



Complémentaire santé

Mieux comprendre pour bien la choisir

Ce document est destiné à vous aider à mieux comprendre ce qu'est une complémentaire santé, ses garanties, ses mécanismes de remboursement...

Il vous donne des éléments concrets pour vous guider si vous souhaitez en souscrire une.

Si vous êtes déjà couvert dans votre entreprise par un contrat collectif obligatoire, il n'est sans doute pas nécessaire de prendre un contrat à titre individuel.

Renseignez-vous auprès de votre employeur.



À quoi sert une complémentaire santé ?

Maladie, accident, maternité...

Lorsque vous avez des dépenses de santé, l'Assurance maladie obligatoire, la Sécurité sociale, ne rembourse pas tout.

La complémentaire santé intervient pour réduire ou supprimer les dépenses qui restent alors à votre charge.

Il existe de nombreuses complémentaires santé.

Vous avez donc le choix pour trouver une offre adaptée à vos besoins.

Avant de souscrire un contrat, renseignez-vous et n'hésitez pas à vous faire expliquer les points que vous ne comprenez pas.

Que vous rembourse l'Assurance maladie obligatoire ?

Pour chaque acte, soin ou médicament, l'Assurance maladie obligatoire fixe :

- une base de remboursement, c'est-à-dire un tarif de référence ;
- un taux de remboursement, pouvant aller de 15 à 100 %.

Le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire est donc généralement inférieur à la base de remboursement (sauf quand le taux est de 100 %).

La différence entre les deux est constituée de ce qu'on appelle le « ticket modérateur »⁽²⁾ et de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire.

Calcul du remboursement de l'Assurance maladie obligatoire

Base de remboursement (€)

x Taux de remboursement (%)

– Éventuelle franchise ou participation forfaitaire (€)⁽¹⁾

= Remboursement Assurance maladie obligatoire (€)



À noter

Dans certains cas, comme pour les prothèses dentaires et auditives ou les lunettes, la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire est très inférieure au prix réellement payé.

⁽¹⁾ Pour certaines dépenses – médicaments, transports sanitaires, actes paramédicaux – une franchise est déduite du remboursement de l'Assurance maladie obligatoire. Pour les actes et consultations de médecins, la biologie et la radiologie, une participation forfaitaire est retenue. Pour plus d'informations, consultez www.ameli.fr.

⁽²⁾ C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance maladie obligatoire, avant application de la participation forfaitaire ou d'une franchise.



Que vous rembourse votre complémentaire santé ?

Votre complémentaire santé peut rembourser entièrement ou partiellement le ticket modérateur. Elle peut aussi, selon votre garantie, prendre en charge les dépenses qui dépassent la base de remboursement (les « dépassements »).

En revanche, la franchise ou la participation forfaitaire ne sont habituellement pas prises en charge.

En général, avec une complémentaire santé, vous êtes remboursé totalement ou partiellement pour les consultations, la pharmacie, l'hospitalisation, l'optique et le dentaire.

La prise en charge de certaines dépenses non remboursées par l'Assurance maladie obligatoire est aussi souvent prévue : ostéopathie, implant dentaire, certains vaccins... Et des services sont couramment associés : assistance, tiers payant...

Ce schéma permet de comprendre comment vos dépenses réelles se répartissent entre ce que couvrent l'Assurance maladie obligatoire, votre complémentaire santé et ce qui peut rester à votre charge :

Base de remboursement			Dépassements
Remboursement de l'Assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale)	Franchise ou participation forfaitaire	Ticket modérateur	
Assurance maladie obligatoire	Vous	Votre complémentaire santé (en fonction de vos garanties)	Vous (Montant restant éventuellement à votre charge)



À savoir

- Il n'y a pas systématiquement de dépassements.
- Dans tous les cas, les remboursements de votre complémentaire santé ne peuvent jamais dépasser vos dépenses réelles.

Comment sont formulées vos garanties ?

Elles sont le plus souvent exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire ou en euros.

Garantie en pourcentage de la Base de remboursement (BR)

Exemple avec « 150 % BR », Assurance maladie obligatoire incluse :

- **Le remboursement total (Assurance maladie obligatoire + complémentaire santé) pourra dépasser 100 % de la base de remboursement fixée par l'Assurance maladie obligatoire et atteindre jusqu'à 50 % de plus.**



Pour une radio du genou (cinq clics)

Dépenses réelles : 70 €

Base de remboursement : 25,86 €			Dépassements 70 € - 25,86 € = 44,14 €
Remboursement de l'Assurance maladie obligatoire (Taux 70 %)	Franchise ou participation forfaitaire	Ticket modérateur (100 % - 70 % = 30 %)	
Assurance maladie obligatoire 70 % x 25,86 € - 2 € = 16,10 €	Vous = 2 €	Votre complémentaire santé (150 %) Ticket modérateur : 30 % x 25,86 € = 7,76 € Dépassements : 50 % x 25,86 € = 12,93 € Total Mutuelle Ociane Matmut : 7,76 € + 12,93 € = 20,69 €	Vous = 31,21 €



Par exemple, pour une garantie qui indique « 100 % BR » :

- si l'Assurance maladie obligatoire est incluse : le total du remboursement (Assurance maladie obligatoire + complémentaire) couvre 100 % de la base de remboursement, mais pas au-delà. Autrement dit, s'il y a des dépassements, ils resteront à votre charge ;
- si l'Assurance maladie obligatoire est exclue : le remboursement de votre complémentaire santé peut atteindre 100 % de la base de remboursement, en plus du remboursement

de l'Assurance maladie obligatoire. Votre remboursement total couvre donc la base de remboursement et tout ou partie des éventuels dépassements.

