



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction de l'accès aux soins, des prestations
familiales et des accidents du travail
Bureau de l'accès aux soins et
des prestations de santé

Personnes chargées du dossier :

Lucile DELAUNOIS

Tél. : 01.40.56.69.67

Mél. : lucile.delaunois@sante.gouv.fr

Marion MATHIEU

Tél. : 01.40.56.67.98

Mél. : marion.mathieu@sante.gouv.fr

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Copie à :

Mesdames et Messieurs les présidents des ordres
des professions de santé

NOTE D'INFORMATION N° DSS/SD2A/2021/88 du 20 mai 2021 relative à l'articulation entre
la réforme 100 % Santé et le dispositif de la complémentaire santé solidaire (C2S).

Date d'application : immédiate

NOR : SSAS2113025N

Classement thématique : assurance maladie, maternité, décès

Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 11 juin 2021 - N° 47

Résumé : la présente note d'information vise à apporter des précisions quant à l'articulation entre la réforme 100 % Santé et le dispositif de la complémentaire santé solidaire. Elle détaille notamment les prestations de santé prises en charge par la complémentaire santé solidaire (C2S) et précise l'ensemble des nomenclatures à utiliser pour les bénéficiaires de la C2S dans le cadre de la réforme 100 % Santé.

Mention Outre-mer : le texte s'applique en l'état dans les départements de Guadeloupe, Martinique, Guyane et la Réunion, ainsi que dans les collectivités de Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Mots-clés : complémentaire santé solidaire, 100% Santé, dentaire, optique, audiologie, tiers payant.

Textes de référence :

Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires ;

Circulaire N° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;

Arrêté du 27 décembre 2018 relatif aux conditions de prise en charge et à la tarification sociale sur les aides auditives applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé ;

Arrêté du 22 mars 2019 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 ;

Arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux conditions de prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques et pour les équipements d'optique médicale ;

Article D. 861-2 à D. 861-6 du code de la sécurité sociale ;

Article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale.

Circulaire / instruction abrogée : néant.

Circulaire / instruction modifiée : néant.

Annexes :

Annexe 1 : Grille de garantie de la complémentaire santé solidaire.

Annexe 2 : Prise en charge des aides auditives dans le panier de soins complémentaire santé solidaire en 2021.

Annexe 3 : Prise en charge des prothèses dentaires et traitements d'orthodontie par la complémentaire santé solidaire en 2021.

Annexe 4 : Prise en charge des équipements d'optique médicale par la complémentaire santé solidaire en 2021.

Diffusion : établissements et professionnels de santé, Union régionale des professionnels de santé libéraux (URPS).

Depuis le 1^{er} janvier 2021, l'offre 100 % Santé propose à tous les Français, bénéficiant d'une complémentaire santé responsable, sur l'ensemble des trois secteurs que sont l'audiologie, l'optique et le dentaire, des soins et un large choix d'équipements, intégralement pris en charge.

Par ailleurs, depuis le 1^{er} novembre 2019, la complémentaire santé solidaire (C2S) a remplacé la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS). La C2S donne droit à la prise en charge de la part complémentaire de l'ensemble des dépenses de santé de ses bénéficiaires (y compris à l'hôpital) et s'accompagne d'une dispense d'avance de frais et d'une protection contre les dépassements d'honoraires. La C2S tient compte des apports de la réforme du 100 % Santé : les paniers de soins 100 % Santé sont également couverts par la C2S.

La présente note d'information vise à fournir des précisions aux professionnels de santé et établissements de santé quant à l'articulation de la réforme 100 % Santé et du dispositif de la complémentaire santé solidaire.

I. Rappel de la réforme 100 % Santé

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires fixe les niveaux de prise en charge, par les contrats de complémentaires santé responsables, pour les équipements et prestations dans ces trois secteurs.

Conformément à la liste des produits et prestations (LPP), les **aides auditives** sont répertoriées en deux catégories permettant ainsi aux assurés de choisir librement les équipements de leur choix, qu'ils soient totalement ou partiellement remboursés :

- La classe I : elle correspond au panier 100 % Santé. Les aides auditives de la classe I sont intégralement prises en charge par les caisses d'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires, sans reste à charge pour les patients disposant des garanties d'un contrat responsable ;
- La classe II : elle est composée des aides auditives n'appartenant pas au panier 100 % Santé et dont les tarifs sont librement définis par l'audioprothésiste. Un reste à charge peut donc potentiellement être laissé à l'assuré.

Selon la convention signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, les **soins prothétiques dentaires** sont répartis en trois paniers :

- Le panier 100 % Santé : il intègre les couronnes, bridges, dentiers intégralement remboursés pour les bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé responsable ;
- Le panier aux tarifs maîtrisés : il intègre des couronnes, des bridges et des dentiers dont les prix sont plafonnés. Un reste à charge peut donc potentiellement être laissé à l'assuré, la prise en charge à hauteur des prix plafonnés n'étant pas obligatoire dans le cadre des contrats responsables ;
- Le panier aux tarifs libres : application de tarifs librement définis par le professionnel de santé. Un reste à charge peut donc potentiellement être laissé à l'assuré.

Enfin, la nomenclature de l'optique distingue deux classes d'**équipements optiques** :

- La classe A, qui correspond à l'offre 100 % Santé, composée de montures et de verres sans reste à charge pour les patients disposant des garanties d'un contrat responsable ;
- La classe B, composée des équipements hors panier 100 % Santé et pour laquelle les prix sont libres. Les garanties proposées par les contrats responsables doivent respecter des planchers et plafonds de prise en charge pour ces équipements.

L'assuré conserve la possibilité de panacher son équipement d'optique en le composant d'éléments 100 % Santé et hors 100 % Santé. Toutefois, les deux verres doivent relever de la même classe.

