

Document à caractère publicitaire



SwissLife

SwissLife Santé Retraités

*Choisir de prendre soin de vous,
pleinement, longtemps*

YourLife # VotreIndépendanceFinancière

Assurance & Gestion de patrimoine

*Contrat
responsable
100 % santé*

Votre santé est un sujet essentiel et tellement personnel

Vous êtes unique. Pour cette raison, choisir une complémentaire santé adaptée à votre situation personnelle est essentiel. Avec SwissLife Santé Retraités, vous optez pour des garanties qui vous ressemblent et vous les faites correspondre précisément à vos besoins et à votre budget.

*Aucun questionnaire
de santé
quel que soit votre âge.*

*Des remboursements
conséquents et rapides⁽¹⁾
Un forfait optique avantageux
et un forfait aides auditives élevé.*

*Un accompagnement
de tous les instants
De nombreux services
d'assistance inclus
et un espace client dédié.*

*Vos actes de prévention
pris en charge
Remboursement à hauteur de 50 %
des actes de prévention prescrits par
un médecin (vaccins, traitement de
l'insuffisance veineuse, bilan physique)⁽²⁾.*

*Encore mieux remboursé
dès la 3^e année
en optique
et en dentaire.*

*Des réductions
profitables
Couple, adhésion sur le même
contrat : - 5 %.
Sortie de contrat collectif
Swiss Life : - 10 %.*

Une couverture complète adaptée à vos besoins de santé⁽³⁾



Hospitalisation

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



Dentaire

Soins, prothèses, inlays-onlays, parodontologie.



Optique

Verres et montures, lentilles, verres progressifs multifocaux et chirurgie réfractive.



Soins courants

Médecins généralistes et spécialistes, imagerie, laboratoires, honoraires paramédicaux, hospitalisation à domicile, transport du malade.



Médicaments et autres prestations

Médicaments, cures thermales, prothèses et appareillages (orthopédiques, capillaires), forfait prévention santé.



Aides auditives

Prothèses et appareillages auditifs.

**100 %
santé**



**Jeune retraité ? Conservez des garanties
santé à la hauteur de vos attentes⁽³⁾**

*Vous pouvez adapter votre ancienne complémentaire
santé collective à vos nouveaux besoins.*

Votre cotisation à -10 % si vous bénéficiez d'un contrat de santé collectif Swiss Life par votre entreprise⁽⁴⁾.

**Des garanties
sans reste à charge**

Pour vous garantir toujours plus de choix, votre contrat est pleinement compatible avec la réforme 100 % santé. Vous profitez ainsi d'**offres sans reste à charge** (paniers 100 % santé^(*)) pour certaines prestations en optique, dentaire et aides auditives.

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

(2) À hauteur du forfait annuel choisi, sur prescription médicale et achat en pharmacie. Selon conditions et modalités du contrat.

(3) Voir conditions et modalités du contrat.

(4) Sous réserve que votre sortie du contrat collectif remonte à moins d'un an lors de la demande de souscription.

Des services adaptés pour prendre soin de vous

Une assistance⁽⁵⁾ pour parer à tout imprévu

Vous profitez de nombreux services d'assistance et d'information pour vous accompagner en cas de coup dur.

Pendant votre voyage,
vous vous blessez ou tombez malade ?

- Rapatriement ou transport sanitaire pour vous et votre famille.
- Avance des frais médicaux à l'étranger, envoi de médicaments introuvables sur place.
- Prise en charge des frais de prolongation de séjour jusqu'à 100 euros par jour pendant 7 jours maximum.

Votre médecin traitant
est indisponible ou absent ?

Vous bénéficiez de la téléconsultation :

- Accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à un service de consultation médicale en ligne gratuitement et en illimité.

Vous êtes hospitalisé(e)
ou immobilisé(e) à votre domicile ?

- Plan d'aide à la convalescence.
- Livraison de médicaments.
- Aide-ménagère à domicile.
- Prise en charge du voyage et de l'hébergement d'un proche (parent ou ami).
- Garde des petits-enfants et des ascendants.

