



AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain



**CCN Habitat et Logement
Accompagnés (IDCC 2336)**
Votre protection sociale

Sommaire

Protection sociale : explications	4
Introduction	5
I. Prévoyance	6
Bénéficiaires	6
Cotisations	7
Garanties	8
Avantages et service numériques	9
II. Santé	10
Bénéficiaires	10
Cotisations	11
Garanties	12
Réseaux de soins et services en ligne	18

Protection sociale : explications

Qu'appelle-t-on risques sociaux ?

Il s'agit de situations difficiles pouvant provoquer une baisse de ressources ou une hausse de dépenses.

La protection sociale contribue à aider les salariés face à certaines situations pour lesquelles une aide matérielle est appréciable, voire souvent indispensable : vieillesse, maladie, invalidité, décès, accident, chômage, charges familiales...

Cette aide est assurée en grande partie par le régime de base (Sécurité sociale), mais elle ne suffit malheureusement plus aujourd'hui pour couvrir pleinement les dépenses engagées.

Les régimes de prévoyance et de santé, mis en place par votre branche professionnelle sous forme de contrats collectifs obligatoires, permettent à vos salariés de bénéficier de garanties adaptées.

Ainsi, en cas de situation difficile, la prévoyance collective leur apporte une aide financière ainsi qu'à leur famille. De même, grâce à la complémentaire santé, les dépenses médicales, souvent lourdes malgré les remboursements du régime de base, sont allégées.

Dans ce guide, 2 grands thèmes sont abordés :

- la prévoyance,
- la santé.

La protection sociale est un sujet majeur !

Le terme « protection sociale » regroupe tous les mécanismes et moyens collectifs permettant à chacun d'entre nous de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux.

Introduction

Suite à la fusion de la Convention Collective Nationale des personnels PACT et ARIM et de la Convention Collective Nationale des Foyers de Jeunes Travailleurs, une nouvelle branche professionnelle dénommée « **Convention Collective Nationale de l'Habitat et du Logement accompagnés** » (IDCC -2336) a été créée par les partenaires sociaux.

Le 23 septembre 2021, ils ont signé l'avenant n°57 créant un régime de prévoyance et de frais de santé pour l'ensemble des salariés cadres et non cadres, **à effet du 1^{er} janvier 2022.**

AG2R Prévoyance a été recommandé pour couvrir et assurer ces régimes.

Vous trouverez ci-après une présentation des dispositions prévues pour chacun de ces régimes ainsi que les services que nous mettons à votre disposition.



I. Prévoyance

Bénéficiaires

Les garanties s'appliquent à titre collectif à l'ensemble des salariés cadres et / ou non-cadres, relevant de la Convention collective Nationale HLA (Habitat et Logement Accompagnés), quelle que soit la nature de leur contrat de travail et sans condition d'ancienneté :

- Les salariés cadres, sont ceux relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017.
- Les salariés non-cadres, sont ceux ne relevant pas de l'article 2.1 et 2.2 de l'Accord National Interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017.



Cotisations

- Personnel non cadre

Garanties	En pourcentage du salaire brut	
	Tranche 1 / 2	
Capital décès – Invalidité Permanente et Absolue – Allocation Obsèques	0,21 %	
Rente éducation (assuré par l'OCIRP)	0,12 %	
Incapacité temporaire de travail	0,70 %	
Invalidité, incapacité permanente professionnelle	0,99 %	
Total	2,02 %	

- Personnel cadre

Garanties	En pourcentage du salaire brut	
	Tranche 1	Tranche 2
Capital décès – Invalidité Permanente et Absolue – Allocation Obsèques	0,64 %	0,64 %
Rente éducation (assuré par l'OCIRP)	0,12 %	0,12 %
Incapacité temporaire de travail	0,71 %	1,32 %
Invalidité, incapacité permanente professionnelle	0,74 %	1,72 %
Total	2,21 %	3,80 %

En résumé :

Non cadres	Employeur	Salarié	Total
Garanties*	T1 / T2	T1 / T2	T1 / T2
Total	1,32 %	0,70 %	2,02 %

* décès, PTIA, frais d'obsèques, rente éducation, incapacité, invalidité permanente

Cadres	Employeur		Salarié	Total
Garanties*	T1	T2 (limitée à 4 PASS)	T1 / T2	T1 / T2
Total	1,50 %	2,48 %	0,70 %	2,02 %

* décès, PTIA, frais d'obsèques, rente éducation, incapacité, invalidité permanente

Les cotisations sont réparties à hauteur de 65% à la charge de l'employeur et 35% à la charge du salarié.

