



SwissLife

*Cotisations
déductibles du
bénéfice imposable
et exonération
sociale.*

SwissLife Prévoyance Entreprises + Santé

*Choisir de protéger la santé de vos salariés
en profitant d'un cadre fiscal et social avantageux*

#YourLife



Faire le choix pour vos collaborateurs d'une solution santé souple et « à la carte » !

SwissLife Prévoyance Entreprises + Santé vous permet de bâtir une couverture santé collective « à la carte » selon le profil de votre entreprise et les besoins de vos collaborateurs. Vous pouvez également définir des formules optionnelles facultatives auxquelles vos collaborateurs peuvent souscrire pour augmenter leur niveau de garanties.

Une offre modulable

22 niveaux de remboursements de base au choix, modulables⁽¹⁾ en fonction des blocs de garanties.

Aucune avance de frais

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⁾.

Aucun questionnaire de santé

Dépenses de prévention prises en charge

Mensualisation gratuite

La généralisation de la complémentaire santé : une obligation légale.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, l'employeur, quelle que soit la taille de l'entreprise ou son secteur d'activité, doit mettre en place une couverture santé collective au profit de l'ensemble de ses salariés et participer à hauteur de 50 % minimum au financement de la cotisation.

Ce dispositif concerne donc les entreprises ne disposant pas encore d'une couverture santé ainsi que celles qui en proposent déjà une mais dont les garanties sont moins favorables que la couverture minimale définie par la loi* ou dont le financement est inférieur à 50 % de la cotisation.

SwissLife Prévoyance Entreprises + Santé répond à ces exigences et vous offre la modularité en plus !

Une couverture responsable adaptée à l'ensemble des besoins de santé de vos collaborateurs⁽³⁾...



Hospitalisation / maternité

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



Médecine courante / Pharmacie

Médecins, ostéopathes, chiropracteurs, diététiciens, auxiliaires médicaux, imageries, laboratoires, prothèses et appareillages (orthopédique, capillaire), cures thermales, médicaments et homéopathie.



Optique

Verres simples ou complexes, montures, lentilles, chirurgie réfractive (myopie, presbytie, hypermétropie).



Dentaire

Frais dentaires remboursés (soins, prothèses,...) ou non remboursés (implants, parodontologie,...), orthodontie.



Prévention

Dépenses de prévention (vaccins, contraceptifs, dépistages divers)⁽⁴⁾, versement d'une indemnité de 3 500 € en cas de décès.



Aides auditives

Prothèses et appareillages auditifs.

... conforme à l'environnement réglementaire

Les garanties de votre contrat répondent parfaitement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100 % santé* »). Vos collaborateurs profitent ainsi d'offres sans reste à charge (paniers 100 % santé⁽³⁾) pour certaines prestations en optique, dentaire et aides auditives.

**100 %
santé**

* Tel que défini réglementairement.

(1) Dans une limite de 10 niveaux d'écart entre 2 blocs de garanties, hors niveau « socle ANI ». (2) Dans la plupart des cas, selon les accords de télétransmission existants avec votre caisse d'assurance maladie. (3) Voir conditions et modalités du contrat. (4) À hauteur du forfait annuel choisi, sur prescription médicale et achat en pharmacie.

Opter pour une couverture santé adaptée à vos salariés et à votre entreprise !

Pour votre entreprise

- Un outil de motivation et de fidélisation de vos collaborateurs.
- Le respect de vos obligations légales en matière de couverture santé obligatoire.
- La déduction des cotisations versées par l'entreprise du bénéfice imposable au titre des dépenses de personnel (article 39 du Code général des impôts).
- L'exonération sociale des cotisations versées par l'entreprise (article L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale)⁽⁵⁾.

Pour vos collaborateurs adhérents

- La certitude d'être couvert en cas de maladie ou d'hospitalisation pour vos collaborateurs et leur famille⁽⁶⁾.
- Un tarif particulièrement attractif associé à des garanties étendues.
- La déduction des cotisations salariales finançant les garanties collectives et obligatoires du revenu imposable (article 83 du Code général des impôts)⁽⁵⁾.
- Un processus d'adhésion dématérialisé : rapide, sécurisé, simple et pratique.

(5) Dans les limites fixées par la réglementation en vigueur. (6) Selon le choix effectué par l'entreprise et les adhérents.



Pour vous, chef d'entreprise...

Vous êtes travailleur non salarié ?

SwissLife Prévoyance Entreprises + Dirigeants Santé

Votre rémunération relève des BIC⁽⁷⁾, BNC⁽⁸⁾, de l'article 62 du Code général des impôts ou des BA⁽⁹⁾ ?