II. La prise en charge des frais de santé des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et intégration de la réforme 100 % Santé dans le dispositif

1. Application du tiers payant intégral et interdiction des dépassements d'honoraires

Les articles D. 861-2 à D. 861-6 du code de la sécurité sociale décrivent les modalités d'application du tiers payant pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. Ainsi, dès lors que le bénéficiaire des soins présente au professionnel ou à l'établissement de santé (hôpital ou clinique conventionnée) les pièces justifiant qu'il bénéficie de la C2S (carte vitale à jour ou à défaut son attestation de droit), **celui-ci est dispensé de toute avance de frais** : la part obligatoire et la part complémentaire sont alors payées directement au professionnel par l'assurance maladie obligatoire, laquelle obtient le remboursement de la part complémentaire auprès de l'organisme gestionnaire de la complémentaire santé solidaire lorsqu'il diffère de la caisse d'assurance maladie.

Concernant les actes et prestations qui sont dispensés par certains établissements de santé (autres prestations et actes mentionnés à l'article D. 861-4 du code de la sécurité sociale), la dispense d'avance de frais pratiquée sur la part prise en charge par l'organisme d'assurance maladie complémentaire s'effectue selon l'une des deux modalités suivantes :

1. L'établissement de santé adresse une demande de paiement sur support électronique à sa caisse pivot qui la transmet à l'organisme servant au bénéficiaire des soins les prestations du régime de base de l'assurance maladie. Lorsque l'envoi dématérialisé est impossible, l'établissement peut adresser directement la demande de paiement sur support papier ;
2. L'établissement peut également adresser sa demande de paiement directement à l'organisme complémentaire.

Ces modalités sont définies à l'article D. 861-5 du code de la sécurité sociale.

Aussi, conformément à l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale, les médecins conventionnés de secteur 1 ou 2 ne peuvent pas facturer de dépassement d'honoraires aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, excepté dans le cas d'exigences particulières de la part de l'assuré (demande de visite à domicile injustifiée, consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet, etc.). L'article R. 147-15 du code de la sécurité sociale définit les sanctions applicables en cas de non-respect de ce principe par les professionnels de santé. Ainsi, des dépassements d'honoraires appliqués aux bénéficiaires de la C2S peuvent faire l'objet de pénalités financières égales à deux fois le montant des dépassements facturés. De plus, les sanctions en cas de récidive sont les suivantes :

- En cas de récidive dans un délai de 3 ans : un retrait du droit à dépassement pour une durée maximum de 3 ans, une suspension de la participation au financement des cotisations sociales pour une durée maximum de 3 ans ;
- En cas de nouvelle récidive durant la période d'application des sanctions : une durée maximale de sanction portée à 6 ans.

2. Ensemble des prestations de santé prises en charge par la complémentaire santé solidaire

La complémentaire santé solidaire offre la prise en charge de la part complémentaire des soins remboursables par l'assurance maladie, à hauteur de 100 % des tarifs maximums fixés par l'assurance maladie, ainsi que des forfaits de prise en charge spécifiques pour les soins dentaires, l'optique, les aides auditives.

Le panier de soins de la complémentaire santé solidaire comprend :

- L'**hospitalisation** (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée) : frais d'hospitalisation, forfait journalier hospitalier ;
- L'ensemble des **soins courants** (honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, médicaments prescrits, analyses et examens de laboratoires prescrits) ;
- Les **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) ;
- Les soins **dentaires**, prothèses et orthopédie dento-faciale, dans la limite des montants fixés par arrêté ;
- Les équipements d'**optique** et lentilles de contact (pour un forfait et sur prescription médicale) ;
- Les **aides auditives** et piles pour les aides auditives, dans la limite des montants fixés par arrêté ;
- Les **dispositifs médicaux** dans la limite des montants fixés par arrêté ;
- Les **cures thermales** (honoraires médicaux, frais d'hydrothérapie, cure thermale avec hospitalisation).

Les grilles de garantie de la complémentaire santé solidaire sont présentées à l'annexe 1.

La prise en charge des aides auditives, soins prothétiques dentaires et équipements d'optique tient compte des apports de la réforme du 100 % Santé.

3. La prise en charge des aides auditives, soins prothétiques dentaires et équipements d'optique

La réforme du 100 % Santé a permis de définir, en concertation avec les professionnels de santé, un panier de soins de qualité accessible sans reste à charge. **La complémentaire santé solidaire intègre les apports de cette réforme.**

Les montants pris en charge au titre de la C2S pour les prothèses dentaires, les aides auditives et les lunettes de vue sont retracés dans :

- L'arrêté du 27 décembre 2018 relatif aux conditions de prise en charge et à la tarification sociale sur les aides auditives applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé ;
- L'arrêté du 22 mars 2019 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 ;
- L'arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux conditions de prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques et pour les équipements d'optique médicale.

Pour les équipements d'optique et les prothèses dentaires, les codes de la LPP et les codes de regroupement de la complémentaire santé solidaire sont identiques aux codes utilisés pour la population générale.

3.1. Les aides auditives

L'arrêté du 27 décembre 2018 relatif aux conditions de prise en charge et à la tarification sociale sur les aides auditives applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé fixe les prix maximums autorisés pour les bénéficiaires de la C2S :

- à 800 € par aide auditive à partir du 20^{ème} anniversaire ;
- à 1400 € par aide auditive jusqu'au 20^{ème} anniversaire ou en cas de cécité.

Les distributeurs de dispositifs médicaux sont ainsi tenus de proposer aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire des aides auditives à un prix n'excédant pas les limites de tarifs fixées par l'arrêté (800 €). Ces appareils peuvent relever de la classe I ou de la classe II dès lors que le professionnel de santé respecte bien le prix limite de vente s'appliquant aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. **Dans le cas où le bénéficiaire décide de renoncer à un appareil à 800 € proposé par le professionnel, pour choisir un appareil à un prix supérieur, la différence entre le montant maximum de 800 € et le tarif de l'aide auditive choisie sera à sa charge.**

Ces montants incluent la prise en charge du premier embout¹, de la ou des premières piles ainsi que de l'adaptation et du suivi, tels que prévus au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

¹ Élément en silicone qui se glisse dans le conduit auditif et vise à maintenir l'appareil auditif dans l'oreille.

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive au titre de la protection complémentaire en matière de santé ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, aucun devis en audiologie ne doit être transmis aux organismes complémentaires gestionnaires.

Le détail des prises en charge des aides auditives est présenté à l'annexe 2.

