

LES ASSURANCES HOSPITALISATION ... ET "SOINS AMBULATOIRES"



➤ UN COMPLÉMENT INDISPENSABLE



La santé est notre bien le plus précieux. Nous comptons sur la médecine pour la préserver au mieux et le plus longtemps possible. Grâce à notre **sécurité sociale obligatoire**, pour laquelle nous cotisons tous, l'offre de soins est très large et accessible. Contrairement à bien d'autres pays, les listes d'attente sont rares et le choix du médecin est libre.

En revanche, savez-vous qu'en tant que patient, vous payez environ 20 % de votre poche ? C'est entre autres le ticket modérateur que la mutualité ne rembourse pas.

En Belgique, un couple de jeunes trentenaires dépense déjà au total plus de 1.000 euros par an en soins de santé ; vingt ans plus tard, ce montant atteint environ 1.500 euros. Il s'agit bien entendu de moyennes. Or, personne n'est à l'abri d'une maladie ou d'un accident qui menace sa santé et qui fait aussitôt grimper la facture. Cette facture dépasse 5.000 euros par an pour plus de 100.000 patients, dont tout n'est pas pris en charge par la sécurité sociale.

Une « banale » crise d'appendicite qui nécessite une hospitalisation de quatre jours coûte près de 2.000 euros à la sécurité sociale, mais aussi entre 130 et 500 euros à charge du patient selon le type de chambre qu'il a choisi.

Mais il y a beaucoup d'autres soins, qui sans nécessiter une coûteuse hospitalisation, reviennent très cher aux patients. Les soins dentaires (orthodontie et implants) notamment. C'est pourquoi les assureurs ont mis en place des formules pour vous soutenir dans les frais imprévus : **les assurances complémentaires pour soins ambulatoires** ou spécifiquement **dentaires**.

Cette brochure offre un aperçu des principales caractéristiques de ces assurances complémentaires en soins de santé - « hospitalisation » et « soins ambulatoires » -, auxquelles vous devez être attentifs au moment de souscrire ou de changer de contrat.

➤ LA COMPLÉMENTARITÉ DES ASSURANCES

La Belgique a organisé une assurance-maladie obligatoire pour garantir des soins de santé et le choix du médecin (sécurité sociale), les assurances de soins de santé telles que le proposent les assureurs privés ont un caractère **complémentaire**. Ces assurances complémentaires ont pour but de couvrir les frais restant à charge de l'assuré après intervention de la sécurité sociale. La couverture complémentaire des soins de santé comprend d'une part l'assurance **hospitalisation** et d'autre part **les assurances de soins ambulatoires et dentaires** (voir p.13). Le succès de l'assurance hospitalisation, dont bénéficient plus de 8 millions de Belges, tient évidemment à la facture très élevée d'une hospitalisation ou de soins en cas de **maladie grave**.

L'assurance hospitalisation peut être souscrite :

- à l'initiative de votre employeur comme **avantage extra-légal** auprès d'un assureur privé,
- à titre **individuel**, auprès d'un assureur privé,
- auprès de l'assureur d'une mutualité si vous êtes membre de cette mutualité.

L'accès à l'assurance complémentaire hospitalisation, compte tenu de son succès, a été facilité pour les personnes atteintes d'une **maladie chronique** ou d'un **handicap**. L'assurance individuelle est **garantie pour toute votre vie**. Si vous perdez le bénéfice de l'assurance collective en quittant votre employeur, vous pourrez continuer cette assurance auprès de votre assureur (voir page 12).

La couverture de l'assurance hospitalisation

L'assurance hospitalisation intervient dans vos frais médicaux effectués pendant une hospitalisation directement liée à une maladie, un accident, une grossesse et un accouchement et qui restent à votre charge en tant que patient. Elle prend aussi en charge les **dispositifs d'aide médicale** comme les prothèses et les pompes anti douleurs.

Une hospitalisation n'implique pas nécessairement une ou plusieurs nuitées, selon la pathologie vous pouvez également être soigné en **hospitalisation de jour**.