Nous vous proposons une solution adaptée à vos besoins.

Vous choisissez parmi tous les niveaux de garanties de SwissLife Prévoyance Entreprises + Dirigeants, la formule que vous souhaitez pour vous et pour vos proches.

- > **Aucune limite d'âge** à l'adhésion.
- > **Un avantage tarifaire** : jusqu'à -15 % de réduction si vous avez déjà souscrit un contrat santé chez nous pour au moins une catégorie de personnel.
- > **La fiscalité avantageuse Madelin⁽¹⁰⁾**.
- > Le cas échéant, **vous pouvez choisir un niveau de garantie identique ou différent** de celui sélectionné pour vos collaborateurs dans le cadre de leur contrat d'entreprise SwissLife Prévoyance Entreprises +.

(7) Bénéfices industriels et commerciaux. (8) Bénéfices non commerciaux. (9) Bénéfices agricoles.

(10) Sauf si vous relevez fiscalement des bénéfices agricoles.

Vous êtes assimilé salarié ?

Si vous relevez fiscalement des traitements et salaires, vous êtes directement rattaché à une catégorie de personnel définie dans le cadre du contrat SwissLife Prévoyance Entreprises + Santé mis en place pour vos collaborateurs.

Un accompagnement et des services exclusifs pour prendre soin de vos salariés

De nombreux services d'assistance et d'informations pour répondre à toutes les situations⁽¹⁾.

Votre salarié est hospitalisé ou immobilisé à son domicile ?

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

Votre salarié attend l'arrivée d'un enfant ?

Il bénéficie 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.

Il a une question d'ordre général sur la santé ?

Il bénéficie d'une «assistance information santé» pouvant répondre à toutes ses questions de nature médicale (santé, vaccinations, mise en forme, diététique, allergies, etc.).

Un de ses 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).



Les avantages du réseau de soins Carte Blanche Partenaires

- ▶ **Un réseau de partenaires de qualité**
à des prix négociés⁽²⁾ 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).

(1) Voir conditions, prestations assurées et gérées par Filassistance. (2) Accédez 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.



Gérer votre contrat

- Faire une demande d'affiliation.
- Piloter et simuler vos cotisations en temps réel.
- Modifier vos informations entreprise et représentant légal.



Accéder à vos documents et informations utiles

- Consulter les détails de votre contrat.
- Visualiser la liste des adhérents et ayants droit.
- Télécharger vos documents (attestations tiers payant, certificats d'adhésion, bulletin de modification de situation adhérents, etc.).



Contactez votre conseiller

Bénéficier d'un suivi direct et d'une prise en charge rapide.

Pour vos salariés...

Piloter leur contrat

- Ajouter ou supprimer un bénéficiaire.
- Ajouter ou modifier une option.
- Mettre leurs coordonnées à jour.
- Changer leurs modalités de paiement ou leur RIB.

Maîtriser leurs remboursements santé

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

Profiter de services pratiques

- Retrouver leur attestation de tiers payant.
- Réaliser une simulation de remboursement.
- Consulter leur garantie d'assistance.
- Trouver un professionnel de santé agréé Carte Blanche Partenaires.

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.



MY SwissLife

■ 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



Comment fonctionne votre tableau de garanties ?

SwissLife Prévoyance Entreprises + Santé est une offre souple et modulable qui comprend une formule de base que vous pouvez compléter par des formules optionnelles. Parmi les choix d'options que vous aurez sélectionnés, votre collaborateur pourra retenir l'une d'entre elles.

Choix d'une formule de base parmi 22 niveaux modulables⁽¹⁾

Définie par l'entreprise	Financée par l'entreprise et le salarié
Vous définissez les niveaux de garanties qui vont composer la formule de base obligatoire pour vos salariés. Vous choisissez également de couvrir les ayants droit à titre obligatoire ou facultatif.	
Exemple de formule de base définie par la société X, composée de 18 salariés	
Hospitalisation et maternité	Niveau 100
Dentaire	Niveau 200
Optique	Niveau 150
Médecine, Pharmacie, Autres	Niveau 300

Choix des formules optionnelles 1, 2 ou 3 formules maximum

Définie par l'entreprise	Financée par le salarié	
Les formules optionnelles permettent à vos collaborateurs d'augmenter leur niveau de garanties s'ils le souhaitent. Ils ont ainsi la liberté de bénéficier d'une couverture santé encore plus large en fonction de leur besoin et de leur budget.		
Exemple d'option facultative choisie par Marc, salarié de la société X, parmi 3 options proposées par son entreprise		
Option 1	Option 2	Option 3
Niveau 200	Niveau 250	Niveau 300
Niveau 300	Niveau 350	Niveau 400
Niveau 250	Niveau 300	Niveau 350
Niveau 400	Niveau 450	Niveau 500

Comment lire vos garanties ?

