

ANNEXE AUX GARANTIES DE L'OFFRE SANTE COLLECTIVE

I - LISTE DES ACTES DE PREVENTION DECRITS A L'ARTICLE R.871-2 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE PUBLIEE PAR ARRETE DU 8 JUIN 2006 (POUR LES QUATRE FORMULES)

« **Art. 1er.** – La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) *Haemophilus influenzae* B ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois. »

II – ASSISTANCE (POUR LES QUATRE FORMULES)

Le centre d'appel

L'Institution peut mettre à la disposition des bénéficiaires un centre d'appel téléphonique accessible grâce à un numéro de téléphone Cristal.

Ce centre permet d'obtenir des informations dans le domaine de la santé, telles que des informations sur des questions de santé ou administratives, des informations tarifaires sur des devis proposés par un chirurgien-dentiste, un opticien ou un audioprothésiste, des informations techniques ou encore des informations sur nos partenaires en matière de santé.

Les informations sont communiquées par une équipe spécialisée qui s'engage à respecter les règles de déontologie et de confidentialité médicale. Elle ne fait ni diagnostic individualisé, ni recommandation de prescription médicale.

Les services complémentaires

Les contrats d'adhésion frais médicaux d'UNIPREVOYANCE peuvent prévoir une garantie assistance. Dans ce cadre, UNIPREVOYANCE propose les services complémentaires à la garantie remboursement de soins suivants :

. En cas d'atteinte corporelle grave d'un bénéficiaire à plus de 50 Km de son domicile, l'Institution organise et prend en charge son rapatriement sanitaire.

. En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire plus de 48 heures suite à une atteinte corporelle grave ou plus de cinq jours dans un service de maternité, l'Institution organise et prend en charge l'acheminement d'un proche à son chevet, la garde des enfants et petits-enfants du bénéficiaire, une aide ménagère à domicile.

. En cas de décès d'un bénéficiaire dans un rayon de plus de 200 km de son domicile, l'Institution organise le rapatriement du corps ou des cendres du bénéficiaire du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation situé en France métropolitaine.

Ces services complémentaires sont réalisés dans les limites des clauses contractuelles.

ANNEXE AUX GARANTIES DE L'OFFRE SANTE COLLECTIVE

III – PACK MEDECINE DOUCE (FORMULES CONFORT ET PRESTIGE)

L'Institution prend en charge les consultations d'OSTEOPATHIE, de CHIROPRACTIE ou d'ACUPUNCTURE non prises en charge par la Sécurité Sociale (*).

Le remboursement est effectué sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative. L'Institution verse un forfait global par an et par bénéficiaire.

(* Les **ostéopathes** doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession.

Les **chiropracteurs** doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).

Les **acupuncteurs** doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

IV – IMPLANTS DENTAIRES (FORMULES CONFORT ET PRESTIGE)

L'implantologie dentaire consiste en la fixation dans l'os d'une racine artificielle en titane qui, émergeant de la gencive, supportera une dent prothétique (prothèse).

Les remboursements de l'Institution se décomposent selon les trois phases du processus d'implantologie :

1. Pose de l'implant (phase opératoire) (*): un forfait en euros
2. Faux moignon implantaire (*) : un forfait en euros
3. Couronne sur implant (*) : un forfait en euros différent selon qu'il s'agit d'une couronne visible ou d'une couronne non visible

(* Chacun de ces actes est limité à trois par an et par bénéficiaire.

V - LISTE DES GROS APPAREILLAGES POUVANT ETRE PRIS EN CHARGE (POUR LES QUATRE FORMULES)

Fauteuil roulant mécanique, tricycle, poussette adaptée, fauteuil de loisir (tiralo, hippocampe), fauteuil roulant électrique, ajout d'un moteur à un fauteuil roulant manuel.