



SwissLife

Un lexique pour mieux
se comprendre



Par un langage simple et clair pour faciliter la lecture de nos courriers

Les Services aux Clients Santé font de la satisfaction de leurs clients une priorité. Pour vous offrir un service de qualité, nous nous engageons à répondre à l'ensemble de vos interrogations. Voici un lexique qui reprend, de façon simple et claire, un grand nombre de mots clés que vous retrouvez lorsque vous parcourez nos courriers de gestion. Nous espérons qu'il vous apportera toute l'aide nécessaire et vous permettra de mieux appréhender le langage de l'assurance et de vous accompagner dans la lecture de nos échanges.

A

Accident : Toute atteinte corporelle ou non provenant d'un évènement soudain, imprévu, involontaire et extérieur à un individu ou à une chose endommagée.

Accident de travail : Tout accident survenant sur le lieu de travail ou à l'occasion du travail ou sur le trajet «Domicile-Travail» est reconnu comme accident du travail.

Adhérent : Personne qui adhère à un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative ou à adhésion obligatoire pour bénéficier des garanties accordées par ce contrat.

Adhésion : Acte par lequel une personne adhère à un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative ou obligatoire, pour bénéficier des garanties accordées par ce contrat. Pour les contrats à adhésion obligatoire, l'adhésion est automatique puisqu'elle résulte du contrat de travail.

Admission (Formalités d') : Formalités médicales ou non-médicales (questionnaire médical, examens

médicaux, questionnaires sur les pratiques sportives ou sur les conditions d'exercice de la profession) auxquelles l'assuré doit se soumettre pour permettre à l'assureur de déterminer le risque qu'il prendra en charge, les niveaux et les conditions de garanties et de cotisation par lesquels il acceptera de le garantir.

Affection de longue durée (ALD) : Maladie grave et/ou chronique nécessitant une thérapeutique coûteuse pour laquelle l'assurance maladie assure une prise en charge à 100% de tous les traitements nécessaires.

Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) : Dispositif destiné aux personnes à faibles revenus pour leur faciliter l'accès à une assurance maladie complémentaire, grâce à une réduction du montant de la cotisation.

Appareillage : Equipements médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

Assurance Maladie Complémentaire (AMC) : Ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou par substitution des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

Assurance Maladie obligatoire (AMO) : Régime obligatoire couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Assuré : Personne physique sur qui repose le risque assuré. Elle est en principe le souscripteur du contrat, mais pas nécessairement.

Assuré social : Toute personne bénéficiant, avec ses ayants droits, des prestations de l'assurance maladie.

Avenant : Document complémentaire qui formalise les modifications apportées à un contrat d'assurance. Il doit être signé par le souscripteur et l'assureur.

Avis d'échéance : Document par lequel l'assureur informe l'assuré du montant de la cotisation à régler et la date à partir de laquelle celle-ci est due.

Auxiliaires médicaux : Professionnels paramédicaux à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues..., dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

Ayant droit : Personne qui bénéficie ou qui peut prétendre au bénéfice des garanties du contrat.

B

Base de Remboursement : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

Bulletin d'adhésion : Document complété et signé par l'adhérent qui matérialise la demande d'adhésion d'un assuré à un contrat d'assurance collectif.

Bulletin de souscription : Document complété et signé par la personne qui souhaite souscrire un contrat. Il définit notamment les caractéristiques du contrat, comme notamment l'identité du souscripteur, sa résidence principale, la durée du contrat, etc.

C

Clause particulière : Précision apportée au contrat concernant la nature des engagements réciproques entre l'assureur et de l'assuré.

Code des Assurances : Recueil regroupant l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires qui régissent l'assurance en France.

Contrat d'assurance : Document qui précise les engagements réciproques de l'assureur et du souscripteur, afin de définir les conditions dans lesquelles l'assureur garantit l'assuré en cas de survenance d'un événement incertain affectant sa personne, ses biens ou engageant sa responsabilité. Cette garantie est accordée en contrepartie du paiement d'une cotisation.

Contrat d'assurance collectif ou contrat d'assurance de groupe : Contrat souscrit auprès d'un assureur par une personne morale en vue d'assurer un groupe de personnes désignées en tant qu'adhérents.

Contrat collectif à adhésion obligatoire : Contrat d'assurance de groupe souscrit par une personne morale au profit de tout ou partie des adhérents concernés afin de les faire bénéficier des garanties prévues au contrat.

Contrat collectif à adhésion facultative : Contrat d'assurance de groupe souscrit par une personne morale au profit de tout ou partie de ses adhérents qui le souhaitent, afin de les faire bénéficier des garanties prévues au contrat.

Cotisation (ou prime) : Somme versée par le souscripteur à l'assureur en contrepartie des garanties accordées.

Cure thermale : Séjour d'une durée de 21 jours dans un établissement thermal afin de traiter certaines affections.

Les cures thermales sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent notamment être prescrites par un médecin.

