

ANNEXE III

PRESTATIONS MEDICALES

Pour chacun des actes énumérés dans le tableau ci-après, il est remboursé, au titre du plan de base, 80% des dépenses, sauf indication contraire et sous réserve des articles VIII. 4 et VIII. 8.

Les prestations complémentaires peuvent être versées conformément aux articles VIII. 6 et VIII. 7.

Le remboursement est subordonné à la procédure et aux conditions exposées dans l'Annexe II.

L'autorisation préalable écrite de l'Assurance doit être demandée pour certaines prestations médicales conformément à l'article VIII. 4 b). Le sociétaire doit annexer cette autorisation écrite à sa demande de remboursement. Cette autorisation n'est valable que pour une période de six mois à partir de la date à laquelle elle a été accordée.

Le médecin-conseil détermine la catégorie dans laquelle les prestations thérapeutiques non énumérées dans la présente Annexe peuvent entrer aux fins de remboursement.

Dans le cas de prestations nécessitant une prescription, seul un médecin agréé (généraliste ou spécialiste) est habilité à l'établir. Les actes thérapeutiques des auxiliaires médicaux ou personnels paramédicaux ne sont remboursables que sur prescription médicale.

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
1.a) Honoraires médicaux b) Traitements ambulatoires en milieu hospitalier	80% 80%	oui oui	non non	
2. Interventions chirurgicales (sous réserve des articles VIII.4 et VIII.8 du Règlement) a) Honoraires du chirurgien et des assistants b) Autres frais relatifs à la chirurgie (frais de salle d'opération, d'anesthésie, d'objets de pansement, etc.).	90% 90%	oui oui	non non	
3. Frais d'hospitalisation dans un établissement agréé (sous réserve de l'article VIII.4 du Règlement) (y compris les soins médicaux donnés par le personnel attaché à l'établissement et les autres services normalement assurés par l'établissement) a) Hospitalisation en salle commune (6 lits minimum) dans un établissement public b) Hospitalisation forfaitaire incluant l'ensemble des frais y compris les honoraires de médecin (tels que mentionnés sous points 1 et 2), les frais de traitement et de séjour en chambre à 2 lits et plus c) Hospitalisation en chambre semi-privée dans un établissement agréé par les autorités sanitaires compétentes du pays concerné d) Hospitalisation en chambre privée dans un établissement agréé par les autorités sanitaires compétentes du pays concerné e) Hospitalisation dans un établissement ne fournissant pas de chambre semi-privée, agréé par les autorités sanitaires compétentes du pays concerné f) Hôpital de jour à un tarif incluant l'ensemble des frais de séjour	100% 90% 90% Dans la limite du montant remboursé pour la chambre semi-privée 75% 90%	non oui oui Dans la limite du montant remboursé pour la chambre semi-privée non oui	non non non non non	Le remboursement des frais est normalement limité à 30 jours par cas d'hospitalisation. Toute prolongation de la durée d'hospitalisation est subordonnée à l'approbation du médecin-conseil de l'Assurance qui détermine s'il s'agit d'un traitement curatif. Le supplément pour chambre privée n'est pas remboursable.

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
<p>4. Frais de convalescence post-hospitalière et/ou postopératoire (séjour, soins et traitement) :</p> <p>a) Dans un établissement hospitalier ou semi-hospitalier</p> <p>b) Dans un établissement hospitalier ou semi-hospitalier au-delà de 30 jours de convalescence pour suite de traitement</p>	<p>80% max. 30 jours</p> <p>80% max. Frs. 60.-/jour</p>	<p>oui</p> <p>non</p>	<p>non</p> <p>oui</p>	<p>Toute prolongation de la convalescence selon 4.a) est subordonnée à l'approbation du médecin-conseil de l'Assurance. Le supplément pour chambre privée n'est pas remboursable.</p>
<p>5. Hospitalisation de longue durée dans un établissement agréé par les autorités sanitaires du pays concerné</p>	<p>80 % pour une période de 365 jours</p> <p>Le supplément pour chambre privée n'est pas remboursable.</p>	<p>non</p>	<p>oui</p>	<p>L'hospitalisation à domicile prescrite par un médecin est prise en charge aux mêmes conditions.</p> <p>Toute prolongation de la durée d'hospitalisation pour une nouvelle période de 180 jours est subordonnée à l'approbation du médecin-conseil de l'Assurance qui détermine s'il s'agit d'un traitement curatif ou d'un traitement palliatif indispensable.</p> <p>Si tel n'est pas le cas, la couverture d'assurance est réduite progressivement selon le barème suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 80 % avec un maximum de Frs. 180.- par jour pendant 180 jours; - 80 % avec un maximum de Frs. 120.- par jour pendant 180 jours; - 80 % avec un maximum de Frs. 60.- par jour pendant une durée illimitée.
<p>6. Prestations médicales ou paramédicales relatives à un séjour de longue durée en milieu médicalisé (y compris les soins infirmiers, soins de gériatrie et autres services normalement assurés par l'établissement)</p>	<p>100% max. Frs. 90.-/jour</p>	<p>non</p>	<p>oui</p>	
<p>7. Soins infirmiers et de sage-femme de courte durée</p>	<p>80% max. 30 jours</p>	<p>non</p>	<p>non</p>	<p>Les soins infirmiers journaliers pour une période supérieure à 30 jours sont considérés comme des soins infirmiers de longue durée.</p>
<p>8. Soins infirmiers de longue durée à domicile ou en milieu médicalisé effectués par du personnel non affecté à l'établissement</p>	<p>80% max. Frs. 60.-/jour</p>	<p>non</p>	<p>oui</p>	

