SwissLife

Contrat responsable 100 % santé

SwissLife Santé Particuliers & Santé Madelin

Des garanties et services au choix pour une complémentaire qui vous ressemble

#YourLife

Votre famille est unique, *votre complémentaire santé aussi !*

Votre santé est un sujet essentiel et tellement personnel. Avec SwissLife Santé Particuliers & Santé Madelin, vous optez pour une complémentaire santé aux garanties complètes et correspondant précisément à vos besoins et à votre budget.

Une offre adaptable

Vous choisissez le niveau ou la formule[1] de protection qui vous correspond parmi 9 niveaux de garanties.

Pas d'avance d'argent

Grâce au tiers payant, aucune avance de frais chez plus de 220 000 partenaires de santé.

Remboursements sous 48 heures

Pas de papier à envoyer pour encore plus de simplicité et de rapidité[2].

Un reste à charge réduit

Chez plus de 7 600 opticiens, 9 200 chirurgiens-dentistes et 3 700 audioprothésistes engagés pour des tarifs modérés.

Prévention

Remboursement à hauteur de 50 % des actes de prévention prescrits par le médecin (vaccins, housse anti-acariens, actes de prévention dentaire)[3].

Services d'assistance inclus

Garde des enfants, aide à domicile, livraison des médicaments, etc. Des prestations pour faciliter la vie en cas de coup dur[4].

Une couverture complète adaptée à vos besoins de santé[5]

Hospitalisation / maternité
Frais de séjour, chambre particulière, TV, honoraires en chirurgie, anesthésie et obstétrique, frais d'accompagnement, transport, forfait maternité ou adoption.

Dentaire
Soins, prothèses, orthodontie, implants, orthodontie « adulte », parodontologie.

Optique
Verres et montures, lentilles, verres progressifs multifocaux et chirurgie réfractive.

Médecine courante / Pharmacie
Médecins, ostéopathes, chiropracteurs, diététiciens, auxiliaires médicaux, imageries, laboratoires, prothèses et appareillages (orthopédique, capillaire), médicaments et homéopathie.

Prévention
Dépenses de prévention, pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale, réseau de soins Carte Blanche Partenaires, services d'assistance[4].

Aides auditives
Prothèses et appareillages auditifs.

Un cadre fiscal avantageux pour les travailleurs non salariés[6]

Déduisez vos cotisations de vos revenus personnels imposables en profitant des avantages de la loi Madelin, dans la limite du plafond de déductibilité fiscale.

Ce plafond est déterminé en fonction du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) et de votre bénéfice imposable. Pour être déductible, il vous faut simplement être à jour de vos cotisations auprès de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse obligatoires.

100 % santé

Des garanties sans reste à charge

Pour vous garantir toujours plus de choix, votre contrat est pleinement compatible avec la réforme 100 % santé. Vous profitez ainsi d'offres sans reste à charge (paniers 100 % santé*) pour certaines prestations en optique, dentaire et aides auditives.

(1) Pour chaque bloc de garanties, vous choisissez parmi les 8 niveaux de remboursement proposés sans dépasser 4 niveaux d'écarts (si vous êtes travailleur non salarié) ou 2 niveaux d'écarts (si le contrat couvre au moins un assuré âgé de 60 ans et plus, ou au moins un ayant droit). Hors niveau 9 non modulable. (2) Dans la plupart des cas, selon les accords de télétransmission existants avec votre caisse d'assurance maladie. (3) À hauteur du forfait annuel choisi, sur prescription médicale et achat en pharmacie. (4) Voir conditions, prestations assurées et gérées par Filassistance. (5) Voir conditions et modalités du contrat. (6) Dirigeants travailleurs non salariés dont le statut relève fiscalement des BIC, des BNC ou de l'article 62 du Code général des impôts.
**Tel que défini réglementairement.*

Des services santé adaptés *pour prendre soin de vous*

Vous profitez de nombreux services d'assistance et d'informations pour vous accompagner à chaque situation[7].

Pendant votre voyage, *vous vous blessez ou tombez malade ?*

- Rapatriement ou transport sanitaire pour vous et votre famille.
- Avance des frais médicaux à l'étranger, envoi de médicaments introuvables sur place.
- Prise en charge des frais de prolongation de séjour jusqu'à 100 euros par jour pendant 7 jours maximum.

Vous ou votre conjointe *attendez un enfant ?*

Vous bénéficiez de services d'accompagnement pour chaque étape de la maternité.

