

TABLEAU DE GARANTIES

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE (C2S)



À quoi sert la **C2S** ?

La C2S prend en charge **vos dépenses de santé en complément de la part prise en charge par la Sécurité sociale, à hauteur de 100 % des tarifs fixés par la Sécurité sociale** : les soins de ville, les soins hospitaliers et l'ensemble des prescriptions médicales (médicaments, analyses, etc.). Le montant pris en charge par la C2S peut correspondre à :

- **Un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)**, c'est-à-dire une partie des tarifs de référence fixés par la Sécurité sociale.
 - **Un forfait**, c'est-à-dire un montant de remboursement maximum, fixé par la Sécurité sociale ou par l'État, au-delà duquel le patient doit régler le reste à payer.
-

IMPORTANT

Sauf indication contraire, seuls **les soins remboursables par la Sécurité sociale** peuvent être pris en charge par la C2S, même s'ils sont prescrits par votre médecin traitant dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Cette prise en charge s'effectue **dans la limite des tarifs fixés par la Sécurité sociale**, aussi appelée « base de remboursement de la Sécurité sociale » (BRSS).

- **Les médecins conventionnés de secteur 1** sont obligés de pratiquer les tarifs de remboursement de la Sécurité sociale, ils n'appliquent donc pas de dépassements d'honoraires.
- **Les médecins conventionnés de secteur 2** sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraire en plus des tarifs de remboursement de la Sécurité sociale, mais ils ont l'interdiction de les appliquer aux bénéficiaires de la C2S.
- **Les médecins non conventionnés dits de secteur 3** pratiquent leurs tarifs librement et les consultations ou les soins qu'ils réalisent sont très peu remboursés par la sécurité sociale, par conséquent ils ne sont pas pris en charge par la C2S.

En cas de doute sur la prise en charge d'un soin, **demandez conseil à votre médecin traitant ou à l'organisme gestionnaire de votre droit à la C2S** (caisse d'assurance maladie ou organisme complémentaire).

COMMENT GARANTIR LA BONNE PRISE EN CHARGE DE MES SOINS ET CONSULTATIONS ?

Pour une prise en charge optimale de vos dépenses de santé et un meilleur suivi médical, il est important de déclarer un médecin traitant afin de respecter le parcours de soins coordonnés.

Le parcours de soins coordonnés consiste à consulter en priorité votre médecin traitant. Si vous consultez un médecin non déclaré comme médecin traitant ou si vous consultez certains médecins spécialistes sans prescription de votre médecin traitant la prise en charge de vos dépenses de santé peut être diminuée.

Cette baisse de la prise en charge ne s'applique pas pour les soins et consultations suivants : remplaçant du médecin traitant, médecin correspondant, gynécologue, ophtalmologue, psychiatre, stomatologue, interruption volontaire de grossesse, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, fournisseurs d'appareillages (exemple : opticien), actes de dépistage organisés dans le cadre de la campagne nationale contre le cancer du sein.

- **En cas de doute sur la prise en charge d'un soin**, demandez conseil à votre médecin traitant ou à l'organisme gestionnaire de votre droit à la C2S (caisse d'assurance maladie ou organisme complémentaire).
- **En cas de difficultés à trouver un médecin traitant**, vous pouvez demander l'assistance de votre caisse d'assurance maladie de rattachement.

QUELS SONT MES DROITS AVEC LA C2S ?

- **Aucune avance de frais** chez un professionnel de santé conventionné à condition de présenter la carte Vitale¹.
- **Aucune participation forfaitaire² ou franchise médicale³** à régler.
- **Interdiction pour le professionnel de santé de facturer des dépassements d'honoraires⁴**, sauf exigence particulière du patient⁵.
- **Prise en charge intégrale** des appareils auditifs, des prothèses dentaires et des lunettes de vue référencés **dans l'offre « 100 % santé »**.
- **Prise en charge du forfait journalier⁶** sans limitation de durée en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures.
- **Prise en charge intégrale de nombreux matériels et équipements médicaux** (pansements, cannes, déambulateurs, produits pour diabétiques...).

¹ Le tiers-payant intégral s'applique à la fois sur la part obligatoire et sur la part complémentaire de l'assurance maladie.

² La participation forfaitaire de 2 euros est une somme habituellement payée par le patient pour chaque acte médical ou consultation chez un médecin, y compris examens radiologiques et analyses de biologie médicale, mais les bénéficiaires de la C2S sont dispensés de son paiement.

³ La franchise médicale est une somme habituellement payée par le patient sur l'achat de médicaments (1 euro), les actes paramédicaux (1 euro) ou les transports sanitaires (4 euros), mais les bénéficiaires de la C2S sont dispensés de son paiement.

