

## 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.