



SwissLife Prévoyance Entreprises + Santé à destination du personnel des agences générales d'assurance





Choisissez dans ce tableau de garanties les options venant en complément de la formule choisie par votre employeur.


Les garanties s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale


	Choix entreprise	Options possibles pour les salariés			
	Base conventionnelle	Option 1	Option 2	Option 3	
 HOSPITALISATION	→ Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO				
	- Chirurgie - Obstétrique	100%	150%	200%	300%
	- Anesthésie	100%	150%	200%	300%
	→ Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO				
	- Chirurgie - Obstétrique	100%	130%	180%	200%
	- Anesthésie	100%	130%	180%	200%
	→ Frais de séjour	100%	150%	200%	300%
	→ Transport du malade	100%	150%	200%	300%
	→ Forfait journalier hospitalier - durée illimitée (1)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
	→ Chambre particulière - durée illimitée - Forfait par jour	40 €	50 €	60 €	80 €
	→ Frais d'accompagnement - durée illimitée - à tout âge - Forfait par jour	20 €	24 €	28 €	36 €
	→ Frais de télévision pendant 15 jours - par évènement - Forfait par jour	5 €	5 €	5 €	5 €
→ Forfait versé au bénéficiaire (H/F) - par naissance ou adoption et par enfant	100 €	130 €	160 €	220 €	
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.					


 DENTAIRE	→ 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) (a)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
	→ Soins				
	- Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention, remboursés par la Sécurité sociale	250%	250%	275%	350%
	- 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 (a) ou libres	250%	250%	275%	350%
	→ Prothèses				
	- Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100% santé* et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires modérés (a) ou libres	250%	250%	275%	350%
	- Inlay core	250%	250%	275%	350%
	→ Orthodontie				
	- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	250%	250%	275%	350%
	→ Forfait global				
	- Implantologie - forfait par dent et par bénéficiaire	700 €	700 €	750 €	900 €
- Prothèse forfait par dent et par bénéficiaire	190 €	190 €	205 €	250 €	
- Orthodontie - forfait par an et par bénéficiaire	240 €	240 €	255 €	300 €	
- Parodontologie - forfait par an et par bénéficiaire	190 €	190 €	205 €	250 €	
Plafond sur le poste "dentaire non remboursé par la sécurité sociale" par an et par bénéficiaire	940 €	940 €	1 005 €	1 200 €	
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.					

 OPTIQUE	→ Equipements 100% santé* :				
	Equipement (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
	- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A) ADULTE	100 €	100 €	100 €	100 €
	- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A) ENFANT	100 €	100 €	100 €	100 €
	→ Equipements hors 100% santé* :				
	Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier libre (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c)				
	- Deux verres simples + monture	235 €	235 €	250 €	310 €
	- Un verre simple et un verre complexe + monture	365 €	365 €	385 €	445 €
	- Un verre simple et un verre ultra complexe + monture	405 €	405 €	425 €	485 €
	- Deux verres complexes + monture	425 €	425 €	450 €	525 €
	- Un verre complexe et un verre ultra complexe + monture	475 €	475 €	500 €	575 €
- Deux verres ultra complexes + monture	510 €	510 €	540 €	625 €	
- Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	
+ Forfait lentilles remboursées par an et par bénéficiaire	190 €	190 €	200 €	230 €	
- Lentilles non remboursées	750 €	750 €	800 €	950 €	
- Chirurgie réfractive - forfait par an et par bénéficiaire	750 €	750 €	800 €	950 €	
Accédez à certains équipements supplémentaires sans reste à charge avec l'Offre Carte Blanche-Prysme chez les opticiens du réseau Carte Blanche-Prysme chez les opticiens du réseau Carte Blanche (sous conditions d'éligibilité).					