Garantie en Euros

Exemple avec « 250 € », hors Assurance maladie obligatoire :

- **Le remboursement de votre complémentaire santé atteindra au maximum 250 €, en plus de ce qui est éventuellement remboursé par l'Assurance maladie obligatoire.**



Pour une couronne dentaire

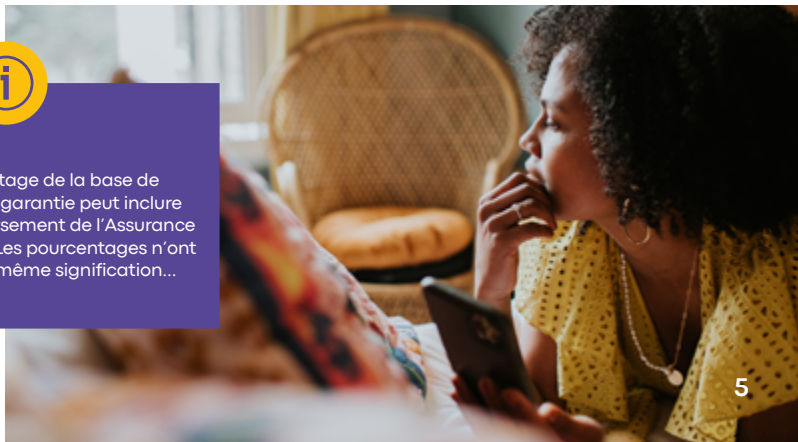
Dépenses réelles : 500 €

Base de remboursement : 120 €		Dépassements 500 € - 120 € = 380 €
Remboursement de l'Assurance maladie obligatoire (Taux 60 %)	Ticket modérateur (100 % - 60 % = 40 %)	
Assurance maladie obligatoire 60 % x 120 € = 72 €	Votre complémentaire santé (250 €) = 250 €	Vous = 178 €



À savoir

Exprimée en pourcentage de la base de remboursement, une garantie peut inclure ou exclure le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire. Les pourcentages n'ont donc pas toujours la même signification...





Comment évaluer vos besoins de couverture en complémentaire santé ?

Vos besoins dépendent notamment de :

- votre âge ;
- votre situation familiale : conjoint, enfants...
- vos besoins et vos habitudes : fréquence de consultations chez le médecin, avec ou sans dépassements d'honoraires, porteur de lunettes ou non...

Le prix de la complémentaire santé constitue également un facteur de choix.

À quoi faut-il être attentif avant de choisir une complémentaire santé ?

Même si vous êtes couvert à 100 % par l'Assurance maladie obligatoire, en cas d'Affection longue durée (ALD) notamment, une complémentaire santé peut vous être utile.

En effet, certaines dépenses ne sont jamais remboursées par l'Assurance maladie obligatoire (forfait journalier à l'hôpital, dépassements d'honoraires...) et d'autres ne sont pas remboursées intégralement – celles qui sont sans rapport avec votre ALD par exemple.

Pour l'hospitalisation

- Les frais de séjour sont-ils pris en charge dans tous les types d'établissements ?
- Le forfait journalier hospitalier est-il remboursé ? Et la chambre particulière ?
- Et le lit d'accompagnant ?
- Pour quel montant et quelle durée ?



Pour les soins courants⁽³⁾

- Est-ce que je consulte souvent des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires? Si oui, sont-ils remboursés? Jusqu'à quel niveau?
- Certains actes non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire, comme l'ostéopathie par exemple, sont-ils remboursés?

Pour la pharmacie

- Quels médicaments (à 15 %, 30 % ou 65 %) sont remboursés?
- Des médicaments ou vaccins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire sont-ils pris en charge?

Pour l'optique (lunettes, lentilles)

- Y a-t-il un plafond de remboursement?
- Les lentilles non remboursées par l'Assurance maladie obligatoire sont-elles couvertes?
- Est-ce que mon contrat prend en charge les équipements 100 % Santé?
- D'autres dépenses non remboursées par l'Assurance maladie obligatoire, comme par exemple la chirurgie de l'œil, sont-elles prises en charge?

⁽³⁾ Médecins, sages-femmes, kinés et autres auxiliaires médicaux, radiologie, analyses médicales...

Pour les soins dentaires, les prothèses, l'orthodontie...

- Y a-t-il un plafond annuel de remboursement pour les prothèses dentaires?
- Pour l'orthodontie? Pour d'autres soins?
- Est-ce que mon contrat prend en charge les équipements 100 % Santé?
- Certains actes non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire sont-ils remboursés? Si oui lesquels (implants, certaines prothèses...)?

