

ACCORD RELATIF AU REGIME FRAIS DE SOINS DE SANTE COMPLEMENTAIRE A LA SECURITE SOCIALE.

ARTICLE 1 - OBJET DE L'ACCORD

Le présent accord a pour objet la définition du régime concernant les remboursements de frais de soins de santé complémentaires à ceux de la Sécurité sociale.

ARTICLE 2 - BENEFICIAIRES ET MODALITES D'ADHESION

2.1. Bénéficiaires et adhésion au régime

2.1.1. Bénéficiaires de droit : catégorie A

Sont bénéficiaires de droit et obligatoirement affiliés à ce régime :

Les salariés en activité dont le contrat relève de la Convention de travail ou octroie le bénéfice des activités sociales prévues à cette même Convention,
Les salariés en cessation anticipée d'activité (NIG 119/419, NIG 213 et CAA FLS) percevant un salaire d'inactivité,
Les salariés en congé sans solde de moins d'un mois ou en congé indemnisé au titre du compte épargne temps.

Leur adhésion est assurée par le CEA.

Sont bénéficiaires de cette catégorie, à titre facultatif :

les salariés en congé parental
les salariés en invalidité 2^{ème} et 3^{ème} catégories, bénéficiaires d'une couverture invalidité mise en place par le CEA jusqu'à la fin de leur contrat de travail avec le CEA

2.1.2. Bénéficiaires de droit, s'ils en font la demande dans les 6 mois suivant le changement de situation autorisant leur appartenance à ce groupe : Catégorie B

les retraités dont le CEA a été le dernier employeur et qui relevaient des articles de la Convention de travail du CEA relatifs aux activités sociales
les salariés en invalidité 1^{ère} catégorie bénéficiaires d'une couverture invalidité mise en place par le CEA, en inactivité, jusqu'à la fin de leur contrat de travail avec le CEA

2.1.3. Bénéficiaires à titre facultatif, s'ils en font la demande dans les 6 mois suivant le changement de situation autorisant leur appartenance à ce groupe : Catégorie C

les salariés en congé sans solde supérieur à un mois, non indemnisés au titre du compte épargne temps,
les salariés détachés à l'extérieur du CEA et dont le salaire n'est pas versé par le CEA,
les anciens salariés privés d'emploi bénéficiant d'une allocation chômage si le CEA était le dernier employeur et s'ils bénéficiaient des activités sociales,

L'annexe 2 du présent accord définit les modalités d'adhésion à titre facultatif des conjoints et ayants droit de ces catégories qui varient notamment selon leurs ressources et leur lien avec le bénéficiaire de droit.

2.2. Phase de transition liée à la mise en place du régime

Dans le cadre de la phase d'entrée en vigueur du nouveau régime :

- A titre dérogatoire, les retraités du CEA, âgés de 65 ans au plus au moment de leur mise à la retraite intervenu au titre de l'accord du 31 janvier 2002 relatif au renouvellement de l'accord sur les mises à la retraite à l'initiative du CEA pour une durée de cinq ans, seront maintenus adhérents au titre de l'article 2.1.1 (catégorie A). Cette dérogation cesse de prendre ses effets le 1^{er} jour du mois qui suit le 65^{ème} anniversaire des intéressés.

ARTICLE 3 - ORGANISATION DU REGIME ET ORGANISME GESTIONNAIRE

3.1. L'organisme gestionnaire

Les parties signataires sont convenues de confier la couverture et la gestion de ce régime de frais de soins de santé à la mutuelle SMAPRI. Elles conviennent de réexaminer cette désignation dans un délai maximum de 5 ans.

3.2. La section mutualiste d'entreprise

Les assurés à ce régime et leurs bénéficiaires constituent au sein de cette mutuelle une section mutualiste disposant de l'autonomie de gestion conformément au Code de la Mutualité.

ARTICLE 4 -PRESTATIONS

Les prestations des catégories A, B et C, assurées par le régime de frais de soins de santé complémentaire sont rappelées dans l'annexe 3 au présent accord qui est intégrée au règlement de la section.

