

Document à caractère publicitaire



SwissLife

SwissLife Prévoyance Entreprises + Santé

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

YourLife # VotreIndépendanceFinancière

*Cotisations
déductibles du
bénéfice imposable
et exonération
sociale*

Assurance & Gestion de patrimoine

Faites 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.



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⁽¹⁾ 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 offre modulable

22 niveaux de remboursements de base au choix, modulables⁽²⁾ 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⁽³⁾

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

Aucun questionnaire de santé

Dépenses de prévention prises en charge

Mensualisation gratuite

Une couverture responsable adaptée à l'ensemble des besoins de santé de vos collaborateurs⁽⁴⁾...



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)⁽⁵⁾, 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*) pour certaines prestations en optique, dentaire et aides auditives.

**100 %
santé**

* Tel que prévu par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019, n° 2018-1203 ainsi que les textes réglementaires qui l'accompagnent.

(1) Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, article 1.

(2) Dans une limite de 10 niveaux d'écart entre 2 blocs de garanties, hors niveau « socle ANI ».

(3) Sous réserve des accords de télétransmission existants avec votre caisse d'assurance maladie.

(4) Voir conditions et modalités du contrat.

(5) A hauteur du forfait annuel choisi, sur prescription médicale et achat en pharmacie.

Optez 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)⁽⁶⁾.

Pour vos collaborateurs adhérents

- La certitude d'être couvert en cas de maladie ou d'hospitalisation pour vos collaborateurs et leur famille⁽⁷⁾.
- 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)⁽⁶⁾.
- Un processus d'adhésion dématérialisé : rapide, sécurisé, simple et pratique.

Pour vous, chef d'entreprise...

Vous êtes travailleur non salarié ?

SwissLife Prévoyance Entreprises + Dirigeants Santé

Votre rémunération relève des BIC⁽⁸⁾, BNC⁽⁹⁾, de l'article 62 du Code général des impôts ou des BA⁽¹⁰⁾ ?

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.

- **Souscription possible jusqu'à 70 ans.**
- **Un avantage tarifaire :** jusqu'à -15 % de réduction si vous avez déjà souscrit un contrat santé et prévoyance chez nous pour au moins une catégorie de personnel.
- **La fiscalité avantageuse Madelin⁽¹¹⁾.**
- 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 + Santé.

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.



(6) Sous réserve de respecter les conditions fixées par la réglementation en vigueur.

(7) Selon le choix effectué par l'entreprise et les adhérents.

(8) Bénéfices industriels et commerciaux.

(9) Bénéfices non commerciaux.

(10) Bénéfices agricoles.

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

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

De nombreux services d'assistance et d'information pour répondre à toutes les situations.

Votre salarié est hospitalisé ou immobilisé à son domicile ?

- Plan d'aide à la convalescence.
- Livraison de 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.

Votre salarié 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, diététique, allergies, etc.).

Un de ses proches parents est en état de dépendance ?

- Service de renseignement sur la dépendance.
- Recherche d'établissements spécialisés.
- Assistance déménagement.
- Service de téléassistance (mise à disposition d'un appareil de téléassistance qui sécurise le maintien à domicile de votre proche).
- Assistance « à la carte » pour une mise en relation avec des prestataires (livraison de repas, courses, médicaments, aide à domicile).



Les avantages du réseau de soins Carte Blanche Partenaires

- **Un réseau de partenaires de qualité**
à des prix négociés⁽¹²⁾ chez plus de 7 900 opticiens, 9 700 chirurgiens-dentistes et 5 600 audioprothésistes.
- **Aucune avance de frais**
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).

Données issues du site Carte Blanche Partenaires d'octobre 2024.

(12) 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 leurs garanties 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.



MySwissLife

▪ Ensemble, connectés à vos choix. ▪

Pilotage de vos contrats

Mise à disposition de vos documents

Connexion à votre conseiller

Connectez-vous sur myswisslife.fr

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



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 sélectionné, votre collaborateur pourra retenir l'une d'entre elles.

Choix d'une formule de base
parmi 22 niveaux modulables⁽¹³⁾

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 Y, 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 Y, 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 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 ⁽¹⁴⁾ .		

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 2 €/acte médical et les franchises médicales de 1 €/boîte de médicaments - acte paramédical et de 4 € de transport⁽¹⁵⁾.

(13) Dans une limite de 10 niveaux d'écart entre 2 blocs de garanties, hors niveau socle « ANI ». Les formules supérieures à 400 % et la modularité ne sont accessibles qu'à partir de 3 salariés dans l'entreprise.

(14) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

(15) Ces contributions ou franchises ne s'appliquent pas aux personnes visées à l'article L.160-14 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-ACO Chirurgie - Obstétrique - Anesthésie	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
Honoraires hors l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO Chirurgie - Obstétrique - 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 Durée illimitée ⁽¹⁶⁾	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 Durée illimitée	-	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 Durée illimitée - à tout âge	-	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 Par événement	-	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

basés sur les tarifs en vigueur en date du 1^{er} janvier 2025.

