

Tableau de garanties salariés - Base améliorée 1 CCN + Santé Boulangeries - Pâtisseries artisanales



01.01.2026

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

Les garanties sont exprimées y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

	Choix entreprise	Des garanties renforcées sur ces formules	
	Formule améliorée 1	Option 1	Option 2
Hospitalisation			
Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO			
Chirurgie - Obstétrique - Anesthésie	400 %	450 %	500 %
Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-ACO			
Chirurgie - Obstétrique - Anesthésie	200 %	200 %	200 %
Frais de séjour, salle d'opération	350 %	450 %	500 %
Transport du malade accepté par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾ - durée illimitée	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Chambre particulière - durée illimitée - par jour	110 €	120 €	140 €
Frais d'accompagnement - durée illimitée - à tout âge - par jour	50 €	55 €	60 €
Frais de télévision pendant 15 jours - par évènement	5 €	5 €	5 €
Maternité			
Fécondation in vitro - forfait par an et par bénéficiaire	500 €	550 €	600 €
Forfait par maternité ou adoption - par bénéficiaire	530 €	550 €	550 €
Consultation pré-conceptionnelle (rencontre du couple avec un professionnel de santé) - forfait par consultation - limité à 1 consultation	60 €	60 €	60 €
Grossesse et suivi d'accouchement : entretien hygiéno-diététique auprès d'un(e) diététicien(ne) - forfait par an	50 €	50 €	50 €
Accompagnement allaitement à domicile de sages-femmes dans les 6 premiers mois du bébé - forfait par consultation - limité à 3 consultations	27 €	27 €	27 €
En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile, pensez à vos garanties d'assistance (cf. bloc de garanties assistance ci-dessous). De la garde des enfants de moins de 16 ans au portage de médicaments, ces services sont là pour vous accompagner.			

Dentaire			
Soins et prothèses 100 % santé*			
Actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* sans reste à charge pour le bénéficiaire (classe à remboursement renforcé) ⁽⁴⁾	Rbt Intégral	Rbt Intégral	Rbt Intégral
Soins			
Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale	150 %	150 %	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 ⁽⁴⁾ ou libres	450 %	450 %	500 %
Prothèses			
Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100 % santé* et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires modérés ⁽⁴⁾ ou libres	480 %	480 %	500 %
Inlays-cores remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100 % santé* et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires modérés ⁽⁴⁾ ou libres	450 %	450 %	450 %
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	400 %	400 %	500 %
Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale			
Implantologie - forfait par implant y compris pilier implantaire - 3 implants par an et par bénéficiaire ⁽²⁾	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Prothèses ⁽³⁾	400 %	400 %	500 %
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale - forfait par an et par bénéficiaire ⁽³⁾	400 %	400 %	500 %
Parodontologie - forfait par an et par bénéficiaire	350 €	350 €	500 €
Avec le forfait prévention santé, bénéficiez d'actes de prévention dentaire pris en charges à 50% de la dépense dans la limite du forfait annuel.			

Optique - Adultes			
Equipements 100 % santé* :			
Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé* (classe à prise en charge renforcée) ^{(a)(b)} - Renouvellement tous les 2 ans ^(c)			
Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Rbt Intégral	Rbt Intégral	Rbt Intégral
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	100 €	100 €	100 €
Equipements hors 100 % santé* :			
Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier libre ^{(a)(b)} - Renouvellement tous les 2 ans ^(c)			
Verres - forfait par verre (de classe B)			
<i>Verres unifocaux, sphériques</i>			
Sphère de -6 à +6	110 €	125 €	160 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	195 €	205 €	275 €
Sphère < -12 ou > +12	195 €	205 €	275 €
<i>Verres unifocaux, sphéro-cylindriques</i>			
Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	110 €	125 €	160 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +6	110 €	125 €	160 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +6	195 €	205 €	275 €
Cylindre ≤ +4, sphère < -6	195 €	205 €	275 €
Cylindre > +4, sphère de -6 à 0	195 €	205 €	275 €
Cylindre > +4, sphère < -6	195 €	205 €	275 €
<i>Verres multifocaux ou progressifs sphériques</i>			
Sphère de +4 à +4	300 €	300 €	300 €
Sphère < -4 ou > +4	350 €	350 €	350 €
<i>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques</i>			
Cylindre ≤ +4, sphère de -8 à 0	300 €	300 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +8	300 €	300 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +8	350 €	350 €	350 €
Cylindre > +4, sphère de -8 à 0	350 €	350 €	350 €
Sphère < -8	350 €	350 €	350 €
Monture			
Autres prestations			
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	150 %	175 %	200 %
+ Forfait lentilles remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	200 €	200 €	200 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables) - forfait par an et par bénéficiaire	200 €	200 €	250 €
Chirurgie réfractive - forfait par œil et par bénéficiaire	1 100 €	1 100 €	1 100 €

