

Assurance complémentaire santé : comparez les offres !

04/08/2023

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 ?



L'essentiel

- 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.
- Cette assurance peut être souscrite à titre individuel ou collectif.
- Les contrats doivent vous préciser les niveaux de remboursement, les ayants droit couverts et les éventuels délais de carence.
- Privilégiez les contrats qui indiquent clairement les couvertures proposées et les remboursements obtenus.

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 ;
- les frais dentaires 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 collectif 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 remboursé 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 100 € maximum ;
 - limites minimales et maximales selon la complexité de l'équipement (exemple : pour un verre simple, prise en charge entre 50 € et 420 €).

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.

Depuis le 1er janvier 2021, toute personne disposant d'un contrat d'assurance complémentaire santé dit « responsable » peut bénéficier de l'offre 100% santé

L'offre 100% santé concerne les soins et équipements suivants :

Les aides auditives. L'offre 100% santé distingue des aides auditives de catégorie I qui sont soumises à un prix de vente limité et sont entièrement remboursées. Le panier comprend notamment tous les types d'aides auditives (contour d'oreilles classique, contour d'oreille à écouteur déporté et intra auriculaire), 12 canaux de réglage et au moins 3 des options qui permettent à l'assuré de choisir parmi un panel de fonctionnalités selon ses besoins (par exemple : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit de vent...).

La catégorie II porte sur les autres aides auditives dont les tarifs sont librement définis par l'audioprothésiste.

L'optique. Les opticiens proposent une offre 100% santé qui contient au minimum 17 modèles de montures adultes en 2 coloris différents, au minimum 10 modèles de montures enfants en 2 coloris différents, plusieurs traitements de verres, comme par exemple des verres amincis avec traitement antireflet et anti-rayure. Les assurés peuvent composer leur propre équipement en choisissant des montures 100% santé avec des verres dont les prix sont fixés librement par l'opticien, ou l'inverse.

Le dentaire. Le panier de l'offre 100% santé comprend des modèles de couronnes, de bridges et de dentiers qui sont intégralement remboursés à l'assuré par l'assurance maladie et sa complémentaire santé. Il s'agit de prothèses fixes ou mobiles avec des matériaux dont la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent, (par exemple, couronnes en céramiques monolithiques et céramo-métalliques sur les dents visibles), des inlays cores et couronnes transitoires, des bridges céramo-métalliques (incisives), des bridges métalliques pour toute autre localisation et des prothèses amovibles à base de résine.

Les différents niveaux de couverture

Différents niveaux de couverture (trois niveaux en général) sont généralement 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 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...

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 de la base de remboursement (BR) ou du tarif conventionnel (TC), 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 60 euros :

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

S'agissant d'une consultation de généraliste la prise en charge de la sécurité sociale correspond à - 70 % du tarif conventionnel de 25 €, soit 17,5 € (=25 € * 70 %). La sécurité sociale rembourse 16,5 € (=17,5 € - 1 euro de part forfaitaire non remboursée).

La complémentaire santé prend donc en charge 30 % du tarif conventionnel (= 100 % -70 %). La somme remboursée par la complémentaire santé sera donc 7,50 € (=25*30 %).

L'assuré sera remboursé au total de 16,50 € par la Sécurité sociale + 7,5 € par l'assurance complémentaire santé, soit 24 €. La somme restant à charge du patient sera de 36 € (= 60 – 24 €).

- 200 % TC ou 200 % BR, 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 €).

La prise en charge de la sécurité sociale correspond à 70 % du tarif conventionnel de 25 €, soit 17,5 €. La sécurité sociale rembourse 16,5 € (=17,5 €-1 € de part forfaitaire non remboursée).

La complémentaire santé prend en charge : 10 % (=200 %- 70 %) du tarif conventionnel, soit 32,5 € (= 25 *130 %).

L'assuré sera remboursé au total 16,50 € par la sécurité sociale + 32,50 € par l'assurance complémentaire santé, soit 49 €. La somme restant à charge du patient sera de 11 € (= 60 € - 49 €).

Quelles sont les caractéristiques des contrats d'assurances complémentaires santé ?

- **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 :

- un délai de carence de 9 mois 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 pour les garanties dentaires ;

- 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 l'assureur.

- **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 ?

L'assuré doit se reporter aux conditions générales pour s'informer des conditions de résiliation du contrat. La plupart des contrats d'assurance complémentaire santé sont des contrats annuels tacitement reconductibles.

Ces contrats peuvent être résiliés à la première échéance annuelle ou à tout moment après un an de contrat.

- **La résiliation à l'échéance**

Pour faciliter la résiliation des contrats tacitement reconductibles, l'assureur est tenu de rappeler, avec l'avis d'échéance, la date limite à laquelle l'assuré a la possibilité de dénoncer la reconduction automatique de son contrat. Ce rappel peut figurer sur l'avis d'échéance ou sur un document distinct transmis avec l'avis d'échéance.

Si l'envoi de l'avis d'échéance et de cette information lui sont envoyés moins de quinze jours avant la date limite à laquelle il peut demander la résiliation de son contrat, l'assuré dispose d'un délai de vingt jours à compter de la date d'envoi de l'avis pour mettre fin à son contrat.

Enfin, si l'assuré ne reçoit aucune information à ce sujet, il peut résilier le contrat à tout moment, sans préavis ni pénalité.

