

SwissLife Santé Retraités

Exemples de remboursements¹ - Régime général



Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) ⁴			Reste à charge ⁴		
				Niveau 2	Niveau 5	Niveau 8	Niveau 2	Niveau 5	Niveau 8
Hospitalisation									
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € <i>(15 € en service psychiatrique)</i>	0 €	0 €	20,00 €	20,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	20,00 €	70,00 €	100,00 €	Selon facture	Selon facture	Selon facture
Séjours avec actes lourds									
<i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.</i>									
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé									
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24 €	24 €			0 €		
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 794,04 €	794,04 €	770,04 €	24,00 €	24,00 €	24,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat			Selon contrat		
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 413 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	141,30 €	141,30 €	141,30 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)			Selon contrat		
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 451 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	149,44 €	179,30 €	179,30 €	29,87 €	0,00 €
Séjours sans acte lourd									
<i>L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.</i>									
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public									
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR			0 €		
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 333,75 €	3 333,75 €	2 667,00 €	666,75 €	666,75 €	666,75 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) ⁴			Reste à charge ⁴		
				Niveau 2	Niveau 5	Niveau 8	Niveau 2	Niveau 5	Niveau 8
Soins courants									
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 € ⁵	30 % BR			1 € de participation forfaitaire ⁵		
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	30 €	30 €	20 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 € ⁵	30 % BR + dépassement si prévu au contrat			1 € de participation forfaitaire ⁵ + dépassement selon contrat		
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	44 €	30 €	20 €	9,00 €	23,00 €	23,00 €	15,00 €	1,00 €	1,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1€ ⁵	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)			1 € de participation forfaitaire ⁵ + dépassement selon contrat		
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	58 €	23 €	15,10 €	6,90 €	19,55 €	29,90 €	36,00 €	23,35 €	13,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat			Selon contrat		
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,63 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	10,99 €	10,99 €	1,23 €	0,00 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) ⁴			Reste à charge ⁴		
				Niveau 2	Niveau 5	Niveau 8	Niveau 2	Niveau 5	Niveau 8
Dentaire									
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires			0 €		
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	84 €	416,00 €	416,00 €	416,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat			Selon contrat		
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	13,02 €	13,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat			Selon contrat		
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	547,90 €	120 €	84 €	36,00 €	126,00 €	276,00 €	427,90 €	337,90 €	187,90 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat			Selon contrat		
Ex : traitement par semestre (6 max)	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné	Non concerné
Optique									
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des prix limite de vente (PLV)			0 €		
Ex : Verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35€ par verre + 24,60 €			0,00 €	0,00 €	0,00 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €			0,00 €	0,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires			Selon contrat		
Ex : verres simples + monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	49,91 € (pour 2 verres + 1 monture)	199,91 € (pour 2 verres + 1 monture)	319,91 € (pour 2 verres + 1 monture)	289,00 €	139,00 €	19,00 €
Ex : verres progressifs + monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	199,91 € (pour 2 verres + 1 monture)	274,91 € (pour 2 verres + 1 monture)	459,91 € (pour 2 verres + 1 monture)	401,00 €	326,00 €	141,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC) ⁴			Reste à charge ⁴		
				Niveau 2	Niveau 5	Niveau 8	Niveau 2	Niveau 5	Niveau 8
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat			Selon contrat		
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	75,00 €	150,00 €	300,00 €	Selon facture	Selon facture	Selon facture
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat			Selon contrat		
Ex : opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	75,00 €	150,00 €	300,00 €	Selon facture	Selon facture	Selon facture
Aides auditives									
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des prix limite de vente (PLV)			0 €		
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710,00 €	710,00 €	710,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires			Selon contrat		
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 534 €	400 €	240 €	160,00 €	760,00 €	1 294,00 €	1 134,00 €	534,00 €	0,00 €

(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) Les niveaux de garanties sélectionnés pour la présentation des exemples de remboursements permettent d'orienter votre choix de couverture vers une solution plutôt économique, optimisée ou renforcée selon vos besoins et votre situation. Pour découvrir l'ensemble des niveaux de garanties disponibles, veuillez consulter le tableau de garanties du contrat.

(5) Pas de participation forfaitaire de 1 € pour les moins de 18 ans.

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 garanties. 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/>).