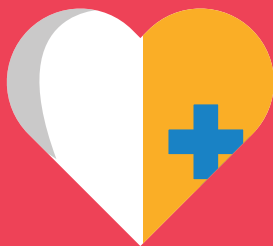
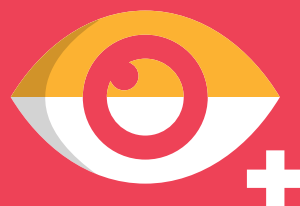




6 CLÉS

POUR MIEUX
COMPRENDRE
& BIEN CHOISIR SA
COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ

JANVIER 2021



unocam

UNION NATIONALE DES ORGANISMES
D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, C'EST INDISPENSABLE!

👉 **Disposer d'une complémentaire santé est un élément essentiel d'accès aux soins : cela permet un meilleur niveau de remboursement dans l'ensemble des domaines comme les soins courants, l'hospitalisation, et plus particulièrement l'optique, l'audiologie ou le dentaire.**

L'Assurance maladie obligatoire, c'est-à-dire la Sécurité sociale, ne prend en charge qu'une partie des dépenses de santé. De plus, elle ne rembourse pas, ou peu, certains frais.

Grâce à une complémentaire santé dite « responsable », vous bénéficiez de la **réforme du 100 % Santé** qui donne accès depuis 2020 à un ensemble de soins et d'équipements sans reste à charge en optique et en dentaire et, en 2021, en audiologie.

Certaines dépenses de santé peuvent être anticipées, d'autres non du fait du caractère imprévisible de la maladie ou de l'accident. Avoir une complémentaire santé, c'est faire le choix d'une protection renforcée pour soi et pour sa famille.

Cette brochure a pour objectif de vous aider à mieux comprendre comment intervient votre complémentaire santé, comment fonctionne le système de remboursement des soins et comment décrypter les garanties d'un contrat afin de vous guider dans le choix d'un contrat de complémentaire santé ou dans l'évolution de vos garanties.



Cette brochure a été réalisée par l'UNOCAM, la FNMF, la FFA et le CTIP. Elle s'inscrit dans le cadre de l'Engagement pris par la profession le 14 février 2019 pour améliorer la lisibilité des garanties de complémentaire santé.





CLÉ 1

Comment fonctionne le système de remboursement des soins ?

Le système de remboursement des soins repose sur une intervention combinée de l'Assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires santé.

L'Assurance maladie obligatoire couvre de nombreux actes médicaux, produits ou dispositifs de santé. Pour chacun d'entre eux, elle fixe :

- 1 Une base de remboursement (BR)** qui correspond à un tarif de référence déterminé conjointement par la Sécurité sociale, les syndicats de professionnels de santé ou les pouvoirs publics.
- 2 Un taux de remboursement** appliqué à ce tarif de référence afin de déterminer le montant réel du remboursement.

Le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire est donc inférieur à la base de remboursement. Le différentiel est appelé « **ticket modérateur** ».

Dans certains cas (achat de médicaments, transports, actes paramédicaux, consultations de médecin), l'Assurance maladie obligatoire déduit du montant qu'elle vous rembourse de 0,50 € à 2 € : ce sont les **franchises** et la **participation forfaitaire** d'1 €.

La complémentaire santé peut, elle, rembourser le ticket modérateur et les éventuels dépassements.

À NOTER

Dans le cadre d'un contrat « responsable », les franchises et la participation d'1€ ne peuvent pas être remboursées par la complémentaire santé.

Attention aux dépassements

La base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire est souvent inférieure aux dépenses que vous avez engagées. C'est notamment le cas lorsque les prix sont fixés librement par les professionnels de santé, comme pour certaines prothèses dentaires, équipements optiques, aides auditives ou honoraires de spécialistes. Les dépassements peuvent s'élever à plusieurs dizaines, voire centaines d'euros, qui restent à votre charge si vous n'avez pas de complémentaire santé.

