

Avis du CCSF sur la lisibilité des contrats dans le cadre de l'assurance complémentaire santé

Suite des Avis du 19 juin 2018 et du 10 décembre 2019

Rappel des travaux antérieurs du Comité sur la lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé

L'assurance complémentaire santé, encore appelée assurance maladie complémentaire, est un secteur auquel le CCSF accorde depuis sa création une très grande attention. Les objectifs de clarté et de lisibilité de l'information constituent en effet des préoccupations constantes du Comité dans le domaine des relations entre les professionnels du secteur financier et leur clientèle.

- Dès 2011, le ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie avait donné au Comité mission de contribuer à renforcer la lisibilité des assurances complémentaires santé. Le Comité avait souhaité mieux faire connaître les documents élaborés par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) et encourager les membres du Comité à insérer sur leurs sites des liens permettant leur consultation directe.
- En 2013, le Comité s'était prononcé dans un Avis du 26 mars 2013 sur le renforcement de la transparence et de la qualité des comparateurs de contrats individuels d'assurance complémentaire santé sur internet.
- En 2018, à la demande du ministère de l'Économie et des Finances, l'Unocam avait présenté au Comité les travaux complémentaires d'amélioration de la lisibilité des garanties menés en 2017 et 2018 en collaboration avec la direction de la Sécurité sociale et la direction générale du Trésor, dans l'objectif de répondre encore mieux aux attentes des adhérents et assurés sur le choix et la bonne compréhension de leurs garanties et contrats. L'Unocam avait proposé d'améliorer la lisibilité des garanties en prévoyant une dizaine de grands postes de remboursement dont cinq grands postes avec des libellés harmonisés et clairement définis : hospitalisation, dentaire, soins courants, optique, aide auditive et cinq grands postes libres. Les organismes avaient été également invités par l'Unocam à harmoniser les sous-rubriques de ces grands postes afin d'intégrer les soins et équipements relevant de la réforme « 100 % santé ». Outre cette mesure d'amélioration de la lisibilité des garanties, l'Unocam avait prévu de définir une liste harmonisée de 16 exemples de remboursement parmi les actes les plus fréquents et les plus courants, faisant apparaître les tarifs opposables des actes ou les tarifs moyens des actes quand les tarifs sont libres, le niveau de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), le niveau de remboursement de la garantie et le reste à charge du patient en euros.

Dans son Avis du 19 juin 2018, le Comité s'était félicité du dispositif permettant la mise en œuvre de la réforme « 100 % santé » et des travaux engagés par les professionnels sur la lisibilité ; il avait approuvé la présentation harmonisée des cinq grands postes de remboursement des garanties ainsi que des exemples de remboursement chiffrés tels que proposés par l'Unocam qui constituaient déjà une avancée importante en matière de lisibilité ; il avait rappelé son attachement à la comparabilité des contrats, garanties et tarifs. Sans remettre en cause la liberté de choix des cinq rubriques non harmonisées, le Comité avait insisté sur l'intérêt pour le consommateur d'avoir des formulations harmonisées pour désigner des garanties semblables et, en tout état de cause, des formulations présentes dans le glossaire, dont le Comité avait réaffirmé la nécessité de poursuivre les travaux d'harmonisation des terminologies. Il avait rappelé également l'intérêt pour le consommateur de bénéficier d'un devis réalisé par le professionnel de santé avant tout engagement de sa part pour des frais de santé.

Le Comité avait considéré que ces travaux ne rencontreraient leur pleine efficacité que s'ils faisaient l'objet d'un engagement professionnel, à l'instar de celui de 2010. Il avait estimé que cela donnerait une force d'engagement au dispositif et avait encouragé tous les membres, dès que le dispositif serait opérationnel, à en assurer la plus grande diffusion, notamment sur chacun de leurs sites internet.

- Dans son Avis du 10 décembre 2019, le Comité s'était félicité de la signature de l'engagement pris par l'Unocam et les fédérations – Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), Fédération française de l'assurance (FFA) et Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) – en présence de la ministre de la Santé et des Solidarités, pour une harmonisation des libellés des principaux postes de garanties, incluant des exemples communs en euros sur les actes et prestations les plus courants, afin d'accompagner les assurés dans leur compréhension du système et leurs démarches. Le Comité avait constaté que l'accord s'était effectivement traduit dans les engagements professionnels au sein de chacune des fédérations, même si les représentants des consommateurs avaient regretté leur caractère non contraignant.

Pour améliorer encore la comparabilité, les représentants des consommateurs avaient demandé qu'un travail de normalisation de l'ordre de la liste des exemples de remboursement soit mené et le Comité avait invité les professionnels à développer autant que possible la communication aux assurés d'une estimation en euros du montant du remboursement, plus lisible pour les consommateurs. Les professionnels avaient mis en avant la nécessité de conserver de la souplesse dans la mise en œuvre et des marges de différenciation en fonction des besoins sur un marché concurrentiel.

