



SwissLife

*Document à caractère publicitaire*

# *SwissLife Santé Retraités*

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

*#YourLife*

*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<sup>(1)</sup>  
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)<sup>(2)</sup>.*

*Encore mieux remboursé  
dès la 3<sup>e</sup> 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<sup>(3)</sup>



### 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<sup>(3)</sup>

*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<sup>(4)</sup>.

## 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<sup>(\*)</sup>) **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<sup>(5)</sup> pour parer à tout imprévu

**Vous profitez de nombreux services d'assistance et d'informations 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 des 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.
- Renseignements sur la dépendance.
- Recherche d'établissements spécialisés.
- Téléassistance (un médaillon téléphone accompagne votre proche partout pour garder le contact avec l'extérieur en toutes circonstances).
- 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<sup>(6)</sup> chez plus de 7 900 opticiens,  
9 240 chirurgiens-dentistes et 5 340 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 2023.



(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](https://myswisslife.fr).

# Avec MySwissLife, vous choisissez de gagner du temps en toute liberté

En vous connectant à [myswisslife.fr](http://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](http://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](http://myswisslife.fr)

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



## Vivre selon ses propres choix avec Swiss Life

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. Une approche globale, parce que l'essence de notre métier est d'accompagner chaque parcours de vie, privé et professionnel. Grâce à un conseil personnalisé, fondé sur la proximité, l'écoute et la pédagogie, nous construisons chaque jour une relation de confiance avec chacun de nos clients, particuliers comme entreprises. 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.

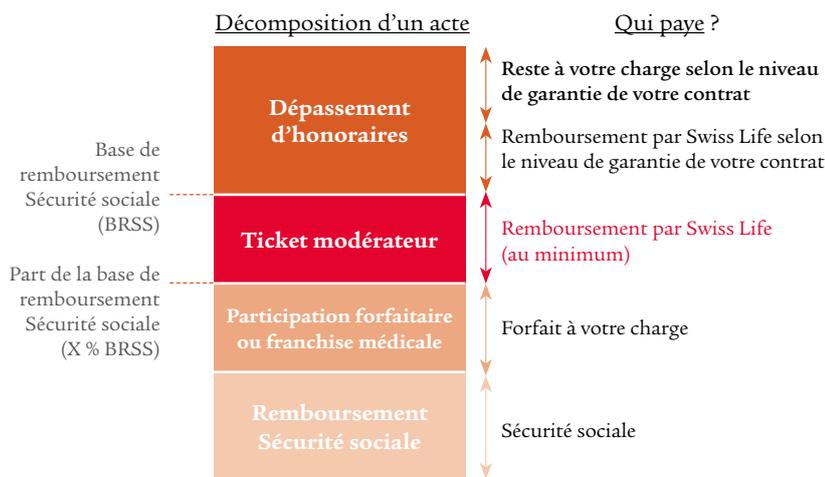
#YourLife

# 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 €) : somme restante à votre charge à chaque consultation ou acte médical.
- Franchise médicale : 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 <sup>(7)</sup> généraliste ou spécialiste			Médecin non conventionné généraliste ou spécialiste
Secteur 1	Secteur 2		
		Adhérent OPTAM <sup>(8)</sup>	Non-adhérent OPTAM <sup>(8)</sup>
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.  <i>Vous êtes mieux remboursé que chez un médecin non adhérent OPTAM</i>	- 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.

À quel secteur d'exercice appartient votre médecin ? Est-il adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO ?  
Pour le savoir, consultez l'**annuaire santé** sur le site **www.ameli.fr**.

(7) 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.

(8) L'option de pratique tarifaire maîtrisée est un accord visant à limiter les dépassements d'honoraires des médecins conventionnés du secteur 2. L'OPTAM-CO désigne les médecins spécialistes en 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) <b>incluant le remboursement de la Sécurité sociale.</b>	Il s'agit de <b>forfaits</b> alloués sur des postes précis à utiliser en une ou plusieurs fois.	Remboursement du <b>montant total</b> de la dépense qui a été facturée.
<i>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<sup>(9)</sup>.</i>		

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 « responsable ».

