

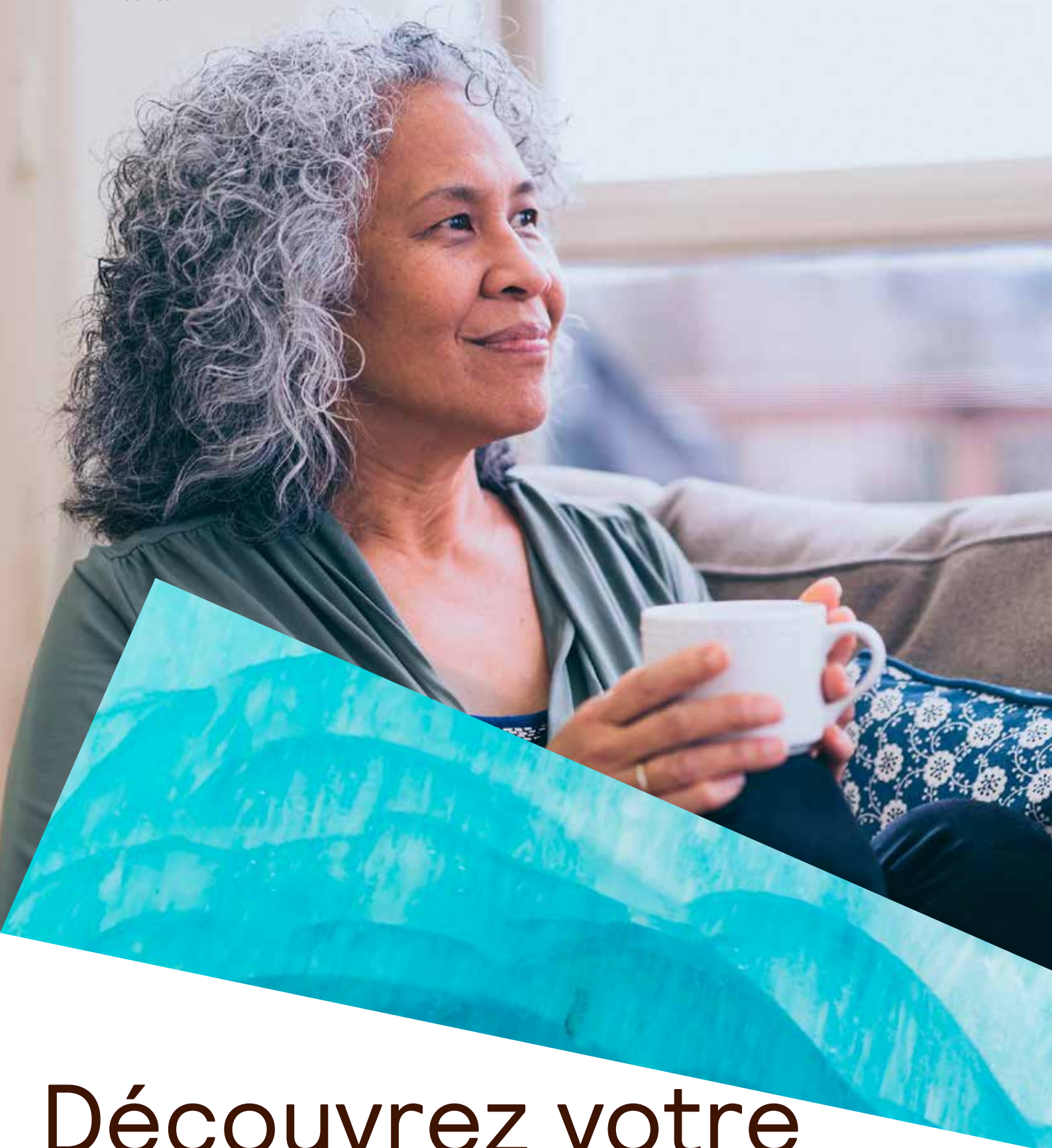


AG2R LA MONDIALE

Prendre la main
sur demain

Santé

CCN Propreté et
Services Associés



**Découvrez votre
régime frais de santé**

La volonté de préserver l'accès aux soins de santé des salariés a conduit les partenaires sociaux de la Convention collective nationale de la Propreté et Services Associés à mettre en place un régime frais de santé au niveau de la branche professionnelle.