Garanties

Garanties	Montant
Capital décès ou invalidité permanente et absolue (IPA)	
Capital décès (ou IPA) toutes causes	
Quelle que soit la situation familiale de l'assuré	200 % du salaire de référence ⁽¹⁾
Allocation Obsèques ⁽³⁾	
En cas de décès de l'assuré ou du conjoint ou d'un enfant à charge de 12 ans et plus ⁽³⁾⁽⁵⁾	100 % du PMSS ⁽⁴⁾
Rente d'éducation (assurée par l'Ocirp)	
Rente annuelle temporaire d'éducation	
Par enfant à charge au moment du décès jusqu'à 18 ans ou 26 ans s'il est toujours à charge et si poursuite d'études ⁽⁵⁾	15 % du salaire de référence ⁽¹⁾ avec un minimum de 15 % du SMIC X 1,05 par mois par enfant à charge
Incapacité temporaire de travail	
	Sous déduction des indemnités journalières brutes versées par la sécurité sociale ou reconstituées
Franchise continue ou discontinue	
	Si l'assuré à une ancienneté supérieure ou égale à 12 mois : les prestations sont versées en relais et complément du maintien du salaire après une franchise de 60 jours continus ou discontinus
	Si l'assuré à une ancienneté inférieure à 12 mois : les prestations sont versées à partir 61 ^e jour
Indemnité journalière complémentaire	
	78 % du salaire de référence ⁽¹⁾⁽⁵⁾
Invalidité et incapacité permanente professionnelle	
	Sous déduction des prestations brutes versées par la sécurité sociale ou reconstituées
Rente d'invalidité de 1^{re} catégorie	
	46 % du salaire de référence ⁽¹⁾⁽⁶⁾
Rente d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie	
	78 % du salaire de référence ⁽¹⁾⁽⁶⁾
Rente d'incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 66 %	
	78 % du salaire de référence ⁽¹⁾⁽⁶⁾
Rente d'incapacité permanente professionnelle pour accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux compris entre 33 % (inclus) et 66 %	
	Le montant de la rente prévu en cas d'invalidité de 2 ^e catégorie est affecté du coefficient 3N/2(6) (N : taux d'incapacité reconnu par la Sécurité sociale)

(1) Le salaire de référence correspondant au salaire de référence⁽¹⁾ tranches 1 et 2⁽²⁾.

(2) TA : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale française / TB: tranche de salaire comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale française

(3) En cas de décès d'une personne sous tutelle ou curatelle ou d'un enfant de moins de 12 ans, ce capital ne peut excéder le montant des frais d'obsèques réellement engagés.

(4) PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale française en vigueur à la date du sinistre

(5) Selon la définition des enfants à charge indiquée au « Lexique » des conditions générales et de la notice d'information.

(6) Dans la limite de la règle de cumul visée aux Conditions Générales et à la notice d'information.

Avantages et service numériques

Avantages

- Pour votre entreprise
 - Motivation et fidélisation des salariés : la prévoyance collective est un avantage social important pour les salariés.
 - Exonérations sociales et déductions fiscales : bénéficiez d'exonérations de cotisations sociales dans les limites prévues par la loi. Ces cotisations sont également déductibles du résultat net avant imposition de l'entreprise.
- Pour les salariés
 - Garantir un revenu en cas de coups durs. Protection sociale complémentaire : un contrat collectif permet de bénéficier de tarifs attractifs et de garanties plus étendues.
 - Effet immédiat : sans démarches à effectuer.
 - Maintien de la couverture prévoyance : jusqu'à 12 mois en cas de rupture du contrat de travail.