3.2. Les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale

L'arrêté du 22 mars 2019 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 fixe les montants maximums pris en charge par la complémentaire santé solidaire. **Les professionnels de santé ne sont pas autorisés à facturer au-delà des montants indiqués dans l'arrêté précité**, par application de l'avenant 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, **pour chacun des actes correspondants. Il est à noter que ces montants totaux maximums applicables aux bénéficiaires de la C2S sont inférieurs aux montants maximums de l'offre 100 % Santé. De ce fait, les « montants maximums C2S » doivent être appliqués pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.** Ces montants sont présentés à l'annexe 3.

Les différences entre l'offre 100 % Santé et le dispositif C2S sont de deux ordres et concernent :

- d'une part le périmètre des soins prothétiques dentaires accessibles en 100 % Santé ou en C2S (ces périmètres se recoupent partiellement, le panier C2S étant plus large) ;
- d'autre part le montant maximum des honoraires associés à ces soins prothétiques dentaires.

Il est ainsi indispensable que le bénéficiaire de la C2S mette à jour sa carte vitale ou qu'il présente son attestation de droit à la complémentaire santé solidaire au professionnel de santé pour que les montants maximums C2S soient appliqués.

Ainsi, pour les bénéficiaires de la C2S, deux lignes apparaîtront sur sa facture :

- L'acte de référence (code CCAM) ;
- Le forfait en sus (ligne non-existante pour les non-bénéficiaires de la C2S, choisissant un acte de l'offre 100 % Santé).

Une alerte est émise, sur le logiciel métier du professionnel de santé, lorsqu'il dépasse les montants maximums autorisés pour les bénéficiaires de la C2S.

La complémentaire santé solidaire prend ainsi en charge le ticket modérateur sur le tarif de responsabilité et l'intégralité des frais supplémentaires dans la limite du tarif maximum applicable aux bénéficiaires de la C2S. La somme des deux correspond au montant maximum facturable mentionné plus haut. La prise en charge couvrira ainsi l'intégralité des soins.

Le panier de soins C2S couvre l'ensemble du panier 100 % Santé et y intègre en supplément des actes d'orthopédie dento-faciale remboursables jusqu'à l'âge de 16 ans, de l'inlay-onlay deux faces, certains bridges ainsi que des actes de réparations et poses de prothèses amovibles définitives à châssis métallique.

Si le bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire choisit de bénéficier de soins prothétiques dentaires ou d'orthopédie dento-faciale qui ne figurent pas dans le panier C2S, alors seul le ticket modérateur sera pris en charge par la C2S.

3.3. Les équipements d'optique médicale

Les frais exposés en sus des tarifs de responsabilité sont pris en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé, dans les conditions définies et dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, en application de l'arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux conditions de prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques et pour les équipements d'optique médicale. Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire accèdent ainsi à l'offre 100 % Santé pour :

- Les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 : la complémentaire santé solidaire prend en charge les équipements (verres et monture) de classe A uniquement (c'est-à-dire le panier 100 % Santé) ;
- La prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents (unifocaux, multifocaux ou progressifs) appartenant à la classe susmentionnée ;
- Le supplément applicable pour les verres avec filtre appartenant à la classe susmentionnée.

L'arrêté du 29 octobre 2019 recense les dispositifs pris en charge au titre de la C2S et fixe le prix limite de vente pour les bénéficiaires de la C2S pour chacun des actes listés. Conformément à la décision du 6 mars 2019 fixant les tarifs et les prix limites de vente au public (PLV) de dispositifs et de prestations d'optique médicale inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, **les professionnels de santé ne sont pas autorisés à facturer au-delà des montants indiqués, pour chacun des actes correspondants.** L'ensemble des montants de prise en charge des équipements d'optique médicale par la complémentaire santé solidaire est présenté à l'annexe 4.

L'arrêté fixe également le montant de la prise en charge au titre de la C2S. Le dispositif prend ainsi en charge le ticket modérateur sur le tarif de responsabilité et l'intégralité du montant maximum pris en charge en sus du tarif de responsabilité. La somme des deux correspond au prix limite de vente mentionné plus haut. La prise en charge couvrira l'intégralité des soins.

Tout comme les autres assurés, cette prise en charge s'applique dans la limite d'un renouvellement d'équipement tous les deux ans pour les adultes et enfants de plus de 16 ans et tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans. Un renouvellement anticipé est possible en cas de dégradation de la vue ou dans certaines situations médicales particulières (DMLA, glaucome, etc.). Enfin, un renouvellement est possible tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Le choix d'une partie de l'équipement optique hors panier 100 % Santé par un bénéficiaire de la C2S ne lui fait pas perdre le bénéfice de la prise en charge intégrale sur les autres équipements choisis dans le panier de soins 100 % Santé. Ainsi, **pour un équipement d'optique, si l'assuré choisit une monture hors panier de soins 100 % Santé et des verres inclus dans ce panier de soins, sa monture sera prise en charge à hauteur du ticket modérateur et ses verres seront intégralement pris en charge par la complémentaire santé solidaire.**

Pour un équipement complet choisi en dehors du panier 100 % Santé, la prise en charge par la complémentaire santé solidaire sera assurée à hauteur du ticket modérateur.

Enfin, les évolutions techniques intervenues depuis la mise en place de la protection complémentaire en matière de santé permettent de s'exonérer de la transmission du devis à l'organisme gestionnaire de la C2S dans le cas où le bénéficiaire choisit des équipements issus de la classe A, le niveau de prise en charge étant connu automatiquement.

4. Les dispositifs médicaux

Les distributeurs des dispositifs médicaux sont tenus de proposer aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire les dispositifs médicaux listés dans l'arrêté du 14 août 2002 à des tarifs n'excédant pas les tarifs maximums fixés par l'assurance maladie.