Adopter le régime conventionnel, c'est accéder à un dispositif négocié au plus juste, respectueux de la réglementation et mutualisé au niveau de la Branche.

AG2R Prévoyance est l'organisme recommandé de votre régime Frais de santé.

Bénéficiaires

Le régime frais de santé est obligatoire pour les salariés non cadre. Toutefois, certains salariés pourront bénéficier, à leur demande, d'une dispense d'affiliation dans les conditions prévues par les textes législatifs et réglementaires.

Le salarié, peut s'il le souhaite, couvrir ses ayants droit à titre facultatif.

Le conjoint et les enfants du salarié bénéficient du même niveau de prestations que le salarié.

Régimes facultatifs

Le salarié peut choisir de souscrire, à titre individuel, à l'une des 3 options facultatives.

Les points forts

Pour l'entreprise

- Un accompagnement de chaque entreprise,
- Une gestion simplifiée des multi-employeurs,
- Des prestations performantes à un tarif négocié au plus juste (cotisation contractuelle inchangée, mise en place d'un taux d'appel),
- Pas de questionnaire médical,
- Centre de gestion dédié basé à Rennes.

Pour le salarié

- Un fonds social dédié avec des prestations performantes et innovantes,
- « Branchez-vous santé »,
- Les réseaux de soins Itelis : 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,
- Pas d'avance d'argent pour de nombreuses prestations grâce au tiers payant,
- Des remboursements express,
- Des services en ligne,
- Les espaces clients pour communiquer simplement.





Vos garanties

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent :

- pour la **BASE** : y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires ;
- pour les **OPTIONS** : en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et celles versées par le régime complémentaire de base conventionnelle, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

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

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO .

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée . OPTAM-CO : Option Pratique

Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

PLV : Prix limites 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

Hospitalisation

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation			
	Base	Option 1	Option 2	Option 3
En cas d'hospitalisation médicale , chirurgicale et de maternité				
Frais de séjour	100 % BR	-	-	-
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	-	-	-
Honoraires :				
- Actes de chirurgie (ADC) , actes d'anesthésie (ADA) , actes techniques médicaux (ATM) , autres honoraires				
• Pour les médecins adhérents au DPTM	150 % BR	+ 20 % BR	+ 40 % BR	+ 50 % BR
• Pour les médecins non adhérents au DPTM	130 % BR	+ 20 % BR	+ 40 % BR	+ 50 % BR
Chambre particulière	45 € par jour	-	-	-
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sous présentation d'un justificatif)	-	-	-	20 € par jour

Transport

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation			
	Base	Option 1	Option 2	Option 3
Transport remboursé Sécurité sociale	100 % BR	-	-	-

Soins courants

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation			
	Base	Option 1	Option 2	Option 3
Honoraires médicaux				
Remboursés Sécurité sociale				
- Généralistes (Consultations et visites)				
• Pour les médecins adhérents au DPTM	100 % BR	+ 30 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
• Pour les médecins non adhérents au DPTM	100 % BR	+ 10 % BR	+ 30 % BR	+ 30 % BR
- Spécialistes (Consultations et visites)				
• Pour les médecins adhérents au DPTM	100 % BR	+ 30 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
• Pour les médecins non adhérents au DPTM	100 % BR	+ 10 % BR	+ 30 % BR	+ 80 % BR
- Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)				
• Pour les médecins adhérents au DPTM	100 % BR	+ 30 % BR	+ 50 % BR	+ 100 % BR
• Pour les médecins non adhérents au DPTM	100 % BR	+ 10 % BR	+ 30 % BR	+ 80 % BR
- Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)				
• Pour les médecins adhérents au DPTM	100 % BR	+ 30 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
• Pour les médecins non adhérents au DPTM	100 % BR	+ 10 % BR	+ 30 % BR	+ 30 % BR
Non remboursés Sécurité sociale				
Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	30 € par séance dans la limite d'une séance par année civile	-	-	30 € par séance dans la limite de 3 séances par année civile
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Sécurité sociale)	100 % BR	-	-	-
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de biologie médicale remboursés Sécurité sociale	100 % BR	-	-	-
Médicaments				
Remboursés Sécurité sociale à 65 % ou 30 %	100 % BR	-	-	-
Pharmacie (hors médicaments)				
Remboursée Sécurité sociale	100 % BR	-	-	-
Matériel médical				
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR	+ 50 € par année civile	+ 100 € par année civile	+ 100 € par année civile
Actes de prévention remboursés Sécurité sociale				
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR	-	-	-