Vos garanties prévoient le remboursement des 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 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 ⁽²⁾ .		

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. Le contrat SwissLife Prévoyance Entreprises + Santé s'adaptera donc automatiquement aux évolutions législatives et réglementaires liées aux contrats « responsables ». Conformément à la législation en vigueur, restent à la charge des adhérents, la contribution de 1 €/acte médical et les franchises médicales de 0,50 €/boîte de médicaments - acte d'auxiliaires médicaux et de 2 € de transport.

* Tel que défini réglementairement. (1) Dans une limite de 10 niveaux d'écart entre 2 blocs de garanties, hors niveau « socle ANI ». (2) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

	ANI	100	125	150	200	250	300	350	400	450	500	550	600
Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO													
Chirurgie - Obstétrique	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
Anesthésie	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
Honoraires hors l'OPTAM ou l'OPTAM-CO													
Chirurgie - Obstétrique	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %
Anesthésie	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %
Frais de séjour	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
Transport du malade	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
Forfait journalier hospitalier⁽³⁾													
Durée illimitée	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Chambre particulière	-	40 €/j	45 €/j	50 €/j	60 €/j	70 €/j	80 €/j	90 €/j	100 €/j	110 €/j	120 €/j	130 €/j	140 €/j
Frais d'accompagnement	-	20 €/j	22 €/j	24 €/j	28 €/j	32 €/j	36 €/j	40 €/j	44 €/j	48 €/j	52 €/j	56 €/j	60 €/j
Frais de télévision pendant 15 jours	-	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j
Forfait versé à l'assuré (H/F) par maternité ou adoption et par enfant	-	100 €	115 €	130 €	160 €	190 €	220 €	250 €	280 €	310 €	340 €	370 €	400 €
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 €	Toutes formules	Swiss Life 20 €	À votre charge 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 €	Formule 125	Sécurité sociale (100 % BRSS moins 24 € de participation forfaitaire) 247,70 €	Swiss Life 91,93 €	À votre charge 15,38 €
		Formule 350	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 €	Formule 125	Sécurité sociale (100 % BRSS moins 24 € de participation forfaitaire) 247,70 €	Swiss Life 37,59 €	À votre charge 161,72 €
		Formule 350	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

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.

(3) Hors régime Alsace-Moselle.

	ANI	100	125	150	200	250	300	350	400	450	500	550	600
Dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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⁾	Rbr intégral	Rbr intégral	Rbr intégral	Rbr intégral	Rbr intégral	Rbr intégral	Rbr intégral	Rbr intégral	Rbr intégral	Rbr intégral	Rbr intégral	Rbr intégral	Rbr intégral
Soins Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention, remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
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 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
Prothèses Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale hors du panier de soins 100 % santé* et entrant donc dans le champ des paniers Honoraires modérés ⁽⁴⁾ ou libres	125 %	125 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	125 %	125 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
■ Dentaire AVEC plafond annuel - Forfait unique pour actes non remboursés par la Sécurité sociale													
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale Implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie Forfait par an et par bénéficiaire	-	250 €	270 €	290 €	330 €	370 €	410 €	450 €	550 €	650 €	750 €	850 €	1 000 €
Plafond sur le poste dentaire - par an et par bénéficiaire (hors soins, prothèses 100 % santé* et orthodontie) ⁽⁵⁾	-	-	-	-	-	-	-	1 500 €	1 800 €	2 150 €	2 450 €	2 750 €	3 000 €
■ Dentaire SANS plafond annuel - Forfait unique pour actes non remboursés par la Sécurité sociale													
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale Implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie Forfait par an et par bénéficiaire	-	250 €	270 €	290 €	330 €	370 €	410 €	450 €	550 €	650 €	750 €	850 €	1 000 €
■ Dentaire AVEC plafond annuel - Forfait distinct par acte non remboursé par la Sécurité sociale													
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale Implantologie - forfait par dent et par bénéficiaire	-	400 €	450 €	500 €	600 €	700 €	800 €	900 €	1 000 €	1 100 €	1 200 €	1 300 €	1 400 €
Prothèse - forfait par dent et par bénéficiaire	-	100 €	115 €	130 €	160 €	190 €	220 €	250 €	280 €	310 €	340 €	370 €	400 €
Orthodontie - forfait par an et par bénéficiaire	-	150 €	165 €	180 €	210 €	240 €	270 €	300 €	330 €	360 €	390 €	420 €	450 €
Parodontologie - forfait par an et par bénéficiaire	-	100 €	115 €	130 €	160 €	190 €	220 €	250 €	280 €	310 €	340 €	370 €	400 €
Plafond sur le poste « dentaire non remboursé par la sécurité sociale » par an et par bénéficiaire	-	550 €	615 €	680 €	810 €	940 €	1 070 €	1 200 €	1 330 €	1 460 €	1 590 €	1 720 €	1 850 €
Avec le Forfait prévention santé, bénéficiez d'actes de prévention dentaires pris en charge à 50 % de la dépense dans la limite du forfait annuel.													

