

### Avantages de la complémentaire santé solidaire (C2S)

Les bénéficiaires de la C2S bénéficient de plusieurs garanties :

Ils ont droit au **tiers-payant intégral** : dès lors que le bénéficiaire C2S présente au professionnel ou à l'établissement de santé (hôpital ou clinique conventionnée) une carte vitale à jour (ou à défaut son attestation de droit), il est **dispensé de toute avance de frais**. Cette dispense s'applique sur la part obligatoire et la part complémentaire de l'assurance maladie.

Les médecins **ne peuvent pas pratiquer de dépassements d'honoraires** (sauf exigence particulière du patient de type : demande de rendez-vous en dehors des horaires de consultation du médecin).

La **participation forfaitaire de 2€** pour les consultations médicales n'est **pas demandée** aux bénéficiaires de la C2S. Ils sont également **exonérés** de la **franchise médicale** qui s'applique normalement à certains frais médicaux (par exemple : 1€ pour l'achat d'une boîte de médicaments, 1€ par acte paramédical et 4€ par transport sanitaire).

La C2S prend en charge la **part complémentaire des soins remboursés par l'assurance maladie** : soins de ville, soins hospitaliers et l'ensemble des prescriptions (pharmacie, analyses, etc...). Le forfait journalier (qui correspond au montant que les patients doivent payer à l'hôpital pour l'hébergement et la nourriture) est pris en charge sans limitation de durée.

Pour les **prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale**, les **lunettes (verres et monture)** et les **aides auditives**, la C2S offre des **forfaits** de prise en charge en sus des tarifs fixés par l'assurance maladie. Les montants de ces tarifs sont fixés par arrêté. Les forfaits permettent une **prise en charge intégrale** de ces dispositifs.

Concernant les **dispositifs médicaux**, la C2S les prend en charge dans la limite du **tarif de remboursement de la sécurité sociale** : cette prise en charge peut être intégrale si le tarif facturé correspond au tarif de remboursement.

Les remboursements santé peuvent être exprimés de différentes manières :

⇒ **En pourcentage de la base de remboursement Sécurité sociale (BRSS)**

La BRSS est la base définie par la Sécurité sociale sur laquelle est fixée le taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et celui de la complémentaire santé solidaire (C2S).

⇒ **En forfait** Le forfait est une somme plafonnée, c'est-à-dire un montant de remboursement défini et maximum, auquel les assurés ont droit pour le risque garanti, quel que soit le montant total de leurs dépenses pour ce risque.

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
<b>Soins courants</b>					
<b>Honoraires médicaux : Honoraires des praticiens : médecins généralistes, médecins spécialistes, sages-femmes, etc.</b> <b>Les prises en charge sont les mêmes que le médecin se situe en secteur 1 ou 2 (OPTAM ou non) : en secteur 2, la possibilité pour les médecins de réaliser des dépassements d'honoraires est proscrite quand ils reçoivent des assurés bénéficiaires de la C2S.</b>					
Consultation médecin traitant généraliste secteur 1 pour un patient de plus de 18 ans	<b>30 €</b>	30 €	70% Soit 21€	30% Soit 9€	<b>0€</b>
Consultation médecin généraliste conventionné secteur 2 pour un patient de plus de 18 ans	<b>30 €</b> (dépassements d'honoraires interdits)	30 €	70% Soit 21€	30% Soit 9€	<b>0 €</b>
Consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	<b>35€</b>	35€	70% Soit 24,50€	30% Soit 10,50€	<b>0€</b>
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans <i>Exemple 1 : ophtalmologie</i>	<b>31,50€</b>	31,50€	70% Soit 22,05€	30% Soit 9,45€	<b>0€</b>
<i>Exemple 2 : gynécologie</i>	<b>37€</b>	37€	70% Soit 25,90€	30% Soit 11,10€	<b>0€</b>
Consultation chirurgien-dentiste (et chirurgiens-dentistes spécialisés dans le traitement ODF, stomatologues de secteur 1 ou 2)	<b>23€</b>	23€	60% Soit 13,80€	40% Soit 9,20€	<b>0€</b>