III. Tableau récapitulatif des spécificités de la complémentaire santé solidaire

	Assuré bénéficiant de la complémentaire santé solidaire	Assuré bénéficiant d'un contrat de complémentaire santé responsable
Tiers payant	<p>Dispense intégrale d'avance de frais pour tout bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire sur présentation de la carte vitale à jour (ou à défaut son attestation de droit).</p> <p>Article D. 861-2 du code de la sécurité sociale</p>	<p>Obligation de tiers-payant au moins à hauteur du tarif de remboursement par la sécurité sociale (article L. 871-1 du CSS)</p> <p>La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 prévoit une généralisation du tiers payant intégral sur les paniers de soins 100 % Santé d'ici 2022 (article 65).</p>
Dépassements d'honoraires	<p>Aucun dépassement d'honoraires ne peut être facturé au bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (sauf exigences particulières).</p> <p>Article L. 162-5 du code de la sécurité sociale</p>	<p>Des dépassements d'honoraires peuvent être pratiqués par les professionnels de santé.</p>
Aides auditives	<p>Les distributeurs de dispositifs médicaux sont tenus de proposer aux bénéficiaires de la C2S des aides auditives de classe I à un prix n'excédant pas les tarifs limites fixés par arrêté. Ces aides doivent a minima être de classe I mais peuvent aussi être de classe II.</p> <p>Le bénéficiaire peut toutefois choisir des aides auditives excédant le tarif maximum fixé, auquel cas, la différence entre le montant maximum fixé et le tarif de l'aide auditive choisie sera à sa charge.</p> <p>Aucun devis ne doit être transmis à l'organisme complémentaire gestionnaire du contrat de complémentaire santé solidaire de l'assuré.</p> <p>Arrêté du 27 décembre 2018</p>	<p>L'assuré a le choix entre un équipement issu de la classe I (panier 100 % Santé, aucun reste à charge) ou de la classe 2 (tarifs librement définis par l'audioprothésiste). Au moins une aide auditive commercialisée à un prix maximal de 800 € doit être proposée à l'assuré.</p>

<p>Soins dentaires, prothèses et orthopédie dento-faciale</p>	<p>Les dentistes ne sont pas autorisés à facturer au-delà des montants indiqués par arrêté, pour chacun des actes correspondants.</p> <p><u>Attention</u> : ces montants maximums applicables aux bénéficiaires de la C2S sont inférieurs aux montants maximums de l'offre 100 % Santé. Pour les bénéficiaires de la C2S, les « montants C2S », définis par arrêté, doivent être appliqués.</p> <p>Arrêté du 29 octobre 2019 Arrêté du 22 mars 2019 Avenant 2 à la convention des chirurgiens-dentistes</p>	<p>Tout dentiste conventionné doit mentionner dans son devis un plan de traitement 100 % Santé (lorsqu'il existe).</p> <p><i>A noter que les actes sont répartis en 3 paniers, dont les prix sont plafonnés pour 2 d'entre eux (RACO et RAC modéré)</i></p>
<p>Equipements d'optique</p>	<p>Le bénéficiaire de la C2S a le choix entre un équipement issu de la classe A (panier 100 % Santé, aucun reste à charge) ou de la classe B (prise en charge du ticket modérateur). Au moins un équipement optique de la classe A doit être proposé à l'assuré.</p> <p>Dans le cas où le bénéficiaire choisit un équipement du panier A, les devis d'optique n'ont pas à être envoyés aux organismes gestionnaires de la C2S.</p> <p>Arrêté du 29 octobre 2019</p>	<p>L'assuré a le choix entre un équipement issu de la classe A (panier 100 % Santé, aucun reste à charge) ou de la classe B (application de planchers et plafonds de prise en charge en application de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale). Au moins un équipement optique de la classe A doit être proposé à l'assuré.</p> <p><i>A noter que l'assuré a la possibilité de « panacher » entre verres et montures de classes A et B (verres A + monture B ou verres B + monture A).</i></p>
<p>Hospitalisation</p>	<p>Les frais d'hospitalisation et le forfait journalier hospitalier sont pris en charge de façon illimitée pour l'assuré (à l'hôpital ou dans une clinique conventionnée). Sur présentation de sa carte vitale mise à jour, le bénéficiaire de la C2S bénéficie d'un tiers payant intégral. Ainsi, aucun devis ou aucune demande de prise en charge ne doivent être envoyés à l'organisme gestionnaire de son contrat de complémentaire santé solidaire, dans le cas où les prestations sont intégralement prises en charge (cf. grille de garantie de la complémentaire santé solidaire ci-dessous).</p> <p>Article D. 861-2 du code de la sécurité sociale</p>	<p>Les frais d'hospitalisation (ticket modérateur avec ou sous hébergement y compris la participation forfaitaire de 24 € et les consultations et actes externes) et le forfait journalier hospitalier sont obligatoirement pris en charge par la complémentaire santé de l'assuré dès lors que celui-ci dispose d'un contrat responsable (article R. 871-2 du CSS).</p>

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,

Signé

Franck VON LENNEP

Annexe 1 – Grille de garantie de la complémentaire santé solidaire

Prestations	Prise en charge		
	Régime obligatoire (cas général)	Complémentaire santé solidaire (1)	Prise en charge totale : régime obligatoire + complémentaire santé solidaire
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Honoraires des praticiens (médecins généralistes, médecins spécialistes de secteur 1 ou 2, sages-femmes, psychiatres, etc.)	70%	30%	Prise en charge intégrale
Honoraires des chirurgiens-dentistes (et chirurgiens-dentistes spécialisés dans le traitement ODF, stomatologues de secteur 1 ou 2)	70%	30%	Prise en charge intégrale
Honoraires paramédicaux			
Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues (2)) 60% 40%	60%	40%	Prise en charge intégrale
Matériel médical			
Orthopédie	60%	40%	Prise en charge dans la limite du TRSS (3)
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, orthoprothèses, véhicules pour handicapés physiques)	100%	-	Prise en charge dans la limite du TRSS
Produits d'origine humaine (sang, lait, sperme)	100%	-	Prise en charge dans la limite du TRSS
Dispositifs médicaux dans le panier de soins complémentaire santé solidaire (4)	60%	40%	Prise en charge intégrale
Médicaments prescrits			
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	65%	35%	Prise en charge intégrale
Médicaments à service médical rendu modéré	30%	70%	Prise en charge intégrale
Médicaments à service médical rendu faible	15%	85%	Prise en charge intégrale
Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux 100% - Prise en charge intégrale	100%	-	Prise en charge intégrale
Préparations magistrales (PMR)	65%	35%	Prise en charge dans la limite du TRSS
Préparations magistrales à base de spécialités déconditionnées ayant un taux de prise en charge à 30% (PM4)	30%	70%	Prise en charge dans la limite du TRSS
Médicaments homéopathiques et préparations magistrales homéopathiques (PMH)	15%	85%	Prise en charge dans la limite du TRSS