Le Comité avait regretté, en revanche que les professionnels n'aient pu aboutir à une expression harmonisée des remboursements, en choisissant soit le remboursement de l'AMO inclus, soit le remboursement de l'AMO exclu, tel que demandé dans son Avis du 19 juin 2018. Le CCSF avait alors souhaité qu'un état des lieux des pratiques puisse être réalisé tant pour les contrats individuels que collectifs.

Afin de favoriser la visibilité de l'information pour le consommateur, le Comité avait invité les professionnels à rendre facilement accessibles les exemples de remboursement depuis leurs sites internet ou tout autre vecteur adapté, en plus de leur présence systématique dans les supports présentant les garanties, et à accroître la lisibilité des informations données aux clients, notamment sur les délais de carence. Le Comité avait par ailleurs rappelé, à l'attention des professionnels de santé, l'intérêt pour l'assuré de disposer d'une information préalable sur le tarif appliqué et de bénéficier de devis avant tout engagement de sa part pour les frais de santé pouvant entraîner un reste à charge, la présentation systématique d'un devis étant précisément prévue pour les prothèses dentaires, les équipements d'optique et les aides auditives par la réforme « 100 % santé ».

• En mars 2020, le Comité a pris connaissance des résultats de la première enquête menée par l'Unocam auprès de ses membres en vue d'évaluer la mise en œuvre de leurs engagements de 2019. Il ressortait une forte mobilisation des organismes et un haut niveau de suivi des engagements pris par les professionnels en matière d'harmonisation des libellés et de diffusion d'exemples illustratifs en euros.

Il a souligné, au cours des réunions du groupe de travail, les difficultés relevées par les consommateurs : un accès parfois difficile aux tableaux de garanties et tableaux des exemples de remboursement, sur les pages internet des complémentaires santé ; un ordre de présentation des exemples de remboursement qui diffère de celui des tableaux de garanties, ce qui ne facilite pas leur compréhension ; une difficulté globale à comprendre le système de remboursement, témoignant d'une méconnaissance de la notion de base de remboursement (BR) et notamment de la part qui est prise en charge respectivement par l'AMO (assurance maladie obligatoire) et l'AMC (assurance maladie complémentaire) ; la nécessité de bases de remboursement exprimées le plus souvent en euros afin de faciliter leur intelligibilité.

Les associations de consommateurs ont souligné l'urgence, en raison de l'entrée en vigueur prochaine de la résiliation infra-annuelle, d'avancer dans ces travaux qui faciliteront la compréhension et la comparaison des contrats, avec une priorisation pour les contrats destinés aux particuliers. Elles ont réitéré leur demande d'adoption de normes professionnelles, visées par l'ACPR, qui aboutiraient à une brochure normalisée de présentation des garanties avec un sommaire-type, à l'instar de ce qui se pratique avec les tarifs bancaires.

Les professionnels de l'assurance santé ont fait valoir que l'amélioration de la lisibilité était l'affaire de tous les acteurs et ont insisté sur la nécessité de développer des actions pédagogiques pour aider les concitoyens à mieux comprendre le système de santé et de remboursement. Ils ont indiqué que l'Unocam travaillait déjà à de nouvelles actions pédagogiques dès 2020 pour contribuer à l'effort d'information du grand public sur le système de remboursement.

Le Comité a mis en avant la complexité du système d'assurance santé qui comprend plusieurs milliers de bases de remboursement et qui repose sur une réglementation elle aussi complexe à comprendre.

Les travaux du Comité

Conformément aux termes de la lettre de mission du Ministre, le Comité a poursuivi ses travaux sur la lisibilité et la comparabilité des contrats d'assurance santé.

Le groupe de travail a travaillé sur trois axes :

- 1) une refonte des exemples de remboursement offrant plus de pédagogie pour une meilleure lisibilité tout en préservant une bonne comparabilité entre les produits ;
- 2) une meilleure accessibilité des tableaux de garanties et exemples de remboursement sur les sites internet des organismes ;
- 3) un développement de l'information des remboursements en euros dans les tableaux de garantie, lorsque cela est possible et lorsque c'est dans l'intérêt de l'assuré.

Le groupe de travail, avec l'implication de l'Assurance maladie (CNAM), de la direction de la Sécurité sociale (DSS) et des représentants de l'Unocam, a travaillé sur un nouveau tableau des exemples de remboursement offrant, outre les exemples chiffrés de remboursement d'actes, une explication détaillée des pourcentages effectivement remboursés par l'AMO et l'AMC par rapport à la base de remboursement (BR) affichée dans les tableaux de garanties.

Le nouveau tableau des exemples de remboursement reprend l'ordre d'affichage des rubriques de garanties proposées par les principaux acteurs de la complémentaire santé, ainsi que l'usage de termes communs harmonisés depuis l'engagement pris en 2019 par les professionnels dans la logique de l'engagement d'utilisation des termes du glossaire de l'Unocam remis à jour en juillet 2020. Il comprend par ailleurs de nouveaux exemples d'actes, dispositifs ou produits médicaux courants. Dans l'objectif d'aider l'assuré à comprendre les garanties, généralement exprimées en pourcentage de la « base de remboursement », une colonne comprenant cette information a été ajoutée ainsi qu'un encart explicatif du fonctionnement de l'assurance santé pour chacune des rubriques de garanties, avec la part prise en charge respectivement par l'AMO et l'AMC, et les contraintes imposées à l'assurance complémentaire liées au contrat responsable.

