

Bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire

28 juin 2022

La Complémentaire santé solidaire pour les plus modestes

Depuis le 1er novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement de la complémentaire santé (ACS) ont évolué pour devenir la Complémentaire santé solidaire. Ce dispositif unique vise à diminuer le non-recours aux droits et à favoriser l'accès aux soins.

Plus simple au niveau des démarches à accomplir, elle a aussi été conçue pour offrir une protection renforcée à ses bénéficiaires. Elle reste sans participation financière pour les foyers dont les ressources sont inférieures au plafond de l'ancienne CMU-C. Toutefois, pour les foyers dont les ressources sont comprises entre ce plafond et celui de l'ancienne ACS, elle peut aussi être accordée contre une participation financière de moins de 1 € par jour et par personne du foyer.

Pour les chirurgiens-dentistes, rien ne change

Comme pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS précédemment, vous devez demander au patient de justifier ses droits avec la présentation de sa carte Vitale à jour. En cas d'impossibilité de lecture de la carte ou si celle-ci n'est pas à jour, vous demandez l'attestation de droit à la Complémentaire santé solidaire, dès lors qu'il a justifié de ses droits.

Attention : vous ne pouvez pas refuser de soigner ou de recevoir en consultation un patient bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire.

Prise en charge pour les bénéficiaires de la CSS

La Complémentaire santé solidaire assure, avec dispense totale d'avance de frais :

la prise en charge du ticket modérateur (c'est-à-dire de la partie non remboursée par l'Assurance Maladie) sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments remboursables, les frais d'hospitalisation ;

l'exonération de la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations ou actes médicaux, les examens de radiologie, les analyses médicales ;

l'exonération de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires ;

la prise en charge du forfait journalier en cas d'hospitalisation (sans limitation de durée) et l'exonération du forfait de 18 € ;

la prise en charge des frais dépassant les montants remboursables par l'Assurance Maladie, dans la limite des tarifs fixés par arrêtés, pour :

- les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale,
- les lunettes (verres et monture),
- les prothèses auditives,
- d'autres produits et appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils roulants, etc.).

Justificatif des droits à la CSS

Pour justifier de ses droits à la Complémentaire santé solidaire, **votre patient doit vous présenter sa carte Vitale à jour**. La mention « Date de fin de droits » qui y figure est la preuve de l'ouverture de ses droits à la Complémentaire santé solidaire, jusqu'à la date indiquée.

Si votre patient n'a pas de carte Vitale ou si elle n'est pas à jour, ou si vous n'êtes pas équipé en Sesam-Vitale, demandez-lui de vous présenter son **attestation papier de droits à la Complémentaire santé solidaire**, mentionnant la liste des bénéficiaires et les dates de début et de fin de droits à la Complémentaire santé solidaire.

En pratique, l'utilisation de votre logiciel équipé du dispositif d'« Acquisition des droits intégrés » (ADRI) viendra utilement compléter ces données en vous donnant accès aux informations qui n'ont pas été mises à jour sur la Carte vitale. Pour en savoir plus, n'hésitez pas à contacter votre éditeur de logiciel ; la plupart ont désormais intégré cette fonctionnalité dans leur dernière version.

Durée des droits et renouvellement

Les droits à la Complémentaire santé solidaire sont accordés :

- à toutes les personnes constituant le foyer (le demandeur, son conjoint, concubin ou partenaire Pacs et les personnes à charge) ;
- pour une année, et sont renouvelables chaque année après examen d'une nouvelle demande.

En cas de non renouvellement de ses droits à la Complémentaire santé solidaire, votre patient peut toutefois continuer de bénéficier pendant 12 mois de la dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie, sur présentation d'une attestation de tiers payant. Dans cette situation, votre patient vous règle directement la part non prise en charge par l'Assurance Maladie uniquement.

Tarification, facturation et tiers-payant

Vous devez pratiquer le tiers payant sur la totalité des frais si le patient que vous recevez vous a présenté un justificatif de droits à la Complémentaire santé solidaire.

Sauf exigence de sa part, votre patient n'aura rien à vous régler et vous serez remboursé de vos honoraires directement par sa caisse d'assurance maladie.

Facturer en tiers payant sur une feuille de soins électronique (FSE)

Plusieurs situations peuvent se présenter :

La carte Vitale de votre patient est à jour : la carte Vitale porte la mention des droits à la Complémentaire santé solidaire. Dans ce cas, le code 9999999 7 (si la Complémentaire santé solidaire est gérée par une CPAM) ou 8888888 8 (si la Complémentaire santé solidaire est gérée par un autre organisme) s'inscrit sur la FSE. Certains logiciels se positionnent par défaut sur « Pas de tiers payant ». Vous devez choisir le destinataire de paiement « Tiers payant » (TP) sur « Part obligatoire (AMO) » et « Part complémentaire (AMC) ».