\* 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.  
(9) 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
<b>Hospitalisation</b>	<input type="checkbox"/>							
<b>Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO</b> Chirurgie - Obstétrique - Anesthésie	100 %	100 %	125 %	150 %	175 % <sup>(12)</sup>	200 % <sup>(12)</sup>	250 % <sup>(12)</sup>	300 % <sup>(12)</sup>
<b>Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO</b> Chirurgie - Obstétrique - Anesthésie	100 %	100 %	105 %	130 %	155 % <sup>(12)</sup>	180 % <sup>(12)</sup>	200 % <sup>(12)</sup>	200 % <sup>(12)</sup>
<b>Frais de séjour</b>	100 %	100 %	125 %	150 %	175 % <sup>(12)</sup>	200 % <sup>(12)</sup>	250 % <sup>(12)</sup>	300 % <sup>(12)</sup>
<b>Forfait journalier hospitalier<sup>(10)</sup> - durée illimitée</b>	Rbt intégral							
<b>Autres frais</b>								
- Chambre particulière - durée illimitée <sup>(11)</sup>	-	-	-	40 €/j	50 €/j <sup>(12)</sup>	60 €/j <sup>(12)</sup>	70 €/j <sup>(12)</sup>	80 €/j <sup>(12)</sup>
- Frais d'accompagnement pendant 15 jours - par événement	-	10 €/j	10 €/j	10 €/j	15 €/j <sup>(12)</sup>	20 €/j <sup>(12)</sup>	25 €/j <sup>(12)</sup>	30 €/j <sup>(12)</sup>
- Frais de télévision pendant 15 jours - par événement	-	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 15 mai 2024.

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

Tarif réglementaire. BFGA427; s'agissant d'un acte lourd, le ticket modérateur est fixé à 24 €.

Secteur 2 (OPTAM/OPTAM CO)	Honoraires du chirurgien (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte.			
	Dépense :	Formule 2	Formule 6	Swiss Life
	422 € BRSS : 271,70 €	247,70 €	247,70 €	24 €
				À votre charge 150,30 €
				174,30 €

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).

Secteur 2 (NON OPTAM/OPTAM CO)	Honoraires du chirurgien (non-adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte.			
	Dépense :	Formule 2	Formule 6	Swiss Life
	463 € BRSS : 271,70 €	247,70 €	247,70 €	24 €
				À votre charge 191,30 €
				215,30 €

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-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou gynécologie-obstétrique.
- DPTAM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisé.

(10) Hors Alsace-Moselle.

(11) Durée illimitée en médecine et chirurgie. La chambre particulière en psychiatrie, neuropsychiatrie, diététique et gériatrie n'est pas remboursée.

(12) 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
<b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/>							
<b>Soins et prothèses 100 % santé*</b> Actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à remboursement renforcé) <sup>(13)</sup>	Rbt intégral							
<b>Soins</b>								
- 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 <sup>(13)</sup> ou libres	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
<b>Prothèses</b>								
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 <sup>(13)</sup> ou libres	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
<b>Bonus fidélité appliqué sur les prestations dentaires remboursées par la Sécurité sociale<sup>(14)</sup></b>								
- Les 3 <sup>ème</sup> et 4 <sup>ème</sup> années d'assurance	-	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %
- À compter de la 5 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	+ 100 %	+ 100 %	+ 100 %	+ 100 %	+ 100 %	+ 100 %	+ 100 %

**Avec le forfait prévention santé, des actes de prévention dentaires sont pris en charge à 50 % de la dépense dans la limite du forfait annuel.**

## Exemples de remboursements

basés sur les tarifs en vigueur en date du 15 mai 2024.



### 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-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou gynécologie-obstétrique.
- DPTAM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

\* 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.

(13) 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.

(14) La majoration des garanties liée au bonus fidélité est exprimée par rapport aux taux ou aux montants de garanties de la 1<sup>ère</sup> année d'assurance.

Formules linéaires								
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Optique</b> (les forfaits intègrent le ticket modérateur)	<input type="checkbox"/>							
<b>Équipements 100 % santé*</b> : équipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* (classe à prise en charge renforcée) <sup>(15)</sup> (16) - Renouvellement tous les 2 ans <sup>(17)</sup>								
- Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Rbt intégral							
- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
<b>Équipements hors 100 % santé*</b> : équipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier libre <sup>(16)</sup> Renouvellement tous les 2 ans <sup>(17)</sup>								
- 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 €
<b>Bonus fidélité sur l'équipement optique<sup>(18)</sup></b>								
- Les 3 <sup>ème</sup> et 4 <sup>ème</sup> années d'assurance	-	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €
- À compter de la 5 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	+ 100 €	+ 100 €	+ 100 €	+ 100 €	+ 100 €	+ 100 €	+ 100 €
<b>Autres prestations</b>								
- 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 €
<b>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</b> (sous conditions d'éligibilité).								

## Exemples de remboursements

basés sur les tarifs en vigueur en date du 15 mai 2024.