Le Comité de surveillance défini à l'article 6.2 ci-dessous est tenu informé des prestations complémentaires facultatives qui peuvent être proposées dans le respect du contrat responsable, aux adhérents par la SMAPRI, et des conditions dans lesquelles ces derniers peuvent en bénéficier. Les comptes de résultats sont présentés par la SMAPRI.

ARTICLE 5 - COTISATIONS

5.1 Fixation des cotisations

La section mutualiste CEA détermine annuellement la cotisation applicable à chaque catégorie de bénéficiaires (articles 2.1.1, 2.1.2. et 2.1.3 du présent accord), en y intégrant les frais annexes tels que frais de gestion et CMU, et dans le respect des règles suivantes :

la cotisation de la catégorie A est fixée de telle sorte que le ratio prestations chargées sur cotisation chargée¹, telle que définie ci-dessus, ne soit pas supérieur à 100 %. Elle peut en revanche être excédentaire en vue d'assurer une solidarité avec les bénéficiaires de la catégorie B au travers de la mutualisation.

Les parties signataires conviennent de maintenir la cotisation de la catégorie de bénéficiaires de la catégorie A identique à la cotisation fixée pour les bénéficiaires de la catégorie B le plus longtemps possible, dans le respect des principes fixés au paragraphe 5.2.2.

¹ Par cotisation chargée, il convient d'entendre le montant de la cotisation incluant l'ensemble des charges afférentes à la mutuelle et notamment les frais de gestion et la CMU.

la cotisation de la catégorie de bénéficiaires de la catégorie C est fonction du coût réel chargé des prestations chargées de cette catégorie.

les cotisations ainsi déterminées pour chaque bénéficiaire des catégories A et B couvrent les ayants droit à titre gratuit tels que définis à l'annexe 2 du présent accord.

5.2. Répartition de la cotisation

5.2.1 Contribution du CEA

Le CEA verse la dotation réservée aux prestations santé des salariés en activité, égale à 1,65 % des salaires bruts versés l'année précédente au personnel bénéficiaire du chapitre de la Convention de travail relatif aux activités sociales, sur la base des effectifs du mois de décembre.

A compter du 1^{er} janvier 2008, le taux associé à cette dotation est porté à 1,80 %. A compter de cette date, cette dotation annule et remplace toute autre forme de financement du régime de frais de soins de santé complémentaires à ceux de la Sécurité sociale qui aurait pu être fixée par accord ou décision unilatérale antérieur(e) au présent accord.

Cette dotation est portée à 1,90% à compter du 1^{er} janvier 2009.

5.2.2. Fixation des quotes-parts

Les quotes-parts à la charge des bénéficiaires des catégories A et B sont fixées selon les modalités suivantes.

La quote-part des bénéficiaires de l'article 2.1.1 du présent accord est fixée au 1^{er} janvier 2007 à 25% de la cotisation chargée, et est exprimée en valeur numéraire. Elle est prélevée mensuellement sur le salaire ou à défaut appelée par la SMAPRI. A prestations constantes, l'évolution de la quote-part de la catégorie A est fonction de l'évolution de sa consommation médicale chargée au regard de l'évolution de la contribution du CEA. La quote-part de l'année en cours ne peut être inférieure à la quote-part appelée l'année précédente.

Elle fait l'objet d'un examen par le Comité de surveillance défini à l'article 6.2 avant modification des prélèvements mensuels sur les salaires par le CEA.

La quote-part à la charge des bénéficiaires de la catégorie B est fonction de la cotisation chargée de cette catégorie et du rapport avec les différentes sources de financement de la section mutualiste. Elle ne peut être inférieure à la quote-part appelée l'année précédente et fait l'objet d'un examen par le Comité de surveillance.

Compte tenu de la volonté de maintenir une cotisation identique le plus longtemps possible pour les bénéficiaires des catégories A et B, la répartition des quotes-parts ne peut avoir pour effet de fixer une quote-part pour la catégorie A supérieure à 50% de la cotisation théorique d'équilibre chargée de la catégorie A. En conséquence, et pour assurer l'équilibre global du régime et limiter une évolution trop importante de la quote part des bénéficiaires de la catégorie A, la quote-part des bénéficiaires de la catégorie B évolue indépendamment de celle de la catégorie A. Cette évolution peut résulter également de besoins de financement spécifiques liés au régime.

