférence les termes du glossaire). L'ordre de présentation des intitulés est libre.

Aides auditives

Souvent appelées audioprothèses ou appareils auditifs, les aides auditives sont des dispositifs médicaux visant à compenser une perte auditive.

Ce poste comprend en particulier les dispositifs médicaux et prestations relatifs aux aides auditives inscrites dans la nomenclature.

Le poste « aides auditives » comprend a minima une sous-rubrique dédiée aux équipements relevant de l'offre 100% santé, sous l'intitulé : « *équipements 100% santé** » ; l'astérisque précisant en fin de tableau « ** tels que définis réglementairement* » (chaque organisme pouvant, le cas échéant, compléter l'astérisque de références juridiques). Cette sous-rubrique comprend la prise en charge par les contrats responsables des aides auditives de la « classe I » de la nomenclature, jusqu'au tarif limite de vente en vigueur dans cette classe.

Dentaire

Le poste « dentaire » recouvre l'ensemble des prestations relatives aux actes bucco-dentaires.

Le poste « dentaire » comprend en particulier les sous-rubriques suivantes.

Soins

Il s'agit de l'ensemble des soins conservateurs, chirurgicaux ou de prévention.

Prothèses

Il s'agit de l'ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM.

Soins et prothèses 100% santé

Cette sous-rubrique vise les soins et prothèses relevant du 100% santé (panier sans reste à charge dans la convention), sous l'intitulé : « *soins et prothèses 100% santé** » ; l'astérisque précisant en fin de tableau « ** tels que définis réglementairement* » (chaque organisme pouvant, le cas échéant, compléter l'astérisque de références juridiques). Cette sous-rubrique comprend la prise en charge par les contrats responsables des actes du panier sans reste à charge (du fait de la réforme dite *100% santé*) défini par la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes, jusqu'à hauteur des plafonds tarifaires fixés par la convention pour chacun des actes du panier sans reste à charge (du fait de la réforme dite *100% santé*).

Hospitalisation

L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé public ou privé, en vue du traitement médical d'un besoin de santé (soit d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité). Ce séjour peut être avec ou sans nuitée (hospitalisation en ambulatoire). L'hospitalisation à domicile constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

Le poste « *hospitalisation* » comprend en particulier les sous-rubriques suivantes.

Forfait journalier hospitalier

Il s'agit de la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation, due pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Ce forfait est défini à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Honoraires

Il s'agit des honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux afférents aux soins dispensés au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé.

Est incluse la prise en charge du ticket modérateur, exprimé en pourcentage de la base de remboursement, et de la participation forfaitaire pour certains actes médicaux lourds (actes dont le tarif dépasse un certain montant ou coefficient, définis à l'article R. 160-16 du code de la sécurité sociale), dus sur les actes et prestations remboursables, définis à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Si le contrat ou la garantie prend en charge les dépassements d'honoraires, la distinction entre médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (actuellement l'OPTAM ou l'OPTAM-CO pour la chirurgie et l'obstétrique) et médecins non adhérents est précisée.

Optique

Il s'agit de l'ensemble des dispositifs médicaux d'optique.

Ce poste comprend en particulier les dispositifs médicaux et prestations relatifs à l'optique (verres, monture, lentilles de contact...) inscrites à la nomenclature.

Le poste « optique » comprend a minima une sous-rubrique dédiée aux équipements relevant de l'offre 100% santé, sous l'intitulé : « *équipements 100% santé** » ; l'astérisque précisant en fin de tableau « ** tels que définis réglementairement* » (chaque organisme pouvant, le cas échéant, compléter l'astérisque de références juridiques). Cette sous-rubrique comprend la prise en charge par les contrats responsables des équipements relevant du panier sans reste à charge (verres et monture de classe A de la nouvelle nomenclature), jusqu'aux tarifs limite de vente définis dans la classe A.

Le cas échéant, certaines opérations de chirurgie réfractive peuvent être intégrées dans le poste optique tandis que les opérations chirurgicales (de type cataracte) relèvent plutôt du poste « hospitalisation ».

Soins courants

Souvent appelés soins de ville, les soins courants sont notamment composés des sous-rubriques suivantes.

Analyses et examens de laboratoire

Cette sous-rubrique comprend les analyses et examens de biologie médicale réalisés en laboratoire.

Honoraires médicaux

Il s'agit des honoraires dus aux professionnels de santé médicaux pour les actes et prestations réalisés (consultation, actes techniques, etc.).

Le code de la santé publique dispose que les professions médicales sont les professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme.

Si le contrat ou la garantie prend en charge les dépassements d'honoraires, la distinction entre médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (actuellement l'OPTAM ou l'OPTAM-CO pour la chirurgie et l'obstétrique) et médecins non adhérents est précisée.

Les honoraires des professionnels de santé qui sont intégrés dans d'autres postes n'ont pas à figurer dans le poste « *honoraires médicaux* » (exemple : les honoraires des chirurgiens-dentistes qui sont intégrés dans le poste « *dentaire* »).

Honoraires paramédicaux

Il s'agit des honoraires dus aux auxiliaires médicaux pour les actes et prestations réalisés (consultation, actes techniques, etc.)

Le code de la santé publique dispose que les auxiliaires médicaux sont les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées, diététiciens.

Les honoraires des professionnels de santé qui sont intégrés dans d'autres postes n'ont pas à figurer dans le poste « *honoraires paramédicaux* » (exemple : les honoraires des audioprothésistes et des opticiens-lunetiers qui sont intégrés respectivement dans les postes « *aides auditives* » et « *optique* »).

Matériel médical

Cette sous-rubrique comprend notamment les dispositifs médicaux, au sens de l'article L. 5211-1 du code de la santé publique, et les produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Les dispositifs médicaux qui sont intégrés dans d'autres postes n'ont pas à figurer dans la sous-rubrique « *matériel médical* » (exemple : les aides auditives et dispositifs d'optique médicale qui sont intégrés respectivement dans les postes « *aides auditives* » et « *optique* »).

Médicaments

Cette sous-rubrique comprend notamment l'ensemble des spécialités remboursables inscrites à la liste mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

Cette sous-rubrique peut également intégrer, au choix de l'organisme complémentaire d'assurance maladie, des médicaments non remboursables par l'assurance maladie obligatoire, par exemple certaines contraceptions ou l'automédication.

ANNEXE 2- Mise à disposition d'exemples de remboursement (exemple de présentation)

Exemple	Prix moyen pratique 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 (équipement 100% santé)	Prix limite de vente				
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	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 deuxièmes pré-molaires	Prix moyen national de l'acte				
Couronne céramo-métallique sur molaires	Prix moyen national de l'acte				
Exemples libres					
Exemples libres					
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 cette réforme sera effective, l'exemple concerné/impacté devra intégrer explicitement à côté de son libellé la mention appropriée.

Note de lecture des exemples :

Si un médecin spécialiste non adhérent à un DPTAM (l'OPTAM) facturait 50 euros sa consultation (tarif conventionnel de 23 euros + 27 euros de dépassements d'honoraires), le remboursement de l'assurance maladie obligatoire serait de 15,1 euros. Pour une garantie ou contrat à 150% de la base de remboursement (régime obligatoire inclus), le remboursement de l'assurance maladie complémentaire serait de 18,4 euros. Le reste à charge pour le patient serait donc de 16,5 euros (1 euro de participation forfaitaire + 15,5 euros).