Optique - Enfants			
Equipements 100 % santé* :			
Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* (classe à prise en charge renforcée) ^{(a)(b)} - Renouvellement tous les 2 ans ^(c)			
Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Rbr Intégral	Rbr Intégral	Rbr Intégral
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	100 €	100 €	100 €
Equipements hors 100 % santé* :			
Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier libre ^{(a)(b)} - Renouvellement tous les 2 ans ^(c)			
Verres - forfait par verre			
<i>Verres unifocaux, sphériques</i>			
Sphère de -6 à +6	110 €	125 €	160 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	195 €	205 €	275 €
Sphère < -12 ou > +12	195 €	205 €	275 €
<i>Verres unifocaux, sphéro-cylindriques</i>			
Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	110 €	125 €	160 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +6	110 €	125 €	160 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +6	195 €	205 €	275 €
Cylindre ≤ +4, sphère < -6	195 €	205 €	275 €
Cylindre > +4, sphère de -6 à 0	195 €	205 €	275 €
Cylindre > +4, sphère < -6	195 €	205 €	275 €
<i>Verres multifocaux ou progressifs sphériques</i>			
Sphère de -4 à +4	300 €	300 €	300 €
Sphère < -4 ou > +4	350 €	350 €	350 €
<i>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques</i>			
Cylindre ≤ +4, sphère de -8 à 0	300 €	300 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +8	300 €	300 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +8	350 €	350 €	350 €
Cylindre > +4, sphère de -8 à 0	350 €	350 €	350 €
Sphère < -8	350 €	350 €	350 €
Monture	100 €	100 €	100 €
Autres prestations			
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	150 %	175 %	200 %
+ Forfait lentilles remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	200 €	200 €	200 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables) - forfait par an et par bénéficiaire	200 €	200 €	250 €
Chirurgie réfractive - forfait par œil et par bénéficiaire	1 100 €	1 100 €	1 100 €
Accédez à certains équipements supplémentaires sans reste à charge avec l'Offre Carte Blanche-Prisme chez les opticiens du réseau Carte Blanche Partenaires (sous conditions d'éligibilité).			

Soins courants			
Honoraires médicaux dans le cadre de l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO			
Médecin généraliste	325 %	350 %	400 %
Médecin spécialiste	335 %	360 %	425 %
Radiologie - Imagerie - Echographie	220 %	245 %	300 %
Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	300 %	325 %	400 %
Honoraires médicaux hors OPTAM ou OPTAM-ACO			
Médecin généraliste	200 %	200 %	200 %
Médecin spécialiste	200 %	200 %	200 %
Radiologie - Imagerie - Echographie	200 %	200 %	200 %
Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	200 %	200 %	200 %
Honoraires paramédicaux			
Analyses et examens de laboratoire	160 %	185 %	250 %
Médecines douces non remboursées : ostéopathie, chiropractie, diététique, psychologie, acupuncture, podologie, sevrage tabagique prescrit, vaccin contre la grippe, vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, moyens contraceptifs prescrits - forfait par an et par bénéficiaire	180 €	180 €	200 €
Médicaments			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale ^{(a)(b)}	100 %	100 %	100 %
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - forfait par an et par bénéficiaire	55 €	60 €	70 €
Cures thermales			
Cures thermales : dépenses remboursées par la Sécurité sociale	150 %	175 %	250 %
+ forfait frais de voyage et hébergement - par an et par bénéficiaire	400 €	450 €	500 €
Matériel médical			
Matériel médical 100% santé			
Véhicules pour personnes en situation de handicap (f) et prothèses capillaires totales de classe 2 entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé* (classe à prise en charge renforcée) (a)	Rbr Intégral	Rbr Intégral	Rbr Intégral
Matériel médical hors 100% santé			
Prothèses et appareillage orthopédique et capillaire	125 %	150 %	200 %
+ forfait prothèse capillaire et autres prothèses remboursées par la Sécurité sociale - forfait par an et par bénéficiaire	800 €	900 €	1 000 €
+ forfait achat véhicule pour personne handicapée physique - forfait par an et par bénéficiaire	1 400 €	1 400 €	1 400 €
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	75 €	100 €	125 €
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 et-dessous).			