D

Date d'échéance : Date à laquelle survient le renouvellement du contrat d'assurance et à laquelle la cotisation doit être payée. Elle correspond généralement à la date anniversaire de la prise d'effet initiale du contrat d'assurance ; on parle alors d'échéance anniversaire.

Date d'effet : Date à laquelle les garanties du contrat prennent effet. Elle est reprise sur les dispositions particulières du contrat.

Déclaration de bonne santé : Formulaire simplifié de déclaration de risque médical à la souscription. Il se présente sous la forme d'un certain nombre d'affirmations pré imprimées qui doivent être validées par l'assuré.

Délai d'attente ou de carence : Période pendant laquelle l'assuré ne bénéficie pas encore de la garantie prévue par le contrat d'assurance, alors même que ce contrat a déjà pris effet.

Tout événement survenant pendant le délai d'attente ainsi que ses suites et conséquences ne sont jamais garantis pendant toute la durée de l'adhésion.

Dispositions générales (ou conditions générales) : Document contractuel qui regroupe l'ensemble des dispositions relatives à la vie du contrat, décrit les garanties proposées et les engagements réciproques de l'assureur et de l'assuré. Ce document est complété par les dispositions particulières.

Dispositions particulières (ou conditions particulières) : Document contractuel qui complète les dispositions générales. Il est personnel à chaque souscripteur et indique notamment les informations spécifiques telles que la date d'effet du contrat, la désignation des bénéficiaires, la durée des garanties.

Domage corporel : Atteinte corporelle subie par une personne physique (blessures, décès) suite à un accident.

Durée du contrat : Période durant laquelle l'assureur et l'assuré s'engagent contractuellement et pendant laquelle l'assuré bénéficie de tout ou partie des garanties du contrat d'assurance. Elle est mentionnée par écrit aux dispositions particulières du contrat et doit être indiquée de manière précise.

E

Etablissement de Santé : Structure délivrant des soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile (exemples : hôpital, clinique).

Exclusion de garantie : Clause du contrat d'assurance qui prévoit de façon très précise les cas dans lesquels la garantie ne peut pas s'appliquer. Les exclusions sont formelles, limitées et indiquées en caractères gras et apparents dans les documents contractuels (dispositions générales et dispositions particulières).

F

Forfait journalier hospitalier : Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé.

Fractionnement (de la cotisation) : Facilité de versement accordée au souscripteur pour le paiement de sa cotisation annuelle (paiement semestriel, trimestriel ou mensuel).

Frais de séjour : Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...

Frais d'accompagnement : Frais correspondant aux facilités (lit, repas...) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines complémentaires « santé ».

Franchise : Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1^{er} janvier 2008.

H

Hospitalisation : Séjour, en qualité de patient, prescrit par un médecin dans une clinique, un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident.

I

Indemnités journalières : Somme, forfaitaire ou non, versée par l'assureur à l'assuré par jour d'arrêt de travail, selon les garanties choisies.

Indexation : Revalorisation automatique des garanties et/ou des cotisations en fonction d'un indice prédéfini.

L

Lentilles : Les lentilles de contact sont des verres correcteurs posés sur la cornée. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels. Elles peuvent être prises en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Lunettes : Les lunettes sont composées d'une monture et de verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie et aphakie).

M

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

Maladie professionnelle : La maladie professionnelle peut être définie comme la conséquence de l'exposition plus ou moins prolongée à un risque lors de votre activité professionnelle.

Médecin traitant : Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient comme référent auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

Mise en demeure : Lettre recommandée adressée par l'assureur en cas de non-paiement d'une cotisation par le souscripteur. Elle rappelle le délai au-delà duquel, si la prime ou la cotisation reste impayée, les garanties sont suspendues. Toutefois la prime ou la cotisation reste due dans son intégralité.

N

Nullité : Sanction entraînant la disparition rétroactive du contrat d'assurance (c'est-à-dire que l'on considère que le contrat n'a jamais existé). La cotisation peut rester acquise à l'assureur à titre de dommages et intérêts (article L113-8 du code des assurances) si la nullité du contrat intervient à la suite d'une fausse déclaration ou d'une omission intentionnelle de l'assuré.

O

Ordonnance : Document délivré par un médecin sur lequel figurent ses prescriptions.

La production de ce document est indispensable pour la délivrance des produits de santé ou la réalisation des actes prescrits ainsi qu'à leur remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

P

Parcours de soins : Les personnes de 16 ans et plus doivent déclarer un médecin traitant auprès de l'Assurance Maladie et le consulter en priorité. Celui-ci coordonne les soins, oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé, il tient à jour le dossier médical du patient.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) : Plafond de référence de la Sécurité sociale qui sert de base de calcul pour certaines cotisations sociales et pour certaines prestations.

Prescription : Délai légal au terme duquel les personnes intéressées (souscripteur, assuré, bénéficiaire,...) ne peuvent plus faire valoir leur demande sur un contrat d'assurance.