Les bases de remboursement et les taux de remboursement sont nombreux et variables d'un acte, d'un médicament ou d'un dispositif à l'autre.



POUR EN SAVOIR PLUS, RENDEZ-VOUS SUR LE SITE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE WWW.AMELI.FR

Remboursement Assurance maladie obligatoire



base de remboursement (en euros)

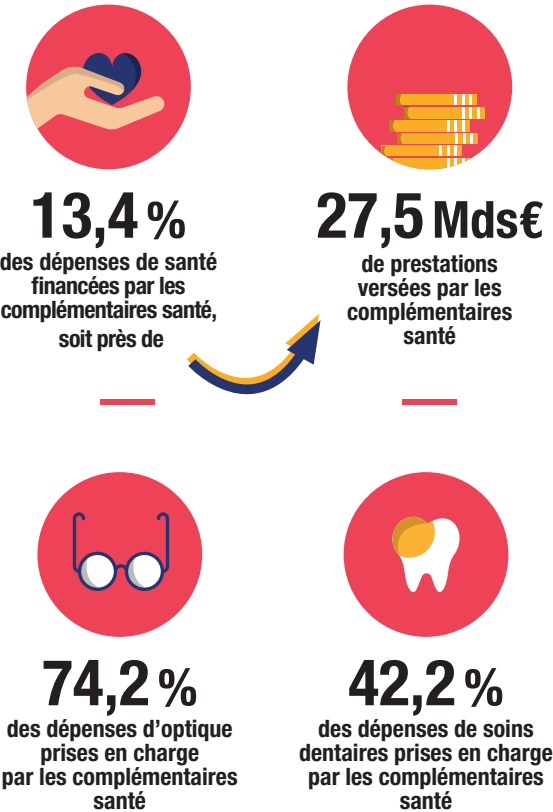


taux de remboursement (en%)



participation forfaitaire éventuelle (sauf cas spécifiques de prise en charge à 100%)

LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ EN CHIFFRES

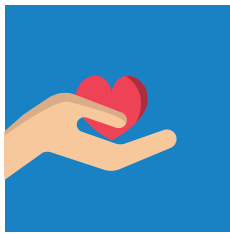


Source: Les dépenses de santé en 2018, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Édition 2019.



LE SAVIEZ-VOUS ?

- 1** Même si vous êtes atteint d'une affection de longue durée (ALD) et êtes couvert à ce titre à 100% par l'Assurance maladie obligatoire, une complémentaire santé est néanmoins indispensable :
 - certaines dépenses ne sont jamais remboursées par l'Assurance maladie obligatoire (notamment le forfait journalier hospitalier, les dépassements d'honoraires...);
 - d'autres ne sont pas remboursées intégralement (par exemple les dépenses de soins sans rapport avec votre affection de longue durée pour lesquelles vous devrez payer le ticket modérateur et les éventuels dépassements).
- 2** Même si vous êtes déjà couvert par un contrat collectif et obligatoire, vous pouvez, en fonction du niveau des garanties proposées par votre contrat, avoir besoin d'une couverture supplémentaire : il est alors possible d'ajouter des options à votre contrat ou de souscrire une surcomplémentaire.



CLÉ 2

Comment intervient ma complémentaire santé ?

L'Assurance maladie obligatoire ne rembourse qu'une partie de vos dépenses de santé. Les frais restants sont théoriquement à votre charge. C'est ici qu'intervient votre complémentaire santé : elle vous rembourse tout ou partie de ces frais, en fonction des garanties prévues à votre contrat.

Une assurance complémentaire santé est un contrat qui a pour objet de prendre en charge tout ou partie des dépenses de santé non couvertes par l'Assurance maladie obligatoire en cas de maladie, d'accident et de maternité.