Aides auditives^(d)			
Equipements 100 % santé*			
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de classe 1 entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* (classe à remboursement renforcé) ^{(a)(c)}	Rbr Intégral	Rbr Intégral	Rbr Intégral
Equipements hors 100 % santé*			
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale hors panier de soins 100 % santé* (appareil de classe 2 à prix libre)	100 %	100 %	100 %
+ forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale - assuré âgé de moins de 20 ans - forfait par oreille	300 €	300 €	300 €
+ forfait prothèse auditive remboursée par la Sécurité sociale - assuré âgé de plus de 20 ans - forfait par oreille	1 300 €	1 300 €	1 300 €
Accessoires, piles, entretien et réparations remboursés par la Sécurité sociale	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.			

Carte Blanche Partenaires			
Assistance santé	oui	oui	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 :	oui	oui	oui
- hospitalisation ou immobilisation au domicile,			
- décès d'un bénéficiaire,			
- grossesse ou projet de procréation médicalement assistée,			
- accompagnement en cas de dépendance d'un proche parent,			
- second avis médical,			
- service de téléconsultation en cas d'indisponibilité de votre médecin traitant.			

Lexique tableau de garanties salariés

CCN + Santé boulangeries - pâtisseries artisanales



01.01.2026

Les garanties du contrat décrites ci-dessus respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R. 871-1 et 2 du même code. Les contrats Swiss Life s'adapteront donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100 % santé* »). Vos garanties prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat, à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessus. Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme

« Remboursement intégral » (ou Rbt intégral), les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euros), du remboursement du TM (ticket modérateur) **ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de celle-ci**. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés, des « prix limites de vente » (PLV) et « honoraires limites de facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur^(a). Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont remboursés à hauteur du ticket modérateur.

Lexique :

- Bénéficiaire : personne au profit de laquelle est conclu le contrat santé et qui reçoit à ce titre les prestations prévues
- Rbt Intégral : Remboursement Intégral
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
- "Par an" s'entend par année d'assurance à compter de la date d'adhésion au contrat (hors optique et auditif).
- 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 verres 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
- OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée
- OPTAM- ACO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité d'anesthésie, de chirurgie ou gynécologie-obstétrique.

100% Santé*

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100 % santé* ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements (Sécurité sociale + Swiss Life) sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

(b) Conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application, le remboursement total pour un équipement (incluant le remboursement Sécurité sociale) tous les deux ans est plafonné à : pour deux verres simples et une monture à hauteur de 420 €, pour deux verres complexes et une monture à hauteur de 700 €, pour deux verres ultra complexes et une monture à hauteur de 800 €, pour un verre simple et un verre complexe et une monture à hauteur de 560 €, pour un verre simple et un verre ultra complexe et une monture à hauteur de 610 €, pour un verre complexe et un verre ultra complexe et une monture à hauteur de 800 €. 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.

(c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. La période est ramenée à un an pour les bénéficiaires 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.

(d) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller.

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

(f) Les fauteuils entrant dans le cadre du dispositif 100% santé sont les fauteuils destinés à la location courte durée dont la location hebdomadaire courte durée ne peut dépasser six mois de facturations consécutives sur une année glissante. Les spécifications techniques minimales sont précisées à l'article 9 de l'arrêté du 6 février 2025

(1) Hors régime Alsace-Moselle.

(2) La garantie implant dentaire comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, couronne).

(3) Remboursement sur la base de la Sécurité sociale si l'acte avait été accepté par la Sécurité sociale.

(4) Y compris honoraires de dispensation.

(5) Vignettes à 65 %, 30 % et 15 %.

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