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
<p>9.a) Frais de gardes-malades et aides ménagères indispensables après maladie ou opération lorsque la convalescence ne nécessite pas l'hospitalisation</p> <p>b) Frais d'aide-ménagères de longue durée</p>	<p>80% max. Frs. 30.-/jour 30 jours max.</p> <p>80% max. Frs. 150.-/mois</p>	<p>non</p> <p>non</p>	<p>non</p> <p>oui</p>	<p>Une prescription médicale précisant l'état de santé de la personne est nécessaire. Les personnes bénéficiant de prestations forfaitaires à domicile pour des actes d'hygiène et de mobilité ne peuvent pas cumuler ces prestations.</p>
<p>10. Prestations forfaitaires à domicile (aides-soignantes, gardes-malades, ou aide-ménagères) pour des actes d'hygiène et de mobilité</p>	<p><i>Dépendance totale :</i> maximum 100 % de Frs. 90.- par jour <i>Dépendance partielle :</i> maximum 50 % de Frs. 90.- par jour</p>	<p>non</p>	<p>oui</p>	<p>Un rapport médical détaillé précisant l'état de dépendance de la personne vis-à-vis des actes suivants: (paramètres vitaux, continence, faire sa toilette personnelle, s'habiller, se déplacer à l'intérieur) devra être approuvé par le médecin-conseil.</p>
<p>11. Frais de cures dans un établissement agréé par les autorités sanitaires du pays concerné</p> <p>- Frais de traitement</p> <p>- Frais de séjour</p> <p>Ne sont pas admissibles au remboursement les frais suivants :</p> <p>- cures de thalassothérapie</p> <p>- cures d'amaigrissement</p> <p>- cures biologiques</p>	<p>80%</p> <p>non remboursé</p>	<p>non</p> <p>non</p>	<p>oui</p> <p>non</p>	<p>Maximum de 3 séjours de cure sur une période de 5 années civiles, dans la limite de 21 jours maximum par séjour.</p>

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
<p>12.a) Cures de désintoxication (alcool, drogue) - Frais de séjour et/ou de traitement</p> <p>- b) Traitement anti-tabac</p>	<p>80 % dans un établissement agréé par l'Assurance et pour une durée approuvée à l'avance par l'Assurance</p> <p>80 % après approbation de la proposition du traitement et de sa durée par le médecin-conseil</p>	<p>non</p> <p>non</p>	<p>oui</p> <p>non</p>	<p>Maximum de 3 cures ou traitements</p>
<p>13. Traitements de l'obésité : selon l'IMC (Indice de Masse Corporelle) / BMI (Body Mass Index)</p> <p>- Si IMC / BMI > 30 : traitement médical et séances de diététique effectuées par un diététicien agréé</p> <p>- Si IMC / BMI > 35 : traitement médical en milieu hospitalier et frais de traitement</p> <p>- Si IMC / BMI > 40 : hospitalisation et traitements chirurgicaux , à la suite du traitement ; si perte de poids > 50 kg : prise en charge de la chirurgie reconstructive</p>	<p>80% max. Frs. 70.- par séance. Max. 10 séances à vie</p> <p>80% (limite de temps)</p> <p>Aux conditions des points 1, 2 et 3</p>	<p>non</p> <p>non</p> <p>oui</p>	<p>oui</p> <p>oui</p> <p>oui</p>	<p>Sur prescription médicale du médecin traitant.</p> <p>Après approbation du traitement et de la durée par le médecin conseil.</p>