Aides auditives

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation			
	Base	Option 1	Option 2	Option 3
Jusqu'au 31/12/2020				
Aides auditives remboursées Sécurité sociale				
Aides auditives	100 % BR + crédit de 250 € par année civile	+ 50 € par année civile	+ 50 € par année civile	+ 100 € pour les +20 ans + 50 € pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % BR	-	-	-
À compter du 01/01/2021				
Équipements 100 % Santé ⁽²⁾				
Aides auditives Remboursées Sécurité sociale	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ⁽³⁾	-	-	-
Équipements libres ⁽⁴⁾				
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire	100 % BR + 250 € ⁽³⁾	+ 50 € ⁽³⁾	+ 100 € ⁽³⁾	+ 100 € ⁽³⁾
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction)	-	+ 50 € ⁽³⁾	+ 50 € ⁽³⁾	+ 50 € ⁽³⁾
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % BR	-	-	-

(1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquet fixé par l'arrêté du 14/11/2018

(2) Équipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(4) Équipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1 700 € RSS inclus au 01/01/2021).

Dentaire

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation			
	Base	Option 1	Option 2	Option 3
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾				
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF ⁽²⁾	-	-	-
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires				
Prothèses				
Panier maîtrisé ⁽²⁾				
Inlay, onlay	150 % BR dans la limite des HLF ⁽²⁾	+ 25 % BR dans la limite des HLF ⁽²⁾	+ 50 % BR dans la limite des HLF ⁽²⁾	+ 50 % BR dans la limite des HLF ⁽²⁾
Inlay core	260 % BR dans la limite des HLF ⁽²⁾	+ 35 % BR dans la limite des HLF ⁽²⁾	+ 70 % BR dans la limite des HLF ⁽²⁾	+ 100 % BR dans la limite des HLF ⁽²⁾
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	260 % BR dans la limite des HLF ⁽²⁾	+ 35 % BR dans la limite des HLF ⁽²⁾	+ 70 % BR dans la limite des HLF ⁽²⁾	+ 100 % BR dans la limite des HLF ⁽²⁾
Panier libre ⁽³⁾				
Inlay, onlay	150 % BR	+ 25 % BR	+ 50 % BR	+ 50 % BR
Inlay core	260 % BR	+ 35 % BR	+ 70 % BR	+ 100 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	260 % BR	+ 35 % BR	+ 70 % BR	+ 100 % BR
Soins				
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	-	-	-
Autres actes dentaires remboursés Sécurité sociale				
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	200 % BR + 200 € par semestre	+ 50 € par semestre	+ 100 € par semestre	+ 100 € par semestre

(1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

Optique

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation			
	Base	Option 1	Option 2	Option 3
Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾				
Monture de classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	-	-	-
Verres de classe A (quel que soit l'âge) ⁽²⁾				
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)				
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	-	-	-
Équipements libres ⁽³⁾				
Monture de classe B (quel que soit l'âge) ⁽²⁾	100 % BR + 50 €	+ 10 €	+ 20 €	+ 50 €
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (détail du type de verres indiqué dans la grille optique ci-après) ⁽²⁾		+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres
- Verre simple	100 % BR + 37,50 € par verre	+ 12,50 € par verre	+ 25 € par verre	+ 25 € par verre
- Verre complexe	100 % BR + 87,50 € par verre	+ 12,50 € par verre	+ 25 € par verre	+ 25 € par verre
- Verre hypercomplexe	100 % BR + 140 € par verre	+ 12,50 € par verre	+ 25 € par verre	+ 25 € par verre
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B				
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement, par l'opticien-lunetier, d'une ordonnance pour des verres de classe A et B	100 % BR dans la limite des PLV	-	-	-
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	-	-	-
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	-	-	-

Niveaux d'indemnisation				
Nature des frais	Base	Option 1	Option 2	Option 3
Autres dispositifs médicaux d'optique				
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR + crédit de 170 € par année civile	+ 20 € par année civile	+ 40 € par année civile	+ 40 € par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 170 € par année civile	+ 20 € par année civile	+ 40 € par année civile	+ 40 € par année civile
Chirurgie réfractive	-	-	-	+ 150 € par œil

(1) Équipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(2) Conditions de renouvellement de l'équipement :

- La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale et rappelées ci-après :
 - Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
 - Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
 - Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :
 - variations 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 ;
 - 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 ;
 - 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 ;
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
 - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

- Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

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

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(3) Équipements de classe B, tels que définis réglementairement.

