2025

Santé Info Droits PRATIQUE

C.6

SÉCURITÉ SOCIALE

FORFAITS ET FRANCHISES

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Depuis 1983, plusieurs lois et textes réglementaires sont venus compléter le ticket modérateur restant à la charge des assurés sociaux dans le cadre de leur parcours de santé.
Le forfait journalier hospitalier puis la participation forfaitaire de 1€, le forfait sur les actes lourds ou coûteux et enfin les franchises médicales trouvent à s'appliquer sur différentes prestations médicales (consultations médicales ou paramédicales, frais de transport, médicaments, hospitalisation…) et sont déduites des remboursements effectués par la Sécurité sociale. Plus récemment, un nouveau forfait est venu s'ajouter à ce tableau : le « forfait patients urgence » à la charge, comme son nom l'indique, des patients pris en charge au sein d'un service d'urgence d'un établissement de santé. Peu d'assurances complémentaires santé ou de mutuelles (les « contrats responsable » l'interdisant) prennent en charge ces frais supplémentaires.

Ces participations ont vocation soit à combler le déficit de l'Assurance maladie et des établissements de santé soit à financer des plans de lutte contre certaines maladies ou l'amélioration des soins palliatifs.

Cette fiche se propose d'établir un tableau récapitulatif de ces différents « restes-à-charge » pour mieux comparer les prestations sur lesquelles ils portent, leurs montants, leur plafonnement ainsi que les situations donnant lieu à exonération ou à prise en charge.

• TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES DIFFÉRENTS FORFAITS ET FRANCHISES

	Forfait journalier hospitalier (L174-4 du Code de la Sécurité sociale [CSS])	Participation forfaitaire (L160-13-II et D160-6 à D160-8 du CSS)	Forfait de 24 euros pour les actes « lourds ou coûteux » (L160-13-I, L160-14 et R160-16 du CSS)	Franchises (L160-13-III et D160-9 à D160-13 du CSS)			Forfait patient urgence (FPU) (L160-13-I du CSS)
Périmètre des actes, prestations ou produits concernés	Hospitalisations supérieures à 24 heures et celles à cheval sur deux jours calendaires	Lors de toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste. Sont exclus les soins pratiqués par un chirurgien dentiste, un masseur-kinésithérapeute, une sage-femme, un orthophoniste ou orthoptiste, les actes réalisés dans le cadre du dépistage du cancer du sein et ceux réalisés dans le cadre d'une intervention chirurgicale, d'une hospitalisation complète d'une ou plusieurs journées à l'hôpital. Lors d'examens de radiologie Lors d'analyses de biologie médicale	Actes médicaux dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60 (quel que soit le lieu où est effectué l'acte : cabinet de ville, centre de santé, établissement public ou privé, consultation externe, hospitalisation).	Les médicaments (délivrés en ville ou en pharmacie hospitalière)	Actes exercés par un auxiliaire médical (kinésithérapeutes, infirmiers, podologues, orthophonistes, orthoptistes), sauf ceux réalisés au cours d'une hospitalisation	Frais de transport effectué en véhicule sanitaire terrestre ou taxi à l'exception des transports d'urgence	Lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé et si ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.
Montant	20 euros par jour (15 euros pour les hospitalisations en service psychiatrique)	entre 2 et 3 euros	24 euros	1 euro par boîte (sauf conditionnement différent en cas de délivrance dans une pharmacie hospitalière)	1 euro par acte paramédical	4 euros par trajet	19,61 euros
Plafond journalier	20 euros	4 participations pour un même professionnel	Appliqué une fois par consultation ou par hospitalisation	Pas de limite	4 euros	8 euros	Pas de limite
Plafond annuel (c'est la date des remboursements qui est prise en compte)	Pas de limite	Nombre maximum de participations forfaitaires : 25 participations	Pas de limite	50 euros pour l'ensemble de ces 3 franchises			Pas de limite
Possibilité de prise en charge par une mutuelle ou un organisme complémentaire (si prévue contractuellement)	Oui. Les contrats «responsables» s'engagent à prendre en charge le forfait sans limitation de durée.	Les mutuelles et organismes complémentaires sont très fortement incités, par les pouvoirs publics, à ne pas prendre en charge cette participation (prise en charge notamment impossible dans le cadre de leurs contrats « responsables »).	Oui	Les mutuelles et organismes complémentaires sont très fortement incités, par les pouvoirs publics, à ne pas prendre en charge ces franchises (prise en charge impossible dans le cadre de leurs contrats « responsables »).			Oui

• TABLEAU SYNTHÉTIQUE DÉTAILLANT LES CAS D'EXCEPTION, D'EXONÉRATION OU DE PRISE EN CHARGE DES DIFFÉRENTS FORFAITS ET FRANCHISES