La complémentaire santé peut être souscrite soit à **titre individuel** en s'adressant directement à un organisme complémentaire santé (mutuelles, entreprises ou sociétés d'assurance, institutions de prévoyance...), soit en adhérant à un **contrat collectif (ou contrat groupe)** par l'intermédiaire de l'employeur ou d'une association.

Elle intervient en complément de l'Assurance maladie obligatoire, en prenant notamment en charge :

- **Le ticket modérateur.** Il correspond à la partie des frais remboursables (base de remboursement) que l'Assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge. Le ticket modérateur s'applique aux prestations suivantes : consultation médicale, analyses de biologie médicale, examen de radiologie, soins dentaires, achat de médicaments prescrits, etc.
- **Les dépassements.** Ils correspondent aux frais de santé non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Les dépassements ne sont pas systématiques et sont à la discrétion du praticien qui doit les appliquer « avec tact et mesure ». Il peut s'agir d'une partie des honoraires de professionnels de santé,

de dépassements pour des soins prothétiques en dentaire ou orthodontiques, pour des lunettes ou des aides auditives...

La complémentaire peut aussi rembourser partiellement ou intégralement (selon vos garanties) des soins non couverts par l'Assurance maladie obligatoire :

- Certains frais d'hospitalisation : chambre particulière, forfait journalier hospitalier...
- Des prestations de médecine dite « douce » ou « alternative » : ostéopathie, acupuncture, diététique...
- Certains achats en pharmacie : vaccins et médicaments non remboursables...
- Divers frais optiques : opération de la myopie, achat de lentilles de contact...

En plus du remboursement des frais de santé, votre complémentaire peut donner accès à des services tels que les réseaux de soins ou le tiers payant complémentaire.



CONSULTATION D'UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE SECTEUR 1

Marie consulte son médecin généraliste secteur 1 (sans dépassement d'honoraires) et s'acquitte de **25 €** d'honoraires.



L'Assurance maladie obligatoire a une base de remboursement de **25 €**



un taux de remboursement de **70%**



Elle rembourse donc à Marie

16,50 €

L'Assurance maladie obligatoire impose une participation forfaitaire de

1 €

non remboursable

! IMPORTANT :

Si Marie n'a pas de complémentaire santé, il lui restera à charge **8,50 €**

Marie a une complémentaire santé responsable qui prend en charge 30% au titre du ticket modérateur.

Soit :
• 25 € x 30% = 7,50 €

Au final, il reste à la charge de Marie : (participation forfaitaire non remboursable)

1 €

Au total, Marie est remboursée de :

- 16,50 € par l'Assurance maladie obligatoire
- 7,50 € par sa complémentaire santé

La complémentaire santé rembourse donc à Marie

7,50 €





CLÉ 3

Comment décrypter les garanties de mon contrat ?

Le niveau de prise en charge par votre complémentaire santé dépend du contrat souscrit et des garanties prévues. Le tableau de garanties est un élément important : il détaille le niveau et les conditions de prise en charge des différents postes de soins prévus au contrat dans la limite de la dépense engagée. Quelques explications pour vous guider dans votre lecture.

Tableau de garanties

Il présente les garanties proposées pour chacun de grands postes de dépenses composés de plusieurs sous-rubriques :

- grands postes : tels que soins courants (honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, médicaments...), hospitalisation, optique, dentaire, aides auditives...
- sous-rubriques : telles que les équipements 100 % Santé...

Ces intitulés, communs à tous les contrats, permettent une meilleure comparaison.

Formulation des garanties

Les garanties d'un contrat complémentaire santé peuvent être exprimées :

- soit en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire,
- soit en euros.

De même, les garanties de complémentaire santé peuvent être exprimées :

- soit en incluant le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire,
- soit en l'excluant.