Services numériques

Services en ligne sécurisés et accessibles
24h sur 24 et 7j sur 7 sur le site
www.ag2rlamondiale.fr

Faites vos demandes de prestations en ligne

Vous avez un contrat prévoyance sur le risque invalidité ou décès, vous pouvez faire vos demandes de prestations en ligne pour vos salariés.

Un service pour vos salariés

La désignation des bénéficiaires en ligne permet à tous vos salariés couverts sur le risque décès de saisir leur désignation des bénéficiaires. Pensez à leur communiquer votre numéro de contrat prévoyance.

Service Prest' IJ

Grâce à ce service, vous n'avez plus à nous envoyer les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale des salariés en arrêt de travail. Ils nous seront directement transmis par l'Assurance Maladie. Seule la déclaration « incapacité/arrêt de travail » reste à faire par vos soins. Vous n'avez aucune démarche à faire pour bénéficier de ce nouveau service.

Consultez vos règlements

Vous pouvez suivre les paiements des indemnités journalières de vos salariés à partir de votre espace client.



II. Santé

Bénéficiaires

Le régime frais de santé concerne l'ensemble des salariés de la branche Habitat et Logement Accompagnés titulaires d'un contrat de travail ou contrat en alternance, et ce dès leur embauche.

Les anciens salariés peuvent faire le choix de conserver les mêmes garanties à titre individuel.



Cotisations

Les taux de cotisations sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Adhésion obligatoire régime de base

	Régime Général	Régime Alsace Moselle
Base conventionnelle	2,48 %	1,43 %
Option 1 facultative	+ 1,00 %	+ 1,00 %
Option 2 facultative	+ 2,01 %	+ 2,01 %

Adhésion obligatoire régime de base + Option 1

	Régime Général	Régime Alsace Moselle
Base conventionnelle + Option 1	3,02 %	1,74 %
Option 2 facultative	+ 0,84 %	+ 0,84 %

Adhésion obligatoire régime de base + Option 2

	Régime Général	Régime Alsace Moselle
Base conventionnelle + Option 2	3,47 %	2,00 %

Cotisation FAMILLE : Ce régime frais de santé couvre le salarié et ses ayants droit
Répartition de la cotisation régime de base obligatoire : 50% à la charge de l'employeur et 50% à la charge du salarié

Le montant de la cotisation des options 1 et 2 facultatives s'ajoute aux cotisations du régime de base et sont à la charge exclusive du salarié

Garanties du régime de base et des options facultatives

Les niveaux d'indemnisation définis dans le tableau ci-dessous s'entendent, y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

FR = Frais réels

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale

PLV = Prix Limite de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HLF = Honoraires Limites de Facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

€ : Euro

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

TTC : Toutes Taxes Comprises

Sans reste à payer dans la limite des PLV = RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des PLV

Sans reste à payer dans la limite des HLF = RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF

Hospitalisation⁽¹⁾

	Base conventionnelle		OPTION 1		OPTION 2	
	DPTM*	Hors DPTM*	DPTM*	Hors DPTM*	DPTM*	Hors DPTM*
Frais de séjour						
En établissement conventionné	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
En établissement non conventionné	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Forfait journalier hospitalier⁽²⁾						
Hospitalier	100 % du forfait		100 % du forfait		100 % du forfait	
Psychiatrique	100 % du forfait		100 % du forfait		100 % du forfait	
Honoraires – Secteur conventionné*****						
Actes de chirurgie, d'anesthésie, actes techniques médicaux	220 % BR	200 % BR	220 % BR	200 % BR	220 % BR	200 % BR
Autres honoraires remboursés par la Sécurité Sociale	220 % BR	200 % BR	220 % BR	200 % BR	220 % BR	200 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur		100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur		100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur	
Chambre particulière – Secteur conventionné⁽³⁾						
Par nuitée	1,46 % PMSS		2,40 % PMSS		3,50 % PMSS	
Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	1,46 % PMSS		2,40 % PMSS		3,50 % PMSS	
Frais d'accompagnement⁽³⁾	1,46 % PMSS		2,40 % PMSS		3,50 % PMSS	

