2026

Santé Info Droits PRATIQUE

C.2.2

SÉCURITÉ SOCIALE

— LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE —

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Depuis le 1er novembre 2019, la Complémentaire santé solidaire (C2S) a remplacé deux dispositifs : la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ainsi que l'Aide au paiement de la complémentaire santé (ACS).

Ainsi, sous certaines conditions, ce dispositif permet le bénéfice d'une complémentaire santé, soit gratuitement soit contre le paiement d'une cotisation limitée en raison de faibles ressources du demandeur.

CE QU'IL FAUT SAVOIR

CONDITIONS DE STABILITÉ ET DE RÉGULARITÉ DE LA RÉSIDENCE

La condition de stabilité est remplie dès lors que la personne peut prouver par tout moyen qu'elle réside en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois (quittances de loyer, factures successives d'électricité, de gaz…).

En revanche, aucun délai n'est requis pour :

- les personnes reconnues réfugiées ou bénéficiaire de la protection subsidiaire ;
- les personnes de retour en France après un volontariat international à l'étranger ;
- les membres de la famille qui rejoignent ou accompagnent pour s'installer en France un assuré ;
- les personnes prises en charge dans certains établissements sociaux et médico-sociaux ;
- les personnes inscrites dans un établissement d'enseignement ou personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique.

Articles R111-2 et D160-2 du Code de la Sécurité sociale (CSS) et Circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000.

La condition de régularité est remplie dès lors que la personne de nationalité étrangère justifie qu'elle est en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers. A défaut de présentation du titre de séjour, la présentation de tout document attestant que l'intéressé a déposé un dossier de demande ou de renouvellement du titre de séjour auprès de la préfecture établit qu'il remplit la condition de régularité.

Arrêté de 10 mai 2017 fixant la liste des titres de séjour prévue au I de l'article R111-3 du Code de la Sécurité sociale.

CONDITIONS DE RESSOURCES

Le droit à la Complémentaire santé solidaire est ouvert aux personnes dont les ressources ne dépassent pas certains plafonds qui dépendent de la composition du foyer et qui sont réévalués chaque année.
On trouve un double plafond de ressources : un premier en deçà duquel l'assuré bénéficie de la complémentaire gratuitement. Un second plafond (35% au-dessus du premier) en deçà duquel l'assuré bénéficie de la complémentaire santé dès lors qu'il s'acquitte d'une participation financière.

Par ailleurs, si la personne dispose d'un logement en tant que propriétaire, occupant à titre gratuit ou locataire bénéficiant d'une aide personnelle au logement, une somme forfaitaire est rajoutée au montant total des ressources du demandeur pour déterminer s'il peut bénéficier de la Complémentaire santé solidaire.

Nombre de personnes au foyer	Plafonds de ressources annuelles au 1er avril 2026			
	Complémentaire santé solidaire sans contribution		Complémentaire santé solidaire avec contribution	
	Métropole	DOM	Métropole	DOM
1	10 421 €	11 599 €	Entre 10 421 € et 14 069 €	Entre 11 599 € et 15 659 €
2	15 632 €	17 398 €	Entre 15 632 € et 21 103 €	Entre 17 398 € et 23 488 €
3	18 758 €	20 878 €	Entre 18 758 € et 25 324 €	Entre 20 878 € et 28 185 €
4	21 885 €	24 358 €	Entre 21 885 € et 29 544 €	Entre 24 358 € et 32 883 €
par personne supplémentaire	4 169 €	4 640 €	5 628 €	6 263 €

Nombre de personnes au foyer	Forfait logement mensuel	
	Propriétaire ou occupant à titre gratuit	Locataire avec une aide au logement
	2026	2026
1	78,20 €	67,84 €
2	136,86 €	156,41 €
3 ou plus	164,23 €	193,55 €

On trouve sur le lien suivant un simulateur de droits : www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits.