PAR EXEMPLE :

Votre garantie de complémentaire santé s'élève à 250€ et l'Assurance maladie obligatoire vous rembourse 50€ :



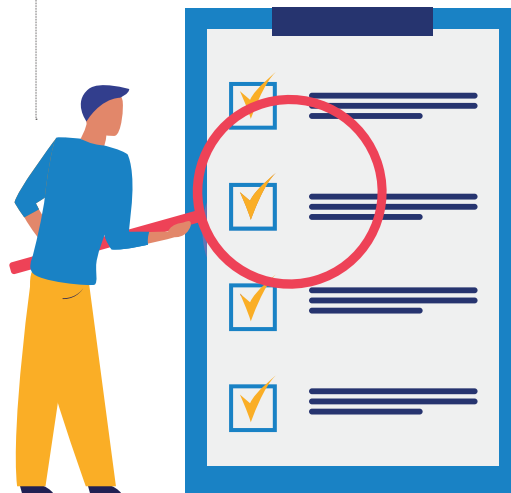
Si votre garantie **inclut** le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire

→ alors votre complémentaire santé vous rembourse :
 $250\text{€} - 50\text{€} = 200\text{€}$



Si votre garantie **exclut** le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire

→ alors votre complémentaire santé vous rembourse 250€ en plus des 50€ de l'Assurance maladie



Un contrat « solidaire et responsable », qu'est-ce que cela signifie ?

La plupart des contrats commercialisés sur le marché sont des contrats dits « solidaires et responsables » c'est-à-dire qui respectent certaines conditions définies par la réglementation :

- Ils garantissent l'absence de sélection médicale et de tarification selon l'état de santé.
- Ils respectent aussi des conditions de prise en charge minimale et maximale sur des actes, produits et équipements et fixent des interdictions de prise en charge (franchises, participation forfaitaire...).
- Dans le cadre de la réforme 100 % Santé, ils prévoient la prise en charge intégrale de certains soins et équipements en optique, en audiologie et en dentaire.

En contrepartie du respect de ces critères, ces contrats bénéficient d'une fiscalité réduite qui minore d'autant la cotisation.

Réforme 100 % Santé

Elle permet la prise en charge intégrale de certains soins et équipements en optique, dentaire et aides auditives

Depuis le 1^{er} janvier 2020, les assurés ayant un contrat complémentaire santé dit « solidaire et responsable » ont progressivement accès à une offre sans reste à charge, après intervention cumulée de l'Assurance maladie et de la complémentaire santé pour certains équipements optiques, prothèses dentaires et aides auditives.

Les complémentaires santé ont une obligation de prendre en charge la totalité du reste à charge des prestations et équipements figurant dans le « panier 100 % Santé » dans la limite des prix limite de vente (PLV) et des honoraires limite de facturation (HLF). Les assurés restent libres d'opter pour ce panier ou de faire le choix d'autres prestations hors 100 % Santé (tarifs libres).



AU-DELÀ DES GARANTIES, SOYEZ ATTENTIFS AUX AUTRES ÉLÉMENTS CONTRACTUELS

- Les conditions tarifaires proposées pour la couverture du conjoint, des enfants dans le cadre d'un contrat « famille ».
- Les délais de carence éventuels selon les types de soins.
- Le périmètre de la couverture et les éventuelles exclusions prévues par le contrat.
- Les modalités de souscription, de renouvellement et de résiliation.



DES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT, COMMUNS ET EN EUROS, POUR MIEUX COMPARER LES OFFRES

L'ensemble des organismes de complémentaire santé mettent à disposition de leurs prospects et de leurs adhérents ou assurés une quinzaine d'exemples communs de remboursement en euros pour les actes les plus courants. Cela leur permet de connaître le montant du remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, le remboursement de la complémentaire santé (variable selon les contrats) et leur reste à charge éventuel.



Un bon exemple vaut mieux qu'un long discours

Retrouvez 6 autres cas pratiques illustrant des situations auxquelles vous pouvez être confronté au fil de votre parcours de santé dans notre fascicule indépendant.