 SOINS COURANTS	→ Honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO				
	- Médecins généralistes - Médecins spécialistes - Radiologie - Imagerie - Echographie	100%	150%	175%	300%
	- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100%	150%	175%	300%
	→ Honoraires médicaux hors OPTAM ou OPTAM-CO				
	- Médecins généralistes - Médecins spécialistes - Radiologie - Imagerie - Echographie	100%	130%	155%	200%
	- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100%	130%	155%	200%
	→ Hospitalisation à domicile	100%	150%	175%	300%
	→ Analyses et examens de laboratoire	100%	150%	175%	300%
	- Honoraires paramédicaux	100%	150%	175%	300%
	- Consultations non remboursées par la Sécurité sociale Médicines 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 €	40 €	45 €	70 €
	→ Médicaments remboursés par la Sécurité sociale (2)				
	- à 65%	100%	100%	100%	100%
	- à 30%	100%	100%	100%	100%
	- à 15%	100%	100%	100%	100%
	→ Cures thermales : dépenses remboursées par la Sécurité sociale	100%	150%	175%	300%
+ forfait par an et par bénéficiaire	150 €	170 €	180 €	230 €	
→ Matériel médical					
- Prothèses et appareillage orthopédique, capillaire	100%	150%	175%	300%	
+ forfait prothèse capillaire remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €	70 €	80 €	130 €	
Vous ne pouvez pas obtenir de rendez-vous rapidement avec votre médecin ou souhaitez simplement un conseil médical, pensez à la téléconsultation (cf. bloc de garanties Assistance ci-dessous).					

 AIDES AUDITIVES (d)	→ Equipements 100% santé* (a) (e)				
	- 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
	→ Equipements 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%
	+ forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale - forfait par oreille	100 €	200 €	250 €	500 €
- Accessoires, piles, entretien et réparations remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	
En choisissant librement un audioprothésiste du réseau de soin Carte Blanche, vous avez accès à des équipements à des tarifs modérés et de qualité.					

 PREVENTION	- Médicaments non remboursés sur prescription médicale - Forfait par an et par bénéficiaire	75 €	75 €	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 €	100 €	100 €	200 €

 GARANTIES FRAIS D'OBSEQUES	Indemnité en cas de décès de l'assuré(e) ou de ses ayants droit couverts au contrat	-	3 500 €	3 500 €	3 500 €
--	---	---	---------	---------	---------

Les garanties du contrat décrites ci-dessous 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 Prévoyance Entreprise + 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), de remboursement du TM (Ticket modérateur) 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 et des "Prix Limites de Ventes" (PLV) et « honoraires limites de facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur. 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.

- Lexique :
- Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est souscrit le contrat santé et qui reçoit à ce titre les prestations prévues
 - 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
 - Rbt Intégral : Remboursement Intégral

- (1) Hors Alsace Moselle
(2) Y compris honoraires de dispensation


- * tel que défini réglementairement
- (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 €.
- (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. 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.
- (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.


SwissLife Prévoyance Entreprises + Santé à destination du personnel des agences générales d'assurance





Choisissez dans ce tableau de garanties les options venant en complément de la formule choisie par votre employeur.


Les garanties s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale


	Choix entreprise	Options possibles pour les salariés			
	Base améliorée 1	Option 1	Option 2	Option 3	
 HOSPITALISATION	→ Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO				
	- Chirurgie - Obstétrique	200%	250%	300%	400%
	- Anesthésie	200%	250%	300%	400%
	→ Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO				
	- Chirurgie - Obstétrique	180%	200%	200%	200%
	- Anesthésie	180%	200%	200%	200%
	→ Frais de séjour				
	→ Transport du malade	200%	250%	300%	400%
	→ Forfait journalier hospitalier - durée illimitée (1)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
	→ Chambre particulière - durée illimitée - Forfait par jour	60 €	70 €	80 €	100 €
	→ Frais d'accompagnement - durée illimitée - à tout âge - Forfait par jour	28 €	32 €	36 €	44 €
	→ Frais de télévision pendant 15 jours - par évènement - Forfait par jour	5 €	5 €	5 €	5 €
	→ Forfait versé au bénéficiaire (H/F) - par naissance ou adoption et par enfant	160 €	190 €	220 €	280 €
	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.				