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
<p>14. Frais pharmaceutiques (sous réserve de l'article VIII.8.g du Règlement)</p> <p>a) Pour des produits remboursables selon les normes des autorités sanitaires compétentes des pays concernés</p> <p>b) Pour des vaccins recommandés sur prescription médicale</p> <p>c) Pour des produits homéopathiques remboursables selon les normes des autorités sanitaires des pays concernés</p> <p>d) Pour des produits homéopathiques et de phytothérapie</p> <p>e) Produits non remboursables selon les normes des autorités sanitaires des pays concernés</p>	<p>80%</p> <p>80%</p> <p>80%</p> <p>60% max. Frs. 1'000.-/an</p> <p>Non remboursable</p>	<p>non</p> <p>non</p> <p>non</p> <p>non</p> <p>non</p>	<p>non</p> <p>non</p> <p>non</p> <p>non</p> <p>non</p>	<p>La parapharmacie n'est pas remboursable sauf avis favorable préalable du médecin-conseil suite à un accident.</p> <p>Les achats de médicaments sur internet sont uniquement remboursés si achetés sur un site du pays de résidence ou du lieu de travail de l'assuré. Les achats par internet transfrontières ne sont pas remboursables.</p>
<p>15. Imagerie médicale (radiologie, etc.), analyses et examens de laboratoire</p>	<p>80%</p>	<p>oui</p>	<p>non</p>	
<p>16.a) Injections, radiothérapie et autres traitements spécialisés et approuvés par le Médecin-conseil</p> <p>b) Séances de drainage lymphatique (notamment suite à un traitement du cancer)</p>	<p>80%</p> <p>80%</p>	<p>oui</p> <p>oui</p>	<p>non</p> <p>oui</p>	

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
<p>17. Traitement de rééducation fonctionnelle :</p> <p>Physiothérapie, kinésithérapie, chiropractie, ostéopathie, étiopathie, ergothérapie, diathermie, ultra-sons, infrarouges, hydrothérapie, inhalations, applications de fango.</p> <p>Les traitements d'acupuncture et de mésothérapie à des fins de rééducation fonctionnelle pratiqués par le médecin traitant sont remboursés aux mêmes conditions que les traitements de rééducation fonctionnelle.</p>	80 % à concurrence de Frs. 70.- par séance	oui à partir de la 31e séance	non	L'ordonnance du médecin doit préciser le nombre de séances et la période effective du traitement. Si cette période dépasse six mois, le médecin traitant doit réévaluer le traitement après six mois et établir une nouvelle ordonnance.
<p>18. Traitements psychiatriques : Dans le cas des malades hospitalisés en service spécialisé, les traitements pratiqués ne sont pas soumis à l'autorisation du Médecin-conseil.</p> <p>a) Examen psychiatrique ou médico-psychologique</p> <p>b) Psychothérapie :</p> <p>i) Malades hospitalisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frais d'hospitalisation - Traitement dispensé par le personnel attaché à l'établissement - Traitement dispensé par un spécialiste extérieur à l'établissement <p>ii) Malades non hospitalisés et/ou consultations en hôpital de jour : Traitements ambulatoires pratiqués par un médecin psychiatre ou prescrits et pratiqués par un psychothérapeute agréé:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consultations par un médecin psychiatre 	<p>80% une fois par an</p> <p>Aux conditions du point 3</p> <p>80%</p> <p>80% max. Frs. 110.- par séance</p> <p>80% Max. 6 visites par an</p>	<p>oui</p> <p>oui</p> <p>oui</p> <p>non</p> <p>non</p>	<p>oui</p> <p>oui</p> <p>oui</p> <p>oui à partir de la 16^e séance</p> <p>non</p>	<p>Note :</p> <p>Pour les assurés jusqu'à l'âge de 18 ans, il n'y a pas de limitation quant au nombre maximal de séances de traitement.</p> <p>Pour les assurés de plus de 18 ans, il peut être dérogé au nombre maximum de séances mentionné si la gravité du cas le justifie, sur recommandation du médecin-conseil.</p>