CAS PRATIQUE N°1
CONSULTATION D'UN MÉDECIN
SPÉCIALISTE SECTEUR 2



CAS PRATIQUE N°2
POSE D'UNE COURONNE
DENTAIRE CÉRAMO-MÉTALLIQUE



CAS PRATIQUE N°3
ACHAT D'UNE BOÎTE DE 28 PATCHS
À LA NICOTINE



CAS PRATIQUE N°4
ACHAT D'UN ÉQUIPEMENT D'AIDE
AUDITIVE DE CLASSE II



CAS PRATIQUE N°5
ACHAT D'UNE PAIRE DE LUNETTES
DE CLASSE A



CAS PRATIQUE N°6
ACHAT D'UNE PAIRE DE LUNETTES
DE CLASSE B



CLÉ 4

Comment évaluer mes besoins en matière de couverture complémentaire santé ?

Vous envisagez d'adhérer ou de souscrire une complémentaire santé à titre individuel ? Vous aimeriez enrichir votre contrat collectif ou disposer d'une surcomplémentaire ? Quelle que soit la situation, il est essentiel d'analyser précisément vos besoins, afin de choisir le contrat le plus adapté à votre situation actuelle... et à venir.

De quoi dépendent vos besoins en matière de complémentaire santé ?

- **Votre âge** : jeune, adulte ou senior ?
À chaque période de la vie correspondent des besoins différents.
- **La composition de votre foyer et votre situation familiale** : célibataire, marié, avec ou sans enfant...
Si vous souhaitez protéger votre famille, vous pouvez en couvrir tous les membres par un même contrat.
- **Vos besoins spécifiques actuels et futurs** : port de lunettes ou de lentilles, consultation régulière d'un médecin spécialiste, enfants nécessitant des soins d'orthodontie...
- **Vos habitudes de consommation de soins** : consultations de médecine alternative ou de professionnels pratiquant des dépassements d'honoraires.
- **Votre régime d'Assurance maladie obligatoire** : des droits spéciaux peuvent être appliqués dans certains cadres ou régions, comme par exemple, si vous relevez du régime local d'Alsace-Moselle, ou encore, si vous êtes éligible à la Complémentaire santé solidaire (CSS).

Le montant des cotisations constitue également un facteur déterminant dans le choix de votre contrat de complémentaire santé.

Offre plurielle pour garanties sur-mesure

Il existe une grande diversité de contrats et de niveaux de couverture. Contactez les organismes complémentaires : ils vous conseilleront sur les garanties adaptées à votre situation et vos possibilités.

Évaluez vos besoins à un instant T tout en essayant d'anticiper ceux à venir (naissance d'un enfant, passage à la retraite, aléas de santé...)

BON À SAVOIR

- Si vous êtes salarié du secteur privé, votre entreprise a l'obligation, depuis le 1^{er} janvier 2016, de vous proposer une couverture complémentaire collective. Renseignez-vous auprès de votre employeur.
- Selon votre niveau de revenus, vous pouvez peut-être bénéficier de la Complémentaire santé solidaire (CSS). Rapprochez-vous de votre caisse d'assurance maladie.



POUR EN SAVOIR PLUS,
RENDEZ-VOUS SUR LE SITE
DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE
WWW.COMPLEMENTAIRE-SANTE-SOLIDAIRE.GOUV.FR



CLÉ 5

Quelles garanties correspondent le mieux à mes besoins ?

Avant de choisir un organisme complémentaire et/ou de signer un contrat, il est important de regarder en détail les garanties proposées et les éventuelles conditions ou exclusions. L'objectif : déterminer la formule la plus en adéquation avec vos besoins et vos possibilités. Pour chaque situation, pensez à vous poser les bonnes questions !