La carte Vitale de votre patient n'est pas à jour : votre patient doit vous présenter son attestation papier avec ses droits en cours de validité. Sélectionnez l'option « Tiers-payant sur part obligatoire et sur part complémentaire » (ou « Tiers-payant sur AMO et AMC ») et saisissez manuellement le top mutualiste « M ». La caisse d'assurance maladie de votre patient vous règlera directement la totalité de vos honoraires dans un délai de 4 jours ouvrés environ.

Facturer en tiers payant sur une feuille de soins papier

Dans la zone « Règlement » de la feuille de soins, cochez les cases « L'assuré n'a pas réglé la part obligatoire » et « L'assuré n'a pas réglé la part complémentaire ».

La caisse d'assurance maladie de votre patient vous règlera directement la totalité de vos honoraires dans un délai de vingt jours environ.

Complémentaire santé solidaire et soins bucco-dentaires

Les modalités de tarification, de facturation et de tiers payant applicables à un patient bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire pour les actes dentaires, les prothèses dentaires et les traitements d'ODF sont les suivantes :

Actes dentaires

Pour les actes dentaires (consultations, soins conservateurs et chirurgicaux, actes de radiodiagnostic), vous êtes tenu de respecter les tarifs conventionnels en vigueur, ceux fixés par la CCAM, et d'appliquer la dispense totale d'avance de frais à un patient bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire, sous réserve que celui-ci ait justifié de ses droits à la Complémentaire santé solidaire.

Vos honoraires vous seront versés directement par l'Assurance Maladie.

À noter : vous ne devez pas facturer de dépassement d'honoraires, sauf en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient (par exemple un rendez-vous en dehors des heures habituelles de consultation). Dans cette situation, le dépassement « DE » n'est jamais pris en charge par l'Assurance Maladie, il n'est pas non plus pris en charge au titre de la Complémentaire santé solidaire. Il reste à la charge du patient qui vous le règle directement, lors de la consultation.

Prothèses dentaires et traitements d'odf selon les tarifs de soins pris en charge par la CSS

Les prothèses dentaires et les traitements d'orthopédie dento-faciale sont pris en charge au titre de la Complémentaire santé solidaire au-delà des montants remboursables par l'Assurance Maladie et dans la limite de tarifs fixés par l'arrêté du 29 octobre 2019.

Vous êtes tenu de respecter ces tarifs et d'appliquer la dispense totale d'avance de frais à un patient bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire, sous réserve que celui-ci ait justifié de ses droits à la Complémentaire santé solidaire.

Vos honoraires vous seront versés directement par l'Assurance Maladie.

Avant de débuter un traitement

Avant de commencer un traitement, des formalités sont à remplir :

si le traitement concerne des **prothèses dentaires**, vous devez établir et remettre à votre patient un devis avec la mention « Complémentaire santé solidaire » ;

si le traitement concerne des **actes d'ODF**, vous devez établir une demande d'entente préalable accompagnée d'un devis avec la mention « Complémentaire santé solidaire » à adresser au chirurgien-dentiste-conseil de la caisse d'assurance maladie de votre patient. Cette dernière notifiera, dans les plus brefs délais, un accord de prise en charge sur le montant couvert.

Retrouvez les limites de [tarifs fixés par arrêté pour la prise en charge par la Complémentaire santé solidaire des prothèses dentaires et des traitements orthodontiques](#). Seules les prestations fixées par arrêté sont prises en charge par la Complémentaire santé solidaire.

Remplir la feuille de soins électronique ou papier

Feuille de soins électronique (FSE)

Dans le cas d'une **feuille de soins électronique (FSE)**, la carte Vitale de votre patient doit porter la mention des droits à la Complémentaire santé solidaire.

Le code 9999999 7 (si la Complémentaire santé solidaire est gérée par la caisse d'assurance maladie) ou 8888888 8 (si la Complémentaire santé solidaire est gérée par un autre organisme) s'inscrit alors sur la FSE.

Respectez la procédure classique des FSE.

Feuille de soins papier

Pour remplir une feuille de soins papier :

1. Indiquez un acte par ligne. Dans la colonne « Désignation des actes suivant CCAM » : indiquez en sus de la cotation CCAM le code de transposition (ex. : FDC ou FDA ou FDR ou FPO).
2. Remplissez la case « Total des honoraires perçus ». Cela correspond au montant total des actes réalisés.
3. Portez la mention « Complémentaire santé solidaire » à la place de la signature attestant le paiement de vos honoraires.

À noter : pour les actes soumis à entente préalable, indiquez uniquement les actes mentionnés sur la notification de la caisse d'assurance maladie ou de l'organisme complémentaire comme étant pris en charge.

Dans cette situation, n'oubliez pas de joindre, soit l'avis formulé par le contrôle dentaire, soit la notification de la caisse d'assurance maladie ou de l'organisme complémentaire.