

Communiqué de presse

Accord au CCSF sur la lisibilité des contrats d'assurance santé

Conformément à la lettre de mission de Bruno Le Maire, ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance, le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) a poursuivi ses travaux sur la lisibilité des contrats d'assurance santé et lors de sa réunion plénière du mardi 11 mai, est parvenu à un accord, engageant les professionnels de l'assurance santé, pour une meilleure lisibilité et comparabilité de ces contrats. Cet accord porte sur :

- 1) une refonte du tableau des exemples de remboursement ;
- 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.

Avec l'implication de l'Assurance maladie (CNAM), de la direction de la Sécurité sociale (DSS) et des représentants de l'Unocam, le CCSF, qui regroupe notamment des associations de consommateurs et des professionnels de la finance (banques, organismes d'assurance, distributeurs), a travaillé sur **un nouveau tableau des exemples de remboursement**, conçu pour aider le consommateur à une bonne compréhension du système de remboursement de ses soins de santé et qui permette une comparabilité des produits d'assurance en amont de la souscription.

Ainsi, outre de plus nombreux exemples d'actes, dispositifs ou produits médicaux courants exprimés en euros, ce nouveau tableau permet au consommateur de mieux appréhender ce qui est effectivement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par l'assurance maladie complémentaire (AMC), de comprendre ce que recouvre la « Base de Remboursement » (BR) que l'on trouve dans les tableaux des garanties, ainsi que les règles spécifiques imposées par la réglementation pour les contrats responsables.

Alors que 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, compte tenu des travaux de mise en conformité qui viennent d'être réalisés.

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 incluse, soit AMO exclue et se disent prêts 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.

Pour consulter cet Avis, rendez-vous sur le site du CCSF: <https://www.ccsfin.fr/>

Le CCSF est une instance de concertation, créée par la loi, et chargée de proposer des mesures destinées à améliorer les relations entre les établissements financiers et leurs clients. Les représentants des entreprises du secteur financier (banques, assurances, sociétés financières) et de leurs clientèles y siègent à parité. Des personnalités qualifiées, des parlementaires et des représentants des organisations syndicales complètent sa composition.

Contact presse : Anne Carrère, responsable de la Communication et des Affaires publiques.
Tel : 01 42 92 25 09

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/>)