Forfait hospitalier	Forfait journalier hospitalier en court séjour		Swiss Life		À votre charge
	Dépense : 20 € BRSS : 0 €	Toutes formules	20 €	20 €	0 €

Tarif réglementaire.

Secuteur 2 (OPTAM/OPTAM-ACO)	Honoraires du chirurgien (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte		Sécurité sociale (100 % BRSS) moins 24 € de participation forfaitaire		Swiss Life		À votre charge
	Dépense : 434 € BRSS : 271,70 €	Formule 125	247,70 €	91,93 €	94,37 €		
	Formule 350	247,70 €	186,30 €	0 €			

Prix moyen national de l'acte pour un œil. Tarif moyen calculé sur la base du code BFGA427 (Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil, sans implantation de dispositif de drainage trabéculaire). BFGA427 ; s'agissant d'un acte lourd, le ticket modérateur est fixé à 24 €.

Secuteur 2 (NON OPTAM/OPTAM-ACO)	Honoraires du chirurgien (non-adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte		Sécurité sociale (100 % BRSS) moins 24 € de participation forfaitaire		Swiss Life		À votre charge
	Dépense : 473 € BRSS : 271,70 €	Formule 125	247,70 €	37,59 €	187,71 €		
	Formule 350	247,70 €	225,30 €	0 €			

Prix moyen national de l'acte pour un œil. Tarif moyen calculé sur la base du code BFGA427 (Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil, sans implantation de dispositif de drainage trabéculaire).

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.
- OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée.
- OPTAM-ACO : option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité d'anesthésie, de chirurgie ou gynécologie obstétrique.
- DPTAM : dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

	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) ⁽¹⁷⁾	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
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 ⁽¹⁷⁾ 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 ⁽¹⁷⁾ 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) ⁽¹⁸⁾	-	-	-	-	-	-	-	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 dentaire pris en charge à 50 % de la dépense dans la limite du forfait annuel.													

Exemples de remboursements

basés sur les tarifs en vigueur en date du 1^{er} janvier 2025.

Soins	Détartrage	Sécurité sociale (60 % BRSS)		Swiss Life	À votre charge
	Dépense : 43,38 € BRSS : 43,38 €	Toutes formules	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses	Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100 % santé*)	Sécurité sociale (60 % BRSS)		Swiss Life	À votre charge
	Dépense : 500 € BRSS : 120 €	Toutes formules	72 €	428 €	0 €
	Couronne céramo-métallique sur molaires (prothèse du panier « libre »)	Sécurité sociale (60 % BRSS)	Swiss Life	À votre charge	
Dépense : 557 € BRSS : 120 €	Formule 150	72 €	108 €	377 €	
	Formule 400	72 €		408 €	77 €
Orthodontie	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (moins de 16 ans) traitement par semestre (6 max)	Sécurité sociale (100 % BRSS)		Swiss Life	À votre charge
	Dépense : 707 € BRSS : 193,50 €	Formule 150	193,50 €	96,75 €	416,75 €
		Formule 400	193,50 €		513,50 €

* Tel que prévu par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019, n° 2018-1203 ainsi que les textes réglementaires qui l'accompagnent.

(17) 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.

(18) 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) ⁽¹⁹⁾ - Renouvellement tous les 2 ans ⁽²⁰⁾													
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 ⁽¹⁹⁾ Renouvellement tous les 2 ans ⁽²⁰⁾													
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 - forfait par an et par bénéficiaire	-	300 €	350 €	400 €	500 €	600 €	700 €	800 €	900 €	1 000 €	1 100 €	1 200 €	1 300 €
Accédez à certains équipements de classe B sans reste à charge avec l'offre Carte Blanche-Prisme chez les opticiens du réseau Carte Blanche Partenaires (sous conditions d'éligibilité).													

Exemples de remboursements

basés sur les tarifs en vigueur en date du 1^{er} janvier 2025.

Équipement de classe A	Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100 % santé*)			100 % santé	
	Dépense : 115 € BRSS : 34,50 €	Toutes formules	Swiss Life		À votre charge
		Sécurité sociale (60 % BRSS) 20,70 €	94,30 €		0 €
Prix moyen national de l'acte. Verres unifocaux de classe A (pour les ≥ 16 ans) dont la sphère est de -2,00 à -4,00 et cylindre de 0,25 à 4,00 ou dont la sphère est positive et S est compris entre +2,00 à +4,00 (codes 2231235 et 2254584). Prix Limité de Vente par verre : 42,50 € / Base de remboursement : 12,75 €. Monture (pour les ≥ 16 ans) : code 2222124 - Prix Limité de Vente : 30 € / Base de remboursement : 9 €.					
Équipement de classe B	Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux				
	Dépense : 366 € BRSS : 0,15 €	Formule 150	Swiss Life	À votre charge	
		Sécurité sociale (60 % BRSS) 0,09 €	129,91 €	236 €	
	Formule 400	0,09 €	289,91 €	76 €	
Prix moyen national de l'acte. Verre unifocal de classe B, sphère 0 à -2,00 et cylindre (+) 0,25 à 4,00 (code 2208756) ; 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 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.
- 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 prévu par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019, n° 2018-1203 ainsi que les textes réglementaires qui l'accompagnent.

