

LE VRAI/FAUX DU 100 % SANTÉ

1 À PARTIR DE 2021, TOUS LES SOINS SERONT INTÉGRALEMENT REMBOURSÉS

 **FAUX**



■ **Le 100 % santé ne concerne que les aides auditives, l'optique et le dentaire. Et seulement sur certains soins et équipements !**

100 % santé ne signifie pas que dans ces trois secteurs, toutes les dépenses seront prises en charge par les complémentaires santé et l'assurance maladie. **Dans le cadre de la réforme, trois paniers de soins ont été définis.** Seules les dépenses qui entrent dans ces paniers spécifiques sont donc concernées. **« 100 % santé » ne signifie pas 100 % gratuit.**

BON À SAVOIR

La réforme se met en place à partir de 2019 et se déploiera progressivement jusqu'en 2021.

À partir de cette date, les Français qui le souhaitent auront toujours la possibilité de choisir d'autres équipements en dehors de l'offre 100 % Santé.

2 LA PRISE EN CHARGE DES SOINS PAR LES COMPLÉMENTAIRES VA S'ACCROÎTRE

 **VRAI**



■ Par exemple, en dentaire, pour une couronne céramo-métallique sur canine avec un contrat « entrée de gamme », **l'organisme complémentaire remboursait 32,25 euros avant la réforme et remboursera 416 euros après la réforme**, afin d'aboutir à un reste à charge nul pour l'assuré.

Les organismes complémentaires, et en particulier les institutions de prévoyance, sont des acteurs majeurs de la réforme du « 100 % santé ».

Ils ont engagé des moyens importants pour mettre en œuvre cette réforme et assurer une prise en charge supplémentaire sur chacun des paniers de soins concernés.

BON À SAVOIR

Les organismes complémentaires interviennent de manière croissante depuis dix ans dans la prise en charge des dépenses en optique, dentaire et aides auditives.

Ainsi, en 2017, les AMC couvrent 73,1 % des dépenses en optique et 40,9 % des soins dentaires (source DREES). Avant la réforme du « 100 % santé », les réseaux de soins mis en place par les organismes complémentaires étaient déjà en mesure d'assurer un reste à charge nul pour les assurés dans le domaine de l'optique.

**VRAI
FAUX**

3 TOUS LES FRANÇAIS PEUVENT BÉNÉFICIER DE CETTE RÉFORME

 **FAUX**



— La réforme « 100 % santé » s'appliquera à **toutes les personnes disposant d'une complémentaire santé responsable, qu'elle soit collective ou individuelle**. Elle s'appliquera également aux bénéficiaires de la CMU-C et de la CMU-C contributive⁽¹⁾.

(1) La CMU-C contributive va remplacer, au 1^{er} novembre 2019, l'Aide à la complémentaire santé (ACS). Elle sera soumise à participation financière pour les personnes disposant de revenus compris entre les plafonds actuels de la CMU-C et 35 % au-dessus de ce plafond.

BON À SAVOIR

Les organismes complémentaires sont les financeurs exclusifs du Fonds CMU : CMU-C contributive et la CMU-C sont financées par une contribution des organismes complémentaires : la taxe de solidarité additionnelle (TSA), qui représente 13,27 % des cotisations.

4 LES TARIFS DES COMPLÉMENTAIRES VONT AUGMENTER

 **VRAI ET**  **FAUX**



— **Il est difficile de prévoir aujourd'hui quel sera l'impact de la réforme sur les tarifs.**

En 2019, les institutions de prévoyance se sont engagées, à titre exceptionnel, pour leurs contrats de base dits au « ticket modérateur » à geler l'augmentation programmée. Elles sont aussi déterminées à ne procéder à aucune augmentation des tarifs pour l'année 2019 au titre de la réforme du « 100 % santé ».

L'évolution future des cotisations sera - comme c'est aujourd'hui le cas - liée à l'évolution des prestations, et dépendra de la consommation.

Elle pourra également varier selon les contrats. Un Comité de suivi a été mis en place pour suivre ces évolutions.