HOSPITALISATION

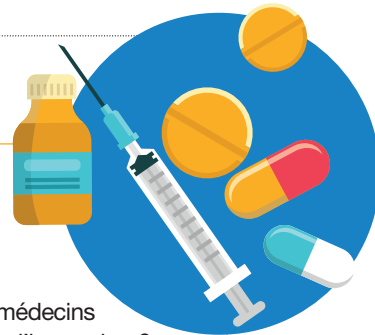
- ✓ Le forfait journalier hospitalier est-il remboursé ? Pour quels établissements ? Pour quel montant et quelle durée ?
- ✓ Les dépassements d'honoraires sont-ils pris en charge ? À quel niveau ?
- ✓ La chambre particulière est-elle remboursée ? Pour quel montant et quelle durée ?
- ✓ Y a-t-il des limitations de durée de prise en charge ?



SOINS COURANTS

(honoraires, analyses médicales, médicaments...)

- ✓ Consultez-vous souvent des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires ? Si oui, ces dépassements sont-ils remboursés ? Jusqu'à quel niveau ? Y a-t-il des différences de remboursement selon que les médecins consultés ont adhéré ou non à un dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM/OPTAM-CO) ?
- ✓ Les actes non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire sont-ils remboursés ? Si oui, lesquels, à quel niveau et à quelles conditions ?
- ✓ Les actes de professionnels de santé non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire (médecines alternatives, diététiciens, ostéopathes...) sont-ils pris en charge ?
- ✓ Quelles sont les catégories de médicaments remboursés ? À quel niveau ?
- ✓ Les médicaments ou les vaccins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire sont-ils pris en charge ? Est-il prévu un forfait «automédication» ? Si oui, de quel montant ?
- ✓ L'homéopathie est-elle prise en charge ?



OPTIQUE

- ✓ Quels sont les remboursements prévus pour les lunettes (monture et verres) ?
- ✓ Quelles sont les éventuelles différences de prise en charge entre les verres simples et les verres complexes ?
- ✓ Les lentilles qui ne sont pas remboursées par l'Assurance maladie obligatoire sont-elles prises en charge ? D'autres dépenses non remboursées par l'Assurance maladie obligatoire, notamment la chirurgie réfractive (opération de la myopie par exemple), sont-elles remboursées ?
- ✓ La complémentaire santé met-elle à votre disposition un réseau de soins ? Quels sont les avantages et tarifs préférentiels proposés ?



DENTAIRE

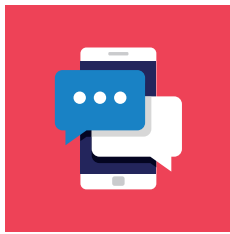
- ✓ À quel niveau les prothèses dentaires sont-elles remboursées ? Y a-t-il des différences selon le type de prothèse (matériau) ou l'emplacement de la dent ?
- ✓ Y a-t-il un remboursement pour l'orthodontie (enfants et/ou adultes) ?
- ✓ La complémentaire santé rembourse-t-elle certains actes non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire ? Si oui, lesquels (implants, certaines prothèses, parodontie...)?
- ✓ Met-elle à votre disposition un réseau de soins, notamment en implantologie ? Quels sont les avantages et tarifs préférentiels proposés ?



AIDES AUDITIVES

- ✓ À quel niveau les aides auditives sont-elles remboursées ? Y a-t-il des différences selon la technologie de l'aide auditive ?
- ✓ La complémentaire met-elle à votre disposition un réseau de soins ? Quels sont les avantages et tarifs préférentiels proposés ?
- ✓ Prend-t-elle en charge les dépassements sur les accessoires (piles, embouts...) des appareils ?





CLÉ 6


Quels sont les services « plus », qui font la différence ?

Les complémentaires santé proposent des services qui peuvent se révéler essentiels pour faciliter votre accès aux dispositifs de santé et améliorer votre qualité de vie. Soyez attentif et n'hésitez pas à comparer !

De quels services puis-je bénéficier ?