	Forfait journalier hospitalier	Participation forfaitaire	Forfait de 24 euros pour les actes « lourds ou coûteux »	Franchises	Forfait patient urgence (FPU)
Bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S)	Pris en charge (L861-3 2° du CSS)	Exonération (L160-15 du CSS)	Pris en charge (L861-3 1° du CSS), sous réserve du respect du parcours de soins	Exonération (L160-15 du CSS)	Exonération
Bénéficiaires de l'Aide médicale d'État	Pris en charge (L251-2 4° du Code de l'action sociale et des familles)	Exonération (L251-2 du Code de l'Action sociale et des familles)	Exonération (L251-2 du Code de l'Action sociale et des familles)	Exonération (L251-2 du Code de l'Action sociale et des familles)	Exonération
Personnes reconnues en affection de longue durée (ALD)	Pas d'exonération	Pas d'exonération	Exonération (R160-11 du CSS)	Pas d'exonération	Montant minoré à 8,49€ (L160-13 du CSS)
Titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse substituée à la pension d'invalidité	Pas d'exonération	Pas d'exonération	Exonération (R160-10 du CSS)	Pas d'exonération	Exonération (L160-13 du CSS)
Ayants droit mineurs	Pas d'exonération	Exonération (L160-15 du CSS)	Pas d'exonération	Exonération (L160-15 du CSS)	Pas d'exonération
Femmes enceintes	Pris en charge par l'Assurance maladie	Exonération à partir du 6e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement (L331-1 du CSS)	Exonération à partir du 6e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement (L331-1 du CSS)	Exonération à partir du 6e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement (L331-1 du CSS)	Exonération (L160-13 du CSS)
Nouveau-nés	Exonération dans le cadre d'hospitalisations intervenant 30 jours après la naissance	Exonération (ayant droit mineur visé au L160-15 du CSS)	Exonération dans le cadre d'hospitalisations intervenant 30 jours après la naissance (R160-17 du CSS)	Exonération (ayant droit mineur visé au L160-15 du CSS)	Exonération (L160-13 du CSS)
Soins résultant d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail	Exonération	Pas d'exonération	Exonération (L431-1 du CSS)	Pas d'exonération	Pas d'exonération, sauf situation visée ci-dessous.
Titulaires d'une rente d'incapacité permanente pour une maladie professionnelle ou un accident du travail	Exonération	Pas d'exonération	Exonération (si incapacité égale ou supérieure à un taux fixé à deux-tiers) (R160-10 alinéa 2 et L371-1 du CSS). L'exonération concerne aussi leurs ayants droit.	Pas d'exonération	Montant minoré à 8,49€ pour les assurés ayant une incapacité inférieure à deux tiers (L160-13 du CSS) Exonération pour les assurés ayant une incapacité supérieure à deux tiers (L160-13 CSS)
Les victimes d'actes terroristes ; prestations, actes et consultations résultant de l'acte terroriste	Exonération (L169-1 et L169-2 du CSS)	Exonération	Exonération	Exonération	Exonération (L160-13 du CSS)
Autres cas d'exception, d'exonération ou de prise en charge :	- Assurés sociaux d'Alsace-Moselle (D325-1 et D325-7 du CSS) ; - Enfants handicapés de moins de 20 ans, s'ils sont hébergés dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle, s'ils sont hospitalisés en raison de leur handicap (circulaire DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009) ; - Hospitalisation à domicile ; - Titulaires d'une pension militaire ; - Donneurs d'éléments et produits du corps humain.		- les actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie à émission de positon ; - les frais de transport d'urgence, en cas d'une hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60, ainsi que les frais de transport en cas d'une hospitalisation consécutive à l'hospitalisation au cours de laquelle a été effectué un acte dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ; - les frais d'hospitalisation à partir du 31e jour d'hospitalisation consécutif ; - les frais d'acquisition de prothèses oculaires et faciales, d'orthoprothèses, de véhicules pour personne en situation de handicap ; - les personnes titulaires d'une pension de réversion, atteintes d'une invalidité permanente et qui remplissent les conditions d'ouverture de droit à une pension d'invalidité ; - les soins apportés aux mineurs victimes de sévices sexuels (R160-17) ; - les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci (R160-17); - les actes réalisés dans le cadre de programmes officiels de prévention; - les frais relatifs à la fourniture de sang humain, de plasma ou de leurs dérivés, et de lait humain; - les frais de prothèses dentaires, d'analyses de biologie et d'actes d'anatomo-cyto-pathologie.		- les soins apportés aux mineurs victimes de sévices sexuels (L160-13 du CSS) ; - pour les donneurs d'éléments et produits du corps humain. (L160-13 du CSS) ; - pour les titulaires d'une pension militaire (L160-13 du CSS) ; - les soins apportés en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel (épidémie) (L160-13 du CSS)

CE QU'IL FAUT SAVOIR

1/ Le forfait journalier hospitalier

Créé en 1983 (loi n° 83-25 du 29 janvier 1983), ce forfait était à l'origine d'environ 3 euros... pour atteindre, depuis le 1er janvier 2010, le montant de 20 euros par jour en hôpital ou clinique privée et de 15 euros dans les services psychiatriques des établissements de santé.

