



SwissLife

SwissLife Santé Particuliers

Tableau de garanties 100 % Santé




- > **Objet** : complémentaire santé individuelle pour se protéger soi-même ainsi que sa famille contre les aléas du quotidien.
- > **Garanties** : 4 blocs de garanties principaux (hospitalisation, dentaire, optique, soins courants) + 1 module « prévention » inclus (forfaits supplémentaires pour la pharmacie non remboursée et les dépenses de prévention + Services d'assistance et Carte Blanche Partenaires inclus)
- > **Modularité** :
 - Si le contrat couvre un seul assuré de moins de 60 ans : 9 niveaux linéaires de garanties au choix.
 - Si le contrat couvre au moins un assuré âgé de 60 ans et plus, ou au moins un ayant droit ou un assuré fonctionnaire affilié au régime général de Sécurité sociale : les niveaux 1 à 8 sont modulables par blocs de garanties jusqu'à 2 niveaux d'écarts. Le niveau 9 est linéaire.
 - Le module « prévention » inclus comprend 4 niveaux linéaires de garanties au choix.
- > **Réductions** : Tarif enfant jusqu'à 19 ans / Gratuité à compter du 3^{ème} enfant / Couples (2 adultes) : 5 % / Familles monoparentales (1 adulte + au moins 1 enfant) : 7 % / Familles (2 adultes + au moins 1 enfant âgé de moins de 20 ans) : 10 %.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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"/>
• Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO									
- Chirurgie - Obstétrique	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 % ⁽⁵⁾	300 % ⁽⁵⁾	400 % ⁽⁵⁾
- Anesthésie	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 % ⁽⁵⁾	300 % ⁽⁵⁾	400 % ⁽⁵⁾
• Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO									
- Chirurgie - Obstétrique	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	200 % ⁽⁵⁾	200 % ⁽⁵⁾	200 % ⁽⁵⁾
- Anesthésie	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	200 % ⁽⁵⁾	200 % ⁽⁵⁾	200 % ⁽⁵⁾
• Frais de séjour	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 % ⁽⁵⁾	300 % ⁽⁵⁾	400 % ⁽⁵⁾
• 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 % ⁽⁵⁾	300 % ⁽⁵⁾	400 % ⁽⁵⁾
- Chambre particulière - durée illimitée ⁽²⁾ - forfait par jour et par assuré	-	40 €/j	45 €/j	50 €/j	55 €/j	65 €/j	80 €/j ⁽⁵⁾	100 €/j ⁽⁵⁾	135 €/j ⁽⁵⁾
- Frais d'accompagnement - durée illimitée - à tout âge - forfait par jour et par assuré	-	20 €/j	22 €/j	24 €/j	26 €/j	28 €/j	32 €/j ⁽⁵⁾	36 €/j ⁽⁵⁾	44 €/j ⁽⁵⁾
- Frais de télévision pendant 15 jours - par événement - forfait par jour et par assuré	-	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 €	145 €	160 €	190 € ⁽⁵⁾	220 € ⁽⁵⁾	280 € ⁽⁵⁾
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.									


	1	2	3	4	5	6	7	8	9
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"/>
• 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) ⁽³⁾	-	-	-	-	-	-	-	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.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Optique (les forfaits intègrent le Ticket Modérateur)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
 • 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) ^{(a)(b)} - Renouvellement tous les 2 ans ^(c)									
- 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 ^(b) - Renouvellement tous les 2 ans ^(c)									
- 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 ultra complexe + 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 ultra complexe + une monture	100 %	200 €	200 €	265 €	355 €	445 €	525 €	630 €	750 € ⁽⁷⁾
- Deux verres ultra complexes + 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-Prysm chez les opticiens du réseau Carte Blanche Partenaires (sous conditions d'éligibilité).									