Analyses et examens de laboratoires prescrits			
Actes en B (actes de biologie)	60%	40%	Prise en charge intégrale
Actes en P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)	70%	30%	Prise en charge intégrale
Prélèvements effectués par les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70%	30%	Prise en charge intégrale
Prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire non médecins, les auxiliaires médicaux, les auxiliaires de laboratoire non infirmiers	60%	40%	Prise en charge intégrale
Frais d'analyse et d'examen de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	100%	-	Prise en charge intégrale
Dentaire			
Soins	70%	30%	Prise en charge intégrale
Prothèses et orthopédie dento-faciale du panier de soins complémentaire santé solidaire (5)	70%	30% + forfait C2S	Prise en charge intégrale
Orthopédie dento-faciale (traitements d'orthodontie soumis à accord préalable et commencés avant le 16 ^{ème} anniversaire, 6 semestres maximum)	100%	-	Prise en charge intégrale
Autres prothèses et traitement d'orthopédie dento-faciale	70%	30%	Prise en charge dans la limite du montant maximum autorisé de la sécurité sociale
Optique			
Equipements d'optique du panier 100% santé (sur prescription médicale, un équipement de lunettes - monture et verres - 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) (5)	60%	40% + forfait C2S	Prise en charge intégrale
Autres équipements d'optique	60%	40%	Prise en charge dans la limite du TRSS
Lentilles de contact (sur prescription médicale en cas de d'astigmatisme irrégulier, myopie égale ou supérieure à 8 dioptries, strabisme accommodatif, aphakie, anisométrie à 3 dioptries, kératocône : forfait annuel de 39,48 € par œil)	60%	40%	Prise en charge dans la limite du forfait annuel de la sécurité sociale
Aides auditives			
Aides auditives du panier de soins complémentaire santé solidaire (5)	60%	40% + forfait C2S	Prise en charge intégrale dans la limite du montant maximum autorisé C2S
Piles pour aides auditives du panier de soins complémentaire santé solidaire	60%	40%	Prise en charge intégrale
Autres aides auditives	60%	40% + forfait C2S	Prise en charge dans la limite du montant maximum autorisé C2S
Autres piles pour aides auditives	60%	40%	Prise en charge dans la limite du montant maximum autorisé
Frais de transport			
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)	65%	35%	Prise en charge intégrale
Cure thermale			
Cure thermale libre			
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires)	70%	30%	Prise en charge dans la limite du TRSS
Frais d'hydrothérapie	65%	35%	Prise en charge dans la limite du TRSS
Frais d'hébergement, frais de transport (6)	-	-	Pas de prise en charge

Cure thermale avec hospitalisation			
Cure thermale avec hospitalisation	80%	20%	Prise en charge dans la limite du TRSS
Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée)			
Frais d'hospitalisation (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%	20%	Prise en charge intégrale
Transfert d'un établissement hospitalier vers un autre établissement hospitalier, sauf maison de retraite ou de convalescence	100%	-	Prise en charge intégrale
Forfait journalier hospitalier : durée illimitée durant la période de validité de la complémentaire santé solidaire	-	100%	Prise en charge intégrale

Nota: Hors exigence particulière du patient, les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs maximum fixés par l'assurance maladie. Les bénéficiaires ont droit au tiers-payant intégral (dispense d'avance des frais sur la part obligatoire et complémentaire).

(1) La complémentaire santé solidaire prend en charge la part complémentaire des soins reconnus par l'assurance maladie : soins de ville, soins hospitaliers et l'ensemble des prescriptions (pharmacie, analyses, etc.). La participation forfaitaire de 1 euro et les franchises médicales ne sont pas demandées aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

(2) 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 remboursables par l'assurance maladie et la complémentaire santé solidaire, renseignez-vous auprès de votre caisse d'assurance maladie.

(3) Prise 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).

(4) L'arrêté du 14 août 2002 liste les dispositifs médicaux pour lesquels les professionnels de santé doivent respecter les tarifs conventionnels. Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire n'ont donc pas de restes à charge sur ces dispositifs médicaux.

(5) Pour les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale, les lunettes (verres et monture) et les aides auditives, la complémentaire santé solidaire 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.

(6) L'assurance maladie peut prendre en charge une partie des frais de transport et d'hébergement.

Annexe 2 – Prise en charge des aides auditives dans le panier de soins complémentaire santé solidaire en 2021¹

CODE DE FACTURATION	DISPOSITIF PRIS EN CHARGE	TARIF DE REMBOURSEMENT	FORFAIT DE PRISE EN CHARGE en sus du tarif
Aide auditive pour les personnes au-delà de leur 20^{ème} anniversaire			
2392530	Aide auditive de classe I ou de classe II, oreille droite, pour les personnes âgées de plus de 20 ans, accompagnée d'une prestation initiale, et de l'ensemble des prestations de suivi.	400	400
2341840	Aide auditive de classe I ou de classe II, oreille gauche, pour les personnes âgées de plus de 20 ans, accompagnée d'une prestation initiale et de l'ensemble des prestations de suivi.	400	400

CODE DE FACTURATION	DISPOSITIF PRIS EN CHARGE	TARIF DE REMBOURSEMENT	FORFAIT DE PRISE EN CHARGE en sus du tarif
Aide auditive pour les personnes de moins de 20 ans et/ou en cas de cécité			
2325120	Aide auditive de classe I, oreille droite.	1 400	0
2337749	Aide auditive de classe I, oreille gauche.	1 400	0
2307926	Aide auditive de classe II, oreille droite.	1 400	0
2369117	Aide auditive de classe II, oreille gauche.	1 400	0

¹ Arrêté du 27 décembre 2018 relatif aux conditions de prise en charge et à la tarification sociale sur les aides auditives applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé.