- **Le tiers payant complémentaire** permet de ne pas avancer certains de vos frais de santé, dès lors que la carte de tiers payant est acceptée par le professionnel de santé consulté.
- **Des outils et services pour connaître en temps réel vos garanties et vos droits** grâce à des simulateurs, services d'analyse des devis...
- **Les réseaux de soins** pour accéder à des tarifs préférentiels sur des équipements sélectionnés et de qualité.
- **Des services de téléconsultations ou de second avis médical** dans le cadre d'un service en ligne de téléconseil santé.

- **Des services d'assistance et d'aide à domicile** : rapatriement médical, garde ou transfert des enfants, aide ménagère...
- **Des actions de prévention** à visée professionnelle ou privée : bilans de santé, ateliers d'information à des moments-clés de la vie, coaching (diététique, sportif, pour arrêter de fumer...).
- **Une action sociale** permettant de bénéficier d'une aide financière ponctuelle en cas de « coup dur ».
- **Des conseils et orientation** pour une meilleure compréhension du système de santé dans sa globalité.

 **LA PRÉVENTION, NOTRE ADN**
Assurer, c'est prévenir.
La prévention est au cœur du métier des complémentaires santé qui développent des actions de sensibilisation pour aider chacun à adopter les bons comportements et être acteur de sa santé.



Les réseaux de soins : l'accès à des équipements de qualité à tarifs préférentiels

La plupart des organismes complémentaires santé ont passé des accords avec des professionnels de santé (opticiens, audioprothésistes, chirurgiens-dentistes...) permettant de bénéficier de tarifs et services négociés préférentiels, inférieurs aux prix moyens du marché, sur des équipements de qualité.

Le principe : votre complémentaire négocie des tarifs pour tout ou partie des produits ou prestations dispensés par son réseau de soins, avec des garanties de qualité et de services associés.

Passer par les professionnels du réseau de soins de votre complémentaire santé vous assure de bénéficier de nombreux avantages, mais ne présente pas une obligation. Vous restez libre de choisir un professionnel hors du réseau de soins et libre de choisir l'équipement qui vous convient le mieux.

Renseignez-vous pour connaître les conditions proposées.

BON À SAVOIR

La loi a prévu la généralisation du tiers-payant sur la part obligatoire et la possibilité pour les professionnels de santé de pratiquer le tiers-payant sur la part complémentaire. Cela signifie que les organismes complémentaires santé ont l'obligation de proposer ce service à leurs assurés dans le cadre des contrats « responsables » mais que les professionnels de santé n'ont pas d'obligation de le mettre en place, sauf dans certains cas*.

*bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'aide médicale de l'État (AME), victime d'un accident du travail, patients pris en charge au titre de la maternité ou atteint d'une affectation de longue durée (ALD).



LE TIERS PAYANT : COMMENT ÇA MARCHE ?

Le tiers payant vous permet, sous certaines conditions, de ne pas avoir à avancer vos frais médicaux : les professionnels de santé sont réglés directement par l'Assurance maladie et/ou les organismes complémentaires. Objectifs : lever les freins à l'accès aux soins pour des raisons financières, simplifier et accélérer les démarches administratives pour tous les assurés.

Concrètement, lorsque vous consultez un professionnel de santé qui pratique le tiers payant, vos soins peuvent, sous certaines conditions, être directement pris en charge sans avance de frais. Pour en bénéficier, il vous suffit de présenter votre carte d'assuré ou d'adhérent à une complémentaire santé.

Le tiers payant est développé par de nombreux organismes complémentaires, en métropole et en outre-mer, avec de nombreux professionnels et acteurs de santé (pharmaciens, opticiens, laboratoires, établissements hospitaliers...).

Important : le tiers payant est simplement un système de « dispense d'avance de frais » pour les patients. Pour le reste, rien ne change : vous vous adressez au professionnel de santé de votre choix et les conditions de remboursement varient selon qu'il fasse partie d'un parcours de soins ou non.



