

TATOO SANTÉ 2024

TABLEAU DE GARANTIES

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et s'entendent :

- Remboursement du Régime Obligatoire compris.
- Dans la limite des frais réellement engagés, des « prix limites de vente » et des « honoraires limites de facturation » déterminés par la réglementation en vigueur.
- Dans le respect de la législation relative aux contrats dits « responsables et solidaires » mentionnés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties seront donc adaptées automatiquement en cas d'évolutions législatives ou réglementaires liées aux contrats « responsables ».

Soins courants

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4
Honoraires médicaux				
Consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie ou échographie :				
• Praticien adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	175% BR	250% BR
• Praticien non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	100% BR	125% BR	175% BR	250% BR
Transport médical	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Analyses et examens de laboratoires	100% BR	125% BR	175% BR	250% BR
Médicaments				
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Moyen de contraception prescrit non remboursé par la Sécurité sociale ⁽²⁾	•	30 €	50 €	75 €
Autre pharmacie prescrite non remboursée ⁽²⁾	•	20 €	50 €	75 €
Matériel médical				
Appareillages orthopédiques et autres prothèses	100% BR	125% BR	175% BR	250% BR

⁽¹⁾ Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un professionnel de santé a adhéré à un dispositif, consultez le site annuaire.sante.ameli.fr.

⁽²⁾ Forfait par période de 12 mois et par bénéficiaire.

Hospitalisation

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4
Honoraires médicaux et chirurgicaux				
• Praticien adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100% BR	125% BR	175% BR	250% BR
• Praticien non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Frais de séjour				
Dans un établissement conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire	100% BR	125% BR	175% BR	250% BR
Dans un établissement non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Autres frais hospitalier				
Participation forfaitaire sur les actes dits "lourds"	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Forfait patient urgences	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Chambre particulière ⁽³⁾	•	30 € / Jour	45 € / Jour	60 € / jour
Lit accompagnant pour enfants de moins de 16 ans ⁽³⁾	•	15 € / Jour	20 € / Jour	25 € / Jour

⁽¹⁾ Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un professionnel de santé a adhéré à un dispositif, consultez le site annuaire.sante.ameli.fr.

⁽³⁾ Limité à 60 jours par période de 12 mois et par bénéficiaire, La prise en charge en psychiatrie n'est pas couverte.

Optique

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4
Equipements 100% Santé^{(4) (5)}	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Autres équipements hors 100% santé^{(5) (6)}				
Équipement monture + 2 verres simples	50 €	100 €	200 €	300 €
Équipement monture + 1 verre simple + 1 verre intermédiaire	125 €	175 €	275 €	400 €
Équipement monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	125 €	200 €	300 €	425 €
Équipement monture + 2 verres intermédiaires	200 €	250 €	350 €	500 €
Équipement monture + 1 verre intermédiaire + 1 verre complexe	200 €	275 €	375 €	525 €
Équipement monture + 2 verres complexes	200 €	300 €	400 €	550 €
Monture seule	30 €	50 €	70 €	100 €
Lentilles				
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables) ⁽²⁾	100% BR	100% BR + 50 €	100% BR + 75 €	100% BR + 100 €
Chirurgie réfractive⁽²⁾	•	100 €	250 €	500 €

(2) Forfait par période de 12 mois et par bénéficiaire.

(4) Pris en charge tels que définis réglementairement et dans la limite des prix limites de vente.

(5) Renouvellement après une période minimale de 24 mois après la dernière prise en charge (période ramenée à 12 mois pour les bénéficiaires de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue).

(6) Les catégories de verres simples, intermédiaires et complexes sont décrites dans l'article 1^{er} du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, respectivement aux paragraphes a), c) et f).
Le remboursement de la monture est limité à 100 € régime obligatoire compris.

Dentaire

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4
Soins et prothèses 100% Santé⁽⁷⁾	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Soins				
Soins dentaires, prophylaxie, endodontie, parodontologie et inlays-onlays acceptés par la Sécurité sociale	100% BR	125% BR	175% BR	250% BR
Prothèses				
Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ⁽⁷⁾	100% BR	125% BR	225% BR	305% BR
Prothèses dentaires à honoraires libres	100% BR	125% BR	225% BR	305% BR
Inlays core remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	125% BR	225% BR	305% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ⁽²⁾	•	100 €	250 €	400 €
Orthodontie				
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	100% BR	125% BR	175% BR	250% BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale ⁽²⁾	•	200 €	300 €	500 €
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale				
Parodontologie, blanchiment, curetage ⁽²⁾	•	•	100 €	200 €
Implantologie ⁽²⁾	•	200 €	300 €	500 €
Plafond sur le poste dentaire^{(2) (8)}	•	500 €	1 000 €	1 500 €
Bonus fidélité : après 1 an d'adhésion, passage du plafond dentaire à	•	550 €	1 100 €	1 700 €
Bonus fidélité : après 2 ans d'adhésion, passage du plafond dentaire à	•	650 €	1 300 €	2 000 €

(2) Forfait par période de 12 mois et par bénéficiaire.