Un de vos proches parents
est en état de dépendance ?

- Une indemnité annuelle pour financer votre répit en tant qu'aidant.
- Service de renseignement sur la dépendance.
- Recherche d'établissements spécialisés.
- 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⁽⁶⁾ 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.



(5) Le détail et les modalités d'application des garanties (faits générateurs, limitations et exclusions) sont décrits dans la notice d'information d'assistance.

(6) Vous pouvez accéder 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.



Piloter votre contrat

- Ajouter ou supprimer un bénéficiaire.
- Mettre vos coordonnées à jour.
- Changer vos modalités de paiement ou votre RIB.



Maîtriser vos remboursements

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



Profiter de services pratiques

- Retrouver votre attestation de tiers payant.
- Réaliser une simulation de remboursement pour obtenir une estimation rapide et précise des frais de soins.
- Consulter votre garantie d'assistance et retrouver le numéro à appeler en cas d'urgence.
- Trouver un professionnel de santé agréé Carte Blanche Partenaires.

Bon à savoir

Des formulaires sont à votre disposition pour chacune de vos demandes et vous assurent :

- une prise en charge rapide ;
- un suivi direct par votre conseiller.

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



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

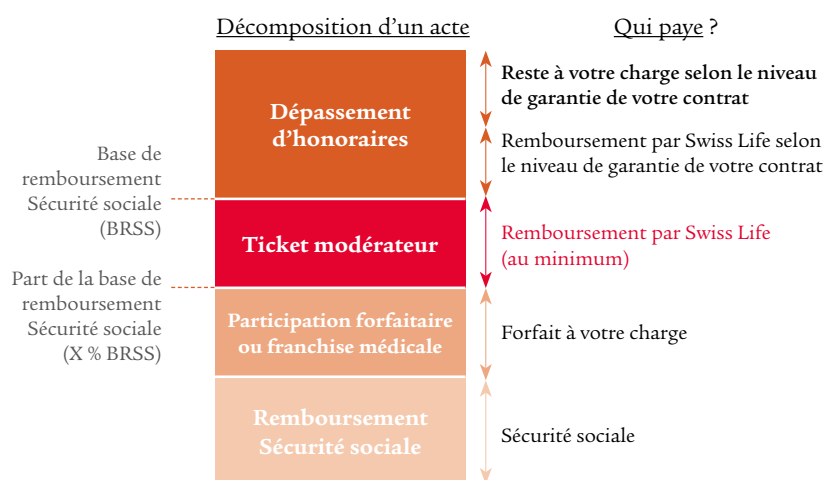
Comprendre vos remboursements frais de santé

Comment vos remboursements sont-ils calculés ?

Lorsqu'une partie de votre dépense est prise en charge par la Sécurité sociale

1. Le remboursement de votre dépense est calculé sur une base de remboursement (BRSS) définie en euros pour chaque acte de soins. C'est sur cette base que la Sécurité sociale applique un taux de remboursement qui varie selon l'acte dispensé.

2. La part restante à rembourser non prise en charge par la Sécurité sociale est remboursée, en tout ou partie, par votre complémentaire santé.



Lexique

- Dépassement d'honoraires : part des honoraires se situant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Elle n'est jamais remboursée par cette dernière.
- Ticket modérateur : partie de la dépense restante après remboursement de la Sécurité sociale et avant déduction des participations forfaitaires. Il s'applique à toutes les prestations prises en charge par l'assurance maladie.
- Participation forfaitaire (2 €)⁽⁷⁾ : somme restante à votre charge à chaque consultation ou acte médical.
- Franchise médicale⁽⁷⁾ : somme restante à votre charge pour les médicaments (1 € par boîte), les actes paramédicaux (1 €) et les transports sanitaires (4 €).

Lorsque votre dépense n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale

Dans ce cas, seule votre complémentaire santé vous couvre à hauteur du niveau de garantie choisi à la souscription de votre contrat.

Avec le simulateur de remboursement santé accessible depuis votre Espace Client *MySwissLife*, vous connaissez à l'avance le montant de vos remboursements !