Le forfait journalier hospitalier, qui représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement résultant de son hospitalisation, est dû pour tout séjour dans un établissement de santé (y compris le jour de sortie).
Plus d'informations dans la Fiche *Santé Info Droits* Pratique C.6.1 - Le forfait journalier hospitalier.

2/ La participation forfaitaire

Instituée par la loi du 13 août 2004 et en vigueur depuis le 1er janvier 2005, cette participation forfaitaire est laissée à la charge de l'assuré pour les actes et consultations réalisés par un médecin et pour tous les actes de biologie médicale.

Anciennement de 1 euro, depuis le 1er avril 2024 la participation forfaitaire ne peut être inférieure à 2 euros et ni excéder 3 euros.

En revanche, elle ne s'applique pas pour les soins et/ou actes pratiqués :

- par un chirurgien dentiste ;
- par un masseur-kinésithérapeute ;
- par les sages-femmes ou infirmiers ;
- par un orthophoniste ou orthoptiste ;
- dans le cadre d'une intervention chirurgicale d'une hospitalisation complète d'une ou plusieurs journées à l'hôpital ;
- dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

Ce forfait s'applique pour chaque acte ou pour chaque consultation, dans la limite de 4 par jour avec le même professionnel de santé et de 50 euros au cours d'une même année civile. Ce mécanisme n'est pas lié au respect du parcours de soins coordonné.

3/ Le forfait de 24 euros pour les actes « lourds ou coûteux »

La loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 pour le financement de la Sécurité sociale de 2006 a introduit un forfait de 18 euros à la charge des usagers ou de leur mutuelle pour les actes médicaux dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60. Ce forfait a été augmenté, en 2019, à 24 euros.

Plus d'informations dans la Fiche *Santé Info Droits* Pratique C.6.2 - Le forfait de 24 € sur les actes « lourds ou coûteux »

4/ Les franchises

Ce mécanisme créé par la loi n° 2007-1786 vient encore augmenter le reste-à-charge des assurés sociaux. Il s'applique pour :

- les médicaments (1 euro par unité de conditionnement du médicament) ;
- les actes paramédicaux (1 euro par acte effectué par un auxiliaire médical) ;
- les frais de transport (4 euros par trajet).

Cette participation est limitée à 4 euros par jour pour les actes des auxiliaires médicaux, à 8 euros par jour pour les trajets et à 50 euros au cours d'une même année civile pour l'ensemble de ces 3 franchises.

5/ Le « forfait urgence »

Depuis le 1er janvier 2022 une somme forfaitaire est due lorsqu'un passage aux urgences n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

Le montant de cette participation est de 19,61 euros quand celle-ci est à taux plein. Un forfait à taux réduit de 8,49 euros est appliqué pour les personnes atteintes d'une ALD quel que soit le motif du passage aux urgences ainsi que pour les soins en lien avec un accident du travail quand l'incapacité est au moins égal à deux tiers.

COMMENT ÇA MARCHE ?

Lorsque l'usager paie la prestation de santé, l'Assurance maladie calcule le montant des participations et franchises dues et déduit ce montant de son remboursement.

Lorsque l'usager ne fait pas l'avance des frais (à la pharmacie par exemple), l'Assurance maladie peut :

- récupérer les sommes dues sur le versement d'une prestation ultérieure : remboursement d'une consultation pour laquelle l'assuré a avancé les frais, sur des indemnités journalières ou une pension d'invalidité ;
- demander directement à l'assuré le remboursement des sommes dues au titre des franchises et participations forfaitaires.

L'Assurance maladie a un délai de 5 ans pour récupérer ces participations.

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

Santé Info Droits
01 53 62 40 30
La ligne de France Assos Santé

Fiches *Santé Info Droits* pratique

Fiche C.6.1 - Le forfait journalier hospitalier

Fiche C.6.2 - Le forfait de 24 € sur les actes lourds ou « coûteux »

Le site de l'Assurance maladie : www.ameli.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-2007-C.6-E10-25

© 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