Transports

	Base conventionnelle		OPTION 1		OPTION 2	
	DPTM*	Hors DPTM*	DPTM*	Hors DPTM*	DPTM*	Hors DPTM*
Transports remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	

* DPTM = Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

***** En secteur non conventionné, indemnisation à 100 % de la BR

(1) En médecine, maternité, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre ambulatoire correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

Soins courants

	Base conventionnelle		OPTION 1 (Sous déduction de la base conventionnelle)		OPTION 2 (Sous déduction de la base conventionnelle)	
	DPTM*	Hors DPTM*	DPTM*	Hors DPTM*	DPTM*	Hors DPTM*
Honoraires médicaux						
Généralistes	100 % BR	100 % BR	170 % BR	150 % BR	220 % BR	200 % BR
Spécialistes	100 % BR	100 % BR	170 % BR	150 % BR	220 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie, actes médicaux techniques	100 % BR	100 % BR	170 % BR	150 % BR	220 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale, Actes d'échographie	100 % BR	100 % BR	170 % BR	150 % BR	220 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire						
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Auxiliaires médicaux	100 % BR		100 % BR		150 % BR	
Sages-femmes	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Médicaments et autre pharmacie						
Médicaments/autre pharmacie remboursés par la Sécurité Sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Traitement anti-tabac prescrit pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Vaccins prescrits remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	-		-		3 % PMSS	
Matériel médical (hors aide auditive, dentaire et optique)						
Appareillage et prothèses médicales pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % BR		100 % BR		260 % BR	
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur		100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur		100 % FR limitée au montant de la participation réglementaire en vigueur	
Cures thermales	100 % BR		100 % BR		10 % PMSS	
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale						
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR		100 % BR		100 % BR	

Optique

Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16^e anniversaire (hors situation médicale particulière)⁽⁴⁾

	Base conventionnelle	OPTION 1	OPTION 2
Équipement 100 % santé** (Classe A)***			
Bénéficiaire de 16 ans et + (monture + 2 verres)			
Bénéficiaire de moins de 16 ans (monture + 2 verres)			
Prestation d'appairage (verres classe A + réfraction différente)	Sans reste à payer dans la limite des PLV	Sans reste à payer dans la limite des PLV	Sans reste à payer dans la limite des PLV
Prestation d'adaptation (verres classe A)			
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)			
Équipement Libre (Classe B)***			
Monture			
Bénéficiaires de 16 ans et +	100 €	100 €	100 €
Bénéficiaires de moins de 16 ans	60 €	80 €	100 €
Verres⁽⁵⁾ pour les bénéficiaires de 16 ans et +			
Verres simples	75 €	100 €	125 €
Verres complexes	140 €	165 €	200 €
Verres très complexes	160 €	200 €	250 €
Verres⁽⁵⁾ pour les bénéficiaires de moins de 16 ans			
Verres simples	55 €	65 €	75 €
Verres complexes	100 €	110 €	120 €
Verres très complexes	120 €	130 €	140 €
Prestations supplémentaires ***			
Prestation d'adaptation (verres classe B)	160 % BR dans la limite des PLV	160 % BR dans la limite des PLV	160 % BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtre (verres de classe B)	160 % BR dans la limite des PLV	160 % BR dans la limite des PLV	160 % BR dans la limite des PLV
Autres suppléments ⁽⁶⁾ pour verres de classe A ou B	160 % BR	160 % BR	160 % BR
Lentilles			
Remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR + 5 % PMSS	100 % BR + 7,5 % PMSS	100 % BR + 10 % PMSS
Non remboursées par la Sécurité sociale	5 % PMSS	7,5 % PMSS	10 % PMSS
Chirurgie réfractive	-	-	13 % PMSS par œil

** Tels que définis règlementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

*** Liste A : Equipements respectant les conditions du 100% santé/ Liste B Autres équipements que le 100% santé

(4) Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

L'équipement d'optique médicale (verres et monture) est pris en charge par l'organisme assureur sous réserve du respect des périodicités de renouvellement.