⁴ Le dépassement d'honoraires, pour les professionnels de santé, consiste à appliquer des tarifs supérieurs aux tarifs conventionnés, établis par la Sécurité sociale et servant de référence pour la tarification des actes médicaux et leur remboursement.

⁵ Par exemple, demande de rendez-vous en dehors des horaires de consultation du médecin.

⁶ Le forfait journalier hospitalier est la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

QUELLES SONT MES OBLIGATIONS AVEC LA C2S ?

- **Mettre la carte Vitale à jour** chaque année et la présenter au professionnel de santé pour faciliter l'application du tiers-payant intégral et ne pas avancer de frais.
- **Déclarer** à l'organisme gestionnaire du contrat de C2S⁷ **tout changement de situation familiale**.
- **Régler les cotisations mensuelles** s'il s'agit de la C2S participative.



POUR BIEN COMPRENDRE...

Le tableau de garanties ci-dessous utilise les termes suivants :

BRSS = base de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire les tarifs fixés par la Sécurité sociale pour chaque type de consultation ou de soins

Sécurité sociale = part de la dépense couverte par la Sécurité sociale

C2S = part de la dépense couverte par la C2S (pourcentage de la BRSS, forfait ou somme des deux)

Reste à payer = part de la dépense non couverte par la Sécurité sociale et la C2S à la charge du patient

Somme au-delà de la BRSS = somme restant à la charge du patient lorsque le montant facturé pour la consultation ou le soin est supérieur à la BRSS et qu'il n'est pas pris en charge par la C2S

Somme au-delà du forfait = somme restant à la charge du patient lorsque le montant facturé pour la consultation ou le soin est supérieur à la BRSS et au forfait de prise en charge par la C2S

100 % santé = gamme de soins et d'équipements en optique, audiologie et dentaire intégralement pris en charge pour les personnes bénéficiant de la C2S ou ayant souscrit un contrat responsable

PLV = prix limite de vente

⁷ La C2S peut être gérée par votre caisse d'assurance maladie ou par un organisme complémentaire figurant dans la liste des organismes habilités (www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/mes-demarches/trouver-un-organisme-complementaire).

SOINS PRIS EN CHARGE

HOSPITALISATION

	Sécurité sociale	C2S	RESTE À PAYER
Forfait journalier hospitalier	0 %	100 %	0 €
Frais de séjour, frais de salle d'opération, honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, frais d'analyses et d'examens de laboratoire relatifs aux soins dispensés pendant le séjour dans l'établissement hospitalier	80 % BRSS	20 % BRSS	0 €
Exemple de soin non pris en charge par la C2S (à titre indicatif)			
Chambre particulière sur demande du patient	0 %	0 %	100 %

SOINS COURANTS

	Sécurité sociale	C2S	RESTE À PAYER
Honoraires médicaux auprès d'un professionnel de santé conventionné en secteur 1 ou 2 (dépassements d'honoraires interdits)			
Consultation auprès d'un médecin généraliste ou pédiatre	70 % BRSS	30 % BRSS	0 €
Consultation auprès d'un médecin spécialiste, imagerie médicale (IRM, radiographie, échographie...)	70 % BRSS	30 % BRSS	0 €
Consultation auprès d'un chirurgien-dentiste	60 % BRSS	40 % BRSS	0 €
Analyses et examens de laboratoire			
Actes de biologie (ex : prélèvement sanguin, analyse d'urine, dépistage d'infections ou de maladies sexuellement transmissibles, etc.)	60 % BRSS	40 % BRSS	0 €
Actes d'anatomie et cytologie pathologiques (ex : prélèvements de grains de beauté, frottis, etc.)	70 % BRSS	30 % BRSS	0 €
Dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	100 % BRSS	-	0 €
Honoraires paramédicaux			
Consultations Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues (si diabétique ⁸)	60 % BRSS	40 % BRSS	0 €

⁸ Seuls les soins et les actes de prévention réalisés par les pédicures podologues conventionnés auprès des patients diabétiques dont les pieds présentent des risques élevés de lésions ou des blessures importantes sont pris en charge par l'assurance maladie et la C2S.

Transport sanitaire remboursement uniquement sur prescription médicale et, dans certaines situations précises et sauf urgence, après accord de votre caisse d'assurance maladie ⁹ .			
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR	55 % BRSS	45 % BRSS	0 €
Médicaments remboursement sur prescription médicale uniquement (pour une prise en charge à 100%, l'assuré est tenu d'accepter les médicaments génériques, sauf si l'ordonnance précise que les médicaments prescrits ne sont pas substituables)			
Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux (ex : <i>anticancéreux</i>)	100 % BRSS	-	0 €
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex : <i>paracétamol</i>)	65 % BRSS	35 % BRSS	0 €
Médicaments à service médical rendu modéré (ex : <i>anti-diarrhéique</i>)	30 % BRSS	70 % BRSS	0 €
Médicaments à service médical rendu faible (ex : <i>antispasmodique</i>)	15 % BRSS	85 % BRSS	0 €
Exemples de soins non pris en charge par la C2S (à titre indicatif)			
Consultation auprès d'un médecin non conventionné	0 %	0 %	100 %
Bilan postural chez un pédicure-podologue pour un patient non diabétique	0 %	0 %	100 %
Médicaments à service médical rendu insuffisant (ex : <i>homéopathie</i>)	0 %	0 %	100 %