Pourquoi les honoraires et la base de remboursement de la Sécurité sociale varient-ils selon les médecins consultés ?

Tout dépend de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice.

Médecin conventionné ⁽⁸⁾ généraliste ou spécialiste			Médecin non conventionné généraliste ou spécialiste
Secteur 1	Secteur 2		
	Adhérent OPTAM ⁽⁹⁾	Non-adhérent OPTAM ⁽⁹⁾	
Honoraires fixes établis par convention avec la Sécurité sociale	Honoraires avec dépassements possibles mais limités	Honoraires libres pratiqués avec « tact et mesure »	Honoraires libres
Pas de dépassement d'honoraires (hors soins non remboursables ou dépassements pour exigence).	- Prise en charge non plafonnée des dépassements par votre complémentaire santé responsable. - Bases de remboursement Sécurité sociale égales à celles du secteur 1.	- Prise en charge plafonnée des dépassements par votre complémentaire santé responsable. - Bases de remboursement Sécurité sociale inférieures à celles du secteur 1.	Très faible niveau de prise en charge par la Sécurité sociale.
	Vous êtes mieux remboursé que chez un médecin non adhérent OPTAM		

À quel secteur d'exercice appartient votre médecin ? Est-il adhérent à l'OPTAM / OPTAM-ACO ?

Pour le savoir, consultez l'**annuaire santé** sur le site **www.ameli.fr**.

(7) Ces contributions ou franchises ne s'appliquent pas aux personnes visées à l'article L.160-14 du Code de la Sécurité sociale.

(8) Médecins signataires de la convention médicale qui regroupe les textes visant à régir les relations entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Elle expose notamment les conditions tarifaires à respecter.

(9) L'option de pratique tarifaire maîtrisée est un accord visant à limiter les dépassements d'honoraires des médecins conventionnés du secteur 2. L'OPTAM-ACO désigne les médecins spécialistes en anesthésie, chirurgie ou gynécologie obstétrique.

Comment fonctionne votre tableau de garanties ?

Vous choisissez la couverture santé qui vous ressemble

1. Choisir le niveau
de couverture adapté
à vos besoins

8 niveaux de garanties
Au choix

Un choix par niveau pour **une protection correspondant précisément à vos attentes et votre budget.**



Avec l'option Essentiel Pharma, vous pouvez optimiser le montant de votre cotisation (prise en charge uniquement des médicaments remboursés à 65 % par la Sécurité sociale).

2. Renforcer votre contrat
pour une couverture
optimale

Renfort Retraité +
En option à partir du niveau 2

- **Forfaits supplémentaires en médecines douces, pharmacie et dentaire** (non remboursés par la Sécurité sociale ou tout autre régime obligatoire), aide aux frais d'obsèques.
- **Forfait complémentaire** pour la chambre particulière en cas d'hospitalisation.
- **Versement d'un capital** en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

Comment lire vos garanties ?

Vos garanties prévoient le remboursement des dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie ou d'un accident 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 ⁽¹⁰⁾ .		

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 Santé Retraités s'adaptera donc automatiquement aux évolutions législatives et réglementaires liées aux contrats « responsables ».

* 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.

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

	Formules linéaires							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Hospitalisation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO Chirurgie - Obstétrique - Anesthésie	100 %	100 %	125 %	150 %	175 % ⁽¹³⁾	200 % ⁽¹³⁾	250 % ⁽¹³⁾	300 % ⁽¹³⁾
Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-ACO Chirurgie - Obstétrique - Anesthésie	100 %	100 %	105 %	130 %	155 % ⁽¹³⁾	180 % ⁽¹³⁾	200 % ⁽¹³⁾	200 % ⁽¹³⁾
Frais de séjour	100 %	100 %	125 %	150 %	175 % ⁽¹³⁾	200 % ⁽¹³⁾	250 % ⁽¹³⁾	300 % ⁽¹³⁾
Forfait journalier hospitalier⁽¹¹⁾ - durée illimitée	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Autres frais								
- Chambre particulière - durée illimitée ⁽¹²⁾	-	-	-	40 €/j	50 €/j ⁽¹³⁾	60 €/j ⁽¹³⁾	70 €/j ⁽¹³⁾	80 €/j ⁽¹³⁾
- Frais d'accompagnement pendant 15 jours - par événement	-	10 €/j	10 €/j	10 €/j	15 €/j ⁽¹³⁾	20 €/j ⁽¹³⁾	25 €/j ⁽¹³⁾	30 €/j ⁽¹³⁾
- Frais de télévision pendant 15 jours - par événement	-	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j	5 €/j
À la suite d'une hospitalisation ou en cas d'immobilisation à domicile, pensez à vos garanties d'assistance !								