Équipement de classe A	<b>Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100 % santé*)</b>				100 % santé	
	<b>Dépense :</b>	Toutes formules	Sécurité sociale (60 % BRSS)	Swiss Life		À votre charge
	115 € BRSS : 34,50 €		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 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	<b>Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux</b>					
	<b>Dépense :</b>	Formule 2	Sécurité sociale (60 % BRSS)	Swiss Life		À votre charge
	356 € BRSS : 0,15 €	0,09 €	0,09 €	49,91 €		306 €
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.
- Equipement : 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.

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

(16) 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.

(17) 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.

(18) La majoration des garanties liée au bonus fidélité est exprimée par rapport aux taux ou aux montants de garanties de la 1<sup>ère</sup> année d'assurance.

	Formules linéaires							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Soins courants</b>	<input type="checkbox"/>							
<b>Honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO</b>								
- 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 %
<b>Honoraires médicaux hors OPTAM ou OPTAM-CO</b>								
- 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 %
<b>Honoraires paramédicaux</b>	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
<b>Hospitalisation à domicile</b>	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
<b>Transport du malade</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	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).**

<b>Médicaments et autres prestations</b>								
<b>Médicaments remboursés par la Sécurité sociale<sup>(19)</sup> (20)</b>								
- à 65 %, à 30 %, à 15 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- à 65 % uniquement (option top essentiel pharma) <input type="checkbox"/>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Cures thermales</b>								
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 €
<b>Matériel médical</b>								
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 €
<b>Forfait prévention santé</b>								
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 15 mai 2024.

Secteur 1	<b>Consultation d'un médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</b>			
	<b>Dépense :</b> 26,50 € BRSS : 26,50 €	<b>Toutes formules</b>	Sécurité sociale (70 % BRSS) moins 2 € de participation forfaitaire 16,55 €	Swiss Life 7,95 € À votre charge 2 € Tarif conventionnel.
Secteur 2 (OPTAM/OPTAM CO)	<b>Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc)</b>			
	<b>Dépense :</b> 31,50 € BRSS : 31,50 €	<b>Toutes formules</b>	Sécurité sociale (70 % BRSS) moins 2 € de participation forfaitaire 20,05 €	Swiss Life 9,45 € À votre charge 2 € Tarif conventionnel.
Secteur 2 (non OPTAM/OPTAM CO)	<b>Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc)</b>			
	<b>Dépense :</b> 52 € BRSS : 31,50 €	<b>Formule 2</b>	Sécurité sociale (70 % BRSS) moins 2 € de participation forfaitaire 20,05 €	Swiss Life 9,45 € À votre charge 22,50 €
		<b>Formule 6</b>	20,05 €	29,95 € 2 € Prix moyen national de l'acte.
Secteur 2 (non OPTAM/OPTAM CO)	<b>Consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc)</b>			
	<b>Dépense :</b> 65 € BRSS : 23 €	<b>Formule 2</b>	Sécurité sociale (70 % BRSS) moins 2 € de participation forfaitaire 14,10 €	Swiss Life 6,90 € À votre charge 44 €
		<b>Formule 6</b>	14,10 €	25,30 € 25,60 € Prix moyen national de l'acte.

### 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-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou gynécologie-obstétrique.
- DPTAM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

(19) Y compris honoraires de dispensation.

(20) 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<sup>(21)</sup>

## 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)<sup>(22)</sup> <sup>(23)</sup>

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 15 mai 2024.



1 2 3 4 5 6 7 8

## Services – Assistance

Carte Blanche Partenaires	1	2	3	4	5	6	7	8
Assistance vie quotidienne	oui							
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							
- en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	oui							
- en cas d'atteinte corporelle grave	oui							
- en cas de décès d'un bénéficiaire	oui							
- accompagnement en cas de dépendance d'un proche parent : l'aide aux aidants	oui							
- assistance voyage et déplacement à l'étranger	oui							
- assistance juridique à l'étranger	oui							

1 Niveaux 2 à 8

## Renfort Retraité +

<b>Consultations non remboursées par la Sécurité sociale :</b> 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 €
<b>Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale</b> - forfait par an et par assuré	-	100 €
<b>Chambre particulière</b> - durée illimitée <sup>(24)</sup>	-	+ 20 €
<b>Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale :</b> prothèses, implantologie, parodontologie - forfait par an et par assuré	-	300 €
<b>Aide aux frais d'obsèques</b>	-	1 000 €
<b>Capital Perte d'autonomie</b> (dépendance totale) <sup>(25)</sup>	-	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.

(21) 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.

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

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

(24) Durée illimitée en médecine et chirurgie. La chambre particulière en psychiatrie, neuropsychiatrie, diététique et gériatrie n'est pas remboursée.

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

*Nous permettons à chacun  
de 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](http://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](http://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](http://www.swisslife.fr)*