La périodicité de renouvellement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre par les verres, la période pendant laquelle un équipement (2 verres et 1 monture) peut être remboursé débute à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Les périodicités de renouvellement sont définies comme suit :

- pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, les équipements d'optique sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans suivant la dernière facturation, par bénéficiaire ;
- pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale d'un an suivant la dernière facturation d'un équipement ;
- par exception, pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois suivant la dernière facturation d'un équipement, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage et entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Ce délai de renouvellement est réduit à un an pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans en cas d'évolution de la vue telle que définie ci-après.

Aucun délai pour le renouvellement des verres n'est exigé dans les cas suivants :

- pour les enfants de moins de 16 ans, en cas de dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale ;
- sans distinction d'âge, en cas d'évolution de la réfraction constatée par une prescription médicale ophtalmologique et liée à une des situations médicales particulières listées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

Constitue une évolution de la vue :

- la variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres,
- la variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin,
- la somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) supérieur à 4,00 dioptries.

(5) Verres

- Verre simple

- verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptrie,
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

- Verre complexe

- verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

- Verre très complexe

- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(6) Suppléments pour verres de classe A ou B (prisme incorporé, prisme souple uniquement pour les - de 6 ans, système antiptosis, verres iséiconiques)

Dentaire

	Base conventionnelle	OPTION 1	OPTION 2
Soins et prothèses 100 % Santé**	Sans reste à payer dans la limite des HLF	Sans reste à payer dans la limite des HLF	Sans reste à payer dans la limite des HLF
Soins prothétiques et prothèses dentaires à tarifs modérés, remboursées par la Sécurité Sociale			
Inlay-onlay, Inlay core	280 % BR dans la limite des HLF	380 % BR dans la limite des HLF	480 % BR dans la limite des HLF
Prothèse incisive / Canine / 1 ^{er} prémolaire (max 3/an, au-delà 125% BR), y compris prothèse amovible et couronne transitoire	280 % BR dans la limite des HLF	380 % BR dans la limite des HLF	480 % BR dans la limite des HLF
Prothèse 2 ^e prémolaire et molaire (max 3/an, au-delà 125% BR), y compris prothèse amovible et couronne transitoire	280 % BR dans la limite des HLF	380 % BR dans la limite des HLF	480 % BR dans la limite des HLF
Soins prothétiques et prothèses dentaires à tarifs libres, remboursés par la Sécurité sociale			
Inlay / Onlay, Inlay core	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Prothèse incisive / Canine / 1 ^{er} prémolaire (max 3/an, au-delà 125% BR), y compris prothèse amovible et couronne transitoire	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Prothèse 2 ^e prémolaire et molaire (max 3/an, au-delà 125% BR), y compris prothèse amovible et couronne transitoire	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	226 € / acte	276 € / acte	326 € / acte
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	280 % BR	280 % BR	280 % BR
Autres actes dentaires			
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	280 % BR	380 % BR	480 % BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	86 € / acte	86 € / acte	86 € / acte
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	350 % BR	400 % BR	450 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	406 € / semestre	406 € / semestre	406 € / semestre
Implantologie			
Implant dentaire (à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier..)	452 € / implant	617 € / implant	800 € / implant

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Audiologie – Renouvellement par appareil tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment)

	Base conventionnelle	OPTION 1	OPTION 2
Équipement 100 % santé** (Équipement de Classe I****)			
Par bénéficiaire	Sans reste à payer dans la limite des PLV	Sans reste à payer dans la limite des PLV	Sans reste à payer dans la limite des PLV
Équipement libre (Équipement de Classe II****)	La prise en charge s'effectue dans la limite du plafond de remboursement en vigueur prévu par la réglementation (Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité Sociale)		
Par bénéficiaire	100 % BR	100 % BR + 300 €	100 % BR + 300 €
Entretien / réparation / Piles et autres consommables	100 % BR	100 % BR	100 % BR