Dans l'hypothèse où la quote-part des bénéficiaires de la catégorie B deviendrait égale ou supérieure au montant de la cotisation de cette catégorie, leur cotisation évoluerait indépendamment de celle des bénéficiaires de la catégorie A.

5.2.3. Information du CCAS

Le CCAS reçoit, chaque année, communication des informations données à la section mutualiste CEA sur les montants des prestations servies et des dépenses générées pour les bénéficiaires des catégories A et B. Il reçoit également les résultats techniques associés aux bénéficiaires de la catégorie C.

Il est informé, le cas échéant, des modifications apportées à la cotisation afférente à ces catégories.

5.3. Utilisation du fonds de régulation

Les fonds placés au fonds de régulation institué par l'accord du 20 octobre 1994, ainsi que les produits financiers associés, sont principalement destinés aux prestations santé des retraités. Chaque année, le Comité de surveillance décide d'utiliser ou non ce fonds de régulation notamment pour modérer l'évolution de la quote-part appelée des bénéficiaires de la catégorie B pendant la durée d'exercice de l'accord, et sans pouvoir faire baisser la quote-part des retraités à moins de 50% de leur cotisation.

Dans l'hypothèse où le Comité de surveillance de l'accord ne pourrait aboutir à une décision consensuelle, le montant prélevé sur le fonds de régulation devra être fonction du montant des quotes-parts appelées les années précédentes majorées des dérives constatées et prévisionnelles de la consommation médicale.

ARTICLE 6 - MISE EN PLACE. DUREE ET SUIVI DE L'ACCORD

6.1. Entrée en vigueur et durée de l'accord

Le présent accord, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2007, est conclu pour une durée déterminée de 5 ans, sans qu'il puisse devenir à durée indéterminée à son expiration, le 31 décembre 2011.

Sous réserve de respecter les dispositions légales relatives au contrat responsable, le présent accord peut être modifié par voie d'avenant notamment pour tenir compte des éventuelles évolutions du régime d'assurance maladie de la Sécurité sociale et de ses impacts sur le régime complémentaire.

Dans un délai de six mois avant l'échéance de l'accord, la direction et les organisations syndicales se rencontreront pour décider du renouvellement de l'accord. Seules les organisations syndicales signataires du présent accord pourront signer l'avenant de renouvellement.

6.2. Suivi de l'accord

Un Comité de surveillance, chargé de l'application du présent accord, est composé de la DRHRS du CEA et de deux représentants par organisation syndicale signataire.

Il reçoit communication des comptes du régime de frais de soins de santé faisant apparaître les résultats des différentes catégories de bénéficiaires. Il procède aux consultations qu'appelle l'examen de ces comptes.

Le Comité examine les propositions de modification dans les prestations et les cotisations du régime proposées par la Commission de Gestion Spéciale.

Ce Comité se réunit au moins une fois par an et notamment à la suite de toute réunion de la Commission de Gestion Spéciale, définie à l'annexe 1 du présent accord, portant proposition de modification des cotisations appelées.

ANNEXE 1.

ORGANISATION DU REGIME AU SEIN DE LA SMAPRI

Représentation des adhérents à l'Assemblée générale de la SMAPRI

Conformément à la convention de prévoyance collective, les délégués de la section à l'Assemblée générale de la SMAPRI sont élus pour 6 ans à raison de :

- 12 délégués pour le collège des adhérents constitué par les bénéficiaires du 2.1.1. du présent accord,
- 3 délégués pour le collège des adhérents constitué par les bénéficiaires du 2.1.2. et du 2.1.3. du présent accord.

Ces élections ont lieu au scrutin de liste à un tour avec représentation proportionnelle à la plus forte moyenne. Il est fait application des règles prévues pour les élections professionnelles pour l'attribution des sièges.

Administration de la section

La section mutualiste CEA est administrée par une Commission de Gestion Spéciale (CGS) chargée de proposer les mesures relatives à la gestion et à l'évolution du régime sur le plan des prestations et des cotisations.

