

# TATOO SANTÉ 2024

## TABLEAU DE GARANTIES FORMULE HOSPI

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.
- Non responsable au sens de la réglementation mentionnée à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

		Formule Hospi
Hospitalisation	<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux <sup>(1)</sup></b>	
	• Praticien adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(2)</sup>	200% BR
	• Praticien non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(2)</sup>	150% BR
	<b>Forfait journalier hospitalier <sup>(1)</sup></b>	100% frais réels
	<b>Frais de séjour <sup>(1)</sup></b>	
	Dans un établissement conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire	200% BR
	Dans un établissement non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire	150% BR
	<b>Autres frais hospitalier <sup>(1)</sup></b>	
	Participation forfaitaire sur les actes dits "lourds"	100% frais réels
	Forfait patient urgences	100% frais réels
Chambre particulière <sup>(3)</sup>	30 € / Jour	
Lit accompagnant pour enfants de moins de 16 ans <sup>(3)</sup>	15 € / Jour	
<b>Transport médical <sup>(1)</sup></b>	100% BR	

(1) À l'exception des hospitalisations accidentelles, un délai d'attente de 90 jours s'applique en cas d'hospitalisation.

(2) 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](http://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.

Autres prestations	<b>Honoraires médicaux</b>	
	Consultation d'un médecin généraliste <sup>(4)</sup>	Une consultation
	<b>Soins dentaires</b>	
	Consultation de contrôle chez un chirurgien dentiste <sup>(4)</sup>	Une consultation
<b>Prévention et assistance</b>		
Assistance		oui

(4) Remboursement d'une consultation seule sans acte de soin par période de 12 mois et par bénéficiaire à hauteur de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

### 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.