Les principes de base de l'assurance hospitalisation

Si vous cherchez à souscrire une assurance individuelle, vous avez tout avantage à comparer les offres sur le marché, pour déterminer la formule qui vous convient le mieux. Le libre choix du médecin et donc de l'hôpital où vous allez vous faire soigner a des conséquences financières que vous ne pouvez ignorer.



Le **type de chambre** peut avoir une grande influence sur le prix et le remboursement. Si vous choisissez une chambre à un lit, des suppléments d'honoraires vous seront facturés généralement. Et le prix de la chambre individuelle est plus élevé. Cette différence explique aussi une franchise plus élevée que des assureurs peuvent prévoir pour une chambre individuelle.

Les contrats d'assurances complémentaires peuvent donc présenter des formules différentes :

- **plafond** d'intervention, par exemple à 200 % des honoraires de base, tandis que d'autres remboursent de manière illimitée ;
- des formules moins coûteuses qui couvrent les hospitalisations en chambre double et même le choix d'une chambre simple, mais limitée aux conditions d'une chambre double. Le choix du type de chambre ne modifie pas votre droit en tant que patient à obtenir les mêmes soins par les mêmes médecins. C'est important pour garder votre **droit de choisir** le type de chambre en fonction des circonstances. Pour une hospitalisation longue ou pas trop pénible, vous pourriez préférer la compagnie d'un autre patient ou redouter l'isolement d'une chambre simple ;
- l'assurance rembourse les **factures** de l'hôpital, pour autant que celles-ci soient liées aux soins de santé. **Les frais non médicaux** comme pour les bouteilles d'eau minérale et des dépenses wifi...resteront à votre charge, tout comme la franchise si celle-ci est prévue dans le contrat ;
- les **frais ambulatoires avant et après l'hospitalisation** (avec une limite dans le temps). C'est un avantage très important, d'autant plus que la durée moyenne d'une hospitalisation a été fortement réduite au cours de ces dernières années. Pour les frais pharmaceutiques liés à l'hospitalisation, assureurs et pharmaciens ont instauré un système électronique : AssurPharma. Il vous suffit de présenter au pharmacien la carte ou le code que l'assureur vous a remis et de payer. Le système enverra ensuite directement la facture à l'assureur pour remboursement.
- L'assureur prend en charge les **dispositifs d'aide médicale** comme les prothèses et les pompes anti douleurs.

- l'assurance hospitalisation se charge aussi de vos **frais de logement** dans la chambre d'hôpital si vous passez la nuit auprès de votre enfant hospitalisé ;
- l'assureur hospitalisation prend aussi en charge les frais pour les soins liés à une **maladie grave** énumérée dans le contrat, même lorsque ces soins ne nécessitent pas d'hospitalisation, alors que leur coût peut être extrêmement élevé. Il s'agit d'une série de maladies graves, telles que le cancer, le sida, la muco-viscose, la maladie de Crohn, ...



Assurance hospitalisation à l'étranger

Si vous vous trouvez à l'étranger pour une période déterminée, les contrats peuvent prévoir une couverture, souvent dans l'Union européenne, voire même le **monde entier**. Souvent il est précisé que la couverture est valable pour autant qu'il s'agisse d'une hospitalisation urgente couverte aussi par la sécurité sociale.

➤ LES SERVICES

En assurance individuelle, la plupart des assureurs vous laissent le choix entre plusieurs formules, d'une couverture de base jusqu'au haut de gamme. Le montant de la prime sera proportionnel à l'étendue des garanties que vous visez.

Assistance : lorsque vous vous trouvez à l'étranger et que votre état nécessite un rapatriement, l'assureur hospitalisation peut le prendre en charge, soit en option, soit en couverture intégrée. Soyez-y attentif.

Tiers payant : les assureurs hospitalisation prennent directement les frais en charge, sans que le patient doive avancer de fonds et se faire rembourser.