Soins courants	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
• Honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO									
- Médecin généraliste	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %	400 %
- Médecin spécialiste	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %	400 %
- Radiologie - Imagerie - Echographie	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	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	200 %	200 %	200 %
- Médecin spécialiste	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	200 %	200 %	200 %
- Radiologie - Imagerie - Echographie	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									
- Médicaments remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾									
- 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 % ⁽⁷⁾
+ forfait prothèse capillaire remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	-	50 €	60 €	110 €	160 €	210 €	260 €	310 €	380 € ⁽⁷⁾
• Cures thermales									
- Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %	400 % ⁽⁷⁾
+ forfait par an et par bénéficiaire	-	-	-	50 €	90 €	130 €	180 €	250 €	330 € ⁽⁷⁾

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.

Aides auditives^(d)									
• 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) ^{(a)(e)}	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 € ⁽⁷⁾
- 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.

Quel que soit votre niveau de remboursement, vous pouvez choisir l'option 1, 2, 3 ou 4.

	1	2	3	4
Prévention	<input type="checkbox"/>	<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	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 :				
- en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	oui	oui	oui	oui
- en cas de maladie grave	oui	oui	oui	oui
- en cas de décès d'un bénéficiaire	oui	oui	oui	oui
- en cas de grossesse ou de projet de procréation médicalement assistée	oui	oui	oui	oui
- assistance voyage et déplacement à l'étranger	oui	oui	oui	oui
- accompagnement en cas de dépendance d'un proche parent	oui	oui	oui	oui

Lexique :

- **Bénéficiaire** : personne au profit de laquelle est souscrit le contrat le contrat santé et qui reçoit à ce titre les prestations prévues
- **Rbt Intégral** : Remboursement Intégral
- **Équipement** : 2 verres + monture
- « **Par an** » s'entend par année d'assurance à compter de la date d'adhésion au contrat sauf cas prévus aux renvois (c) et (d)
- **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 ultra complexe** : 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

(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) Au-delà du plafond, le remboursement s'effectuera à hauteur du Ticket Modérateur.

(4) 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.

(5) Garanties limitées à hauteur de la formule 6 pendant 3 mois, sauf en cas d'accident.

(6) Garanties limitées à hauteur de la formule 8 pendant 9 mois, sauf en cas d'accident.

(7) Garanties limitées à hauteur de la formule 8 pendant 6 mois, sauf en cas d'accident

100 % Santé*

(a) 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.

(b) 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'appariage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

(c) 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 oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur.

(d) 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.

(e) 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

Les garanties du contrat décrites ci-dessus 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 Santé Particuliers s'adaptera donc automatiquement aux évolutions législatives et réglementaires liées aux contrats « responsables ».

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 le tableau des garanties ci-dessus.

Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « remboursement intégral » (ou Rbt intégral), les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale **incluant le remboursement de la Sécurité sociale**. Elles 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.^(a)



Qu'est-ce que le « 100 % Santé » ?

Accédez à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives, grâce au 100 % Santé !

Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers de soins, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. Il est donc important de bien prendre en compte vos besoins afin de choisir des niveaux de garanties vous assurant une totale liberté de choix.

	Garanties incluses dans le panier 100 % Santé	Remboursement sur toutes les formules	Composition du panier
	Optique		
	Monture	Intégralement remboursé	Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 € (classe A). Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes « 100 % Santé » en deux coloris différents :
	Verres	Intégralement remboursé	- Verres traitant l'ensemble des troubles visuels. - Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.
	Dentaire		
	Inlay-core	Intégralement remboursé	- Couronnes céramique monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1 ^{ère} prémolaire) ; couronnes céramiques monolithiques zircons (incisives et canines) ; couronnes métalliques toutes localisations.
	Prothèses dentaires		- inlays core et couronnes transitoires.
	- bridges céramo-métalliques (incisives et canines) ; bridges full zircon et métalliques toutes localisations ; prothèses amovibles à base de résine.		
	Aides auditives		
	Prothèses auditives	Intégralement remboursé	- Tous les types d'appareils sont concernés (Classe 1) : contour d'oreille classique ; contour à écouteur déporté ; intra-auriculaire. - Au moins 12 canaux de réglages (ou dispositif de qualité équivalente pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif ; système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB. - 4 ans de garantie suivi par l'audioprothésiste. - Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruits de vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptatives, bande passante élargie ≥ 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération. - Des prestations de suivi (au moins une fois par an) pour adapter en continu le réglage de l'appareil en fonction de l'évolution de la perte auditive



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