 DENTAIRE	→ 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) (a)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
	→ Soins				
	- Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention, remboursés par la Sécurité sociale	300%	300%	350%	500%
	- 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 (a) ou libres	300%	300%	350%	500%
	→ Prothèses				
	- Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100% santé* et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires modérés (a) ou libres	300%	300%	350%	500%
	- Inlay core	300%	300%	350%	500%
	→ Orthodontie				
	- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	300%	300%	350%	500%
	→ Forfait global				
	- Implantologie - forfait par dent et par bénéficiaire	800 €	800 €	900 €	1 200 €
	- Prothèse forfait par dent et par bénéficiaire	220 €	220 €	250 €	340 €
	- Orthodontie - forfait par an et par bénéficiaire	270 €	270 €	300 €	390 €
	- Parodontologie - forfait par an et par bénéficiaire	220 €	220 €	250 €	340 €
Plafond sur le poste "dentaire non remboursé par la sécurité sociale" par an et par bénéficiaire	1 070 €	1 070 €	1 200 €	1 590 €	
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.					

 OPTIQUE	→ Equipements 100% santé* :				
	Equipement (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
	. Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A) ADULTE	100 €	100 €	100 €	100 €
	. Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A) ENFANT	100 €	100 €	100 €	100 €
	→ Equipements hors 100% santé* :				
	Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier libre (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c)				
	. Deux verres simples + monture	270 €	290 €	310 €	405 €
	. Un verre simple et un verre complexe + monture	405 €	425 €	445 €	530 €
	. Un verre simple et un verre ultra complexe + monture	445 €	465 €	485 €	580 €
	. Deux verres complexes + monture	475 €	500 €	525 €	650 €
	. Un verre complexe et un verre ultra complexe + monture	525 €	550 €	575 €	705 €
	. Deux verres ultra complexes + monture	570 €	600 €	625 €	755 €
	. Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%
	+ Forfait lentilles remboursées par an et par bénéficiaire	210 €	220 €	230 €	280 €
. Lentilles non remboursées	850 €	900 €	950 €	1 200 €	
. Chirurgie réfractive - forfait par an et par bénéficiaire	850 €	900 €	950 €	1 200 €	
Accédez à certains équipements supplémentaires sans reste à charge avec l'Offre Carte Blanche-Prisme chez les opticiens du réseau Carte Blanche-Prisme chez les opticiens du réseau Carte Blanche (sous conditions d'éligibilité).					

 SOINS COURANTS	→ Honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO				
	- Médecins généralistes - Médecins spécialistes - Radiologie - Imagerie - Echographie	200%	250%	350%	400%
	- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	200%	250%	350%	400%
	→ Honoraires médicaux hors OPTAM ou OPTAM-CO				
	- Médecins généralistes - Médecins spécialistes - Radiologie - Imagerie - Echographie	180%	200%	200%	200%
	- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	180%	200%	200%	200%
	→ Hospitalisation à domicile	200%	250%	350%	400%
	→ Analyses et examens de laboratoire	200%	250%	350%	400%
	- Honoraires paramédicaux	200%	250%	350%	400%
	- Consultations non remboursées par la Sécurité sociale				
	Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie et auxiliaires médicaux (pédicure-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique), ou toute autre pratique prescrite sur ordonnance par un médecin - Forfait par acte (maxi 5 par an et par bénéficiaire)	50 €	60 €	80 €	90 €
	→ Médicaments remboursés par la Sécurité sociale (2)				
	- à 65%	100%	100%	100%	100%
	- à 30%	100%	100%	100%	100%
	- à 15%	100%	100%	100%	100%
→ Cures thermales : dépenses remboursées par la Sécurité sociale	200%	250%	350%	400%	
+ forfait par an et par bénéficiaire	190 €	210 €	250 €	270 €	
→ Matériel médical					
- Prothèses et appareillage orthopédique, capillaire	200%	250%	350%	400%	
+ forfait prothèse capillaire remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	90 €	110 €	150 €	180 €	
Vous ne pouvez pas obtenir de rendez-vous rapidement avec votre médecin ou souhaitez simplement un conseil médical, pensez à la téléconsultation (cf. bloc de garanties Assistance ci-dessous).					