Les ressources prises en compte sont celles qui ont été effectivement perçues par toutes les personnes composant le foyer pendant les 12 mois courant du treizième au deuxième mois civil précédant le mois de la demande. Elles comprennent les ressources perçues, qu'elles soient imposables ou non imposables (salaires, indemnités de chômage, prestations sociales et familiales, avantages en nature, revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers), après déduction des cotisations sociales, de la CSG et de la CRDS.
Les revenus du patrimoine et les produits de placement (capitaux) sont retenus pour leur montant imposable après application d'un abattement fixé par arrêté ministériel (article R861-4 du CSS).

D'autres règles s'appliquent à l'évaluation des ressources des travailleurs non-salariés (cf. article R861-15 du CSS).
Par ailleurs, les étudiants qui sont bénéficiaires de certaines aides reçues du Centre régional des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) peuvent se voir attribuer la Complémentaire santé solidaire à titre personnel, c'est-à-dire sans qu'il soit tenu compte des ressources de leurs parents (article L861-1 alinéa 5 du CSS).
Pour l'appréciation des revenus du demandeur, un abattement de 30 % sur les ressources d'activité peut être effectué, sous certaines conditions, en cas de baisse de revenus liée à un changement de situation (chômage indemnisé, arrêt maladie de plus de 6 mois) ou suivant l'attribution de certaines allocations (article R861-8 du CSS).

Par ailleurs, un certain nombre de revenus ne sont pas pris en compte (comme l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et ses compléments, par exemple, revenu de solidarité active (RSA), les bourses d'études… cf. liste complète à l'article R861-10 du CSS).
Sont également déduites du montant des ressources les charges résultant de pensions alimentaires versées.
Le demandeur qui ne peut pas fournir les justificatifs de revenus de son foyer, atteste de cette impossibilité et de l'exactitude des revenus renseignés dans un formulaire homologué (R861-4, alinéa 2 du CSS).
A noter que la caisse peut également faire une évaluation forfaitaire des éléments du train de vie du bénéficiaire (mobilier ou immobilier) pour les prendre en compte dans les conditions d'attribution du droit (articles R861-15-1 à R861-15-7 du CSS).

Les bénéficiaires du RSA sont réputés remplir la condition de ressources pour le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire. Le droit à la protection complémentaire en matière de santé leur est attribué automatiquement, sauf opposition expresse de leur part (article L861-2 du CSS).
Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sont informés par leur organismes de Sécurité sociale de leur potentiel éligibilité à la Complémentaire santé solidaire et de la possibilité d'être accompagnés dans les démarches (articles L861-2 et L861-5 du CSS).

COMMENT ÇA MARCHE ?

BÉNÉFICIER DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Pour une assistance à la constitution du dossier, il est possible de s'adresser à la Caisse de Sécurité sociale de son domicile ou à l'un des organismes habilités : centre communal d'action sociale, service social, association agréée, établissement de santé. Ceux-ci transmettent sans délai à la caisse les éléments utiles à l'examen de la demande de Complémentaire santé solidaire.

L'absence de réponse de la Caisse dans un délai de 2 mois à compter de la réception du dossier complet vaut acceptation (articles. L861-5 et R861-16-1 II du CSS). Il est donc préférable d'envoyer le dossier en lettre recommandée avec avis de réception ou de le déposer contre reçu.

Il est désormais prévu :

- une automaticité d'ouverture de droit pour tous les bénéficiaires du RSA, sauf opposition expresse de leur part ;
- les bénéficiaires de l'Allocation solidarité aux personnes âgées (ASPA) n'ayant exercé aucune activité professionnelle sont réputés remplir la condition de ressources pour le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire.
- les bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) doivent, quant à eux, être informés par leur organismes de Sécurité sociale de leur potentiel éligibilité et de la possibilité pour eux d'être accompagnés dans les démarches.

Les droits sont ouverts pour une année à compter du 1er jour du mois qui suit :

- la date de la décision d'ouverture de droit, en l'absence de contribution financière ;
- ou la réception des éléments nécessaires au paiement de la cotisation, le cas échéant.