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

Cas optique 1 – Gestion directe

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

Grille optique « verres de classe B »

Verres unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/sans cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Type de verres ⁽²⁾	Remboursement par verre
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	Simple	100 % BR + 37,50 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	Complexe	100 % BR + 87,50 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	Simple	100 % BR + 37,50 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	Simple	100 % BR + 37,50 €
		SPH > 0 et S > + 6	Complexe	100 % BR + 87,50 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	Complexe	100 % BR + 87,50 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	Complexe	100 % BR + 87,50 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	Complexe	100 % BR + 87,50 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	Hypercomplexe	100 % BR + 140 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	Complexe	100 % BR + 87,50 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	Complexe	100 % BR + 87,50 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	Hypercomplexe	100 % BR + 140 €
		SPH > 0 et S > + 8	Hypercomplexe	100 % BR + 140 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	Hypercomplexe	100 % BR + 140 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

(2) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de base conventionnelle et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.

Autres frais

Nature des frais	Niveaux d'indemnisation			
	Base	Option 1	Option 2	Option 3
Cure thermique remboursée Sécurité sociale				
Frais de traitement et honoraires	-	30 % BR	30 % BR	30 % BR
Frais de voyage et hébergement	-	Crédit de 100 €	Crédit de 200 €	Crédit de 200 €

Vos Tarifs

Base conventionnelle

Cotisations Salariés non cadres

Base conventionnelle (Taux appelé) réparti 50 % à la charge de l'employeur , 50 % à la charge du salarié

Régime général	3 % ST/mois
Régime Alsace-Moselle	1,80 % ST/mois

La cotisation globale est plafonnée à :

- Pour le régime général: 3 % plafonné à 1,61 % PMSS, soit cotisation maximale de 55,19 €. Le plafond s'appliquera lorsque le salaire servant de base à l'assiette de cotisation atteint 1839,66 €.
- Pour Alsace-Moselle : 1,80 % plafonné à 0,96 %, soit une cotisation de 32,90 €. Le plafond s'appliquera lorsque le salaire servant de base à l'assiette de cotisation atteint 1828,33 €.

Ayants droit

	Conjoint	Enfant
Régime général	39 €	28,31 €
Régime Alsace-Moselle	24 €	17 €

Options facultatives

	Adulte	Enfant
Option 1	4,12 €	2,36 €
Option 2	8,24 €	4,49 €
Option 3	17,10 €	9,50 €

Programme de Prévention « Branchez-vous santé »

En accord avec les partenaires de votre branche professionnelle, vous bénéficiez de nouvelles garanties prévention par le programme « Branchez-vous santé »

« Branchez-vous santé » est le programme de prévention destiné à toutes les entreprises et les salariés des branches professionnelles basé sur des enjeux de santé et de société majeurs tels que la santé bucco-dentaire, l'épuisement professionnel du chef d'entreprise de TPE-PME et les cancers et la prévention de leurs récurrences.

Il se compose également de 2 dispositifs de détection et d'accompagnement des risques en santé publique et en santé au travail ainsi qu'une démarche de prévention à destination des jeunes.

Grâce au programme « Branchez-vous santé » vous bénéficiez de nouvelles garanties prévention pour vous accompagner à être acteur de votre santé et améliorer votre qualité de vie au quotidien dans le cadre de votre contrat santé et/ou prévoyance.

La santé bucco-dentaire

Un parcours de santé bucco-dentaire tout au long de la vie : en complémentarité avec les dispositifs existants ce parcours prévoit des examens de prévention à des âges clés : 35 ans et 55 ans.

Les cancers et la prévention des récurrences

L'amélioration de la prise en charge en cas de traitement du cancer par une technologie innovante permettant la reconstruction en 3D à partir de son image médicale en cas de traitement thérapeutique d'un cancer par une opération chirurgicale (sous prescription de votre médecin).

La lutte contre les récurrences par le #parcoursINM : programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récurrences après un traitement de cancers à travers des interventions non médicamenteuses (INM) telles que : l'activité physique adaptée, l'alimentation et l'engagement amotivationnel.

Un bilan personnel de prévention

L'accès à un bilan personnel de prévention en ligne avec le programme « En Quête De Vie » sur manger, bouger, dormir et respirer.