 AIDES AUDITIVES (d)	→ Équipements 100% santé* (a) (e)				
	- 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
	→ 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%
	+ forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale - forfait par oreille	300 €	400 €	600 €	740 €
- Accessoires, piles, entretien et réparations remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	
En choisissant librement un audioprothésiste du réseau de soin Carte Blanche, vous avez accès à des équipements à des tarifs modérés et de qualité.					

 PREVENTION	- Médicaments non remboursés sur prescription médicale - Forfait par an et par bénéficiaire	75 €	150 €	150 €	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 €	200 €	200 €

 GARANTIES FRAIS D'OBSEQUES	Indemnité en cas de décès de l'assuré(e) ou de ses ayants droit couverts au contrat	3 500 €	3 500 €	3 500 €	3 500 €
---	---	---------	---------	---------	---------

Les garanties du contrat décrites ci-dessous 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 Prévoyance Entreprise + 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), du remboursement du TM (Ticket modérateur) 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 et des "Prix Limites de Ventes" (PLV) et « honoraires limites de facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur.

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.

Lexique :

- Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est souscrit le contrat santé et qui reçoit à ce titre les prestations prévues
- 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
- Rbt Intégral : Remboursement Intégral

(1) Hors Alsace Moselle

(2) Y compris honoraires de dispensation

* tel que défini réglementairement

(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. 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.

(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.


Choisissez dans ce tableau de garanties les options venant en complément de la formule choisie par votre employeur.


Les garanties s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale


	Choix entreprise	Options possibles pour les salariés		
	Base améliorée 2	Option 1	Option 2	
 <p>HOSPITALISATION</p>	→ Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO			
	- Chirurgie - Obstétrique	300%	350%	400%
	- Anesthésie	300%	350%	400%
	→ Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO			
	- Chirurgie - Obstétrique	200%	200%	200%
	- Anesthésie	200%	200%	200%
	→ Frais de séjour			
	- Transport du malade	300%	350%	400%
	→ Forfait journalier hospitalier - durée illimitée (1)			
	- Chambre particulière - durée illimitée - Forfait par jour	80 €	90 €	100 €
	- Frais d'accompagnement - durée illimitée - à tout âge - Forfait par jour	36 €	40 €	44 €
	- Frais de télévision pendant 15 jours - par évènement - Forfait par jour	5 €	5 €	5 €
- Forfait versé au bénéficiaire (H/F) - par naissance ou adoption et par enfant	220 €	250 €	280 €	
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.				


 <p>DENTAIRE</p>	→ 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) (a)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
	→ Soins			
	- Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention, remboursés par la Sécurité sociale	350%	375%	425%
	- 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 (a) ou libres	350%	375%	425%
	→ Prothèses			
	- Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100% santé* et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires modérés (a) ou libres	350%	375%	425%
	- Inlay core	350%	375%	425%
	→ Orthodontie			
	- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	350%	375%	425%
	→ Forfait global			
	- Implantologie - forfait par dent et par bénéficiaire	900 €	950 €	1 050 €
- Prothèse forfait par dent et par bénéficiaire	250 €	265 €	295 €	
- Orthodontie - forfait par an et par bénéficiaire	300 €	315 €	345 €	
- Parodontologie - forfait par an et par bénéficiaire	250 €	265 €	295 €	
Plafond sur le poste "dentaire non remboursé par la sécurité sociale" par an et par bénéficiaire	1 200 €	1 265 €	1 395 €	
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.				