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
18 (suite) - pour la psychothérapie (max. 50 séances par an) c) Cures de sommeil dans un établissement agréé par l'Assurance d) Frais de séjour en foyer de jour	80% max. Frs. 110.- par séance 80% (durée autorisée) Non remboursable	non non	oui à partir de la 16 ^e séance oui	Une prescription médicale d'un médecin est nécessaire pour un traitement pratiqué par un psychothérapeute agréé.
19. Traitements de logopédie, orthophonie et/ou psychomotricité non liés à des troubles de l'apprentissage	80 % à concurrence de Frs. 80.- par séance	non	oui	Présentation à l'Assurance d'un bilan effectué par un logopédiste ou orthophoniste agréé suite à une ordonnance d'un médecin.
20.a) Appareils de prothèse (autres que dentaires) b) Supports plantaires orthopédiques sur mesure c) Ceinture de maintien lombaire (lombostat), collier cervical (minerve), orthèse ou accessoire de maintien d'une articulation d) Fauteuil roulant manuel	80 % du coût dans la limite du devis accepté par le Comité exécutif après avis du médecin-conseil 80 %, une paire tous les ans et pour un montant maximal de Frs. 200.- et sur présentation d'une prescription médicale 80 % et pour un montant maximum de Frs. 300.- par article et sur présentation d'une prescription médicale détaillée 80% pour montant maximum de Frs. 3'500.- et sur présentation d'une prescription médicale détaillée	non non non	oui non non	Les talonnettes et semelles achetées en pharmacie ou magasin spécialisé ne sont pas remboursables. Les achats par internet (même transfrontières) des appareils de prothèses sont remboursables sur la base de prescriptions médicales et autorisations nécessaires.

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
<p>21a) Appareils de surdité à l'exclusion de leur remplacement en cas de d��t��riation, de perte ou de bris</p> <p>b) Appareils respiratoires (nCPAP)</p> <p>- Location de l'appareil pour essai</p> <p>- Achat de l'appareil</p>	<p>80% du devis accepté max Frs. 2'600.- par appareil/par oreille max. un appareil tous les 5 ans</p> <p>80% des 6 premiers mois</p> <p>80% max. Frs. 2'800.- tous les 5 ans</p>	<p>non</p> <p>non</p> <p>non</p>	<p>oui</p> <p>oui</p> <p>oui</p>	<p>L'utilisation de l'appareil doit être reconnue indispensable par un oto-rhino-laryngologiste et l'ordonnance doit être accompagnée d'un audiogramme.</p> <p>Les frais d'entretien liés à l'utilisation de l'appareil et le matériel périssable peuvent être remboursés mais rentrent dans le crédit alloué pour 5 ans.</p>
<p>22. Frais d'optique</p> <p>a) Verres correcteurs (verres et lentilles, verres à double ou triple foyer, verres progressifs ou toute autre correction) �� condition que le port des verres correcteurs soit reconnu indispensable par un oculiste, ophtalmologue, opticien ou optom��tricien. L'ordonnance ou la facture doit indiquer la correction en dioptries. L'examen de la vue effectué par un opticien n'est pas remboursable.</p> <p>b) Montures pour verres correcteurs</p> <p>c) Correction réfractive cornéenne (chirurgie par laser)</p>	<p>80% avec un plafond annuel de Frs. 450.- cumulable sur deux années civiles</p> <p>80% avec un plafond annuel de Frs. 75.- cumulable sur deux années civiles</p> <p>80% avec un maximum de Frs. 2000.- par ��il �� vie</p>	<p>non</p> <p>non</p> <p>non</p>	<p>non</p> <p>non</p> <p>oui</p>	<p>En cas de nouvelle affiliation, le plafond de remboursement correspond au prorata du nombre de mois d'affiliation.</p> <p>Les lentilles de contact achetées par Internet sont remboursables si achetées sur un site dans le pays de résidence ou de travail de l'assuré.</p> <p>Dans le cas d'une affiliation précédente d'au moins 2 ans à un autre plan d'assurance du système des Nations Unies, le crédit total pour l'année sera alloué dès le premier jour d'affiliation.</p> <p>Les corrections réfractives cornéennes par laser pour corriger une presbytie ne sont pas remboursables.</p>