Exemples de remboursements

Soins	Détartrage			Sécurité sociale (70 % BRSS)					Swiss Life					À votre charge		
	Dépense : 43,38 € BRSS : 43,38 €	Toutes formules	30,37 €						13,01 €						0 €	
<i>Tarif conventionnel.</i>																
Prothèses	Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100 % santé*)			Sécurité sociale (70 % BRSS)					Swiss Life					À votre charge		
	Dépense : 500 € BRSS : 120 €	Toutes formules	84 €	416 €										0 €		
	<i>Prix moyen national de l'acte.</i>															
	Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires (prothèse du panier « maîtrisé »)			Sécurité sociale (70 % BRSS)		Swiss Life		À votre charge								
Dépense : 550 € BRSS : 120 €	Formule 150	84 €	96 €	370 €												
	Formule 400	84 €	396 €							70 €						
<i>Prix moyen national de l'acte - HBLD491.</i>																
	Couronne céramo-métallique sur molaires			Sécurité sociale (70 % BRSS)		Swiss Life		À votre charge								
Dépense : 537,48 € BRSS : 120 €	Formule 150	84 €	96 €	357,48 €												
	Formule 400	84 €	396 €							57,48 €						
<i>Prix moyen national de l'acte - HBLD734.</i>																

* Tel que défini réglementairement. (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 de 125 % des bases de remboursement.

	ANI	100	125	150	200	250	300	350	400	450	500	550	600
Optique (les forfaits intègrent le ticket modérateur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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) ⁽⁶⁾ - Renouvellement tous les 2 ans ⁽⁷⁾													
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	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 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Équipements hors 100 % santé* : équipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier libre ⁽⁶⁾ Renouvellement tous les 2 ans ⁽⁷⁾													
Deux verres simples + monture	100 €	100 €	115 €	130 €	160 €	190 €	220 €	250 €	290 €	330 €	375 €	405 €	420 €
Un verre simple et un verre complexe + monture	150 €	175 €	205 €	225 €	265 €	305 €	345 €	385 €	425 €	465 €	505 €	530 €	560 €
Un verre simple et un verre ultra complexe + monture	150 €	175 €	215 €	240 €	290 €	340 €	385 €	425 €	465 €	505 €	545 €	580 €	610 €
Deux verres complexes + monture	200 €	200 €	225 €	250 €	300 €	350 €	400 €	450 €	500 €	550 €	610 €	650 €	700 €
Un verre complexe et un verre ultra complexe + monture	200 €	200 €	235 €	265 €	325 €	385 €	445 €	500 €	550 €	600 €	660 €	705 €	750 €
Deux verres ultra complexes + monture	200 €	200 €	245 €	280 €	350 €	420 €	480 €	540 €	600 €	650 €	710 €	755 €	800 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
+ forfait par an et par bénéficiaire	100 €	100 €	110 €	120 €	140 €	160 €	180 €	200 €	220 €	240 €	260 €	280 €	300 €
Chirurgie réfractive et lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	-	300 €	350 €	400 €	500 €	600 €	700 €	800 €	900 €	1 000 €	1 100 €	1 200 €	1 300 €
Forfait par an et par bénéficiaire													
Accédez à certains équipements de classe B sans reste à charge avec l'offre Carte Blanche-Prysmes 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*)		
	Toutes formules	Sécurité sociale (60 % BRSS)	Swiss Life
Dépense : 125 € BRSS : 37,50 €		22,50 €	102,50 €
			À votre charge 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		
	Formule 150	Sécurité sociale (60 % BRSS)	Swiss Life
Dépense : 339 € BRSS : 0,15 €		0,09 €	129,91 €
			À votre charge 209 €
	Formule 400	0,09 €	289,91 €
			À votre charge 49 €
		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 à 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 égal 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 à +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.