- Informations santé (nutrition, accouchement, risques liés à certaines activités, etc.).
- Aides en cas d'immobilisation (livraison de médicaments, garde d'enfants, aide-ménagère).
- Transports aux examens et à la maternité.
- Assistance d'une auxiliaire puéricultrice.

Un de vos proches parents *est en état de dépendance ?*

- Service de renseignements sur la dépendance.
- Recherche d'établissements spécialisés.
- Assistance déménagement.
- Service de téléassistance (un médaillon téléphone accompagne votre proche partout pour garder le contact avec l'extérieur en toutes circonstances).
- Services d'assistance « à la carte » (livraison de repas, courses, médicaments, aide-ménagère).

Vous êtes hospitalisé *ou immobilisé à votre domicile ?*

- Transports à l'hôpital / domicile.
- Livraison des médicaments.
- Aide-ménagère à domicile.
- Garde des enfants et des ascendants.

Les avantages du réseau de soins Carte Blanche Partenaires

- *Un réseau de partenaires de qualité*
  à des prix négociés[8] chez plus de 7 600 opticiens, 9 200 chirurgiens-dentistes et 3 700 audioprothésistes.
- *Aucune avance d'argent*
  grâce au tiers payant chez plus de 220 000 professionnels de santé.
- *De l'information et un accompagnement au quotidien*
  depuis l'espace assuré (conseils de prévention, guides, newsletter, annuaire de professionnels).

(7) Voir conditions, prestations assurées et gérées par Filassistance.
(8) Vous pouvez accéder à l'annuaire des professionnels de santé partenaires en vous connectant à votre Espace Client MySwissLife depuis myswisslife.fr

Avec *MySwissLife*, vous choisissez de gagner du temps *en toute liberté*

En vous connectant à *myswisslife.fr*, vous accédez à votre *Espace Client MySwissLife*, pilotez votre contrat et suivez vos demandes en temps réel.

Piloter votre contrat

- Ajouter ou supprimer un bénéficiaire.
- Mettre vos coordonnées à jour.
- Changer vos modalités de paiement ou votre RIB.

Maîtriser vos remboursements

- Suivre vos remboursements.
- Faire une demande de prise en charge ou de remboursement.

Profiter de services pratiques

- Retrouver votre attestation de tiers payant.
- Réaliser une simulation de remboursement pour obtenir une estimation rapide et précise des frais de soins.
- Consulter votre garantie d'assistance et retrouver le numéro à appeler en cas d'urgence.
- Trouver un professionnel de santé agréé Carte Blanche Partenaires.

Bon à savoir

Des formulaires sont à votre disposition pour chacune de vos demandes et vous assurent :
- une prise en charge rapide ;
- un suivi direct par votre conseiller.

Si vous n'avez pas encore activé votre *espace client*

Rendez-vous sur *myswisslife.fr*, cliquez sur « Activer mon compte » et remplissez le formulaire. Pensez à vous munir de votre identifiant personnel ; il vous sera demandé. Une fois votre identification réussie, vous recevrez le mot de passe instantanément par e-mail ou par courrier dans les jours suivants.

MySwissLife

Ensemble, connectés à vos choix.

Pilotage de vos contrats

Mise à disposition de vos documents

Connexion à votre conseiller

Connectez-vous sur ***myswisslife.fr***

Pensez à vous munir de votre identifiant personnel et de votre mot de passe

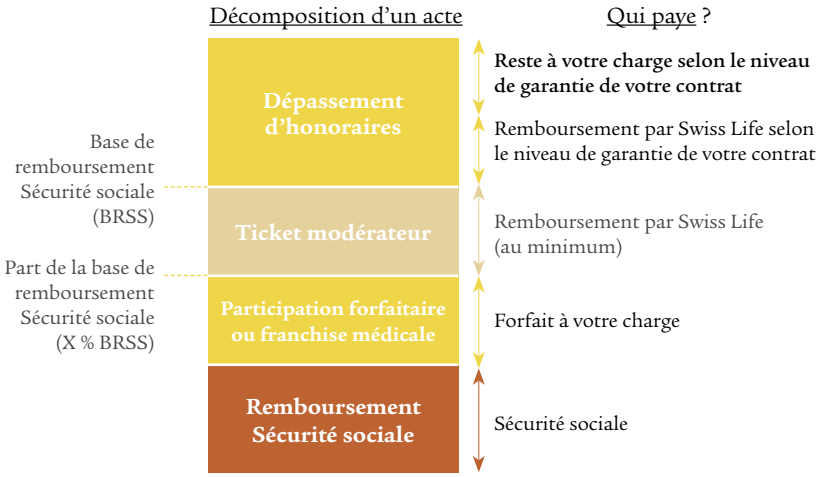
Comprendre vos remboursements *frais de santé*

Comment vos remboursements sont-ils calculés ?