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
23. Soins d'odonto-stomatologie (soins dentaires) et frais de laboratoire, de prothèses dentaires et frais de radiographie/radiologie	80% avec un plafond annuel de Frs. 2'500.- cumulable sur deux années civiles	non	non	En cas de nouvelle affiliation, le plafond de remboursement correspond au prorata du nombre de mois d'affiliation. En cas d'accident ou de maladie grave, le remboursement au-delà des crédits dentaires peut être pris en charge comme traitement médical sur autorisation préalable du Médecin-conseil de l'Assurance et de l'Assurance. Les implants dentaires, ainsi que les éventuelles greffes osseuses en vue de la mise en place d'implants sont remboursables en déduction des crédits dentaires. Dans le cas d'une affiliation précédente d'au moins 2 ans à un autre plan d'assurance du système des Nations Unies, le crédit total pour l'année sera alloué dès le premier jour d'affiliation
24. Soins orthodontiques, y compris la fourniture de l'appareil	80 % à concurrence du maximum des crédits dentaires (rubrique 23)	non	non	
25. Frais de chirurgie maxillo-faciale en cas d'hospitalisation Les prestations de chirurgie maxillo-faciale réparatrice énumérées ci-dessous et rendues par des chirurgiens maxillo-faciaux spécialisés sont remboursées par l'Assurance après approbation préalable du médecin-conseil de l'Assurance : - malformation cranio-faciale - chirurgie des fentes de la face - greffes osseuses - chirurgie orthognathique - articulations temporo-mandibulaires	90%	oui	oui	

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
<p>26. Maternité</p> <p>a) Pendant la grossesse : prise en charge de tous les examens et échographies</p> <p>b) Préparation à l'accouchement</p> <p>c) Honoraires du médecin-accoucheur ou de la sage-femme et soins infirmiers</p> <p>d) Intervention chirurgicale (césarienne)</p> <p>e) Frais de séjour en établissement hospitalier ou clinique</p> <p>f) Après l'accouchement, prise en charge de 3 séances ou visites d'une sage-femme/infirmière si la durée du séjour en établissement hospitalier a été inférieure ou égale à 6 jours</p>	<p>80%</p> <p>80% max. Frs. 200.-</p> <p>80%</p> <p>90%</p> <p>Aux conditions du point 3</p> <p>80%</p>	<p>oui</p> <p>non</p> <p>oui</p> <p>oui</p> <p>oui</p>	<p>non</p> <p>non</p> <p>non</p> <p>non</p> <p>non</p>	<p>Les coûts des soins de nouveau-nés non affiliés à l'Assurance ne sont pas couverts.</p>
<p>27. Traitement de l'infertilité (forfait)</p> <p>Les frais pris en charge sous ce forfait incluent toutes les prestations liées aux traitements de l'infertilité, entre autres : les actes, consultations et examens médicaux (inclus les ponctions d'ovocytes et transferts d'embryons), les analyses et frais de laboratoire (inclus les frais liés à la préparation du sperme, l'éclosion assistée, la micro-injection, le transfert embryonnaire, l'ICSI, la congélation et la cryoconservation), les honoraires du biologiste, les examens d'imagerie médicale, les soins et prestations infirmiers, les frais de salle d'opération, de réveil, de clinique de jour, le matériel médical, les frais d'anesthésie, les frais de médicaments et les autres frais généralement liés à de tels traitements.</p>	<p>80%. Montant max. forfaitaire Frs. 20'000.- à vie</p>	<p>non</p>	<p>oui</p>	<p>Un formulaire de prise en charge sera établi et devra accompagner les demandes de remboursement de frais liés à ces traitements.</p>

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
<p>28. Transport</p> <p>a) Transports d'urgence au lieu de traitement le plus proche</p> <p>b) Autres transports en ambulance dans la limite de 200 km</p> <p>c) Transport aller et retour, aux fins de traitements ambulatoires, au lieu le plus proche où il est possible d'obtenir des traitements adéquats dans la limite de 200 km</p> <p>Les frais de sauvetage (secours et évacuation) non liés à une entreprise téméraire ou un sport dangereux. Le transport doit être effectué par un moyen qui corresponde aux exigences médicales du cas.</p>	<p>80%</p> <p>80%</p> <p>80%</p> <p>50% max. Frs. 5'000.- par an</p>	<p>oui</p> <p>non</p> <p>non</p> <p>non</p>	<p>non</p> <p>oui</p> <p>oui</p> <p>non</p>	<p>Les frais de rapatriement ne sont pas remboursables. Les frais liés au transport en voiture privée ne sont pas remboursables.</p>
<p>29. Frais funéraires Pour autant qu'ils ne soient pas pris en charge en totalité ou en partie par l'Organisation</p>	<p>Frs. 1'000.-</p>	<p>non</p>	<p>non</p>	