Les bons réflexes à adopter !

Pour anticiper et maîtriser vos dépenses de santé.

Concernant le contrat de complémentaire santé



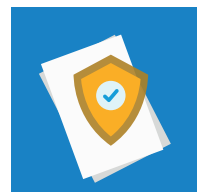
Anticipez

autant que possible vos besoins de santé et tenez-en compte avant de souscrire un contrat de complémentaire santé ou d'en modifier les garanties.



Vérifiez

si vous êtes éligible ou non à la Complémentaire santé solidaire (CSS) vous garantissant une prise en charge complémentaire à moindre coût.



Renforcez

si nécessaire la protection offerte par votre contrat collectif (si vous êtes salarié) en optant pour des options supplémentaires ou une assurance surcomplémentaire.



Profitez

des services proposés par la complémentaire santé à ses assurés (service de téléconsultation médicale, service d'assistance et d'aide à domicile, actions de prévention...).



Comparez

les offres des différents organismes complémentaires pour choisir le contrat le mieux adapté à vos besoins et à votre budget.



De A à Z. Complémentaire santé : parlons le même langage !

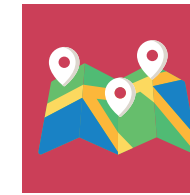
Pour comprendre la signification des différents termes utilisés, les complémentaires santé ont réalisé un glossaire et s'y réfèrent. Vous aussi, reportez-vous à ce glossaire.

Concernant les soins



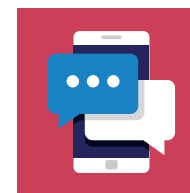
Renseignez-vous

auprès de votre complémentaire santé pour savoir si elle met à votre disposition un réseau de soins donnant accès à des avantages et tarifs préférentiels chez certains professionnels de santé.



Demandez

à votre complémentaire santé les coordonnées de professionnels de santé « partenaires tiers-payant » exerçant dans votre secteur géographique pour éviter de faire l'avance des frais de santé.



Consultez

le site AMELI pour savoir si votre médecin exerce en secteur 1 (sans dépassement) ou en secteur 2 (avec dépassements autorisés), s'il adhère ou non à un contrat visant à maîtriser les dépassements d'honoraires OPTAM ou OPTAM-CO: les remboursements des dépassements d'honoraires ne sont pas les mêmes dans un cas ou dans l'autre.



Obtenez

un devis auprès de votre professionnel de santé en optique, en audiologie et en dentaire et transmettez-le à votre complémentaire santé avant la réalisation des soins ou l'achat d'équipement. Depuis le 1^{er} janvier 2020, ce devis comporte obligatoirement une proposition 100% Santé en optique et en audiologie.

Pour plus d'informations



Utilisez

les outils numériques proposés par votre complémentaire santé pouvant permettre un accès en temps réel à vos droits, vos garanties, vos remboursements (espace adhérent en temps réel, simulateur, analyse de devis...).



Enrichissez

vos connaissances sur l'assurance complémentaire santé et le système de remboursement des soins, en consultant le Glossaire de l'assurance complémentaire santé sur le site Unocam.fr édité par l'UNOCAM et ses adhérents.

UNOCAM, L'UNION DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Créée en 2005, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) est née de la volonté des principales familles de complémentaires santé – FNMF, FFA et CTIP- de travailler plus étroitement ensemble. Aujourd'hui, l'Union est un des interlocuteurs des pouvoirs publics sur l'évolution de l'Assurance maladie et de son financement. Conformément aux textes en vigueur, elle est consultée officiellement sur tout projet de texte et est invitée aux négociations conventionnelles avec les professions de santé aux côtés de l'Assurance maladie obligatoire (UNCAM). Ses adhérents lui ont confié, pour compte commun, certains dossiers et notamment l'amélioration de la lisibilité des garanties de complémentaires santé.

Pour en savoir plus
WWW.UNOCAM.FR