OPTIQUE

	Sécurité sociale	C2S	RESTE À PAYER
Équipements d'optique « 100% santé » à tarifs encadrés prise en charge intégrale tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans (les tarifs plafonds sont fixés par l'arrêté du 29 octobre 2019)			
Équipements (verres, montures) de classe A ¹⁰ , prestations d'appairage	60 % BRSS	40 % BRSS + forfait	0 €
Prestation d'adaptation des verres de classe A (ex : <i>adaptation de la prescription de verre correcteur après réalisation d'un examen</i>)	60 % BRSS	40% BRSS	0 €
Équipements d'optique hors « 100% santé » à tarifs libres prise en charge dans la limite de la BRSS ou du forfait annuel			
Équipements classe B (verres, montures)	60 % BRSS	40 % BRSS	Somme au-delà de la BRSS

⁹ Transports vers un lieu distant de plus de 150 kilomètres, transports en série (quatre ou plus au cours d'une période de deux mois) au titre d'un même traitement vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres, transports liés aux soins ou traitements dans les centres d'action médico-sociale précoce ou les centres médico-psycho-pédagogiques, transports par avion ou par bateau.

¹⁰ Il existe 2 classes pour les équipements optiques : la classe A, qui est sans reste à charge (offre 100 % santé) et la classe B, pour laquelle les prix sont libres (hors offre 100% Santé).

Lentilles de contact sur prescription médicale (forfait annuel de 39,48 € par œil)	60 % forfait	40 % forfait	Somme au-delà du forfait
Prestation d'adaptation des verres de classe B	60% BRSS	40% BRSS	Somme au-delà de la BRSS
Exemples de soins non pris en charge par la C2S (à titre indicatif)			
Verres sans correction (ex : verres anti-lumière bleue)	0 %	0 %.	100 %
Opération au laser de la myopie	0 %	0 %	100 %

DENTAIRE

	Sécurité sociale	C2S	RESTE À PAYER
Soins dentaires courants			
Soins conservateurs (détartrage, traitement des caries, dévitalisation), endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	60 % BRSS	40 % BRSS	0 €
Soins et prothèses dentaires « 100% santé » ou à tarifs encadrés prise en charge intégrale (les tarifs plafonds sont fixés par l'arrêté du 23 février 2024)			
Restauration (inlay-onlays, inlay core), couronnes, bridges, prothèses amovible, réparations	60 % BRSS	40 % BRSS + forfait	0 €
Prothèses dentaires remboursables à tarifs libres prise en charge dans la limite de la BRSS			
Restauration (inlay-onlays, inlay core), couronnes, bridges, prothèses amovible, réparations	60 % BRSS	40 % BRSS	Somme au-delà de la BRSS
Orthopédie dento-faciale prise en charge intégrale uniquement pour les personnes de moins de 16 ans au début du traitement ¹¹ (les tarifs plafonds sont fixés par l'annexe 6 de l'arrêté du 23 février 2024)			
Traitement d'orthodontie et contention 1 ^{ère} année	100 % BRSS	-	0 €
Surveillance (2 séances par semestre) et contention 2 ^e année	60 % BRSS	40 % BRSS	0 €
Exemple de soins non pris en charge par la C2S (à titre indicatif)			
Implants dentaires	-	-	100 %

¹¹ À titre exceptionnel, les personnes de plus de 16 ans peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie pour un semestre de traitement préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires. Ce semestre n'est pas renouvelable. Pour en bénéficier, une demande d'accord préalable de la caisse d'assurance maladie est nécessaire. Elle doit être accompagnée d'une lettre motivant l'exécution du traitement rédigée par le praticien.