Lorsqu'une partie de votre dépense est prise en charge par la Sécurité sociale

1. Le remboursement de votre dépense est calculé sur une base de remboursement (BRSS) définie en euros pour chaque acte de soins. C'est sur cette base que la Sécurité sociale applique un taux de remboursement qui varie selon l'acte dispensé.

2. La part restante à rembourser non prise en charge par la Sécurité sociale est remboursée, en tout ou partie, par votre complémentaire santé.



Lexique

Dépassement d'honoraires : part des honoraires se situant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Elle n'est jamais remboursée par cette dernière.

Ticket modérateur : partie de la dépense restante après remboursement de la Sécurité sociale et avant déduction des participations forfaitaires. Il s'applique à toutes les prestations prises en charge par l'assurance maladie.

Participation forfaitaire (1€) : somme restant à votre charge à chaque consultation ou acte médical.

Franchise médicale : somme restant à votre charge pour les médicaments (0,50 € par boîte), les actes paramédicaux (0,50 €) et les transports sanitaires (2 €).

Lorsque votre dépense n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale
Dans ce cas, seule votre complémentaire santé vous couvre à hauteur du niveau de garantie choisi à la souscription de votre contrat.

Avec le simulateur de remboursement santé accessible depuis votre Espace Client *MySwissLife*, vous connaissez à l'avance le montant de vos remboursements !

Pourquoi les honoraires et la base de remboursement de la Sécurité sociale varient-ils selon les médecins consultés ?

Tout dépend de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice.

Médecin conventionné[1] généraliste ou spécialiste			*Médecin non conventionné généraliste ou spécialiste*
Secteur 1	*Secteur 2*		
	Adhérent OPTAM[2]	*Non-adhérent OPTAM[2]*	
Honoraires fixes établis par convention avec la Sécurité sociale	Honoraires avec dépassements possibles mais limités	Honoraires libres pratiqués avec « tact et mesure »	Honoraires libres
Pas de dépassement d'honoraires (hors soins non remboursables ou dépassements pour exigence).	- Prise en charge non plafonnée des dépassements par votre complémentaire santé responsable. - Bases de remboursement Sécurité sociale égales à celles du secteur 1. *Vous êtes mieux remboursé que chez un médecin non adhérent OPTAM*	- Prise en charge plafonnée des dépassements par votre complémentaire santé responsable. - Bases de remboursement Sécurité sociale inférieures à celles du secteur 1.	Très faible niveau de prise en charge par la Sécurité sociale.

À quel secteur d'exercice appartient votre médecin ? Est-il adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO ?
Pour le savoir, consultez l'**annuaire santé** sur le site **www.ameli.fr**.

(1) Médecins signataires de la convention médicale qui regroupe les textes visant à régir les relations entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Elle expose notamment les conditions tarifaires à respecter. (2) L'option de pratique tarifaire maîtrisée est un accord visant à limiter les dépassements d'honoraires des médecins conventionnés du secteur 2. L'OPTAM-CO désigne les médecins spécialistes en chirurgie ou gynécologie obstétrique.

Comment fonctionne *votre tableau de garanties ?*

Vous choisissez le niveau ou la formule de protection qui vous correspond parmi 9 niveaux de garanties.
Vous bénéficiez ainsi d'une protection complète en phase avec vos besoins réels.

Travailleur non salarié	*Particulier*	
	Le contrat couvre au moins un assuré âgé de 60 ans et plus, ou au moins un ayant droit ou un fonctionnaire affilié au régime général de Sécurité sociale.	Le contrat couvre un assuré seul de moins de 60 ans.
Vous composez votre **formule** en choisissant un niveau de garanties pour chaque catégorie de frais de santé...	Vous composez votre **formule** en choisissant un niveau de garanties pour chaque catégorie de frais de santé...	Vous choisissez le **niveau** de garanties correspondant à vos besoins.
... jusqu'à 4 niveaux d'écarts[1]	... jusqu'à 2 niveaux d'écarts[2]	

Module prévention

Quel que soit votre niveau de remboursement, vous pouvez choisir des forfaits supplémentaires pour la pharmacie non remboursée et les dépenses de prévention.