Prestations : Il s'agit des sommes remboursées à un assuré par l'assureur en application des garanties prévues au contrat.

Prime (cotisation) : Somme versée par le souscripteur ou l'adhérent à l'assureur en contrepartie des garanties accordées par l'assureur au titre du contrat d'assurance.

R

Recours : Démarches destinées à obtenir, à l'occasion d'un litige, l'indemnisation d'un préjudice en fonction de la part de responsabilité de son auteur.

Régime obligatoire : Régime d'assurance maladie auquel l'assuré est obligatoirement rattaché en fonction de sa situation personnelle.

Renonciation : Faculté pour le souscripteur de renoncer au contrat souscrit en récupérant les sommes versées (frais inclus), sous réserve que ce droit soit exercé dans un délai 14 jours calendaires (dans le cas d'un contrat santé) suivant la date de conclusion du contrat.

Résiliation : Acte par lequel il est mis fin au contrat d'assurance. La résiliation peut être à l'initiative de l'assureur ou du souscripteur. Dans tous les cas, la demande de résiliation doit respecter les modalités d'exercice prévues au contrat.

Revenu fiscal de référence : C'est le montant net imposable des revenus majoré d'un certain nombre de déductions fiscales, revenus exonérés et autres revenus spécifiques (comme indiqué sur la déclaration de l'impôt sur le revenu).

Risque : Événement incertain ou de date incertaine contre lequel on désire s'assurer. C'est, par exemple, le risque de décès ou d'invalidité. C'est aussi l'éventuelle mise en cause de la responsabilité de l'assuré.

S

Sinistre : Événement dont la survenance entraîne la mise en oeuvre de la garantie telle que définie au contrat.

Soins de ville : Ensemble des soins dispensés par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Souscripteur : Personne qui souscrit et signe le contrat d'assurance, verse les cotisations et exerce toutes les prérogatives liées au contrat.

Subrogation : En cas de dommage causé par un tiers responsable, l'assureur exercera son recours à l'encontre de ce dernier, conformément à l'article L.121-12 du Code des Assurances, à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

Surprime : Majoration de la prime de base en raison d'un risque spécifique lié à l'assuré.

Suspension du contrat : En cas de non-paiement de la cotisation d'un contrat (hors assurance vie), la garantie est suspendue 30 jours après l'envoi, par l'assureur, de la lettre recommandée de mise en demeure.

Dès lors, l'assureur ne prend plus en charge les sinistres survenus après la date de suspension. Cependant, les cotisations restent dues ; à l'issue de cette période de suspension, l'assureur a la faculté de résilier le contrat si le versement des cotisations n'est pas effectué.

Sur-complémentaire : Couverture supplémentaire destinée à compléter les garanties d'une première assurance maladie complémentaire sur certains postes de soins.

T

Tacite reconduction : Désigne le fait qu'un contrat d'assurance est automatiquement renouvelé à son terme si ni l'assuré, ni l'assureur n'y mettent fin.

Tarif d'Autorité : C'est le tarif fixé par la Sécurité sociale qui sert de base de remboursement pour des actes pratiqués par des praticiens non conventionnés avec la Sécurité Sociale. Les Tarifs d'Autorité, d'un montant très faible (quelques euros), laissent la quasi-totalité de la dépense à la charge de l'assuré.

Tarif de Convention : C'est le tarif fixé par la Sécurité sociale qui sert de base de remboursement pour des actes pratiqués par des praticiens conventionnés.

Il est fixé par convention entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Télétransmission : Il s'agit de l'Echange des Données Informatiques (EDI) entre le centre de Sécurité sociale et l'organisme complémentaire de l'assuré. Ce système permet à l'assureur de recevoir directement les décomptes de remboursement.

Terme : Fin de la période d'assurance prévue au contrat, encore appelée échéance.

Ticket modérateur : Le ticket modérateur est la différence entre le Tarif de Convention et le montant remboursé par la Sécurité sociale. Ce ticket modérateur est donc à la charge de l'assuré s'il ne bénéficie pas d'une complémentaire santé.

Tiers payant : Système grâce auquel l'assuré ou le bénéficiaire d'une assurance maladie n'a pas à faire l'avance des frais médicaux.

U

URSSAF : (Unions de recouvrement de cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales). Ce sont des organismes de droit privé chargés d'une mission de service public. Ils assurent la collecte des cotisations et contributions essentiellement destinées au financement du régime général de la Sécurité sociale.

«La lecture apporte à l'homme plénitude, le discours assurance et l'écriture exactitude »

Francis Bacon



SwissLife

L'avenir commence ici.



**SwissLife Prévoyance
et Santé**

Siège social:

86, boulevard Haussmann

75380 Paris Cedex 08

SA au capital de 150 000 000 €

Entreprise régie par

le Code des Assurances

322 215 021 RCS Paris

www.swisslife.fr