Si la situation l'exige, l'ouverture de droits peut se faire au 1er jour du mois du dépôt de la demande, ou à la date du bénéfice de la prise en charge des frais de santé si cette date est postérieure. (article. L861-5 du CSS).

La gestion de la Complémentaire santé solidaire est assurée, au choix du bénéficiaire, soit par l'organisme d'Assurance maladie dont il relève, soit par une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance. Le choix de l'organisme complémentaire se fait au moment de la constitution du dossier de demande. En l'absence de choix, c'est l'organisme d'Assurance maladie obligatoire qui en est le gestionnaire (articles L861-4 et R861-16 du CSS).

La liste des organismes gestionnaires est disponible sur Internet : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/mes-demarches/trouver-un-organisme-complementaire

A compter de la décision d'ouverture du droit, l'organisme gestionnaire de la complémentaire envoie sans délai au bénéficiaire un bulletin d'adhésion ou un contrat ainsi qu'un mandat de prélèvement pour le paiement de la cotisation, le cas échéant (article R861-16-2 du CSS).

L'assuré a alors 3 mois pour renvoyer les documents à l'organisme (article R861-16-3 du CSS).

Si l'assuré a demandé la gestion de sa complémentaire par un organisme agréé, celui-ci ne peut pas subordonner l'entrée en vigueur de cette adhésion ou de ce contrat à aucune autre condition ou formalité que la réception du document attestant l'ouverture de leurs droits et de ceux nécessaires au paiement de la cotisation, le cas échéant.

Chaque bénéficiaire de plus de 16 ans bénéficie d'une attestation de droits, à titre individuel (article R861-16-1 du CSS).

Une fois l'ouverture de droits acquise, l'assuré pourra alors procéder à la mise à jour de la Carte Vitale auprès du guichet d'une Caisse de Sécurité sociale ou d'une pharmacie.

RENOUVELLEMENT

La demande de renouvellement de la Complémentaire santé solidaire doit se faire auprès de sa caisse de Sécurité sociale au plus tôt quatre mois et au plus tard deux mois avant l'expiration de la période d'un an. Le droit renouvelé prendra alors effet le 1er jour du mois qui suit l'expiration du droit précédent (article R861-18 du CSS).

En cas de non-respect de ces délais, le directeur de la Caisse de Sécurité sociale peut néanmoins, à titre exceptionnel, faire procéder au renouvellement avec prise d'effet au lendemain de l'expiration du droit précédent

Le renouvellement est automatique (article R861-18 du CSS). pour les bénéficiaires du RSA, de l'ASPA et d'autres allocations vieillesse (article R861-18 et L861-5 alinéa 6 du CSS). Le montant de leur participation est déterminé, le cas échéant, à chaque renouvellement.

PARTICIPATION FINANCIÈRE

La décision mentionne le montant de la participation financière dont le demandeur doit s'acquitter, chaque mois, pour le bénéfice de ce droit (article R861-16-1 du CSS).

Le montant est calculé pour chaque membre du foyer en fonction de son âge au 1er janvier de l'année en cours :

- Assurés âgés de moins 30 ans : 8 € (2,80 € pour les assurés du régime local Alsace-Moselle)
- Assurés âgés de 30 à 49 ans : 14 € (4,90 € pour les assurés du régime local Alsace-Moselle)
- Assurés âgés de 50 à 59 ans : 21 € (7,30 € pour les assurés du régime local Alsace-Moselle)
- Assurés âgés de 60 à 69 ans : 25 € (8,70 € pour les assurés du régime local Alsace-Moselle)
- Assurés âgés de 70 ans et plus : 30 € (10,50 € pour les assurés du régime local Alsace-Moselle)

Par défaut, le paiement se fait par prélèvement bancaire mais le bénéficiaire peut choisir une autre modalité de paiement. Celui-ci doit intervenir à chaque début de mois pour le mois à venir.

En cas de défaut de paiement de la participation pendant deux mois consécutifs, le droit à la complémentaire peut être suspendu après l'expiration d'un délai de 30 jours, suivant la notification par l'organisme.