Comment lire *vos garanties ?*

Vos garanties prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.
Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat, à la condition qu'il en soit fait mention dans votre tableau de garanties.

Vos garanties sont regroupées en 4 grandes catégories de frais de santé, au sein desquelles elles sont exprimées soit :

En pourcentage (%)	*En euros* (€)	*Remboursement intégral* (Rbt intégral)
Ces taux sont exprimés en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluant le remboursement de la Sécurité sociale.	Il s'agit de forfaits alloués sur des postes précis à utiliser en une ou plusieurs fois.	Remboursement du montant total de la dépense qui vous a été facturée.
Les garanties s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés, des « prix limites de ventes » (PLV) et « honoraires limites de facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur. [3]		

Les garanties du contrat décrites ci-après respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R. 871-1 et 2 du même code. Les contrats SwissLife Santé Particuliers et SwissLife Santé Madelin s'adapteront donc automatiquement aux évolutions législatives et réglementaires liées aux contrats «responsables».

** Tel que défini réglementairement.*
(1) Par exemple, modulation possible entre les niveaux 4 à 8 (4 niveaux d'écarts). Hors niveau 9 non modulable. (2) Par exemple, modulation possible entre les niveaux 6 à 8 (2 niveaux d'écarts). Hors niveau 9 non modulable. (3) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

Hospitalisation	1 ❑	2 ❑	3 ❑	4 ❑	5 ❑	6 ❑	7 ❑	8 ❑	9 ❑
Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO Chirurgie - Obstétrique Anesthésie	100 % 100 %	100 % 100 %	125 % 125 %	150 % 150 %	175 % 175 %	200 % 200 %	250 %(3) 250 %(3)	300 %(3) 300 %(3)	**400 %(3)** **400 %(3)**
Honoraires hors l'OPTAM ou l'OPTAM-CO Chirurgie - Obstétrique Anesthésie	100 % 100 %	100 % 100 %	105 % 105 %	130 % 130 %	155 % 155 %	180 % 180 %	200 %(3) 200 %(3)	200 %(3) 200 %(3)	**200 %(3)** **200 %(3)**
Frais de séjour	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %(3)	300 %(3)	**400 %(3)**
Forfait journalier hospitalier(1) Durée illimitée	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	**Rbt intégral**
Autres frais									
- Transport du malade	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %(3)	300 %(3)	**400 %(3)**
- Chambre particulière Durée illimitée(2) - forfait par jour	-	40 €/j	45 €/j	50 €/j	55 €/j	65 €/j	80 €/j(3)	100 €/j(3)	**135 €/j(3)**
- Frais d'accompagnement Durée illimitée - à tout âge - forfait par jour	-	20 €/j	22 €/j	24 €/j	26 €/j	28 €/j	32 €/j(3)	36 €/j(3)	**44 €/j(3)**
- Frais de télévision pendant 15 jours - forfait par jour	-	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	**5 €/j**
- Forfait par maternité ou adoption et par enfant	-	100 €	115 €	130 €	145 €	160 €	190 €(3)	220 €(3)	**280 €(3)**

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile, pensez à vos garanties d'assistance !
De la garde des enfants de moins de 16 ans au portage de médicaments, ces services sont là pour vous accompagner.

Exemples de remboursements

Forfait hospitalier

Forfait journalier hospitalier en court séjour

Dépense : 20 €
BRSS : 20 €

	Swiss Life	À votre charge
Toutes formules	20 €	0 €

Tarif réglementaire. BFGA004 ; s'agissant d'un acte lourd, le ticket modérateur est fixé à 24 €.

OPTAM / OPTAM-CO

Honoraires du **chirurgien avec dépassement** d'honoraires maîtrisés (**adhérent** à un DPTAM : l'**OPTAM** ou l'**OPTAM-CO**) en clinique pour une **opération chirurgicale de la cataracte**.

Dépense : 355 €
BRSS : 271,70 €

	Sécurité sociale (100 % BRSS moins 24 € de participation forfaitaire)	Swiss Life	À votre charge
Formule 2	247,70 €	24 €	83,30 €
Formule 6	247,70 €	107,30 €	0 €

Prix moyen national de l'acte pour un œil. Tarif moyen calculé sur la base du code BFGA004 (extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil).