Ces dispositions ne concernent que les contrats garantissant les particuliers en dehors de leur activité professionnelle.

La résiliation en cours d'année après la première échéance

Les particuliers peuvent résilier librement leur contrat d'assurance complémentaire santé souscrit à titre individuel, à tout moment après un an d'engagement.

Lorsque l'assuré souhaite souscrire un contrat auprès d'un nouvel assureur, il doit envoyer sa demande à l'assureur choisi pour qu'il procède à la demande de résiliation auprès de l'ancien assureur. Le nouvel assureur doit veiller à la continuité de la couverture pendant cette opération.

La résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu la notification. L'assureur est tenu de rembourser la prime correspondant à la période qui n'est plus assurée dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation du contrat.

Comment bien choisir son assurance 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 (nombre 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).

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 sur les garanties importantes.

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 une assurance ?

Un contrat d'assurance peut se former par le seul accord des parties, même verbal. Néanmoins, dans la pratique, la formation du contrat est soumise contractuellement à une formalité comme la signature de la police.

Lorsque le contrat a été souscrit à la suite d'un démarchage téléphonique, la signature manuscrite ou électronique du contrat est obligatoire. Elle ne peut être recueillie au cours d'un appel téléphonique.

L'assuré dispose d'un délai de renonciation de 14 jours à partir de la signature, qu'il peut utiliser sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Les personnes qui souscrivent un contrat d'assurance lors d'un démarchage à domicile ou sur leur lieu de travail disposent également 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**

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 le même 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, il est possible de bénéficier, sous certaines conditions de la complémentaires santé solidaire qui se substitue depuis le 1^{er} novembre 2019 à la Couverture maladie universelle (CMU-C) et l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (ACS).

La complémentaire santé solidaire

La complémentaire santé solidaire est une aide destinée à aider les personnes aux ressources modestes à payer leurs dépenses de santé. L'assuré doit bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé par l'assurance maladie en raison de son activité professionnelle ou de sa résidence stable et régulière en France.

Selon les ressources, elle ne coûte rien ou coûte moins d'un euro par jour et par personne. Le droit à la complémentaire santé solidaire dépend de la situation de la personne et de ses ressources.

En quoi consiste-t-elle ?

Grâce à la complémentaire santé solidaire, les dépenses de santé sont remboursées entièrement, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. Les frais sont payés par l'organisme d'assurance maladie obligatoire et l'organisme choisi pour gérer la complémentaire santé solidaire. Les assurés bénéficient en particulier de :

l'absence de dépassements d'honoraires sur les consultations médicales chez des praticiens conventionnés, sauf en cas d'exigence particulière, par exemple pour une consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet ;

du remboursement du [forfait journalier](#) sans limitation de durée en cas d'hospitalisation ;

la prise en charge des médicaments, analyses médicales, radiographie ...

l'absence de [franchise médicale](#) ou de participation forfaitaire de 1 € à payer ;

du remboursement des prothèses dentaires, lunettes, aides auditives.

Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire bénéficient du tiers payant intégral (dispense d'avance de frais) et ont également plein accès aux offres 100 % santé.

Quel coût pour la complémentaire santé solidaire ?

La complémentaire santé solidaire peut être sans ou avec participation financière. Ainsi, elle est sans participation financière, pour l'assuré dont les ressources sont en-dessous d'un certain plafond qui est fonction de la composition du foyer et du lieu de résidence. À titre d'exemple, un foyer composé d'une seule personne vivant en métropole peut en bénéficier si ses ressources sont inférieures au plafond annuel de référence de 9203 euros.

La complémentaire santé solidaire sera avec participation financière, pour les personnes dont les ressources sont entre le plafond sans participation financière et ce même plafond majoré de 35 %. Le montant de la participation mensuelle financière dépend de l'âge de chaque personne du foyer au 1er janvier de l'année d'attribution du droit par l'assurance maladie, par exemple, pour une personne âgée de 29 ans et moins, le montant de sa participation sera de 8 euros par mois.

Comment l'obtenir ?

La complémentaire santé solidaire peut être demandée soit sur Internet depuis son compte AMELI, soit en envoyant ou en déposant le formulaire et les justificatifs demandés à sa caisse d'assurance maladie.

À réception du dossier complet, la caisse d'assurance maladie informe le demandeur de sa décision dans un délai de deux mois.

L'attestation de droits sera ensuite disponible dans le compte AMELI de l'assuré ou envoyée à son adresse postale, sous format papier.

Liens utiles

Ce que dit la loi :

Codes des assurances de la mutualité et de la sécurité sociale

- **Résiliation à l'échéance des contrats d'assurance (loi Chatel) :** articles [L113-15-1 du code des assurances](#), [L221-10-1 du code de la mutualité](#) et [L932-21-1 du code de la sécurité sociale](#)
- **Démarchage au domicile :** articles [L 112-9 du code des assurances](#), [L221-18-1 du code de la mutualité](#) et [L932-15-2 du code de la sécurité sociale](#)
- **Résiliation à tout moment après une première année de contrat :** article [L113-15-2 du code des assurances](#)
- **Démarchage téléphonique en assurance :** article [L112-2-2 du code des assurances](#)

Pour en savoir plus :

- [Assurance – Banque – Epargne Info Service](#) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 –
- [France Assureurs](#) - 26, boulevard Haussmann, 75009 Paris