CODE DE FACTURATION	DISPOSITIF PRIS EN CHARGE	TARIF DE REMBOURSEMENT	FORFAIT DE PRISE EN CHARGE en sus du tarif
Aide auditive pour les personnes de moins de 20 ans et/ou en cas de cécité			
2356882	Piles sans mercure 10 ou équivalent (B/6), dans la limite de 10 paquets par année.	1,50 €	0
2356907	Piles sans mercure 312-marron ou équivalent (B/6), dans la limite de 7 paquets par année.	1,50 €	0
2332976	Piles sans mercure 13-orange ou équivalent (B/6), dans la limite de 5 paquets par année.	1,50 €	0
2317149	Piles sans mercure 675-bleue ou équivalent (B/6), dans la limite de 3 paquets par année.	1,50 €	0

Codes prestations applicables depuis le 1^{er} janvier 2021 en audiologie :

Type d'assuré	Aide auditive classe I Gauche	Aide auditive classe I Droite	Aide auditive classe II Gauche	Aide auditive classe II Droite	Piles	Accessoires
Tout assuré couvert par une complémentaire santé	P1G	P1D	P2G	P2D	PIL	APA
Bénéficiaire de la C2S	P2G	P2D	P2G	P2D	PIL	APA

Annexe 3 – Prise en charge des prothèses dentaires et traitements d'orthodontie par la complémentaire santé solidaire en 2021¹

Codes CCAM	Libellés	Codification	Tarif de responsabilité (1) (en euros)	Montant maximum pris en charge en sus du tarif de responsabilité (2) (en euros)	Montant total pris en charge (1 + 2) (en euros)
	Restauration				
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	FDC	100	150	250
	Prothèses fixées				
HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée « sans reste à charge » Facturation pour : -couronnes métalliques toutes localisations (HBLD038) ; -couronnes céramométalliques sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634) ; -couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) ; -couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) incisives, canines et premières prémolaires (HBLD680) ; Non facturable pour une couronne définitive réalisée en extemporané, facturable une seule fois par couronne définitive	FDC	10	30	40
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	FDC	120	130	250
HBLD634	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur une incisive, une canine ou une première prémolaire	FDC	120	310	430

¹ Arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux conditions de prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques et pour les équipements d'optique médicale.
Arrêté du 29 mars 2019 portant approbation des avenants 1 et 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie signée le 21 juin 2018.
Arrêté du 22 mars 2019 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.

HBLD350	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique-monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire	FDC	120	280	400
HBLD680	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone pour incisives, canines et premières prémolaires	FDC	20	310	430
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale	FDC	38,7	1,5	40,2
HBLD090	<p>Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoporté sans « reste à charge » Avec ou sans clavette</p> <p>A l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042)</p> <p>Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> -couronnes métalliques toutes localisations (HBLD038) ; -couronnes céramométalliques sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634) ; -couronnes céramiques-monolithiques (zircone) toutes localisations sauf molaires (HBLD350) ; -couronnes céramiques-monolithiques (hors zircone) incisives, canines et premières prémolaires (HBLD680) ; -bridge de base tout métallique (HBLD033) ; -bridge de base céramométallique pour remplacement d'une incisive (HBLD785). <p>Prise en charge limitée à l'infrastructure coronoradiculaire métallique coulée</p>	FDC	90	40	130
HBLD745	<p>Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés à « entente directe limitée » Avec ou sans clavette</p> <p>A l'exclusion de : restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire (HBMD042)</p> <p>Facturation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> -bridges de base HBLD040, HBLD043, HBLD227 <p>Prise en charge limitée à l'infrastructure coronoradiculaire métallique coulée</p>	FDC	90	40	130

HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	FDC	279,5	470,73	750,23
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire métallique	FDC	279,5	637	916,5
	-Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires				
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique, et 1 élément intermédiaire céramométallique	FDC	279,5	803,28	1082,78
	-Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires				
HBLD785	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une incisive -bridge de base avec piliers d'ancrage sur incisives ou canines uniquement	FDC	279,5	956,26	1235,76
HBLD227	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques et 1 élément intermédiaire céramométallique pour le remplacement d'une dent autre qu'une incisive	FDC	279,5	956,26	1235,76
	-Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires				
	Prothèses amovibles				
HBLD364	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 1 à 3 dents	FDA	64,5	210,5	275
HBLD476	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 4 dents	FDA	75,25	234,75	310

HBLD224	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 5 dents	FDA	86	264	350
HBLD371	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 6 dents	FDA	96,75	253,25	350
HBLD123	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 7 dents	FDA	107,5	292,5	400
HBLD270	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 8 dents	FDA	118,25	281,75	400
HBLD148	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 9 dents	FDA	129	271	400
HBLD231	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 10 dents	FDA	139,75	280,25	420
HBLD215	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 11 dents	FDA	150,5	269,5	420
HBLD262	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 12 dents	FDA	161,25	258,75	420
HBLD232	Pose d'une prothèse amovible de transition à plaque base résine, comportant 13 dents	FDA	172	278	450
HBLD032	Pose d'une prothèse amovible de transition unimaxillaire complète à plaque base résine	FDA	182,75	317,25	500
HBLD259	Pose d'une prothèse amovible de transition bimaxillaire complète à plaque base résine	FDA	365,5	634,5	1000
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	FDA	129	351	480

HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	FDA	139,75	340,25	480
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	FDA	150,5	419,5	570
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	FDA	161,25	408,75	570
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	FDA	172	398	570
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	FDA	182,75	545,25	728
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	FDA	365,5	1090,5	1456
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	FDA	193,5	362,5	556
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	FDA	204,25	510,75	715
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	FDA	215	500	715
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	FDA	225,75	489,25	715
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	FDA	236,5	513,5	750
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	FDA	247,25	502,75	750

HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	FDA	258	492	750
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	FDA	268,75	481,25	750
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	FDA	279,5	570,5	850
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	FDA	290,25	559,75	850
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	FDA	301	549	850
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	311,75	745,25	1057
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	FDA	623,5	1490,5	2114
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA	494,5	1290,5	1785
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	21,5	1,41	22,91
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	43	2,82	45,82
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	64,5	4,22	68,72
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	86	5,63	91,63

YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	107,5	7,04	114,54
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA	129	8,45	137,45
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	32,25	2,11	34,36
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	64,5	4,22	68,72
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	96,75	6,34	103,09
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	129	8,45	137,45
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	161,25	10,56	171,81
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	193,5	12,67	206,17
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	225,75	14,79	240,54
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	258	16,9	274,9
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	290,25	19,01	309,26
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	322,5	21,12	343,62

YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	354,75	23,24	377,99
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	387	25,35	412,35
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	419,25	27,46	446,71
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA	451,5	29,57	481,07
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine sans renfort métallique, fêlée ou fracturée	FDR	21,5	53,5	75
HBMD356	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine avec renfort métallique, fêlée ou fracturée	FDR	21,5	58,5	80
HBMD017	Adjonction ou remplacement d'un élément d'une prothèse dentaire amovible	FDR	21,5	63,5	85
HBMD114	Adjonction ou remplacement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	32,25	77,75	110
HBMD322	Adjonction ou remplacement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	43	97	140
HBMD404	Adjonction ou remplacement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	53,75	116,25	170
HBMD245	Adjonction ou remplacement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	64,5	135,5	200
HBMD198	Adjonction ou remplacement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	75,25	164,75	240

HBMD373	Adjonction ou remplacement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	86	194	280
HBMD228	Adjonction ou remplacement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	96,75	223,25	320
HBMD286	Adjonction ou remplacement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	107,5	252,5	360
HBMD329	Adjonction ou remplacement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	118,25	281,75	400
HBMD226	Adjonction ou remplacement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	129	311	440
HBMD387	Adjonction ou remplacement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	139,75	340,25	480
HBMD134	Adjonction ou remplacement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	150,5	369,5	520
HBMD174	Adjonction ou remplacement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR	161,25	398,75	560
HBKD396	Changement de 1 facette d'une prothèse dentaire amovible	FDR	17,2	22,8	40
HBKD431	Changement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	34,4	35,6	70
HBKD300	Changement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	51,6	48,4	100
HBKD212	Changement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	68,8	61,2	130
HBKD462	Changement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	86	74	160
HBKD213	Changement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	103,2	86,8	190

HBKD140	Changement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	120,4	99,6	220
HBKD244	Changement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR	137,6	112,4	250
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	FDR	32,25	42,75	75
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'un élément	FDR	38,7	46,3	85
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	FDR	45,15	49,85	95
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	FDR	51,6	53,4	105
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	FDR	58,05	56,95	115
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	FDR	64,5	60,5	125
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	FDR	70,95	64,05	135
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	FDR	77,4	67,6	145
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	FDR	83,85	71,15	155
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	FDR	90,3	74,7	165
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	FDR	96,75	78,25	175

HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	FDR	103,2	81,8	185
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	FDR	109,65	85,35	195
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	FDR	116,1	88,9	205
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	FDR	122,55	92,45	215
HBMD249	Adjonction ou changement d'un élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	43	27	70
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	86	24	110
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	129	21	150
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	172	18	190
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	215	15	230
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	258	12	270
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	301	9	310
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	344	6	350

HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR	387	3	390
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	430	0	430
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	473	0	473
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	516	0	516
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	559	0	559
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	///	602	0	602
Orthopédie dento-faciale					
	Traitement des dysmorphoses, par période de six mois, dans la limite de six périodes :				
	-sans multiattaches	FDO	193,50	139,50	333,00
	Traitement des dysmorphoses :				
	-avec multiattache	FDO	193,50	270,50	464,00
	Séance de surveillance (au maximum deux par semestre)		10,75	0	10,75
	Contention après traitement orthodontique :				

	-1 ^{ère} année		161,25	0	161,25
	-2 ^{ème} année		107,50	0	107,50
	Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée		387,00	0	387,00
	Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre total ou à la division palatine :				
	-forfait annuel, par année		430,00	0	430,00
	-en période d'attente		129,00	0	129,00
	Traitement d'orthopédie dento-faciale avec multiattaches au-delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires pour une période de six mois non renouvelable	FDO	193,50	187,62	381,12

Annexe 4 – Prise en charge des équipements d'optique médicale par la complémentaire santé solidaire en 2021¹

CODE	DÉSIGNATION	Tarif de responsabilité (en € TTC)	Montant maximum pris en charge en sus du tarif de responsabilité	Prix limite de vente (en € TTC)
VERRES UNIFOCALUX (CLASSE A)				
2263287	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] 0 à -2,00]	9,75	22,75	32,5
2254911	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -2,00 à -4,00]	11,25	26,25	37,5
2201814	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -4,00 à -6,00]	14,25	33,25	47,5
2214840	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -6,00 à -8,00]	14,25	33,25	47,5
2223394	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -8,00 à -12,00]	29,25	68,25	97,5
2254727	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère < -12,00	29,25	68,25	97,5
2229362	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] 0 à +2,00]	9,75	22,75	32,5
2238444	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] +2,00 à +4,00]	11,25	26,25	37,5
2238823	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] +4,00 à +6,00]	14,25	33,25	47,5
2260509	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] +6,00 à +8,00]	14,25	33,25	47,5

¹ Arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux conditions de prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques et pour les équipements d'optique médicale.