NON OPTAM / OPTAM-CO

Honoraires du **chirurgien avec dépassement** d'honoraires libres (**non-adhérent** à un DPTAM : l'**OPTAM** ou l'**OPTAM-CO**) en clinique pour une **opération chirurgicale de la cataracte**.

Dépense : 447 €
BRSS : 271,70 €

	Sécurité sociale (100 % BRSS moins 24 € de participation forfaitaire)	Swiss Life	À votre charge
Formule 2	247,70 €	24 €	175,30 €
Formule 6	247,70 €	199,30 €	0 €

Prix moyen national de l'acte pour un œil. Tarif moyen calculé sur la base du code BFGA004 (extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil).

Lexique

Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est souscrit le contrat santé et qui reçoit, à ce titre, les prestations prévues.
Rbt intégral : remboursement intégral.
BRSS (base de remboursement de la Sécurité sociale ou tarif de convention) : il s'agit de la base sur laquelle est calculé le remboursement de la Sécurité sociale à la suite d'un acte médical.

** Tel que défini réglementairement. (1) Hors Alsace-Moselle. (2) Durée illimitée en médecine et chirurgie. La chambre particulière en psychiatrie, neuropsychiatrie, diététique et gériatrie n'est pas remboursée. (3) Garanties limitées à hauteur de la formule 6 pendant 3 mois, sauf en cas d'accident.*

Dentaire	1 ❑	2 ❑	3 ❑	4 ❑	5 ❑	6 ❑	7 ❑	8 ❑	9 ❑
Soins et prothèses 100 % santé* Actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* sans reste à charge pour l'assuré *(Classe à remboursement renforcé)*(4)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	**Rbt intégral**
Soins									
- Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	350 %	**500 %**(6)
- Inlays - onlays remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100 % santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés(4) ou libres	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	350 %	**500 %**(6)
Prothèses Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100 % santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés(4) ou libres	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	350 %	**500 %**(6)
Orthodontie Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	350 %	**500 %**(6)
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale									
- Implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie Forfait par an et par bénéficiaire	-	250 €	270 €	290 €	310 €	330 €	370 €	450 €	**750 €**(6)
- Plafond sur le poste dentaire Par an et par bénéficiaire (hors soins et orthodontie)(5)	-	-	-	-	-	-	-	1 500 €	**2 450 €**(6)

Avec le forfait prévention santé, des actes de prévention dentaires sont pris en charge à 50 % de la dépense dans la limite du forfait annuel.

Exemples de remboursements

Soins

Détartrage

Dépense : 43,38 €
BRSS : 43,38 €

Toutes formules

Sécurité sociale (70 % BRSS)	Swiss Life	À votre charge
30,37 €	13,01 €	0 €

Tarif conventionnel.

Prothèses

Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires **(prothèse 100 % santé*)**

100 % santé

Dépense : 500 €
BRSS : 120 €

Toutes formules

Sécurité sociale (70 % BRSS)	Swiss Life	À votre charge
84 €	416 €	0 €

Prix moyen national de l'acte.

Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires **(prothèse du panier « maîtrisé »)**

Dépense : 550 €
BRSS : 120 €

	Sécurité sociale (70 % BRSS)	Swiss Life	À votre charge
Formule 2	84 €	36 €	430 €
Formule 6	84 €	156 €	310 €

Prix moyen national de l'acte - HBLD491.

Couronne céramo-métallique sur molaires

Dépense : 537,48 €
BRSS : 120 €

	Sécurité sociale (70 % BRSS)	Swiss Life	À votre charge
Formule 2	84 €	36 €	417,48 €
Formule 6	84 €	156 €	297,48 €

Prix moyen national de l'acte - HBLD734.

Lexique

Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est souscrit le contrat santé et qui reçoit, à ce titre, les prestations prévues.
Rbt intégral : remboursement intégral.
« Par an » s'entend par année d'assurance à compter de la date d'adhésion au contrat (hors équipement optique et auditif).
BRSS (base de remboursement de la Sécurité sociale ou tarif de convention) : il s'agit de la base sur laquelle est calculé le remboursement de la Sécurité sociale à la suite d'un acte médical.