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
<b>Honoraires paramédicaux : interdiction de tout dépassement d'honoraires (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues)</b>					
Consultation masseur-kinésithérapeute pour la rééducation d'un membre	<b>16,13€</b>	16,13€	60% Soit 9,68€	40% Soit 6,45€	<b>0€</b>
Consultation orthophoniste pour la rééducation des troubles d'articulation	<b>20 €</b>	20 €	60% Soit 12€	40% Soit 8€	<b>0€</b>
<b>Médicaments – remboursement sur prescription médicale uniquement - Pour une prise en charge à 100%, l'assuré est tenu d'accepter les médicaments génériques, sauf si son ordonnance stipule que les médicaments prescrits ne sont pas substituables.</b>					
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	Exemple : Lantus : Traitement du diabète sucré <b>40,25€</b>	40,25€	65% Soit 26,16€	35% Soit 14,1€	<b>0€</b>
Médicaments à service médical rendu modéré	Exemple : Vogalene : Traitement symptomatique des nausées et vomissements. <b>2,77€</b>	2,77€	30% Soit 0,83€	70% Soit 1,94€	<b>0€</b>
Médicaments à service médical rendu faible	Exemple : Spasfon - troubles digestifs <b>1,43€</b>	1,43€	15% Soit 0,21€	85% Soit 1,21€	<b>0€</b>
Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux 100% – Prise en charge intégrale	Exemple : GLIVEC 100mg : médicament anticancéreux <b>384,45 €.</b>	384,45 €.	100% Soit 384,45€		<b>0€</b>

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
<b>Traitements nicotiniques de substitution (TNS) inscrits sur la liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance Maladie. Lorsqu'ils figurent dans cette liste, les TNS sont remboursés sur prescription.</b>					
Patchs nicotiniques	Exemple : NICOPATCHLIB 7 MG/24 h  <b>23,09€</b>	23,09€	65% Soit 15,01€	35% Soit 8,08€	<b>0€</b>
Gommes à mâcher, sur prescription médicale	Exemple : NICORETTE GOMMES A MACHER  <b>22,42€</b>	22,42€	65% Soit 14,57€	35% Soit 7,85€	<b>0€</b>
<b>Biologie</b>					
Actes en B (actes de biologie)	Exemple : Thyroïde - examen de TSH  <b>20,25€</b>	20,25€	60% Soit 12,15€	40% Soit 8,1€	<b>0€</b>
Actes en P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)	Exemple : Biopsie – histologique  <b>252 €</b>	252 €	70% Soit 176,4€	30% Soit 75,6€	<b>0€</b>
Frais d'analyse et d'examen de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	Exemple : Dépistage : infection à VIH 1 ou 2  <b>11,34€</b>	11,34€	100% Soit 11,34€		<b>0€</b>
<b>Dispositifs médicaux</b>					
<b>Dispositifs médicaux intégralement remboursés par l'assurance maladie aux bénéficiaires de la C2S.</b>					
Matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres	Exemple : Surmatelas à prestation alternée STRYKER  <b>276,84€</b>	276,84€	60% Soit 166,10€	40% Soit 110,74	<b>0€</b>
Dispositifs médicaux pour l'insulinothérapie	Exemple : Perfusion, insuline	390,91€	60% Soit 234,55€	40% Soit 156,36€	<b>0€</b>

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
	390,91€				
<b>Dispositifs médicaux impliquant une participation de l'assuré.</b>					
<b>Lorsque le tarif du dispositif médical excède la base de remboursement de la sécurité sociale, l'assuré C2S paie la différence.</b>					
Orthopédie achat d'une paire de béquilles	Exemple : Achat d'une paire de béquilles 25,80 €	24,40 €	60% Soit 14,64 €	40% Soit 9,76€	1,40€
Solution stérile pour traitement symptomatique de la sécheresse oculaire avec kératite ou kératoconjonctivite sèche	Exemple : Solution à usage ophtalmique 9,90€	7,87€	60% Soit 4,72€	40% Soit 3,15€	2,03€
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins dentaires de l'offre « 100% santé », intégrée dans le panier de soins C2S.</b>					
<b>Les montants maximums applicables aux bénéficiaires de la C2S sont fixés par l'arrêté du 23 février 2024<sup>1</sup>.</b>					
Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	262,18 €	120 €	60% Soit 72€	40% + forfait C2S 48€ + 142,18€ Soit 190,18€	0€
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	451,25 €	120 €	60% Soit 72€	40% + forfait C2S 48€ + 331,25 € Soit 379,25€	0€

<sup>1</sup> Arrêté du 23 février 2024 relatif aux conditions de prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale.

Note de lecture du tableau : Pour les bénéficiaires C2S, les montants maximums des soins dentaires « 100% santé » sont obtenus en additionnant la BRSS (% AMO + % C2S) + le forfait C2S.