Un fonds social de branche pour la mise en œuvre d'actions concrètes

En vue de déployer le degré élevé de solidarité du régime obligatoire de remboursement complémentaire de frais de soins de santé (article 9 de la convention collective nationale), les partenaires sociaux de la Branche ont décidé la création d'un fonds social dédié dont la gestion est confiée à AG2R Prévoyance.

Son objectif :

- la prise en charge de prestations d'action sociale individuelles ou collectives ;
- le financement d'actions de prévention des risques professionnels dans le secteur ;
- la prise en charge de la part salariale de cotisation des apprentis dont le contrat est inférieur à 12 mois.

Ses bénéficiaires : Pourront bénéficier des actions du fonds social de branche, les salariés des entreprises adhérentes auprès d'AG2R Prévoyance au titre du régime frais de santé conventionnel des salariés non cadres de la branche de la Propreté.

Actions sociales individuelles

- En cas de reste à charge supérieur à 100 € consécutifs à des soins de santé portant sur le poste « honoraires », le salarié pourra bénéficier d'une aide exceptionnelle, dans la limite de 1500 €. Un courrier sera alors transmis au salarié pour l'informer de la possibilité de bénéficier d'une aide au titre du fonds social. Le salarié devra, par la suite, transmettre les justificatifs demandés pour études du dossier par la Direction de l'Action Sociale d'AG2R Prévoyance pour versement de l'aide.
- Pour les restes à charge supérieurs à 200 €, quel que soit le poste de dépense, il est possible d'obtenir une aide exceptionnelle allant jusqu'à 1200 €. Un courrier sera alors transmis au salarié pour l'informer de la possibilité de bénéficier d'une aide. Son dossier sera étudié avec bienveillance par notre équipe sociale, qui procédera, le cas échéant, au versement d'une aide, dans la limite des sommes disponibles.
- En cas d'achat ou location de matériel d'appareillage lié à un handicap, il est possible d'obtenir une aide exceptionnelle allant jusqu'à 1200 €. Pour cela, le salarié complète une

demande d'intervention sociale, disponible sur l'espace dédié, et transmet les justificatifs à la Direction de l'action sociale d'AG2R.

Actions sociales collectives

Mise à disposition de plusieurs guides pour sensibiliser et informer les salariés :

- guide aide aux aidants,
- guide risque de chute,
- guide alimentaire.

<https://www.ag2ramondiale.fr/conventions-collectivesnationales/ccn-proprete/conseilun-fonds-social-dedie-a-la-ccnproprete>

Contacts

Contacts au niveau national

Réponse à vos questions, mise en relation avec les conseillers au niveau régional et le centre de gestion :

- Lucie Celier – Responsable de développement : lucie.celier@ag2ramondiale.fr
- Cindy MARGUERITE – Chargée d'expertise branches professionnelles : cindy.marguerite@ag2ramondiale.fr

Centre de gestion dédié à Rennes

Pour toutes questions concernant la gestion de votre contrat (adhésion, affiliation, cotisations) : cgrennespolesanteproprete@ag2ramondiale.fr

Adresse postale

AG2R LA MONDIALE
TSA 37001
59071 Roubaix Cedex 1

Contact Action sociale

Téléphone : 09 69 36 10 43

Email :

BGACTIONSOCIALECCNPROPRETE@ag2ramondiale.fr



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

Santé

Santé actif
Santé senior
Santé gérant majoritaire
Santé collectif
Sur-complémentaire santé

Prévoyance

Assurance perte de revenus
Garantie incapacité/invalidité
Arrêt de travail
Garantie assurance décès
Garantie Homme Clé
Assurance autonomie

Épargne

Assurance vie (Vivépargne 2)
Certificats Mutualistes

Retraite

Retraite supplémentaire individuelle (Assurance Vie, Plan d'épargne retraite individuel (PERI))
Retraite supplémentaire : Plan d'épargne retraite obligatoire (PERO)

Engagement sociétal (F)

Soutien à domicile,
Écoute et information (Primadom, Personia)

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

www.ag2rlamondiale.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 Malesherbes
75379 Paris cedex 08 Tél. : 0 969 32 2000
(appel non surtaxé)
www.ag2rlamondiale.fr

AG2R Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R - 14/16 bd Malesherbes 75008 PARIS - SIREN 333 232 270.