La CGS est composée :

de 4 administrateurs CEA élus au Conseil d'administration de la mutuelle,

de 8 membres du CCAS désignés par le Conseil d'administration de la mutuelle sur proposition du CCAS. La répartition de ces 8 sièges entre les organisations syndicales est effectuée au prorata des suffrages obtenus par chacune d'elles lors des dernières élections, tous collèges confondus. Ces membres sont renouvelés à l'issue de chaque élection au CCAS.

de 3 représentants des retraités et autres adhérents volontaires, à savoir les 3 délégués élus à l'Assemblée générale de la SMAPRI par les bénéficiaires du 2.1.2. et du 2.1.3. du présent accord. Au cas où un ou plusieurs de ces délégués serai(en)t appelé(s) à siéger en qualité d'administrateur, le ou les candidats délégués non élus ayant obtenu le plus grand nombre de voix assurera(ont) leur remplacement.

ANNEXE 2.

DEFINITION DES AYANTS DROIT

Sont ayants droit des bénéficiaires de la catégorie A tels que définis à l'Article 2.1.1 :

- Avec participation

Situation de l'ayant droit
Le conjoint âgé de 55 ans au plus survivant d'un bénéficiaire de la catégorie A décédé en activité, dont les ressources ¹ (premier semestre civil) sont inférieures ou égales à 4 fois le SMIC brut mensuel.

A titre gratuit :

Situation de l'ayant droit
Les conjoints ou concubins d'un bénéficiaire de la catégorie A dont les ressources (premier semestre civil ²) sont inférieures ou égales à 4 fois le SMIC brut mensuel.
Les enfants âgés de moins de 29 ans ³ d'un bénéficiaire de la catégorie A dont les ressources (premier semestre civil ²) sont inférieures ou égales à 4 fois le SMIC brut mensuel. L'enfant handicapé d'un bénéficiaire de la catégorie A célibataire ou veuf dont les ressources ⁴ (premier semestre civil ²) sont inférieures ou égales à 4 fois le SMIC brut mensuel.
Les ascendants ou petits enfants vivant au foyer d'un bénéficiaire de la catégorie A pris en charge au sens de la Sécurité sociale et dont les ressources (premier semestre civil ²) sont inférieures ou égales à 4 fois le SMIC brut mensuel.
Les enfants du conjoint d'un bénéficiaire de la catégorie A âgés de moins de 29 ans pris en charge au sens de la Sécurité sociale et dont les ressources (premier semestre civil ²) sont inférieures ou égales à 4 fois le SMIC brut mensuel.
Les enfants âgés de moins de 29 ans, orphelins de père et de mère dont l'un d'entre eux au moins était un bénéficiaire de la catégorie A.

Sont ayants droit des bénéficiaires de la catégorie B définis à l'article 2.1.2. :

- Avec participation

Situation de l'ayant droit.
Le conjoint ou concubin âgé de plus de 55 ans et survivant d'un bénéficiaire de la catégorie A durant son activité, dont les ressources (premier semestre civil ²) sont inférieures ou égales à 4 fois le SMIC brut mensuel..
Le conjoint ou concubin survivant d'un bénéficiaire de la catégorie B dont les ressources (premier semestre civil ²) sont inférieures ou égales à 4 fois la valeur du SMIC brut mensuel.
Les enfants âgés de moins de 29 ans, orphelins de père et de mère dont l'un d'entre eux au moins était un bénéficiaire de la catégorie B.

A titre gratuit :

Situation de l'ayant droit
Le conjoint ou concubin d'un bénéficiaire de la catégorie B dont les ressources (premier semestre civil ²) sont inférieures ou égales à 4 fois le SMIC brut mensuel.
L'enfant d'un bénéficiaire de la catégorie B de moins de 29 ans, dont les ressources (premier semestre civil ²) sont inférieures ou égales à 4 fois la valeur du SMIC brut mensuel.

¹ Les pensions de réversion ne sont pas prises en compte dans la détermination des ressources.

² Toutefois, si la situation de l'intéressé évolue au second semestre, elle sera revue à condition qu'il se manifeste auprès des services compétents.

³ Dès lors qu'il ne constitue pas une nouvelle cellule familiale.