 <p>OPTIQUE</p>	→ Equipements 100% santé* :			
	Equipement (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
	- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	100 €	100 €	100 €
	- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A) ENFANT	100 €	100 €	100 €
	→ Equipements hors 100% santé* :			
	Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier libre (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c) ADULTE			
	- Deux verres simples + monture	310 €	310 €	350 €
	- Un verre simple et un verre complexe + monture	445 €	445 €	485 €
	- Un verre simple et un verre ultra complexe + monture	485 €	485 €	525 €
	- Deux verres complexes + monture	525 €	525 €	575 €
	- Un verre complexe et un verre ultra complexe + monture	575 €	575 €	630 €
- Deux verres ultra complexes + monture	625 €	625 €	680 €	
- Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	
+ Forfait lentilles remboursées par an et par bénéficiaire	230 €	230 €	250 €	
- Lentilles non remboursées	950 €	950 €	1 050 €	
- Chirurgie réfractive - forfait par an et par bénéficiaire	950 €	950 €	1 050 €	
Accédez à certains équipements supplémentaires sans reste à charge avec l'Offre Carte Blanche-Prisme chez les opticiens du réseau Carte Blanche-Prisme chez les opticiens du réseau Carte Blanche (sous conditions d'éligibilité).				

 SOINS COURANTS	→ Honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO			
	- Médecins généralistes - Médecins spécialistes - Radiologie - Imagerie - Echographie	300%	350%	400%
	- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	300%	350%	400%
	→ Honoraires médicaux hors OPTAM ou OPTAM-CO			
	- Médecins généralistes - Médecins spécialistes - Radiologie - Imagerie - Echographie	200%	200%	200%
	- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	200%	200%	200%
	→ Hospitalisation à domicile	300%	350%	400%
	→ Analyses et examens de laboratoire	300%	350%	400%
	- Honoraires paramédicaux	300%	350%	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)	70 €	80 €	90 €
	→ Médicaments remboursés par la Sécurité sociale (2)			
	- à 65%	100%	100%	100%
	- à 30%	100%	100%	100%
	- à 15%	100%	100%	100%
	→ Cures thermales : dépenses remboursées par la Sécurité sociale	300%	350%	400%
+ forfait par an et par bénéficiaire	230 €	250 €	270 €	
→ Matériel médical				
- Prothèses et appareillage orthopédique, capillaire	300%	350%	400%	
+ forfait prothèse capillaire remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	130 €	150 €	180 €	
Vous ne pouvez pas obtenir de rendez-vous rapidement avec votre médecin ou souhaitez simplement un conseil médical, pensez à la téléconsultation (cf. bloc de garanties Assistance ci-dessous).				

 AIDES AUDITIVES (d)	→ Equipements 100% santé* (a) (e)			
	- 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
	→ Equipements 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%
	+ forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale - forfait par oreille	500 €	600 €	740 €
- Accessoires, piles, entretien et réparations remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	
En choisissant librement un audioprothésiste du réseau de soin Carte Blanche, vous avez accès à des équipements à des tarifs modérés et de qualité.				

 PREVENTION	- Médicaments non remboursés sur prescription médicale - Forfait par an et par bénéficiaire	150 €	150 €	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	200 €	200 €	200 €

 GARANTIES FRAIS D'OBSEQUES	Indemnité en cas de décès de l'assuré(e) ou de ses ayants droit couverts au contrat	3 500 €	3 500 €	3 500 €
--	---	---------	---------	---------

Les garanties du contrat décrites ci-dessous 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 Prévoyance Entreprise + s'adapte automatiquement aux évolutions législatives et réglementaires liées aux contrats "responsables".

Vos garanties prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnelles 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), du remboursement du TM (Ticket modérateur) 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 et des "Prix Limites de Ventes" (PLV) et « honoraires limites de facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur.

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.

Lexique :

- Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est souscrit le contrat le contrat santé et qui reçoit à ce titre les prestations prévues

- Equipement : 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

- Rbt Intégral : Remboursement Intégral

(1) Hors Alsace Moselle

(2) Y compris honoraires de dispensation

* tel que défini réglementairement

(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'appareillage 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. 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.

(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.


Choisissez dans ce tableau de garanties, les options venant en complément de la formule choisie par votre employeur.