AIDES AUDITIVES	Sécurité sociale	C2S	RESTE À PAYER
Équipements auditifs pour les personnes âgées de plus de 20 ans à tarifs encadrés prise en charge intégrale tous les 4 ans à un prix ne pouvant dépasser 800 € par aide auditive conformément à l' <u>arrêté du 27 décembre 2018</u>			
Aides auditives – tous modèles (classe I ou II)	240 €	560 €	0 €
Équipements auditifs pour les personnes âgées de plus de 20 ans à tarifs libres prise en charge tous les 4 ans à hauteur de 800 € par aide auditive (les tarifs facturés par les audioprothésistes peuvent dépasser ce plafond de prise en charge)			
Aides auditives – tous modèles (classe I ou II)	240 €	560 €	Sommes au-delà de 800 €
Équipements auditifs pour les personnes âgées de 20 ans ou moins et pour les personnes sourdes et aveugles quel que soit leur âge prise en charge intégrale tous les 4 ans à un prix ne pouvant dépasser 1 400 € par aide auditive conformément à l' <u>arrêté du 27 décembre 2018</u> (les tarifs pratiqués par les audioprothésistes ne doivent pas dépasser ce plafond correspondant à la BRSS)			
Aides auditives – tous modèles (classe I ou II)	840 €	560 €	0 €
Accessoires et fournitures tous équipements			
Piles, écouteurs, coque	60 % BRSS	40% BRSS	0 €

AUTRES SOINS	Sécurité sociale	C2S	RESTE À PAYER
Sevrage tabagique prise en charge sur prescription médicale uniquement			
Patchs nicotiniques, gommes à mâcher, pastilles, comprimés, inhalateurs ou sprays buccaux	65 % BRSS	35 % BRSS	0 €
Accompagnement psychologique 12 séances de 50 € par an prises en charge chez un psychologue conventionné par le dispositif <i>Mon soutien psy</i>			
Séance d'évaluation et séance de suivi	60 % BRSS	40 % BRSS	0 €
Fauteuils roulants ou véhicules pour personnes en situation de handicap prise en charge intégrale			
Achat (renouvelable tous les 3 ans pour les personnes de moins de 16 ans, tous les 5 ans pour les autres)	100% BRSS	-	0 €
Location de longue durée (6 mois minimum)	100% BRSS	-	0 €
Location hebdomadaire de courte durée (6 mois maximum)	60% BRSS	40% BRSS + dépassement jusqu'au prix limite de vente	0 €

Prothèses capillaires prise en charge intégrale renouvelable tous les ans auprès d'un <u>vendeur agréé spécialisé</u>			
Prothèses capillaires totales de classe I ou prothèses capillaires partielles	60 % BRSS	40% BRSS	0 €
Prothèses capillaires de classe II	60 % BRSS	40% BRSS + dépassement jusqu'au prix limite de vente	0 €
Cures thermales prise en charge de 18 jours de traitement dans un établissement thermal agréé et conventionné, sur prescription médicale uniquement et après accord de votre caisse d'assurance maladie			
Forfait de surveillance médicale (dépassements d'honoraires interdits)	70 % BRSS	30 % BRSS	0 €
Forfait thermal (compléments tarifaires interdits)	65 % BRSS	35 % BRSS	0 €
Exemples de soins non pris en charge par la C2S (à titre indicatif)			
Soins thermaux de confort	0 %	0 %	100 %
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, psychologue hors <i>Mon soutien psy</i> , psychomotricien, tabacologue non conventionné	0 %	0 %	100 %



Que faire si un professionnel de santé ne respecte pas mes droits ou refuse de me recevoir parce que je suis bénéficiaire de la C2S ?

Toute pratique tendant à empêcher ou dissuader une personne d'accéder à des mesures de prévention ou de soins est un refus de soin discriminatoire, quel que soit le procédé utilisé. Le refus de soins peut se manifester de plusieurs façons :

- Un rendez-vous refusé parce que vous êtes bénéficiaire de la C2S ou sous un prétexte clairement en lien avec cette couverture santé ;
- Un rendez-vous fixé dans un délai anormalement long par rapport aux autres patients ;
- Le fait d'exiger une avance de frais, alors que vous avez présenté votre carte vitale à jour ou votre attestation de droit à la C2S ;
- Le fait que le professionnel de santé pratique un dépassement d'honoraires non justifié, sauf en cas d'exigences particulières de votre part¹² ;
- Le fait que le professionnel de santé vous redirige vers une structure publique sans que la raison de cette orientation semble liée à votre état de santé.

Si vous pensez être victime d'un refus de soins discriminatoire, il est important d'informer votre caisse d'assurance maladie ou le conseil local de l'ordre du professionnel de santé mis en cause. Une commission de conciliation est ensuite organisée pour que vous puissiez présenter votre situation à des personnes compétentes en la matière et trouver un accord avec le professionnel concerné.

En saisissant cette commission, vous permettez au professionnel de santé de réaliser que sa pratique est illégale et qu'elle l'expose à une sanction disciplinaire, voire financière et **vous contribuez, pour le bien de tous, à ce que ces agissements ne se répètent pas.**

Plus d'information sur www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/ma-situation/vous-etes-victime-dun-refus-de-soins-discriminatoire

¹² Demande de soins non pris en charge par l'assurance maladie, rendez-vous en dehors des horaires habituels du cabinet, demande de visite à domicile injustifiée...).