⁴ L'allocation adulte handicapé n'est pas prise en compte dans la détermination des ressources.

L'enfant handicapé d'un bénéficiaire de la catégorie B célibataire ou veuf dont les ressources⁴ (premier semestre civil²) sont inférieures ou égales à 4 fois le SMIC brut mensuel.

Les ascendants ou petits enfants vivant au foyer d'un bénéficiaire de la catégorie B et pris en charge au sens de la Sécurité sociale et dont les ressources (premier semestre civil²) sont inférieures ou égales à 4 fois la valeur du SMIC brut mensuel.

Les enfants du conjoint d'un bénéficiaire de la catégorie B âgés de moins de 29 ans et pris en charge au sens de la Sécurité sociale et dont les ressources (premier semestre civil²) sont inférieures ou égales à 4 fois la valeur du SMIC brut mensuel.

Sont ayants droit des bénéficiaires de la catégorie C de l'Article 2.1.3 :

- Avec participation

Situation de l'ayant droit
Le conjoint ou concubin d'un bénéficiaire de la catégorie A ou B ou C dont les ressources (premier semestre civil ²) sont supérieures à 4 fois la valeur du SMIC brut mensuel.
Le conjoint ou concubin survivant d'un bénéficiaire de la catégorie A ou B dont les ressources (premier semestre civil ²) sont supérieures à 4 fois la valeur du SMIC brut mensuel.
Le conjoint ou concubin, travailleur non salarié, d'un bénéficiaire de la catégorie A ou B Conjoint ou concubin survivant, travailleur non salarié, d'un bénéficiaire de la catégorie A ou B.
L'enfant d'un bénéficiaire de la catégorie A ou B âgé de moins de 29 ans, dont les ressources (premier semestre civil ²) sont supérieures à 4 fois la valeur du SMIC brut mensuel.
L'enfant d'un bénéficiaire relevant de la catégorie C âgé de moins de 29 ans.
Les ascendants ou petits enfants vivant au foyer d'un bénéficiaire de la catégorie A ou B pris en charge au sens de la Sécurité sociale dont les ressources (premier semestre civil ²) sont inférieures ou égales à 4 fois la valeur du SMIC brut mensuel.
Les ex-conjoints et concubins d'un bénéficiaire de la catégorie A ou B dès lors qu'ils ne sont pas remariés.

ANNEXE 3

PRESTATIONS REGIME COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SOINS DE SANTE

GARANTIES	REGIME DE BASE
CONSULTATIONS-VISITES-INDEMNITES DE DERANGEMENT.	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale, dans la limite de 55 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
PRATIQUE MEDICALE COURANTE (analyses, radios...) - SOINS EXTERNES.	100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale dans la limite de 40 % pour les analyses, 30 % pour les radios et 40 % pour les soins d'auxiliaires médicaux (pourcentage de la base de remboursement de la SS).
FRAIS DE TRANSPORT.	100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale dans la limite de 30 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
PHARMACIE.	
Pharmacie à 65 %.	100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale dans la limite de 35 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
Pharmacie à 35% et 15%.	100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale dans la limite de 30 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
OPTIQUE.	
Verres adultes.	100 % des frais réels limités à 25 fois la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale.
Verres enfants -18 ans.	100 % des frais réels limités à 8,7 fois la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale.
Monture et étui adultes.	100 % des frais réels limités à 24,15 fois la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale.
Monture et étui enfants -18 ans.	100 % des frais réels limités à 2,25 fois la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale.
Réparations et rectification sur présentation facture.	80 % des frais réels limités à 4,90 fois la base de remboursement de la Sécurité Sociale pour une monture destinée à une personne âgée de + de 18 ans.
Lentilles jetables ou non jetables acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale.	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale dans la limite d'un plafond annuel égal à 12 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale ³ .