Les garanties s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale


	Choix entreprise	Options possibles pour les salariés	
	Base améliorée 3	Option 1	
 <p>HOSPITALISATION</p>	→ Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO		
	- Chirurgie - Obstétrique	500%	600%
	- Anesthésie	500%	600%
	→ Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO		
	- Chirurgie - Obstétrique	200%	200%
	- Anesthésie	200%	200%
	→ Frais de séjour	500%	600%
	→ Transport du malade	500%	600%
	→ Forfait journalier hospitalier - durée illimitée (1)	Rbt intégral	Rbt intégral
	→ Chambre particulière - durée illimitée - Forfait par jour	120 €	140 €
	→ Frais d'accompagnement - durée illimitée - à tout âge - Forfait par jour	52 €	60 €
→ Frais de télévision pendant 15 jours - par évènement - Forfait par jour	5 €	5 €	
→ Forfait versé au bénéficiaire (H/F) - par naissance ou adoption et par enfant	340 €	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.			


 <p>DENTAIRE</p>	→ 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) (a)	Rbt intégral	Rbt intégral
	→ Soins		
	- Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention, remboursés par la Sécurité sociale	500%	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 (a) ou libres	500%	600%
	→ Prothèses		
	- Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100% santé* et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires modérés (a) ou libres	500%	600%
	- Inlay core	500%	600%
	→ Orthodontie		
	- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	500%	600%
	→ Forfait global		
- Implantologie - forfait par dent et par bénéficiaire	1 200 €	1 400 €	
- Prothèse forfait par dent et par bénéficiaire	340 €	400 €	
- Orthodontie - forfait par an et par bénéficiaire	390 €	450 €	
- Parodontologie - forfait par an et par bénéficiaire	340 €	400 €	
- Plafond sur le poste "dentaire non remboursé par la sécurité sociale" par an et par bénéficiaire	1 590 €	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.			

 <p>OPTIQUE</p>	→ Equipements 100% santé* :		
	Equipement (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
	- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A) ADULTE	100 €	100 €
	- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A) ENFANT	100 €	100 €
	→ Equipements hors 100% santé* :		
	Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier libre (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c)		
	- Deux verres simples + monture	400 €	420 €
	- Un verre simple et un verre complexe + monture	525 €	560 €
	- Un verre simple et un verre ultra complexe + monture	575 €	610 €
	- Deux verres complexes + monture	645 €	700 €
- Un verre complexe et un verre ultra complexe + monture	700 €	750 €	
- Deux verres ultra complexes + monture	750 €	800 €	
- Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100%	100%	
+ Forfait lentilles remboursées par an et par bénéficiaire	270 €	300 €	
- Lentilles non remboursées	1 150 €	1 300 €	
- Chirurgie réfractive - forfait par an et par bénéficiaire	1 150 €	1 300 €	
Accédez à certains équipements supplémentaires sans reste à charge avec l'Offre Carte Blanche-Prysm chez les opticiens du réseau Carte Blanche-Prysm chez les opticiens du réseau Carte Blanche (sous conditions d'éligibilité).			

 SOINS COURANTS	→ Honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO		
	- Médecins généralistes - Médecins spécialistes - Radiologie - Imagerie - Echographie	500%	600%
	- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	500%	600%
	→ Honoraires médicaux hors OPTAM ou OPTAM-CO		
	- Médecins généralistes - Médecins spécialistes - Radiologie - Imagerie - Echographie	200%	200%
	- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	200%	200%
	→ Hospitalisation à domicile	500%	600%
	→ Analyses et examens de laboratoire	500%	600%
	- Honoraires paramédicaux	500%	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)	110 €	130 €
	→ Médicaments remboursés par la Sécurité sociale (2)		
	- à 65%	100%	100%
	- à 30%	100%	100%
	- à 15%	100%	100%
→ Cures thermales : dépenses remboursées par la Sécurité sociale	500%	600%	
+ forfait par an et par bénéficiaire	320 €	400 €	
→ Matériel médical			
- Prothèses et appareillage orthopédique, capillaire	500%	600%	
+ forfait prothèse capillaire remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	240 €	300 €	
Vous ne pouvez pas obtenir de rendez-vous rapidement avec votre médecin ou souhaitez simplement un conseil médical, pensez à la téléconsultation (cf. bloc de garanties Assistance ci-dessous).			