Il ne faut cependant pas oublier que, contrairement à l'Assurance maladie, les institutions de prévoyance doivent équilibrer leurs comptes et respecter la directive européenne Solvabilité 2⁽²⁾.

(2) Solvabilité 2 est un ensemble de règles fixant le régime de solvabilité applicable aux entreprises d'assurances - dont font partie les institutions de prévoyance - dans l'Union européenne. La directive est entrée en application le 1^{er} janvier 2016.

5 AVEC LA RÉFORME, LES CONTRATS DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ SERONT PLUS LISIBLES

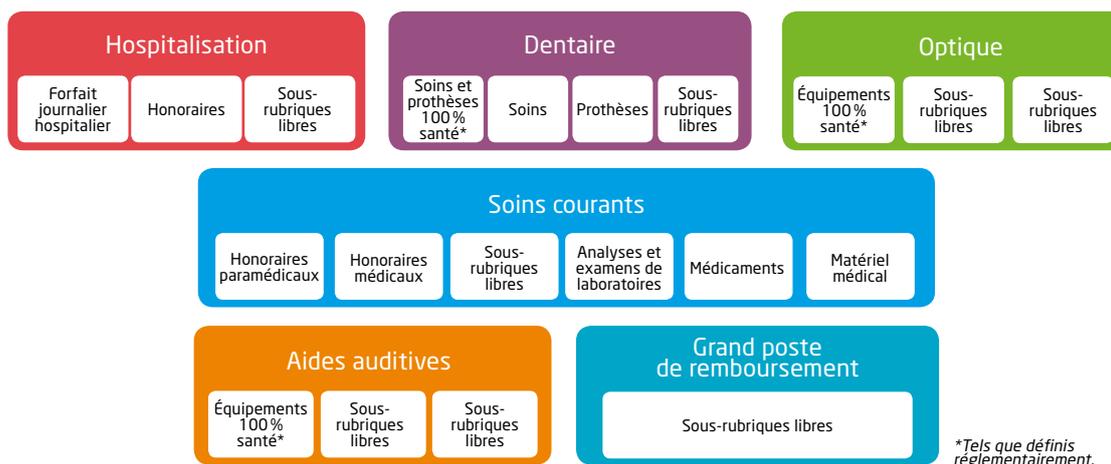
✓ VRAI ET ✗ FAUX

■ **Indépendamment de la réforme « 100 % Santé », les organismes complémentaires ont décidé de renforcer leur démarche de lisibilité des garanties.**

Le 14 février 2019, l'Unocam et les fédérations d'organismes complémentaires santé (CTIP, FFA, FNMF) ont ainsi signé un engagement pour l'amélioration de la lisibilité des garanties de complémentaire santé.

Cet engagement prévoit :

- **L'utilisation d'intitulés harmonisés et communs pour les principaux postes de garanties**, à savoir l'hospitalisation, le dentaire, les soins courants, l'optique et les aides auditives. Pour les postes dentaire, optique et audiologie, l'offre « 100 % santé » sera clairement identifiée (cf. schéma ci-dessous).
- **Des exemples harmonisés et communs de remboursement exprimés en euros** sur les actes les plus fréquents permettant aux et assurés de mesurer le montant de leur prise en charge par l'AMO et l'AMC et leur éventuel reste à charge final.



■ **Les fédérations d'organismes complémentaires mettront également à disposition des outils pédagogiques** pour permettre aux assurés et aux entreprises de bien comprendre tous les termes de leur contrat, tel que le glossaire de l'Assurance maladie complémentaire.

BON À SAVOIR

Afin de permettre une meilleure compréhension des contrats d'assurance santé et prévoyance, **le CTIP a publié le Mot à mot, le lexique de la protection sociale complémentaire**. Il est destiné à familiariser tous les publics au monde de la prévoyance et de la complémentaire santé.

<https://ctip.asso.fr/wp-content/uploads/2018/07/20180730-CTIP-Mot-%C3%A0-mot-PAP.pdf>

EN BREF 100 % SANTÉ NE VEUT PAS DIRE ...

- 100 % gratuit
- 100 % des Français
- 100 % des soins
- 100 % pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire

VRAI
FAUX