Les avantages afférents à ce droit sont également suspendus. Aucune nouvelle demande de Complémentaire santé solidaire ne peut être déposée pendant la suspension.

L'acquittement des cotisations dues entraîne la fin de la suspension du droit au 1er jour du mois suivant ainsi que l'abandon du recouvrement des frais de santé éventuellement exposés pendant la période de suspension.

PRESTATIONS COUVERTES PAR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

La protection complémentaire couvre intégralement le ticket modérateur (part non prise en charge par la Sécurité sociale qui demeure à la charge de l'assuré), le forfait journalier hospitalier sans limite de durée, les frais d'orthopédie dento-faciale et de dispositifs médicaux à usage individuel fixés par arrêtés ministériels dans la limite d'un certain montant (article L861-3 du CSS).
La complémentaire santé solidaire couvre également les soins dentaires, d'optique et de prothèses auditives dans le cadre du 100% santé. Voir sur le sujet, la fiche *Santé Info Droits* pratique C.2.3. L'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 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.

LES DROITS AFFÉRENTS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Sous réserve de respecter le parcours de soins, les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire sont dispensés d'avancer les frais de santé qu'ils engagent (tiers payant) (article L861-3 du CSS). Il ne peut pas leur être appliqués des dépassements d'honoraires (article L162-5-13 du CSS).

La présentation de la carte Vitale, à jour, ou à défaut, de l'attestation de droits, permet de faire valoir ces avantages auprès des professionnels de santé concernés.

Les refus de soins fondés sur la Complémentaire santé solidaire ou le refus de faire bénéficier un usager des avantages y afférents sont illégaux. Des fiches pratiques sur cette question sont consultables sur notre site Internet (A.10 et A.10.1).
Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, avec ou sans cotisations, sont dispensés d'adhérer au contrat de groupe obligatoire proposé par leur employeur (article D911-2 du CSS).
Ils n'ont pas non plus à s'acquitter des franchises et participations forfaitaires.

SORTIE DU DISPOSITIF

Les personnes qui n'ont plus droit à la Complémentaire santé solidaire car leurs ressources dépassent désormais le plafond ont droit, pendant un an, au maintien de la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire (article L861-3 du CSS). Ils doivent néanmoins s'acquitter du ticket modérateur.
Par ailleurs, les personnes ayant choisi une mutuelle, une société d'assurance ou un institut de prévoyance pour gérer leur complémentaire se voient proposer un contrat prenant en charge leurs frais de soins dans les mêmes conditions à un tarif encadré, fonction de l'âge du bénéficiaire (article L861-12 du CSS) (maximum 720€ annuel pour une personne seule aux termes de l'arrêté du 27 décembre 2019 fixant le montant maximum du tarif de prolongation d'adhésion ou de contrat de protection complémentaire en matière de santé).

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Code de la Sécurité sociale : articles L861-1 à L861-12, R861-2 à R861-36 et D861-1 à D861-8
- Arrêté du 21 juin 2019 fixant les montants de la participation financière à la protection complémentaire en matière de santé et la majoration applicable aux organismes complémentaires au titre des frais de gestion
- Circulaires CIR-30/2019 et CIR-33/2019
- 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.
- 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

EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

La ligne d'information et d'orientation de France Assos Santé sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.
Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h
Posez vos questions en ligne sur www.france-assos-sante.org/sante-info-droits

Fiches *Santé Info Droits* Pratique

A.10. Les refus de soins aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'AME

A.10.1. L'accompagnement des bénéficaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'AME, victimes de refus de soins

C.2.3. Le 100% santé

Assurance maladie : www.ameli.fr
Fonds de la Complémentaire santé solidaire : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/

ÉVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de notre documentation disponible en ligne à l'adresse suivante :
https://www.france-assos-sante.org/documentation/evaluer-la-qualite-de-linformation/
N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !

FP-2006-C.2.2-E23-26

© Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sous aucune forme ou par quelque moyen électronique ou mécanique que ce soit, par photocopie, enregistrement ou par quelque forme d'entreposage d'information ou de système de recouvrement, sans la permission écrite de France Assos Santé