(4) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100 % santé ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements (Sécurité sociale + Swiss Life) sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation. (5) Au-delà du plafond, le remboursement s'effectuera à hauteur du Ticket Modérateur. (6) Garanties limitées à hauteur de la formule 8 pendant 9 mois, sauf en cas d'accident.*
** Tel que défini réglementairement.*

Optique (les forfaits intègrent le ticket modérateur)	1 ❑	2 ❑	3 ❑	4 ❑	5 ❑	6 ❑	7 ❑	8 ❑	9 ❑
Équipements 100 % santé* : équipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* (classe à prise en charge renforcée)(8) (9) - Renouvellement tous les 2 ans(10)									
- Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	**Rbt intégral**
- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	**100 €**
Équipements hors 100 % santé* : équipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier libre(9) Renouvellement tous les 2 ans(10)									
- Deux verres simples + une monture	100 %	50 €	100 €	130 €	175 €	220 €	270 €	350 €	**420 €(7)**
- Un verre simple et un verre complexe + une monture	100 %	125 €	175 €	225 €	285 €	345 €	405 €	485 €	**560 €(7)**
- Un verre simple et un verre ultracomplexe + une monture	100 %	125 €	175 €	240 €	315 €	385 €	445 €	525 €	**610 €(7)**
- Deux verres complexes + une monture	100 %	200 €	200 €	250 €	325 €	400 €	475 €	575 €	**700 €(7)**
- Un verre complexe et un verre ultracomplexe + une monture	100 %	200 €	200 €	265 €	355 €	445 €	525 €	630 €	**750 €(7)**
- Deux verres ultracomplexes + une monture	100 %	200 €	200 €	280 €	385 €	480 €	570 €	680 €	**800 €(7)**
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	**100 %**
+ forfait par an et par bénéficiaire	-	-	100 €	120 €	150 €	180 €	210 €	250 €	**300 €(7)**
Chirurgie réfractive et lentilles non remboursées par la Sécurité sociale Forfait par an et par bénéficiaire	-	-	300 €	360 €	450 €	540 €	630 €	750 €	**900 €(7)**
Accédez à certains équipements de Classe B sans reste à charge avec l'offre Carte Blanche-Prysme chez les opticiens du réseau Carte Blanche Partenaires (sous conditions d'éligibilité).									

Exemples de remboursements

Équipement de classe A

Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100 % santé*)

100 % santé

Dépense : 125 €
BRSS : 37,50 €

Toutes formules

Sécurité sociale (60 % BRSS)	Swiss Life	À votre charge
22,50 €	102,50 €	0 €

Prix moyen national de l'acte. Verres unifocaux de classe A (pour les ≥ 16 ans) dont la sphère est de -4,00 à -6,00 ou +4,00 à +6,00 (codes 2201814 et 2238823) Prix Limite de Vente par verre : 47,5 € / Base de remboursement : 14,25 €. Monture (pour les ≥ 16 ans) : code 2222124 - Prix Limite de Vente : 30 € / Base de remboursement : 9 €.

Équipement de classe B

Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux

Dépense : 339 €
BRSS : 0,15 €

	Sécurité sociale (60 % BRSS)	Swiss Life	À votre charge
Formule 2	0,09 €	49,91 €	289 €
Formule 6	0,09 €	219,91 €	119 €

Prix moyen national de l'acte. Verre unifocal de classe B, sphère -4 à -6 (code 2288353) ou verre unifocal de classe B, sphère +4 à +6, (code 2200335) ; monture de classe B (pour les ≥ 16 ans, code 2264861). Pour ce type d'équipement, si la garantie va au-delà du ticket modérateur, le remboursement par l'organisme complémentaire d'assurance maladie dans le cadre d'un contrat responsable doit être a minima de 50 € (100 € pour les contrats collectifs) et ne pas dépasser 420 €, dont 100 € pour la monture.

Lexique

Rbt intégral : remboursement intégral.
Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est souscrit le contrat santé et qui reçoit, à ce titre, les prestations prévues.
Équipement : 2 verres + monture.
Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou egal à +4,00.
Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verre multifocal ou progressif.
Verre ultracomplexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 a +4,00.
BRSS (base de remboursement de la Sécurité sociale ou tarif de convention) : il s'agit de la base sur laquelle est calculé le remboursement de la Sécurité sociale à la suite d'un acte médical.

