

Tatoo Santé 2025

Niveau de garanties Formule 4 exemples de remboursements régime général ⁽¹⁾

Formule 4 est un contrat d'assurance santé responsable ⁽²⁾.

Hospitalisation	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel	Reste à charge pour l'assuré
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrie)	Non remboursé	Non remboursé	20 € (15 € en service psychiatrie)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non communiqué	Non remboursé	Non remboursé	60 € / jour	-
Exemple séjours avec actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé. Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour					
Frais de séjour en secteur privé	835,60 €	835,60 €	811,60 €	24 €	0 €
Honoraires médecins (adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					
Opération en secteur privé (honoraires chirurgien)	434 €	271,70 €	271,70 €	162,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					
Opération en secteur privé (honoraires chirurgien)	473 €	271,70 €	271,70 €	201,30 €	0 €
Exemple séjours sans acte lourd L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé. Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou d'une pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour					
Frais de séjour en secteur public	3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708,20 €	0 €

Soins courants	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel	Reste à charge pour l'assuré
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)					
Ex. : Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30 €	30 €	19 €	9 €	2 €
Ex. : Consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
Ex. : Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37 €	37 €	23,90 €	11,10 €	2 €
Honoraires médecins (adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					
Ex. : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	50 €	35 €	24,50 €	25,50 €	0 €
Ex. : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54 €	37 €	23,90 €	28,10 €	2 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)					
Ex. : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	29,90 €	16 €
Ex. : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	67 €	23 €	14,10 €	31,90 €	21 €
Matériel médical					
Ex. : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	11,54 €	0 €

Optique	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel	Reste à charge pour l'assuré
Équipement 100 % santé					
Ex. : verres simples et monture	42,50 € (par verre) 30 € (monture)	12,75 € (par verre) 9 € (monture)	7,65 € (par verre) 5,40 € (monture)	34,85 € (par verre) 24,60 € (monture)	0 €
Ex. : verres progressifs et monture	90 € (par verre) 30 € (monture)	27 € (par verre) 9 € (monture)	16,20 € (par verre) 5,40 € (monture)	73,80€ (par verre) 24,60€ (monture)	0 €
Équipement hors 100 % santé					
Ex. : verres simples et monture	110 € (par verre) 146 € (monture)	0,05 € (par verre) 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) 0,03 € (monture)	99,97 € (par verre) 99,97 € (monture)	66 €
Ex. : verres progressifs et monture	243 € (par verre) 146 € (monture)	0,05 € (par verre) 0,05 € (monture)	0,03 € (par verre) 0,03 € (monture)	199,97 € (par verre) 99,97 € (monture)	132 €
Lentilles					
Forfait annuel	Non communiqué	-	-	100 €	-
Chirurgie réfractive					
Opération corrective de la myopie	Non communiqué	-	-	500 € / œil	-

Dentaire	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel	Reste à charge pour l'assuré
Soins et prothèses 100 % santé					
Ex. : couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins hors 100 % santé					
Ex. : détartrage Soins	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses hors 100 % santé					
Ex. : couronne céramo-métallique sur molaires	557 €	120 €	72 €	294 €	191 €
Orthodontie (moins de 16 ans)					
Traitement par semestre (6 maximum)	707 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	223,25 €

Aides auditives	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement par Lourmel	Reste à charge pour l'assuré
Équipement 100 % santé					
Équipement par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement hors 100 % santé					
Équipement par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582 €	400 €	240 €	560 €	782 €

1. Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
2. Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.
3. La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
4. Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).