Exemples de remboursements

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

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

Secteur 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.			
	Dépense : 434 € BRSS : 271,70 €	Formule 2	Sécurité sociale (100 % BRSS) moins 24 € de participation forfaitaire 247,70 €	Swiss Life 24 €
		Formule 6	247,70 €	À votre charge 162,30 €
				186,30 €
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 €.				

Secteur 2 (NONOPTAM/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.			
	Dépense : 473 € BRSS : 271,70 €	Formule 2	Sécurité sociale (100 % BRSS) moins 24 € de participation forfaitaire 247,70 €	Swiss Life 24 €
		Formule 6	247,70 €	À votre charge 201,30 €
				225,30 €
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

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

(11) Hors Alsace-Moselle.

(12) Durée illimitée en médecine et chirurgie. La chambre particulière en psychiatrie, neuropsychiatrie, diététique et gériatrie n'est pas remboursée. La chambre particulière en soins de suite et de réadaptation (SSR) est limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire.

(13) Garanties limitées à hauteur de la formule 5 (sans renfort retraité +) pendant 3 mois, sauf en cas d'accident.

	Formules linéaires							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Dentaire	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Soins et prothèses 100 % santé*	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à remboursement renforcé) ⁽¹⁴⁾								
Soins								
- Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
- 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 ⁽¹⁴⁾ ou libres	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
Prothèses								
Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100 % santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés ⁽¹⁴⁾ ou libres	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
Bonus fidélité appliqué sur les prestations dentaires remboursées par la Sécurité sociale ⁽¹⁵⁾								
- Les 3 ^{ème} et 4 ^{ème} années d'assurance	-	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %
- À compter de la 5 ^{ème} année d'assurance	-	+ 100 %	+ 100 %	+ 100 %	+ 100 %	+ 100 %	+ 100 %	+ 100 %
Avec le forfait prévention santé, des actes de prévention dentaire sont 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

Dépense : 43,38 €
BRSS : 43,38 €

Toutes formules

Sécurité sociale (60 % BRSS)
26,03 €

Swiss Life
17,35 €

À votre charge
0 €

Tarif conventionnel (code HBID001).

Prothèses

Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100 % santé*)

Dépense : 500 €
BRSS : 120 €

Toutes formules

Sécurité sociale (60 % BRSS)
72 €

Swiss Life
428 €

À votre charge
0 €

Prix moyen national de l'acte (code HBLD634).

Couronne céramo-métallique sur molaires (prothèse du panier «libre»)

Dépense : 557 €
BRSS : 120 €

Formule 2

Sécurité sociale (60 % BRSS)
72 €

Swiss Life
48 €

À votre charge
437 €

Formule 6

Sécurité sociale (60 % BRSS)
72 €

Swiss Life
168 €

À votre charge
317 €

Prix moyen national de l'acte - HBLD734 (pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique sur molaire).

Lexique

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

* 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.

(14) 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.

(15) La majoration des garanties liée au bonus fidélité est exprimée par rapport aux taux ou aux montants de garanties de la 1^{ère} année d'assurance.