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	1 684,25 €	365,5 €	60% Soit 219,3€	40% + forfait C2S 146,2€+1 318,75 € Soit 1 464,95€	0€
<b>Soins dentaires hors « 100% santé » mais intégrés dans le panier de soins C2S</b>					
Actes d'orthopédie dento-faciale pour les moins de 16 ans (traitements d'orthodontie soumis à accord préalable et commencés avant le 16 <sup>ème</sup> anniversaire, 6 semestres maximum)	Exemple : Traitement des dysmorphoses avec multiattaches  464€	193,50 €	100% Soit 193,50 €	Forfait C2S Soit 270,50 €	0€
Inlay-onlay deux faces	Exemple : Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté (inlay-onlay) composite ou en alliage non précieux  250 €	100 €	60% Soit 60€	40% + forfait C2S 40€+ 150€ → Soit 190€	0€
Bridges	Exemple : Pose d'une prothèse plurale (bridge)  916,5€	279,5 €	60% Soit 167,7€	40% + forfait C2S 111,8€ + 637€ → Soit 748,8€	0€
Actes de réparations et poses de prothèses amovibles définitives à châssis métallique	Exemple : Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique  850 €	301 €	60% Soit 180,6€	40% + forfait C2S 120,4€ + 549€ → Soit 669,4€	0€
<b>Soins dentaires hors panier de soins C2S</b>					
Détartrage	43,38€	43,38€	60% Soit 26,03€	40% Soit 17,35€	0€

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
Traitement d'une carie trois face ou plus	60,95 €	60,95 €	60% Soit 36,57€	40% Soit 24,38€	0€
<b>Prothèses hors panier de soins C2S</b>					
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48€	107,50€	60% Soit 64,5€	40% Soit 43€	429,98€
<b>Optique</b>					
<b>Equipements d'optique du panier « 100% santé », intégré dans le panier de soins C2S. Les prix limites de vente applicables aux bénéficiaires C2S, pour les équipements d'optique médicale de l'offre 100% santé, sont fixés par l'arrêté du 29 octobre 2019.</b>					
Sur prescription médicale, un équipement de lunettes (monture et verres) de classe A (soit le panier 100% santé) tous les 2 ans pour les adultes (sauf en cas de pathologie ou évolution de la vue), et tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans.	Verre multifocal classe A (SPH positive et S > + 12,00) et monture adulte classe A  115 € (par verre) + 30€ (monture) → 230€ + 30€ → Soit <b>260€</b>	34,5€ (par verre) + 9€ (monture) → 69€ + 9€ → Soit 78€	60%  20,7€ (par verre) + 5,4€ (monture) → 41,4€ + 5,4€ → Soit 46,8 €	40% + forfait C2S  13,8 € (par verre) + 3,6 € (monture) + 182 € → 27,6€ + 3,6€ + 182€ → Soit 213,2 €	0€
Prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents (unifocaux, multifocaux ou progressifs)	Prestation d'appairage niveau 3  15 €	4,5€	60% → Soit 2,7€	40% + forfait C2S → 1,8€ + 10,5€ → Soit 12,3€	0€
Équipement d'optique <u>mixte</u> incluant des verres « 100% santé » du panier de soins C2S, et une monture hors « 100% santé ».	Verre multifocal classe A (SPH positive et S > + 12,00) et monture  115 € (par verre) + 139 € (monture) → 230€ + 139€	34,5€ (par verre) + 0,05€ (monture) → 69€ + 0,05€ → Soit 69,05€	60%  20,7€ (par verre) + 0,03€ (monture) → 41,4€ + 0,03€ → Soit 41,43€	40% + forfait C2S  13,8€ (par verre) + 0,02€ (monture) + 161€ → 27,6€ + 0,02€ + 161€ → Soit 188,62€	138,95€

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
	→ Soit 369€				
<b>Autres équipements d'optique hors panier « 100% santé »</b>					
Verres progressifs + monture hors 100% santé	231 euros (par verre) + 139 euros (monture) → 462 € + 139 € → Soit <b>601€</b> (Prix moyen national)	0,05 € (par verre) + 0,05 € (monture) → 0,1 + 0,05€ → Soit 0,15€	60% 0,03 € (par verre) + 0,03 € (monture) → 0,06€ + 0,03€ → Soit 0,09€	40% 0,02€ (par verre) + 0,02 € (monture) → 0,04€ + 0,02€ → Soit 0,06€	<b>600,85€</b>
Lentilles de contact (sur prescription médicale en cas d'astigmatisme irrégulier, myopie égale ou supérieure à 8 dioptries, stabisme accommodatif, aphakie, anisométrie à 3 dioptries, kératocône)		39,48€ par œil → soit 78,96€	60% Soit 47,38€	40% Soit 31,58€	Le forfait de remboursement des lentilles par la sécurité sociale est de <b>39,48€</b> par œil et par an : les assurés sont donc remboursés de l'ensemble des lentilles achetées sur l'année dans la limite de ce forfait de 39,48€ par œil. Une fois ce forfait annuel dépassé, le reste est à la charge des assurés.
<b>Aides auditives</b>					
<b>Aides auditives a minima de classe 1 de l'offre « 100% santé », intégrées dans le panier de soins C2S. Les audioprothésistes doivent proposer aux bénéficiaires de la C2S des aides auditives à un prix n'excédant pas les limites de tarifs fixées par l'arrêté du 27 décembre 2018.</b>					
Aide auditive de classe I, oreille droite, pour un bénéficiaire de moins de 20 ans et/ou en cas de cécité.	<b>1 400 €</b>	400 €	60% 240€	40% + forfait C2S 160€ + 1 000€ → Soit 1 160€	<b>0€</b>



Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
Aide auditive de classe I, oreille gauche, pour un bénéficiaire de plus de 20 ans.	800€	400 €	60% Soit 240€	40% + forfait C2S 160€ + 400€ → Soit 560€	0€
<b>Piles pour aides auditives du panier de soins C2S.</b>					
Piles sans mercure 10 ou équivalents (B/6), dans la limite de 10 paquets par année.	1,50 €	1,50 €	60% Soit 0,9€	40% Soit 0,6€	0€
<b>Aides auditives excédant les tarifs limites fixés par l'arrêté du 27/12/2018. Lorsque l'assuré C2S refuse l'appareil proposé par le distributeur et choisit une aide auditive excédant le tarif maximum fixé, la différence entre ce montant maximum réglementaire et le tarif de l'aide auditive sera à sa charge.</b>					
Aide auditive par oreille pour un patient de plus de 20 ans.	1 534€	400€	60% Soit 240€	40% + forfait C2S 160€ + 400€ Soit 560€	734€
<b>Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée)</b>					
Forfait journalier hospitalier	20€	Pas de BR	Pas de prise en charge par l'AMO	Prise en charge intégrale à 100% par la C2S	0€
Frais d'hospitalisation (frais de séjour, frais de salle d'opération, honoraires)	Tarif moyen frais de séjour hôpital public :	3 333,75€	80% Soit 2 667€	20% Soit 666,75€	0€

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
des praticiens et auxiliaires médicaux, frais d'analyses et d'examens de laboratoire relatifs aux soins dispensés pendant le séjour dans l'établissement hospitalier).	<b>3 333,75€</b>				
Chambre particulière (sur demande du patient)	<b>60€</b>	Pas de BR	Pas de prise en charge par l'AMO	Pas de prise en charge	<b>60€</b>
<b>Frais de transport</b>					
Frais de transport (sur prescription médicale, après éventuellement accord préalable de l'assurance maladie et dans le cadre des situations prévues par l'assurance maladie)	Tarif moyen <b>53,34 €</b>	53,34€	65% Soit 34,66€	35% Soit 18,66€	<b>0€</b>
<b>Cure thermale</b>					
<b>Cure thermale libre.</b>					
Honoraires médicaux	Forfait de surveillance médicale pour un médecin conventionné <b>80€</b>	80€	70% Soit 56€	30% Soit 24€	<b>0€</b>
Frais d'hydrothérapie	Exemple : Affections psychosomatiques – forfait 3 <b>528,95€</b>	482,97€	65% 313,93€	35% 169,04€	<b>45,98€</b>

Prestations et produits de santé	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement complémentaire santé solidaire (C2S)	Reste à charge de l'assuré (RAC)
Frais d'hébergement, frais de transport	Prix moyen				Pas de prise en charge <sup>2</sup>
<p><b>Cure thermale avec hospitalisation.</b></p> <p><b>La cure thermale doit obligatoirement être prescrite par votre médecin ou, parfois, par votre chirurgien-dentiste dans le cas des affections des muqueuses bucco-linguales.</b></p> <p>Lors d'une cure thermale avec hospitalisation, vos frais de transports (à 65% d'un billet SNCF A/R en 2<sup>nd</sup>e classe) et vos frais d'hébergement (en totalité) vous sont remboursés sans condition de ressources. Les frais d'hospitalisation sont également pris en charge, à hauteur de ce que prévoit le remboursement de « droit commun » des bénéficiaires de la C2S en cas d'hospitalisation (cf rubrique supra « Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée) ; dont : frais d'hospitalisation »).</p>					
<b>Autres prestations</b>					
Séances chez un psychologue conventionné par le dispositif Mon soutien psy	12 séances prises en charge par an (soit 1 séance d'évaluation et 11 séances de suivi) : <b>50€</b> la séance	Séance d'évaluation : 50 €  Séance de suivi : 50 €	60% Soit 30 €	40% Soit 20 €	<b>0 €</b>

<sup>2</sup> Pour les cures thermales libres, les frais d'hébergement et de transport peuvent être pris en charge sous condition de ressources par l'Assurance Maladie. Afin de savoir si vous êtes éligible à ce remboursement, renseignez-vous auprès de votre caisse d'assurance maladie.