Vérifiez notamment si les garanties s'étendent à la partie des frais d'**ambulance** que la sécurité sociale ne prend pas en charge.



Qui est assuré ?

Il faut distinguer l'assurance collective souscrite par votre employeur et l'assurance souscrite à titre individuel.

Dans une **assurance collective**, les assurés sont généralement affiliés sans questionnaire médical.

La famille du membre du personnel pourra également s'assurer dans le contrat collectif dans le délai prévu par le contrat.

L'assuré qui souscrit une assurance individuelle devra remplir un questionnaire médical, ainsi que les membres de la famille qu'il souhaite affilier. Comme l'état de santé évolue avec l'âge, ce dernier détermine la hauteur de la prime. Vous avez donc tout avantage à souscrire dès que possible, même si les assureurs acceptent la souscription jusqu'à un certain âge (65 ans ou plus), avec une prime correspondant au risque.

Indice médical

Les contrats d'assurance maladie individuels peuvent voir leur prime, leur franchise ou leurs prestations être indexées.

L'une des méthodes d'indexation est le recours aux indices médicaux que le SPF Economie publie annuellement début juillet. Contrairement à l'indice des prix à la consommation, ceux-ci tiennent compte de l'évolution des frais médicaux. Leur utilisation permet une **adaptation plus linéaire** du prix à l'évolution des coûts des soins de santé.

Les assureurs peuvent l'appliquer à l'échéance pour autant que le contrat comporte une clause d'indexation et que l'indice médical soit supérieur à l'indice des prix à la consommation.

Comment la prime est-elle déterminée ?

Les assureurs soins de santé déterminent la hauteur de la prime en fonction de plusieurs critères :

- les **garanties** : les assureurs garantissent le remboursement des factures d'hôpital et des soins ambulatoires liés à l'hospitalisation ;
- la **franchise** et le **plafond** : la franchise est la part des frais qui reste à charge de l'assuré et permet de limiter la hauteur de la prime, tout comme le plafond que l'assureur peut instaurer -normalement par personne- soit pour l'ensemble de la couverture, soit pour un type de dépense spécifique, comme les honoraires du médecin. Certains assureurs proposent un choix entre plusieurs franchises ou plafonds, ce qui revient à choisir le niveau de prime souhaité ;
- **l'âge** : le risque de soins de santé augmente avec l'âge. L'âge détermine largement la hauteur de la prime ;
- la **composition du ménage** : certains assureurs font des remises selon la composition du ménage et du nombre d'enfants assurés ;
- la **géographie** : soit le domicile de l'assuré, soit la situation de l'hôpital. Le critère vise le fait que certains hôpitaux sont nettement plus chers que la moyenne ;
- le **stage d'attente** : l'assureur prévoit souvent un stage d'attente de quelques mois. Ce stage d'attente ne joue pas pour des frais médicaux liés à un accident. Il n'y en a pas non plus en cas de passage d'une assurance collective à une assurance individuelle.

Exclusions

Les garanties peuvent comporter des exclusions générales qui s'appliquent à tous les assurés :

- la participation à des faits de **guerre** ou des émeutes ;
- les soins consécutifs à un **acte intentionnel** ou volontaire -par exemple une tentative de suicide- de l'assuré ;
- la **chirurgie esthétique** qui n'est pas liée à une maladie ou un accident ;
- souvent aussi, les sports aériens.

Les **maladies mentales** ne sont pas exclues mais généralement prises en charge pour une durée limitée, par exemple pour deux ans maximum.