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

**** Liste I : Equipements respectant les conditions du 100% santé ; liste II Autres équipements

Divers

	Base conventionnelle	OPTION 1 (Sous déduction de la base conventionnelle)	OPTION 2 (Sous déduction de la base conventionnelle)
Ostéodensitométrie prescrite et remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prime de naissance	-	-	10 % PMSS / enfant
Diététicien enfant < 12 ans	-	30 € / an	30 € / an
Dépistage ostéoporose entre 45 et 59 ans	-	50 € / an	50 € / an
Médecine préventive (ostéopathe / Etiopathe / Chiropracteur / Psychothérapeute / Acupuncteur)	30 € par séance (max 4 / an)	50 € par séance (max 4 / an)	60 € par séance (max 5 / an)

Réseaux de soins et services en ligne

Services et avantages associés à votre contrat

Grâce à nos nombreux partenaires, c'est tout un réseau de professionnels de santé qui permet de bénéficier de multiples avantages et de services préférentiels.

C'est aussi l'assurance d'avoir une prise en charge de qualité, quels que soient le besoin et la garantie.

En optique

- Des économies moyennes de 40 % sur les verres,
- une réduction minimale de 15 % sur les montures et produits para-optique (lunettes de soleil...),
- la qualité des verres fabriqués par des grands verriers,
- une garantie casse de 2 ans sans franchise pour la monture et les verres.

Chez les audioprothésistes

- 15% d'économie moyenne sur les aides auditives,
- 10 % à 15 % de remise minimale sur les produits d'entretien et les accessoires,
- un contrôle annuel de l'audition,
- une garantie panne sans franchise de 4 ans,
- le prêt gracieux d'un appareil auditif en cas de réparation ou de remplacement.

Services en ligne

Pour gagner du temps, profitez de :

- Réception des décomptes par e-mail et suivi des remboursements en ligne, en temps réel.
- Transmission des devis optique et dentaire afin de connaître précisément le montant pris en charge.
- Demande de remboursement des frais de santé en ligne.
- Localisation des professionnels de santé proposant le tiers payant.
- Consultation des liens utiles d'aide dans les démarches administratives...

Pour bénéficier de tous ces services
Rendez-vous sur www.ag2ramondiale.fr
ou www.ag2ramondiale.fr/services-en-ligne

Pour consulter votre site dédié
www.ag2ramondiale.fr/conventions-collectives-national/hla-habitat-et-logement-accompagne



Pour les entreprises, nous offrons une gamme étendue de solutions en protection sociale.

Santé

Complémentaire santé collective

Prévoyance

Incapacité et invalidité

Décès

Dépendance

Retraite supplémentaire

Plan d'Épargne Retraite obligatoire (PERO)

Épargne salariale

Plan Épargne Entreprise (PEE)

Compte Épargne Temps (CET)

Plan Epargne Retraite Collectif (PERECO)

Passifs sociaux

Indemnités fin de carrière

Indemnités fin de carrière /

Indemnités de licenciement

Engagement sociétal

Prévention et conseil social

Accompagnement (Primavita, CAP60, Point 50)

Nos conseillers sont là pour échanger avec vous, vous écouter et vous accompagner dans vos choix.

www.ag2riamondiale.fr



Acteur de référence de la protection sociale et patrimoniale en France, nous inscrivons l'ensemble de nos actions en cohérence avec les 17 Objectifs de développement durable (ODD) de l'Agenda 2030 des Nations unies. Ils fixent le cadre de référence de notre démarche de responsabilité sociétale d'entreprise.

AG2R LA MONDIALE

14-16 boulevard Maiesherbes
75379 Paris cedex 08

AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité Sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - 14-16, boulevard Maiesherbes 75008 Paris - Siren 333 232 270.