 AIDES AUDITIVES (d)	→ Equipements 100% santé* (a) (e)		
	- 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
	→ Equipements 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%
	+ forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale - forfait par oreille	1 020 €	1 300 €
- Accessoires, piles, entretien et réparations remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	
En choisissant librement un audioprothésiste du réseau de soin Carte Blanche, vous avez accès à des équipements à des tarifs modérés et de qualité.			

 PREVENTION	. Médicaments non remboursés sur prescription médicale - Forfait par an et par bénéficiaire	150 €	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	200 €	200 €

 GARANTIES FRAIS D'OBSEQUES	Indemnité en cas de décès de l'assuré(e) ou de ses ayants droit couverts au contrat	3 500 €	3 500 €
--	---	---------	---------

Les garanties du contrat décrites ci-dessous 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 Prévoyance Entreprise + s'adapte 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), du remboursement du TM (Ticket modérateur) 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 et des "Prix Limites de Ventes" (PLV) et « honoraires limites de facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur.

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.

Lexique :

- Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est souscrit le contrat le contrat santé et qui reçoit à ce titre les prestations prévues
- 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
- Rbt Intégral : Remboursement Intégral

(1) Hors Alsace Moselle

(2) Y compris honoraires de dispensation

* tel que défini réglementairement

(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'appareillage 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. 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.

(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.


SwissLife Prévoyance Entreprises + Santé à destination du personnel des agences générales d'assurance




Choisissez dans ce tableau de garanties les options venant en complément de la formule choisie par votre employeur.

Les garanties s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale

		Choix entreprise			
		Base conventionnelle	Base améliorée 1	Base améliorée 2	Base améliorée 3
 HOSPITALISATION	→ Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO				
	- Chirurgie - Obstétrique	100%	200%	300%	500%
	- Anesthésie	100%	200%	300%	500%
	→ Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO				
	- Chirurgie - Obstétrique	100%	180%	200%	200%
	- Anesthésie	100%	180%	200%	200%
	→ Frais de séjour	100%	200%	300%	500%
	→ Transport du malade	100%	200%	300%	500%
	→ Forfait journalier hospitalier - durée illimitée (1)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
	→ Chambre particulière - durée illimitée - Forfait par jour	40 €	60 €	80 €	120 €
→ Frais d'accompagnement - durée illimitée - à tout âge - Forfait par jour	20 €	28 €	36 €	52 €	
→ Frais de télévision pendant 15 jours - par évènement - Forfait par jour	5 €	5 €	5 €	5 €	
→ Forfait versé au bénéficiaire (H/F) - par naissance ou adoption et par enfant	100 €	160 €	220 €	340 €	
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.					

 DENTAIRE	→ 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) (a)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
	→ Soins				
	- Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention, remboursés par la Sécurité sociale	250%	300%	350%	500%
	- 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 (a) ou libres	250%	300%	350%	500%
	→ Prothèses				
	- Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100% santé* et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires modérés (a) ou libres	250%	300%	350%	500%
	- Inlay core	250%	300%	350%	500%
	→ Orthodontie				
	- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	250%	300%	350%	500%
→ Forfait global					
- Implantologie - forfait par dent et par bénéficiaire	700 €	800 €	900 €	1 200 €	
- Prothèse forfait par dent et par bénéficiaire	190 €	220 €	250 €	340 €	
- Orthodontie - forfait par an et par bénéficiaire	240 €	270 €	300 €	390 €	
- Parodontologie - forfait par an et par bénéficiaire	190 €	220 €	250 €	340 €	
Plafond sur le poste "dentaire non remboursé par la sécurité sociale" par an et par bénéficiaire	940 €	1 070 €	1 200 €	1 590 €	
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.					