* Tel que défini réglementairement. (6) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. 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. (7) 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.

	ANI	100	125	150	200	250	300	350	400	450	500	550	600
Soins courants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO													
- Médecins	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
- Radiologie - Imagerie - Échographie	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
Honoraires médicaux hors OPTAM ou OPTAM-CO													
- Médecins	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %
- Radiologie - Imagerie - Échographie	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %	200 %
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
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)	-	30 €	35 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €	90 €	100 €	110 €	120 €	130 €
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale⁽⁸⁾⁽⁹⁾													
- à 65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- à 30 %	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- à 15 %	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Cures thermales : dépenses remboursées par la Sécurité sociale + forfait par an et par bénéficiaire	-	100 €	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €	450 €	500 €	550 €	600 €
Matériel médical : prothèses et appareillages orthopédiques, capillaire + forfait prothèse capillaire remboursée par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire	-	50 €	60 €	70 €	90 €	110 €	130 €	150 €	180 €	210 €	240 €	270 €	300 €

Vous ne pouvez pas obtenir de rendez-vous rapidement avec votre médecin ou souhaitez simplement un conseil médical ? Pensez à la téléconsultation.

Exemples de remboursements

Secrétaire 1	Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires				
	Dépense : 25 € BRSS : 25 €	Toutes formules	Sécurité sociale (70 % BRSS) 16,50 €	Swiss Life 7,50 €	À votre charge 1 € <small>Tarif conventionnel.</small>
OPTAM / OPTAM-CO	Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires				
	Dépense : 30 € BRSS : 30 €	Toutes formules	Sécurité sociale (70 % BRSS) 20 €	Swiss Life 9 €	À votre charge 1 € <small>Tarif conventionnel.</small>
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 €	Formule 125	Sécurité sociale (70 % BRSS) 20 €	Swiss Life 16,50 €	À votre charge 7,50 €
		Formule 350	20 €	23 €	1 € <small>Prix moyen national de l'acte.</small>
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 €	Formule 125	Sécurité sociale (70 % BRSS) 15,10 €	Swiss Life 8,05 €	À votre charge 33,85 €
		Formule 350	15,10 €	29,90 €	12 € <small>Prix moyen national de l'acte.</small>

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.

(8) Y compris honoraires de dispensation. (9) En option, prise en charge réduite des médicaments remboursés à 30 % ou 15 % par la Sécurité sociale (respectivement jusqu'au niveau 150 ou 250).

	ANI	100	125	150	200	250	300	350	400	450	500	550	600
Aides auditives⁽¹⁰⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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) ⁽¹¹⁾	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	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 %	100 %	100 %	100 %	100 %
+ forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale, par oreille	-	100 €	150 €	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €	740 €	880 €	1 020 €	1 160 €	1 300 €
- Accessoires, piles, entretien et réparations remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	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 à des tarifs modérés et de qualité.													

Exemples de remboursements

100 %
santé**Aide auditive de classe 1 par oreille (équipement 100 % santé*) pour les plus de 20 ans****Dépense :****950 €**

BRSS : 400 €

Sécurité sociale (60 % BRSS)
Toutes formules

240 €

Swiss Life

710 €

À votre charge

0 €

Prix limite de vente. Aide auditive de classe 1, code 2351057 (oreille droite) ou 2365119 (oreille gauche)

Aide auditive de classe 2 par oreille pour les plus de 20 ans**Dépense :****1 476 €**

BRSS : 400 €

Sécurité sociale (60 % BRSS) Swiss Life
Formule 150

240 €

360 €

À votre charge

876 €

Formule 400

240 €

900 €

336 €

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

	0	1	2
Module prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépenses de prévention santé			
- Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale sur prescription médicale - Forfait par an et par bénéficiaire		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		100 €	200 €
Carte Blanche Partenaires	oui	oui	oui
Assistance 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 : en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile, de décès d'un bénéficiaire, de grossesse ou de projet de procréation médicalement assistée, assistance voyage et déplacement à l'étranger, accompagnement en cas de dépendance d'un proche parent, indisponibilité de votre médecin, téléconsultation	oui	oui	oui

Garantie frais d'obsèques	<input type="checkbox"/>
Indemnité en cas de décès de l'assuré(e) ou de ses ayants droit couverts au contrat	3 500 €

* Tel que défini réglementairement. (10) 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 1700 € par oreille à appareiller. (11) Remboursements dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

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