L'assurance hospitalisation plus accessible



La loi du 20 juillet 2007, dite loi Verwilghen, a instauré plusieurs principes pour faciliter l'accessibilité et la continuité de l'assurance hospitalisation complémentaire :

- la loi distingue les assurances collectives et individuelles, avec des obligations propres aux unes et aux autres ;
- contrairement au preneur, l'assureur ne peut pas résilier le contrat d'assurance hospitalisation individuel (sauf en cas de fraude ou de non-paiement de la prime). L'assuré dispose par conséquent d'une **garantie à vie** ;
- lorsque l'activité professionnelle est interrompue, l'employeur doit informer l'assuré principal (assuré depuis minimum deux ans et de façon ininterrompue dans n'importe quel contrat d'assurance hospitalisation) de la possibilité de poursuivre **l'assurance à titre individuel** dans des conditions équivalentes, sans devoir passer par un questionnaire ou examen médical et sans subir un délai d'attente ;
- tous les **personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'un handicap** ont le **droit de souscrire** une assurance hospitalisation individuelle. En contrepartie, les assureurs peuvent exclure les frais d'hospitalisation directement liés à la maladie chronique ou au handicap, pour autant que ce soit mentionné de façon exhaustive dans le contrat.

L'assurance des frais ambulatoires

Les **soins ambulatoires** sont tous ceux qui ne sont pas directement liés à une hospitalisation (hors frais avant et après l'hospitalisation si ces frais sont couverts par ailleurs). Il s'agit notamment :

- des médicaments prescrits ;
- des consultations médicales ;
- des traitements paramédicaux, par un infirmier, un kinésithérapeute, un physiothérapeute,...
- des examens médicaux, en radiologie ou en laboratoire, par exemple ;
- des adjuvants médicaux, comme les verres de lunettes, les lentilles et les appareils auditifs ;
- des prothèses médicales ;
- des médicaments et des pansements ;
- de certaines médecines alternatives.

Or, la sécurité sociale n'intervient pas dans tous les frais pour ces soins ambulatoires, ou très partiellement. Cela peut constituer une lourde charge pour le patient, par exemple :

- un **implant dentaire** pour une personne de 45 ans dont la dentition est encore en bonne condition. Dans tel cas, la sécurité sociale n'intervient pas pour un coût qui peut dépasser 2.000 euros justifiés par l'intervention d'un dentiste, d'un stomatologue et d'un laboratoire.
- le prix d'un **appareil auditif** unilatéral est du même ordre, avec une petite intervention de la sécurité sociale. Pour des personnes atteintes d'une pathologie de l'oreille plus complexe, un implant auditif offre une solution mais au prix de plusieurs milliers d'euros à leur charge.

Les assureurs proposent aussi des couvertures pour ces soins ambulatoires, soit globalement, soit partiellement (par exemple pour les soins dentaires).

Dans un souci de freiner les dépenses médicales et de prévention, les assureurs limitent généralement leur remboursement et appliquent une franchise, qui est un pourcentage des frais restant à charge de l'assuré.

Sécurité sociale

La partie des soins de santé que la sécurité sociale ne prend pas en charge est considérable : en Belgique, le patient en assume 22,7 % (Chiffre OCDE 2017). En Europe, seule la Suisse a des coûts encore plus élevés à charge du patient. Les progrès médicaux, la technicité de plus en plus coûteuse des soins, la vitesse à laquelle se développent de nouvelles thérapies et la progression de l'espérance de vie entraînent une explosion de frais qui dépasse les moyens budgétaires de l'Etat. Pour le budget public, la charge annuelle des soins de santé vient de dépasser 33,8 milliards d'euros, soit 8 % du produit national brut (chiffre OCDE 2017). Mais cette évolution grève aussi le budget des ménages : les soins de santé y représentent 5 % des dépenses, le double d'il y a 25 ans.

 **MES NOTES :**

VOUS AVEZ ENCORE DES QUESTIONS ?

Si après avoir lu la présente brochure, vous avez encore des questions, vous pouvez consulter le site Web www.ABCassurance.be où vous trouverez une foule d'informations de base et toute une série de questions fréquemment posées. Votre intermédiaire d'assurances - le courtier ou l'agent d'assurances donc - ou votre assureur se tient à votre disposition pour répondre à vos questions.



Déjà parus dans cette collection :



Vous pouvez également feuilleter ces brochures sur www.issuu.com/assuralia

Cette brochure est une initiative d'Assuralia,
l'Union professionnelle des entreprises d'assurances