 OPTIQUE	→ Equipements 100% santé* :				
	Equipement (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
	- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A) ADULTE	100 €	100 €	100 €	100 €
	- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A) ENFANT	100 €	100 €	100 €	100 €
	→ Equipements hors 100% santé* :				
	Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier libre (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c)				
	- Deux verres simples + monture	235 €	270 €	310 €	400 €
	- Un verre simple et un verre complexe + monture	365 €	405 €	445 €	525 €
	- Un verre simple et un verre ultra complexe + monture	405 €	445 €	485 €	575 €
- Deux verres complexes + monture	425 €	475 €	525 €	645 €	
- Un verre complexe et un verre ultra complexe + monture	475 €	525 €	575 €	700 €	
- Deux verres ultra complexes + monture	510 €	570 €	625 €	750 €	
- Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	
+ Forfait lentilles remboursées par an et par bénéficiaire	190 €	210 €	230 €	270 €	
- Lentilles non remboursées	750 €	850 €	950 €	1 150 €	
- Chirurgie réfractive - forfait par an et par bénéficiaire	750 €	850 €	950 €	1 150 €	
Accédez à certains équipements supplémentaires sans reste à charge avec l'Offre Carte Blanche-Prysme chez les opticiens du réseau Carte Blanche-Prysme chez les opticiens du réseau Carte Blanche (sous conditions d'éligibilité).					



SOINS COURANTS

→ Honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO				
- Médecins généralistes - Médecins spécialistes - Radiologie - Imagerie - Echographie	100%	200%	300%	500%
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100%	200%	300%	500%
→ Honoraires médicaux hors OPTAM ou OPTAM-CO				
- Médecins généralistes - Médecins spécialistes - Radiologie - Imagerie - Echographie	100%	180%	200%	200%
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100%	180%	200%	200%
→ Hospitalisation à domicile				
- Honoraires paramédicaux	100%	200%	300%	500%
→ Analyses et examens de laboratoire				
- Honoraires paramédicaux	100%	200%	300%	500%
- 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 €	50 €	70 €	110 €
→ Médicaments remboursés par la Sécurité sociale (2)				
- à 65%	100%	100%	100%	100%
- à 30%	100%	100%	100%	100%
- à 15%	100%	100%	100%	100%
→ Cures thermales : dépenses remboursées par la Sécurité sociale				
+ forfait par an et par bénéficiaire	100%	200%	300%	500%
	150 €	190 €	230 €	320 €
→ Matériel médical				
- Prothèses et appareillage orthopédique, capillaire	100%	200%	300%	500%
+ forfait prothèse capillaire remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €	90 €	130 €	240 €
Vous ne pouvez pas obtenir de rendez-vous rapidement avec votre médecin ou souhaitez simplement un conseil médical, pensez à la téléconsultation (cf. bloc de garanties Assistance ci-dessous).				



AIDES AUDITIVES (d)

→ Equipements 100% santé* (a) (e)				
- 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
→ Equipements 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%
+ forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale - forfait par oreille	100 €	300 €	500 €	1 020 €
- Accessoires, piles, entretien et réparations remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%
En choisissant librement un audioprothésiste du réseau de soin Carte Blanche, vous avez accès à des équipements à des tarifs modérés et de qualité.				



PREVENTION

- Médicaments non remboursés sur prescription médicale - Forfait par an et par bénéficiaire	75 €	75 €	150 €	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 €	100 €	200 €	200 €



GARANTIES FRAIS D'OBSEQUES

Indemnité en cas de décès de l'assuré(e) ou de ses ayants droit couverts au contrat	-	3 500 €	3 500 €	3 500 €
---	---	---------	---------	---------

Les garanties du contrat décrites ci-dessous 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 Prévoyance Entreprise + s'adaptent 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), de remboursement du TM (Ticket modérateur) 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 et des "Prix Limites de Ventes" (PLV) et « honoraires limites de facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur.

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.

Lexique :

- Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est souscrit le contrat santé et qui reçoit à ce titre les prestations prévues
- 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
- Rbt Intégral : Remboursement Intégral

(1) Hors Alsace Moselle

(2) Y compris honoraires de dispensation

* tel que défini réglementairement

(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'appareillage 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. 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.

(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.