(7) Définis par la réglementation, dans la limite des honoraires de facturation fixée par la convention dentaire ou par la réglementation.

(8) Au-delà du plafond, les remboursements sont limités à 100% de la Base de Remboursement.

**Aides
Auditives**

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4
Equipements 100% Santé^{(4) (9)}	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Autres équipements hors 100% Santé^{(9) (10)}				
• Pour les bénéficiaires de 20 ans et plus	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
• Pour les bénéficiaires de moins de 20 ans	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Accessoires, piles, entretiens et réparations acceptés par la Sécurité sociale	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR

(4) Pris en charge tels que définis réglementairement et dans la limite des prix limites de vente.

(9) Limité à un appareil par oreille par période de 48 mois, par bénéficiaire et selon les conditions précisées dans l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

(10) Dans la limite de 1700€ par aide auditive.

Autres prestations

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4
Médecines complémentaires et alternatives agréées				
Psychologie : Dispositif Mon Psy ⁽¹¹⁾	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, diététique, pédicure, podologie, psychomotricité, psychologie hors dispositif Mon Psy ^{(12) (13)}	•	30 € / séance, max 2 séances / an	30 € / séance, max 3 séances / an	40 € / séance, max 3 séances / an
Bonus fidélité : après 2 ans d'adhésion	•	+ 1 séance / an	+ 1 séance / an	+ 1 séance / an
Cures thermales				
Honoraires / prestations remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait cure ⁽¹⁴⁾	•	100 €	150 €	200 €
Autres prestations				
Téléconsultation via le service MédecinDirect®	100% BR	125% BR	175% BR	250% BR
Sevrage tabagique ⁽²⁾	•	50 €	75 €	100 €
Bonus fidélité : après 2 ans d'adhésion, prime de naissance ou d'adoption (doublée en cas de naissance/adoption multiple)	•	75 €	100 €	150 €
Soins à l'étranger				
Soins à l'étranger remboursés par la Sécurité sociale	A hauteur de la garantie	A hauteur de la garantie	A hauteur de la garantie	A hauteur de la garantie
Prévention et assistance				
Prévention (tous les actes de l'arrêté du 08/06/2006)	oui	oui	oui	oui
Accès aux réseaux de soins	oui	oui	oui	oui
Assistance	oui	oui	oui	oui

(2) Forfait par période de 12 mois et par bénéficiaire.

(11) Tel que défini dans la réglementation. Le dispositif Mon Psy permet d'avoir jusqu'à 8 séances remboursées chez un psychologue partenaire sur orientation d'un médecin.

(12) En montant maximum par séance et dans la limite du nombre de séances (toutes disciplines confondues) indiqué par période de 12 mois par bénéficiaire.

(13) Sur présentation d'une facture ou d'une note d'honoraires du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, n° ADELI, etc.).

(14) Forfait par période de 12 mois et par bénéficiaire. Remboursement sur la base de factures acquittées.

Adoptez les bons réflexes

Sans négliger votre santé, il est possible de limiter certaines dépenses :

- Ne pas communiquer vos taux de remboursement aux professionnels de santé.
- Privilégier les médecins de secteur 1.
- Privilégier si possible le recours aux professionnels partenaires. Nous avons négocié auprès d'eux des tarifs préférentiels.
- Lorsque le recours à un professionnel partenaire n'est pas possible, effectuer plusieurs devis : pour une même prestation, les différences de prix sont parfois importantes ; nos services peuvent analyser ces devis et vous conseiller.
- Avant une hospitalisation, il est recommandé de demander un devis préalable à l'établissement de santé et de nous l'adresser. Nos services analyseront ce devis et vous feront un retour.

Ces précautions permettent de lutter efficacement contre les dépassements d'honoraires et ainsi de limiter les dépenses restant à la charge de la communauté des assurés. Dans un système solidaire, les abus et gaspillages pénalisent l'ensemble des assurés.