Formules linéaires								
	1	2	3	4	5	6	7	8
Optique (les forfaits intègrent le ticket modérateur)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Équipements 100 % santé* : équipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* (classe à prise en charge renforcée) ⁽¹⁶⁾ (17) - Renouvellement tous les 2 ans ⁽¹⁸⁾								
- 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
- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	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 ⁽¹⁷⁾ Renouvellement tous les 2 ans ⁽¹⁸⁾								
- Deux verres simples + une monture	100 %	50 €	75 €	150 €	200 €	250 €	300 €	320 €
- Deux verres dont au moins un verre complexe + une monture	100 %	200 €	200 €	250 €	275 €	325 €	375 €	460 €
- Deux verres dont au moins un verre ultra complexe + une monture	100 %	200 €	200 €	300 €	325 €	375 €	425 €	510 €
Bonus fidélité sur l'équipement optique⁽¹⁹⁾								
- Les 3 ^{ème} et 4 ^{ème} années d'assurance	-	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €
- À compter de la 5 ^{ème} année d'assurance	-	+ 100 €	+ 100 €	+ 100 €	+ 100 €	+ 100 €	+ 100 €	+ 100 €
Autres prestations								
- Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Lentilles (remboursées ou non par la Sécurité sociale) et chirurgie réfractive - forfait par an et par assuré	40 €	75 €	75 €	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Accédez à certains équipements de classe B sans reste à charge avec l'offre Carte Blanche-Prysm chez les opticiens du réseau Carte Blanche Partenaires (sous conditions d'éligibilité).								

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 :	Toutes formules	Sécurité sociale (60 % BRSS)	Swiss Life	À votre charge
	115 €		20,70 €	94,30 €	0 €
	BRSS : 34,50 €				

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 limite de vente par verre : 42,50 € / Base de remboursement : 12,75 €. Monture (pour les ≥ 16 ans) : code 2222124 - Prix limite de vente : 30 € / Base de remboursement : 9 €.

Équipement de classe B	Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux				À votre charge
	Dépense :	Formule 2	Sécurité sociale (60 % BRSS)	Swiss Life	
	366 €		0,09 €	49,91 €	316 €
	BRSS : 0,15 €	Formule 6	0,09 €	249,91 €	116 €

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.

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

(17) 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.

(18) 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.

(19) La majoration des garanties liée au bonus fidélité est exprimée par rapport aux taux ou aux montants de garanties de la 1^{ère} année d'assurance.

	Formules linéaires							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Soins courants	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-ACO								
- Médecin généraliste - médecin spécialiste	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
- Radiologie - Imagerie - Échographie	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
Honoraires médicaux hors OPTAM ou OPTAM-ACO								
- Médecin généraliste - médecin spécialiste	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	200 %	200 %
- Radiologie - Imagerie - Échographie	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	200 %	200 %
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100 %	100 %	105 %	130 %	155 %	180 %	200 %	200 %
Honoraires paramédicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
Transport du malade	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	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).								

Médicaments et autres prestations								
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale⁽²⁰⁾ (21)								
- à 65 %, à 30 %, à 15 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- à 65 % uniquement (option top essentiel pharma) ☐	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Cures thermales								
Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
+ forfait par an et par bénéficiaire	-	-	-	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €
Matériel médical								
Matériel médical, prothèses et appareillages orthopédiques, prothèse capillaire	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
+ forfait petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	-	-	50 €	50 €	100 €	100 €	125 €	150 €
Forfait prévention santé								
Prise en charge de 50 % des dépenses de prévention non remboursées par la Sécurité sociale listées au contrat - forfait par an et par bénéficiaire	50 €	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €	175 €	200 €
Bénéficiez en toute liberté de choix d'un remboursement à 50 % de vaccins recommandés aux voyageurs ou d'actes de dépistage non remboursés par la Sécurité sociale prévus dans le forfait prévention santé.								

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 :	Toutes formules	Sécurité sociale (70 % BRSS) moins 2 € de participation forfaitaire	Swiss Life	À votre charge
	30 €		19 €	9 €	2 €
	BRSS : 30 €				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 :	Toutes formules	Sécurité sociale (70 % BRSS) moins 2 € de participation forfaitaire	Swiss Life	À votre charge
	37 €		23,90 €	11,10 €	2 €
	BRSS : 37 €				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)				
	Dépense :	Formule 2	Sécurité sociale (70 % BRSS) moins 2 € de participation forfaitaire	Swiss Life	À votre charge
	54 €		23,90 €	11,10 €	19 €
	BRSS : 37 €	Formule 6	23,90 €	28,10 €	2 €
Secteur 2 (NON OPTAM/OPTAM-ACO)	Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc)				
	Dépense :	Formule 2	Sécurité sociale (70 % BRSS) moins 2 € de participation forfaitaire	Swiss Life	À votre charge
	67 €		14,10 €	6,90 €	46 €
	BRSS : 23 €	Formule 6	14,10 €	25,30 €	27,60 €