GARANTIES	REGIME DE BASE
TRAITEMENTS CHIRURGICAUX DE LA MYOPIE, par œil.	100 % des frais réels dans la limite d'un plafond annuel égal à 500 €.
<p style="text-align: center;">SOINS DENTAIRES.</p> Soins, Radiologie.	100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale dans la limite de 30 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
Prothèses dentaires.	100 % des frais réels limités à 390 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale.
Parodontologie (si prise en charge par la Sécurité Sociale).	100 % des frais réels limités à 340 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale.
Travaux hors nomenclature (uniquement Prothèses).	Forfait de 21,50 € ¹ par acte.
Prothèses provisoires.	Forfait de 64,50 € ¹ par acte.
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale.	100 % des frais réels limités à 200 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale.
Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale (uniquement pour les enfants de 16 à 29 ans sous réserve d'une visite préventive avant 16 ans).	100 % des frais réels plafonnés à un montant de 387 € ¹ par semestre de soins.
Appareil brisé.	100 % des frais réels limités à un montant de 107,50 € ¹ .
<p style="text-align: center;">APPAREILLAGE.</p> Appareils et prothèses autres qu'auditives.	<p>Petit appareillages : 100 % des frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité Sociale dans la limite d'un plafond annuel et par bénéficiaire égal à 20 % du Plafond Mensuel de Sécurité Sociale³ au 1er janvier de l'exercice.</p> <p>Gros appareillages : 100 % des frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité Sociale limités à 3,45 fois la base de remboursement Sécurité Sociale.</p>

GARANTIES.	REGIME DE BASE.
Prothèses auditives acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale.	100 % des frais réels limités à 3,45 fois la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale 100 % des frais réels limités à 5,15 fois la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale pour une prothèse destinée à un enfant ayant droit de 29 ans au plus.
Entretien des appareils autres qu'auditifs.	100 % des frais réels limités à 3,45 fois la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale.
Entretien des appareils auditifs acceptés ou refusés par SS (1 ou 2 oreilles).	100 % des frais réels limités à 3,45 fois le forfait annuel prévu par la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale.
CURES THERMALES acceptées par la Sécurité Sociale hors thalassothérapie.	Allocation forfaitaire (couvrant tous les frais liés à la cure) égale à 15% du Plafond Mensuel de Sécurité Sociale ³ par bénéficiaire ³ .
MATERNITE ⁵ . Chambre particulière, frais de tire-lait.	100 % des frais réels dans la limite de 1,26% du Plafond Mensuel de Sécurité Sociale ³ .
HOSPITALISATION CHIRURGICALE. Etablissements Conventionnés (honoraires de praticiens).	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale dans la limite de 200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
Etablissements conventionnés (frais de séjour, salle d'opération).	100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale.
Etablissements non conventionnés (honoraires de praticiens).	100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale.
Etablissements non conventionnés (frais de séjour, salle d'opération).	100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale.
HOSPITALISATION MEDICALE.	100 % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale dans la limite de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

GARANTIES	REGIME DE BASE
HOSPITALISATION CHIRURGICALE OU MEDICALE.	
Forfait hospitalier journalier	100 % des frais réels dans la limite de 16 € ¹
Chambre particulière	100 % des frais réels dans la limite de 1,26% du Plafond Mensuel de Sécurité Sociale ³
Lit d'accompagnant (hospitalisation enfant - de 14 ans)	100 % des frais réels dans la limite de 12.54 €/jour ¹
Assistant	Néant
Frais de prévention réglementaires	Prise en charge des actes de prévention ² dans la limite des prestations garanties par le contrat ⁴

En sus des prestations ci-dessus définies, un Tiers payant laboratoire - radiologie conventionnée par SP Santé sera mis en place avec les Laboratoires et centres de radiologie qui l'acceptent.

¹ L'évolution du coût des forfaits exprimés en euros fera l'objet d'un suivi en comité de surveillance et les remboursements prévus pourront évoluer par voie d'avenant.

² Figurant sur la liste établie de l'arrêté du 8 juin 2006.

³ Plafond Mensuel de la sécurité Sociale au 1^{er} janvier.

⁴ A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue aux soins dentaires.

⁵ Tous les frais pris en charge par la Sécurité Sociale sous le risque maternité sont remboursés au titre des postes concernés, à l'exclusion de l'hospitalisation liée à l'accouchement.