(19) 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.

(20) 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 oculaires 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-ACO													
- 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-ACO													
- 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⁽²¹⁾⁽²²⁾													
- 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	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	550 %	600 %
	-	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

basés sur les tarifs en vigueur en date du 1^{er} janvier 2025.

Secteur 1	Consultation d'un médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans			
	Dépense : 30 € BRSS : 30 €	Toutes formules	Sécurité sociale (70 % BRSS) moins 2 € de participation forfaitaire 19 €	Swiss Life 9 € À votre charge 2 € Tarif conventionnel.
Secteur 2 (OPTAM/OPTAM-ACO)	Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc)			
	Dépense : 37 € BRSS : 37 €	Toutes formules	Sécurité sociale (70 % BRSS) moins 2 € de participation forfaitaire 23,90 €	Swiss Life 11,10 € À votre charge 2 € Tarif conventionnel.
Secteur 2 (NON OPTAM/OPTAM-ACO)	Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc) (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO)			
	Dépense : 54 € BRSS : 37 €	Formule 125	Sécurité sociale (70 % BRSS) moins 2 € de participation forfaitaire 23,90 €	Swiss Life 20,35 € À votre charge 9,75 €
		Formule 350	23,90 €	28,10 € 2 € Prix moyen national de l'acte.
Secteur 2 (NON OPTAM/OPTAM-ACO)	Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc) (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO)			
	Dépense : 67 € BRSS : 23 €	Formule 125	Sécurité sociale (70 % BRSS) moins 2 € de participation forfaitaire 14,10 €	Swiss Life 8,05 € À votre charge 44,85 €
		Formule 350	14,10 €	29,90 € 23 € Prix moyen national de l'acte.

Lexique

- Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est souscrit le contrat santé et qui reçoit, à ce titre, les prestations prévues.
- « Par an » : s'entend en exercice civil (hors équipement optique ou 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.
- OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée.
- OPTAM-ACO : option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité d'anesthésie, de chirurgie ou gynécologie obstétrique.
- DPTAM : dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

(21) Y compris honoraires de dispensation.

(22) Selon les besoins de vos salariés et des niveaux de garanties, vous pouvez demander une prise en charge des médicaments remboursés à 65 % par la Sécurité sociale uniquement.

	ANI	100	125	150	200	250	300	350	400	450	500	550	600
Aides auditives⁽²³⁾	<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) ⁽²⁴⁾	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) + forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale - forfait par oreille	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- 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

basés sur les tarifs en vigueur en date du 1^{er} janvier 2025.

100 %
santé

Classe 1	Aide auditive de classe 1 par oreille (équipement 100 % santé*) pour les plus de 20 ans		Sécurité sociale (60 % BRSS)		Swiss Life		À votre charge	
	Dépense :	Toutes formules	240 €	710 €	0 €			
	950 €							
	BRSS : 400 €							

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

Classe 2	Aide auditive de classe 2 par oreille pour les plus de 20 ans		Sécurité sociale (60 % BRSS)		Swiss Life		À votre charge	
	Dépense :	Formule 150	240 €	360 €	982 €			
	1 582 €							
	BRSS : 400 €	Formule 400	240 €	900 €	442 €			

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 notice d'information 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 prévu par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019, n° 2018-1203 ainsi que les textes réglementaires qui l'accompagnent.

(23) 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.

(24) 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 1 doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

Construire son indépendance financière pour vivre selon ses propres choix

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. Grâce à un conseil adapté et des solutions de qualité, nous permettons à chacun de nos clients, particuliers comme entreprises, de construire leur indépendance financière et d'être pleinement acteurs de leur vie, à chacune de ses étapes. En tant qu'entreprise responsable, nous sommes engagés dans une démarche de développement durable, dont l'ambition est de permettre aux générations actuelles et futures de vivre selon leurs propres choix.

#YourLife #VotreIndépendanceFinancière #ConfianceFinancière

*Nous permettons à chacun de construire
son indépendance financière
pour vivre selon ses propres choix.*

SwissLife 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

www.swisslife.fr

SwissLife Assurances de Biens

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social

de 80 000 000 €

Entreprise régie par

le Code des assurances

391 277 878 RCS Nanterre

www.swisslife.fr