(7) Garanties limitées à hauteur de la formule 8 pendant 6 mois, sauf en cas d'accident. (8) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. (9) Le remboursement de la monture de classe A est plafonné à 30 €. Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €. Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale. Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur. (10) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaire ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaire prévue par la réglementation en vigueur.
** Tel que défini réglementairement.*

Soins courants	1 ❑	2 ❑	3 ❑	4 ❑	5 ❑	6 ❑	7 ❑	8 ❑	9 ❑
Honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO									
- Médecin généraliste - Médecin spécialiste	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %	**400 %**
- Radiologie - Imagerie - Échographie	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %	**400 %**
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %	**400 %**
Honoraires médicaux hors OPTAM ou OPTAM-CO									
- Médecin généraliste - Médecin spécialiste	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	200 %	200 %	**200 %**
- Radiologie - Imagerie - Échographie	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	200 %	200 %	**200 %**
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	200 %	200 %	**200 %**
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %	**400 %**
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %	**400 %**
Consultations non remboursées par la Sécurité sociale Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie) et auxiliaires médicaux (pédicurie-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique), ou toute autre pratique prescrite sur ordonnance par un médecin Forfait par acte (maxi 5 par an et par bénéficiaire)	-	20 €	30 €	30 €	40 €	40 €	50 €	50 €	**55 €**
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %	**400 %**
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale[11] par la Sécurité sociale[11] à 65 %, à 30 %, à 15 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	**100 %**
Matériel médical - Matériel médical, prothèses et appareillages orthopédiques, prothèse capillaire	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %	**400 %**[12]
+ forfait prothèse capillaire remboursée par la Sécurité sociale Par an et par bénéficiaire	-	50 €	60 €	110 €	160 €	210 €	260 €	310 €	**380 €**[12]
Cures thermales - Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %	**400 %**[12]
+ forfait par an et par bénéficiaire	-	-	-	50 €	90 €	130 €	180 €	250 €	**330 €**[12]
Bénéficiez en toute liberté de choix d'un remboursement à 50 % de vaccins recommandés aux voyageurs ou d'actes de dépistage non remboursés par la Sécurité sociale prévus dans le forfait prévention santé.									

Exemples de remboursements

Secteur 1

Consultation d'un **médecin traitant généraliste sans dépassement** d'honoraires

Dépense : 25 €
BRSS : 25 €

	Sécurité sociale (70 % BRSS)	Swiss Life	À votre charge
Toutes formules	16,50 €	7,50 €	1 €

Tarif conventionnel.

Consultation d'un **médecin spécialiste** en gynécologie **sans dépassement** d'honoraires

Dépense : 30 €
BRSS : 30 €

	Sécurité sociale (70 % BRSS)	Swiss Life	À votre charge
Toutes formules	20 €	9 €	1 €

Tarif conventionnel.

OPTAM / OPTAM-CO

Consultation d'un **médecin spécialiste** en gynécologie **avec dépassement** d'honoraires **maîtrisés**
(adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)

Dépense : 44 €
BRSS : 30 €

	Sécurité sociale (70 % BRSS)	Swiss Life	À votre charge
Formule 2	20 €	9 €	15 €
Formule 6	20 €	23 €	1 €

Prix moyen national de l'acte.

NON OPTAM / OPTAM-CO

Consultation d'**un médecin spécialiste** en gynécologie **avec dépassement** d'honoraires **libres**
(non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)

Dépense : 57 €
BRSS : 23 €

	Sécurité sociale (70 % BRSS)	Swiss Life	À votre charge
Formule 2	15,10 €	6,90 €	35 €
Formule 6	15,10 €	25,30 €	16,60 €

Prix moyen national de l'acte.

Lexique

Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est souscrit le contrat santé et qui reçoit, à ce titre, les prestations prévues.
« Par an » s'entend par année d'assurance à compter de la date d'adhésion au contrat (hors équipement optique et auditif).
BRSS (base de remboursement de la Sécurité sociale ou tarif de convention) : il s'agit de la base sur laquelle est calculé le remboursement de la Sécurité sociale à la suite d'un acte médical.

(11) Y compris honoraires de dispensation. Au régime Alsace-Moselle, les taux de remboursement indiqués sont les suivants : 90 % au lieu de 65 % pour les médicaments à service médical rendu majeur ou important, 80 % au lieu de 30 % pour les médicaments à service rendu modéré et 15% pour les médicaments à service rendu faible. (12) Garanties limitées à hauteur de la formule 8 pendant 6 mois, sauf en cas d'accident.