Autres éléments importants

Les réseaux de professionnels de santé

Votre complémentaire peut avoir passé des accords avec des établissements ou des professionnels de santé (opticiens, dentistes, médecins...).

- **Renseignez-vous pour connaître les avantages proposés dans les réseaux partenaires.**



Le délai d'attente

Toutes les complémentaires ne remboursent pas les dépenses dès la souscription. C'est ce que l'on appelle un délai d'attente, c'est-à-dire une période durant laquelle vous payez vos cotisations sans bénéficier du remboursement sur certaines prestations (hospitalisation, optique, dentaire). Le délai d'attente est aussi appelé « délai de carence » ou « période de stage ».

Quels services supplémentaires votre complémentaire santé peut-elle vous apporter ?



- Le tiers payant : pour ne pas faire l'avance de certains de vos frais médicaux ou pharmaceutiques⁽⁴⁾.
- des services d'information, de conseil et d'orientation dans le système de soins.
- L'accès à des réseaux de professionnels de santé à des tarifs négociés.
- La possibilité de bénéficier des avantages du 100 % Santé si vous disposez d'un contrat responsable (cf. page 10).
- Des dispositifs de prévention ou d'accompagnement face à la maladie.
- Des services d'assistance et d'aide à domicile : aide ménagère, garde-malade, garde d'enfants...
- Un espace personnel sur internet pour suivre vos remboursements en ligne, gérer votre contrat...
- Un service de téléconsultation accessible à tout moment.
- Des remboursements rapides...



⁽⁴⁾ Avec le tiers payant, c'est votre complémentaire santé qui se charge de payer directement le professionnel de santé ou le pharmacien.



Quelle est la durée de vos garanties? Comment y mettre fin ?

Le renouvellement de vos garanties s'effectue généralement de manière automatique chaque année: on parle de « tacite reconduction » du contrat.

Tous les ans, vous avez toutefois la possibilité de le résilier sous réserve de respecter le délai de préavis fixé par les documents contractuels.

De plus, dans l'avis d'échéance indiquant le montant des cotisations à payer pour l'année à venir que votre organisme complémentaire vous envoie, la date limite à laquelle vous pouvez résilier vos garanties⁽⁵⁾ est indiquée.

Depuis le 1^{er} décembre 2020, vous avez la possibilité, conformément aux dispositions de l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité, de dénoncer votre adhésion à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.

⁽⁵⁾ La loi dite « Chatel » a renforcé les obligations d'information de l'organisme en ce qui concerne les délais de résiliation des contrats. Attention: elle ne s'applique pas aux contrats collectifs.



À savoir

- L'organisme complémentaire ne peut pas mettre fin à votre contrat d'assurance santé individuel, sauf si les cotisations ne sont pas payées. Il ne peut pas non plus diminuer vos garanties ou augmenter votre cotisation en fonction de votre état de santé.

En revanche, il peut modifier les cotisations pour l'ensemble des assurés.

- Si vous êtes couvert par un contrat collectif obligatoire dans l'entreprise où vous travaillez, vous n'avez pas la possibilité de le résilier tant que vous restez salarié.



Pour aller plus loin...

La très grande majorité des contrats complémentaires santé sont « responsables et solidaires ».

La loi qualifie une complémentaire santé de :

- « solidaire » lorsque les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des individus couverts et, pour les souscriptions individuelles, lorsqu'aucune information médicale n'est demandée;
- « responsable » lorsqu'elle encourage le respect du parcours de soins coordonnés⁽⁶⁾, c'est-à-dire qu'elle garantit un certain niveau de remboursement sur certaines prestations (consultations de médecin, pharmacie à 65 %) et ne rembourse ni les dépassements ou majorations liés au non-respect du parcours de soins, ni la participation forfaitaire et les franchises.



⁽⁶⁾ Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical personnalisé et être remboursés normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les patients de plus de 16 ans.

Une complémentaire santé pour tous

Pour faciliter l'accès à une couverture santé, il existe la **complémentaire santé solidaire**.

Cette protection est accordée sous certaines conditions d'attribution aux ressources du demandeur. En fonction, elle sera avec ou sans participation financière mensuelle.

La demande de complémentaire santé solidaire est à effectuer auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) directement en ligne sur ameli.fr ou par courrier. Valable un an, la demande doit être renouvelée entre 4 et 2 mois avant la date d'échéance.

Le demandeur choisit comme gestionnaire soit sa CPAM soit un organisme complémentaire inscrit sur une liste dès le dépôt de la demande.

- **Renseignez-vous auprès de votre organisme d'Assurance maladie obligatoire.**



Le 100 % Santé pour un reste à charge 0

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certains équipements d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers 100 % Santé qui sont définis réglementairement), opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre 100 % Santé.





480 agences

Plateformes Relation Sociétaire

02 35 03 68 68

(prix d'un appel normal)

Lundi au vendredi 8 h - 19 h • Samedi 9 h - 17 h

matmut.fr et ses espaces personnels

Accès sécurisé pour gérer vos contrats,
consulter vos remboursements,
modifier vos coordonnées bancaires

Prévention

Conseils en ligne sur matmut.fr

