

1

AVANT DE RECHERCHER UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ Évaluer ses besoins

Il est essentiel de choisir une complémentaire santé qui réponde aux situations auxquelles vous pourriez être confronté, en vous posant les questions suivantes :

Ai-je besoin d'une complémentaire santé ?

Oui, je n'en ai pas.

Non, j'ai déjà une complémentaire santé avec mon entreprise qui couvre aussi toute ma famille.

Pour qui ?

Pour moi, mon conjoint, mes enfants.

Quels sont mes besoins actuels ou futurs ?

Ceux de ma famille ?

Je vais souvent chez le pédiatre pour ma fille.

Je vais chez l'orthodontiste pour l'appareil dentaire de mon fils.

Mon conjoint porte des lunettes.

Je veux arrêter de fumer.

Il pourrait m'arriver d'être hospitalisé.

Quel budget pour ma complémentaire santé ?

X € / mois.

AI-JE DROIT À DES AIDES ?

En fonction de vos revenus, vous pouvez bénéficier de deux types d'aides :

- ✓ la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), qui prend en charge vos frais de santé ;
- ✓ l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), un chèque santé pour vous aider à financer votre complémentaire santé.

Pour vous renseigner sur ces aides, contactez votre caisse d'assurance maladie obligatoire ou votre complémentaire santé.



Tous les organismes proposant des complémentaires santé (mutuelles, entreprises d'assurances, institutions de prévoyance et mutuelles d'assurance) sont représentés à l'UNOCAM.

www.unocam.fr

POUR ALLER PLUS LOIN



• *Bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé* •

Le guide complet qui reprend toutes les questions et réponses en détail.



• *Glossaire de l'assurance complémentaire santé* •

Le moyen de comprendre tous les mots présents dans les garanties.

Téléchargez ces documents sur www.unocam.fr

UNOCAM - 120, boulevard Raspail, 75006 Paris. Tél. : 01 42 84 95 00 - Directeur de publication: Eric Badomiel
- Illustration: Libaz - Conception, rédaction et réalisation: Libaz - Levas 41, rue Grenier, 75002 Paris.
Tél.: 01 83 00 10 00. Ce document utilise du papier certifié PEFC garantissant la gestion durable des forêts.



COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

3 clés pour bien choisir



À quoi sert une complémentaire santé ?

2 Étudier les garanties proposées

3 Ne pas négliger les services proposés

Une **complémentaire santé** permet de vous protéger, vous et votre famille. Elle **complète les remboursements** de l'assurance maladie obligatoire (la « Sécurité sociale ») et **vous accompagne** dans votre accès aux soins.

Votre complémentaire santé réduit les frais de santé qui restent à votre charge :

- ✓ **au quotidien** pour le ticket modérateur ou les prestations peu remboursées par l'assurance maladie obligatoire (ex. : optique, dentaire, etc.) ;
- ✓ **en cas d'événements exceptionnels** (ex. : hospitalisation, naissance, etc.) ;
- ✓ **même si vous êtes pris en charge à 100 %** par l'assurance maladie obligatoire (ex. : soins sans rapport avec votre affection longue durée – ALD –, maternité, etc.).

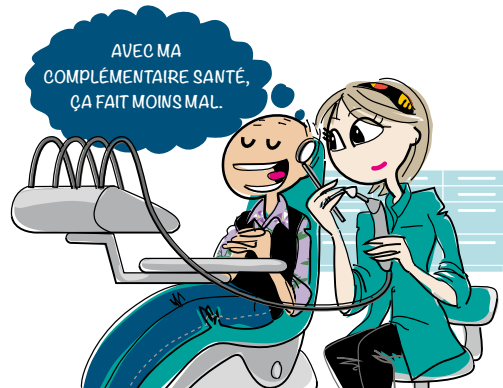
Les organismes proposant des complémentaires santé visent à réduire les dépenses de santé à la charge de l'ensemble des personnes qu'ils couvrent.



À NOTER

Les complémentaires santé sont de deux types :

- adhésion ou contrat souscrit à titre individuel ;
- contrat collectif (complémentaire santé d'entreprise) souscrit par l'employeur.



En fonction de vos besoins, **étudiez précisément le niveau et les conditions de remboursement des frais de santé**, notamment :

- ✓ **consultations et médicaments** ;
- ✓ **hospitalisation** : frais de séjour, chambre particulière, honoraires de chirurgie ;
- ✓ **optique** : lunettes et lentilles ;
- ✓ **dentaire** : prothèses dentaires, orthodontie ;
- ✓ **actes et soins médicaux non remboursés par l'assurance maladie obligatoire** : vaccins, ostéopathie, opération de la myopie, implants dentaires, etc.



CONSEIL

N'hésitez pas à demander des devis à plusieurs organismes et à vous faire expliquer les points que vous ne comprenez pas.

En savoir plus

Les garanties peuvent être exprimées :

- ✓ en pourcentage (ex. : 150 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale signifie que, quand cette base de remboursement est de 100 €, vous êtes remboursé jusqu'à 150 € dans la limite des frais engagés – part de l'assurance maladie obligatoire et part de la complémentaire santé)* ;
- ✓ en euros (ex. : 200 €).

Elles peuvent être :

- ✓ plafonnées (ex. : maximum 30 € par jour) ;
- ✓ limitées en nombre (ex. : 2 séances par an) ;
- ✓ limitées dans le temps (ex. : 100 % pendant 60 jours maximum, une paire de lunettes tous les 2 ans).

Certaines dépenses peuvent n'être couvertes qu'après une période nommée « délai d'attente » ou « délai de carence ».

*Exemple pour un « remboursement assurance maladie obligatoire inclus ». Pour plus de précision, voir le guide *Bien comprendre et bien choisir sa complémentaire santé* sur www.unocam.fr

Au-delà du montant des remboursements de vos frais de santé et de l'engagement sur les délais de remboursement, **les organismes complémentaires vous proposent souvent des services supplémentaires** :

- ✓ le « **tiers payant** », qui vous évite de faire l'avance de certains frais (ex. : pharmacie) ;
- ✓ l'**accès à des réseaux de professionnels de santé** (ex. : dentistes, opticiens, établissements de soins) afin de réduire ce qui reste à votre charge en garantissant des soins de qualité ;
- ✓ **des dispositifs de prévention** (ex. : sevrage tabagique) ou d'accompagnement face à la maladie (ex. : soutien psychologique) ;
- ✓ **des services d'information, de conseil et d'orientation dans le système de santé** (ex. : analyse de devis, conseil téléphonique, Internet) ;
- ✓ **des services d'assistance et d'aide à domicile en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation** (ex. : aide ménagère, garde-malade, garde d'enfants).