Aides auditives[14]	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Équipements 100 % santé*									
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de classe 1 entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* (classe à remboursement renforcé)[15] [16]	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	**Rbt intégral**
Équipements hors 100 % santé*									
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale hors panier de soins 100 % santé* (appareil de classe 2 à prix libre)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	**100 %**
+ forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale, par oreille	-	100 €	275 €	450 €	625 €	800 €	975 €	1 150 €	**1 300 €[13]**
- Accessoires, piles, entretien et réparations remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	**100 %**
En choisissant librement un audioprothésiste du réseau de soin Carte Blanche Partenaires, vous avez accès à des équipements de classe 2 à des tarifs modérés et de qualité.									

Exemples de remboursements

Classe 1

Aide auditive de classe 1 par oreille (équipement 100 % santé*) pour les plus de 20 ans

100 % santé

Dépense : 950 €
BRSS : 400 €

Toutes formules

Sécurité sociale (60 % BRSS)	Swiss Life	À votre charge
240 €	710 €	0 €

Prix limite de vente. Aide auditive de classe I, code 2351057 (oreille droite) ou 2365119 (oreille gauche)

Classe 2

Aide auditive de classe 2 par oreille pour les plus de 20 ans

Dépense : 1 476 €
BRSS : 400 €

	Sécurité sociale (60 % BRSS)	Swiss Life	À votre charge
Formule 2	240 €	260 €	976 €
Formule 6	240 €	960 €	276 €

Prix moyen national de l'acte. Aide auditive de classe 2, code 2392530 (oreille droite) ou 2341840 (oreille gauche).

Quel que soit votre niveau de remboursement, vous pouvez choisir l'option 1, 2, 3 ou 4.	1	2	3	4
Module prévention	❑	❑	❑	❑
Dépenses de prévention santé				
- Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale sur prescription médicale Forfait par an et par bénéficiaire	20 €	35 €	75 €	150 €
- Forfait prévention santé : prise en charge de 50 % des dépenses de prévention non remboursées par la Sécurité sociale listées au contrat - Forfait par an et par bénéficiaire	50 €	75 €	100 €	200 €
Carte Blanche Partenaires	oui	oui	oui	oui
Assistance vie quotidienne Sur simple appel (n° d'appel et n° de convention indiqués dans la convention d'assistance), de nombreux services sont accessibles pour vous aider ainsi que vos proches, notamment dans les cas suivants : hospitalisation ou immobilisation au domicile, maladie grave, décès d'un bénéficiaire, grossesse ou de projet de procréation médicalement assistée, assistance voyage et déplacement à l'étranger, acompagnement en cas de dépendance d'un proche parent.	oui	oui	oui	oui

(13) Garanties limitées à hauteur de la formule 8 pendant 6 mois, sauf en cas d'accident. (14) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller. (15) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. (16) Une aide auditive de classe 1 doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.
** Tel que défini réglementairement.*

Swiss Life est un acteur référent en assurance et gestion de patrimoine, avec un positionnement reconnu d'assureur gestion privée. Notre approche est globale en assurance vie, banque privée, gestion financière, ainsi qu'en santé, prévoyance et dommages. Une approche globale, parce que l'essence de notre métier est d'accompagner chaque parcours de vie, privé et professionnel, et de construire chaque jour une relation durable avec chacun de nos clients, particuliers comme entreprises. Notre conseil personnalisé, fondé sur la proximité et la confiance mutuelle, éclaire nos clients afin de leur permettre de faire leurs propres choix et d'être pleinement acteurs de leur vie, à chacune de ses étapes. En agissant ainsi de manière responsable, Swiss Life assure un rôle sociétal, source de fierté pour ses collaborateurs et ses forces de vente.

#YourLife

SwissLife

Nous permettons à chacun
de vivre selon ses propres choix.

Swiss Life Prévoyance
et Santé
Siège social :
7, rue Belgrand
92300 Levallois-Perret
SA au capital social
de 150 000 000 €
Entreprise régie par
le Code des assurances
322 215 021 RCS Nanterre

Filassistance international
Siège social :
108, Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex
SA au capital social
de 4 100 000 €
Entreprise régie par
le Code des assurances
433 012 689 RCS Nanterre

Mod 5892 - 01.2022 - Création : Caribou / MAJ : BH - Direction de la communication Swiss Life - Photos : ©Swiss Life Intellectual Property Management AG - Pour chaque tonne d'imprimés papiers qu'elle émet, Swiss Life verse une contribution financière à EcoFolio.