2274380	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] +8,00 à +12,00]	29,25	68,25	97,5
2203316	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère > +12,00	29,25	68,25	97,5
2234050	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH [0 à - 2,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	11,25	26,25	37,5
2231235	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH] -2,00 à -4,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	12,75	29,75	42,5
2217525	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH] -4,00 à -6,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	15,75	36,75	52,5
2241392	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH] -6,00 à -8,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	15,75	36,75	52,5
2277266	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH] -8,00 à -12,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	30,75	71,75	102,5
2220384	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH < -12,00 et CYL (+) [0,25 à 4,00]	30,75	71,75	102,5
2218559	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S ≤ 2	11,25	26,25	37,5
2254584	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S entre] +2,00 à +4,00]	12,75	29,75	42,5
2258406	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S entre] +4,00 à +6,00]	15,75	36,75	52,5
2203871	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S entre] +6,00 à +8,00]	15,75	36,75	52,5
2231258	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S entre] +8,00 à +12,00]	30,75	71,75	102,5

2215905	OPTIQUE, verre unifocal classe A, SPH positive et S > +12,00	30,75	71,75	102,5
2255520	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère [0 à -2,00] et cylindre (+) >4	15,75	36,75	52,5
2284071	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -2,00 à -4,00] et cylindre (+) >4	17,25	40,25	57,5
2266080	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -4,00 à -6,00] et cylindre (+) >4	20,25	47,25	67,5
2238409	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -6,00 à -8,00] et cylindre (+) >4	20,25	47,25	67,5
2293390	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) >4	35,25	82,25	117,5
2236586	OPTIQUE, verre unifocal classe A, sphère < -12,00 et cylindre (+) >4	35,25	82,25	117,5
VERRES MULTIFOCAUX (CLASSE A)				
2245190	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère [0 à -2,00]	13,5	31,5	45
2235977	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -2,00 à -4,00]	15	35	50
2232648	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -4,00 à -6,00]	18	42	60
2234357	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -6,00 à -8,00]	18	42	60
2217229	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -8,00 à -12,00]	18	42	60
2272398	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère < -12,00	30	70	100
2267240	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] 0 à +2,00]	13,5	31,5	45

2264884	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] +2,00 à +4,00]	15	35	50
2241009	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] +4,00 à +6,00]	18	42	60
2209193	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] +6,00 à +8,00]	18	42	60
2253248	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] +8,00 à +12,00]	18	42	60
2237829	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère > +12,00	30	70	100
2216885	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH [0 à - 2,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	18	42	60
2245875	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH] -2,00 à -4,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	19,5	45,5	65
2223626	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH] -4,00 à -6,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	22,5	52,5	75
2201754	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH] -6,00 à -8,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	22,5	52,5	75
2261087	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH] -8,00 à -12,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	22,5	52,5	75
2247093	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH < -12,00 et CYL (+) [0,25 à 4,00]	34,5	80,5	115
2234475	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S ≤ 2	18	42	60
2225648	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S entre] +2,00 à +4,00]	19,5	45,5	65
2228931	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S entre] +4,00 à +6,00]	22,5	52,5	75

2287514	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S entre] +6,00 à +8,00]	22,5	52,5	75
2275847	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S entre] +8,00 à +12,00]	22,5	52,5	75
2237775	OPTIQUE, verre multifocal classe A, SPH positive et S > +12,00	34,5	80,5	115
2288293	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère [0 à -2,00] et cylindre (+) >4	22,5	52,5	75
2204563	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -2,00 à -4,00] et cylindre (+) >4	24	56	80
2292544	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -4,00 à -6,00] et cylindre (+) >4	27	63	90
2234245	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -6,00 à -8,00] et cylindre (+) >4	27	63	90
2256910	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) >4	27	63	90
2256560	OPTIQUE, verre multifocal classe A, sphère < -12,00 et cylindre (+) >4	39	91	130
VERRES PROGRESSIFS (CLASSE A)				
2249229	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère [0 à -2,00]	22,5	52,5	75
2296803	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -2,00 à -4,00]	24	56	80
2282913	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -4,00 à -6,00]	27	63	90

2272748	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -6,00 à -8,00]	27	63	90
2248030	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -8,00 à -12,00]	39	91	130
2243511	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère < -12,00	39	91	130
2210635	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] 0 à +2,00]	22,5	52,5	75
2279934	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] +2,00 à +4,00]	24	56	80
2217376	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] +4,00 à +6,00]	27	63	90
2221917	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] +6,00 à +8,00]	27	63	90
2274730	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] +8,00 à +12,00]	39	91	130
2221604	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère > +12,00	39	91	130
2236362	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH [0 à - 2,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	27	63	90
2210061	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH] -2,00 à -4,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	28,5	66,5	95
2215957	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH] -4,00 à -6,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	31,5	73,5	105
2252177	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH] -6,00 à -8,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	31,5	73,5	105
2216359	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH] -8,00 à -12,00] et CYL (+) [0,25 à 4,00]	43,5	101,5	145
2236066	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH < -12,00 et CYL (+) [0,25 à 4,00]	43,5	101,5	145

2209342	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et $S \leq 2$	27	63	90
2286118	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et S entre] +2,00 à +4,00]	28,5	66,5	95
2244203	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et S entre] +4,00 à +6,00]	31,5	73,5	105
2218950	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et S entre] +6,00 à +8,00]	31,5	73,5	105
2297910	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et S entre] +8,00 à +12,00]	43,5	101,5	145
2228411	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH positive et $S > +12,00$	43,5	101,5	145
2268273	OPTIQUE, verre progressif classe A, SPH [0 à -2,00] et CYL (+) >4	34,5	80,5	115
2229209	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -2,00 à -4,00] et cyl (+) >4	36	84	120
2295175	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -4,00 à -6,00] et cylindre (+) >4	39	91	130
2224270	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -6,00 à -8,00] et cylindre (+) >4	39	91	130
2299196	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) >4	51	119	170
2234334	OPTIQUE, verre progressif classe A, sphère < -12,00 et cylindre (+) >4	51	119	170

VERRES NEUTRES (CLASSE A)				
2263927	OPTIQUE, verre neutre de classe A	6	14	20
MONTURES (CLASSE A)				
2222124	OPTIQUE, monture adulte de classe A	9	21	30
2254242	OPTIQUE, monture enfant de classe A	9	21	30
2264223	OPTIQUE, supplément pour monture (de classe A) de lunettes à coque, < 6 ans	6	14	20
VERRES TEINTES				
2267641	OPTIQUE, supplément pour verres teintés	1,5	3,5	5
PRESTATIONS ADAPTATION VERRES				
2226435	OPTIQUE, prestation adaptation verres de classe A	10	0	10
PRESTATIONS D'APPAIRAGE				
2232252	OPTIQUE, prestation d'appairage niveau 1	1,5	3,5	5
2222503	OPTIQUE, prestation d'appairage niveau 2	3	7	10
2206987	OPTIQUE, prestation d'appairage niveau 3	4,5	10,5	15