En revanche, les associations de consommateurs ont regretté le refus des professionnels de revoir la présentation de leur tableau des garanties à l'aune de l'ordre de présentation des exemples de remboursements.

Les professionnels ont rappelé que leurs contrats ont été entièrement revus, avec l'entrée en vigueur du « 100 % santé » en 2019 et ont demandé de la stabilité, les travaux de mise en conformité des contrats étant lourds et coûteux pour les organismes. Une fois le nouveau tableau des exemples de remboursement mis en œuvre, ils aspirent à une stabilité sur ce dossier dans l'intérêt des assurés et des organismes.

Le Comité a pris connaissance en mars 2021 des résultats de la seconde enquête de l'Unocam sur la lisibilité des garanties santé, montrant un très bon niveau d'implication des organismes complémentaires dans la mise en œuvre de leurs engagements et le développement important d'outils numériques comme les simulateurs, hors champ de l'engagement, concourant à une meilleure information de l'assuré.

À l'issue de la réunion plénière du 11 mai 2021, le CCSF a adopté l'Avis suivant

- Le Comité approuve le nouveau tableau des exemples de remboursement tel que présenté en annexe, qui comprend 26 exemples concrets d'actes ou de soins exprimés en euros, tous explicités au regard de leur mécanisme de remboursement, avec la part remboursée par l'AMO, par l'AMC et le reste à charge éventuel.
- Il prend acte de l'engagement des professionnels de mettre en place ce tableau des exemples de remboursement pour tous les contrats santé standards consultables sur les sites internet des organismes, afin de permettre une comparabilité des offres.
- Le Comité prend acte de l'engagement des professionnels de faciliter l'accessibilité à ce tableau d'exemples ainsi que des tableaux de garanties qui s'y rattachent pour les contrats standards : le tableau des exemples de remboursement des contrats standards devra être en accès rapide, sous format téléchargeable, sur les pages dédiées à la santé des sites internet des organismes. Le tableau des exemples de remboursement sera affiché à côté de chaque tableau des garanties qu'il explicitera, voire inclus dans le document présentant les garanties lorsque cela est possible.
- Le Comité prend acte de l'engagement des professionnels de privilégier l'expression des garanties en euros lorsque cela est dans l'intérêt du consommateur, notamment pour les garanties optique, dentaire et les aides auditives.

- Le Comité souligne le souhait des associations de consommateurs d'une expression harmonisée des garanties, affichant de façon distincte les remboursements de l'AMC des remboursements de l'AMO, afin d'en faciliter la lecture. Les professionnels comprennent l'intérêt pour le consommateur de privilégier une expression particulière des garanties, soit AMO inclus, soit AMO exclue et se disent prêt à travailler à l'avenir sur ce sujet.
- Le Comité prend acte enfin de l'engagement des professionnels de mettre en œuvre ce nouveau tableau des exemples de remboursement avant mai 2022 et établira un bilan concerté de la bonne application de l'Avis, un an après sa mise en place effective.

Au-delà de l'engagement des professionnels de l'assurance santé, et comme ses travaux l'ont conduit à le constater, le Comité attire l'attention des pouvoirs publics sur l'impact des dispositions réglementaires sur la lisibilité et exprime auprès de toutes les parties prenantes (Assurance maladie obligatoire, État, parlementaires, représentants des professionnels et établissements de santé) que la lisibilité et la compréhension de notre système de santé soient une priorité pour tous.

Exemples de remboursement ¹

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat	Selon contrat
Séjour avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355 €	271,70 €	271,70 €	Selon contrat	Selon contrat
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447 €	271,70 €	271,70 €	Selon contrat	Selon contrat
Séjour sans actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	654,02 €	0 €
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire

Contrat d'assurance santé responsable ²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44 €	30 €	20 €	Selon contrat	Selon contrat
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55 €	23 €	16,10 €	Selon contrat	Selon contrat
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	57 €	23 €	15,10 €	Selon contrat	Selon contrat
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 €	14,64 €	Selon contrat	Selon contrat
Dentaire					
Soins et prothèses 100 % santé	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	107,50 €	75,25 €	Selon contrat	Selon contrat
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	720 €	193,50 €	193,50 €	Selon contrat	Selon contrat

Contrat d'assurance santé responsable ²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Optique					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴⁾	0 €
Ex : verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	Selon contrat	Selon contrat
Ex : verres progressifs et monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	Selon contrat	Selon contrat
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Selon contrat	Selon contrat
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Selon contrat	Selon contrat
Aides auditives					
Équipement 100 % santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 476 €	400 €	240 €	Selon contrat	Selon contrat

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4) Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)