Lexique

- « Par an » s'entend par année d'assurance à compter de la date d'adhésion au contrat (hors équipement optique et auditif).
- 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 maîtrisé.

(20) Y compris honoraires de dispensation.

(21) Au régime Alsace-Moselle, les taux de remboursement indiqués sont les suivants : 90 % au lieu de 65 % pour les médicaments à service médical rendu majeur ou important, 80 % au lieu de 30 % pour les médicaments à service rendu modéré et 15 % pour les médicaments à service rendu faible.

Formules linéaires								
	1	2	3	4	5	6	7	8
Aides auditives⁽²²⁾								
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) ⁽²³⁾ ⁽²⁴⁾	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipements hors 100 % santé*								
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale hors panier de soins 100 % santé* (appareil de classe 2 à prix libre)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
+ forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale - forfait par oreille	-	-	200 €	400 €	600 €	800 €	1 000 €	1 300 €
- Accessoires, piles, entretien et réparations remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
En choisissant librement un audioprothésiste du réseau de soin Carte Blanche Partenaires, vous avez accès à des équipements de classe 2 à des tarifs modérés et de qualité.								

Exemples de remboursements

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

Classe 1	Aide auditive de classe 1 par oreille (équipement 100 % santé*) pour les plus de 20 ans					100 % santé
	Dépense : 950 € BRSS : 400 €	Toutes formules	Sécurité sociale (60 % BRSS) 240 €	Swiss Life 710 €	À votre charge 0 €	
	Prix limite de vente. Aide auditive de classe 1, code 2351057 (oreille droite) ou 2365119 (oreille gauche).					

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 2	240 €	160 €	1 182 €
	1 582 € BRSS : 400 €	Formule 6	240 €	960 €	382 €
Prix moyen national de l'acte. Aide auditive de classe 2, code 2392530 (oreille droite) ou 2341840 (oreille gauche).					

	1	2	3	4	5	6	7	8
Services – Assistance								

Carte Blanche Partenaires	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Assistance vie quotidienne								
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 :								
- téléconsultation	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
- en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
- en cas d'atteinte corporelle grave	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
- en cas de décès d'un bénéficiaire	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
- accompagnement en cas de dépendance d'un proche parent : l'aide aux aidants	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
- assistance voyage et déplacement à l'étranger	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
- assistance juridique à l'étranger	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui

	1	Niveaux 2 à 8
Renfort Retraité +		

Consultations non remboursées par la Sécurité sociale : médecines douces (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie) et auxiliaires médicaux non remboursés (pédicurie-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique) ou toute autre pratique si prescrite sur ordonnance par un médecin - forfait par acte (maxi 5 par an et par bénéficiaire)	-	35 €
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - forfait par an et par assuré	-	100 €
Chambre particulière - durée illimitée ⁽²⁵⁾	-	+ 20 €
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie - forfait par an et par assuré	-	300 €
Aide aux frais d'obsèques	-	1 000 €
Capital Perte d'autonomie (dépendance totale) ⁽²⁶⁾	-	800 €

* 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.

(22) 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 1 700 € par oreille à appareiller.

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

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

(25) Durée illimitée en médecine et chirurgie. La chambre particulière en psychiatrie, neuropsychiatrie, diététique et gériatrie n'est pas remboursée. La chambre particulière en soins de suite et de réadaptation (SSR) est limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire.

(26) Garantie soumise à un délai d'attente de 12 mois.

*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

Swiss Life Assurance et Patrimoine

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social

de 169 036 086,38 €

Entreprise régie par

le Code des assurances

341 785 632 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