|  |
| --- |
| **ANNEXES A et B - MP Assurance Soins de Santé** |

### ANNEXE A : PRESTATIONS COUVERTES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **DESCRIPTION DES PRESTATIONS** | **Série1**  **OBLIGATOIREMENT COUVERTS** | **Série 2**  **MAXIMISATION DE L’OFFRE**  (Élargissement de l’offre ou prise en charge des prestations exclues dans la description des prestations médicales) |
| **1** | **Consultations et soins**  auprès d’un médecin généraliste à l’hôpital, Centre de santé ou formation médicale | OUI | NON |
| **2** | **Consultations et soins spécialisés**  auprès d’un médecin spécialiste à l’hôpital, Centre de santé ou formation médicale | | |
| 1. Médecine Interne, chirurgie, Pédiatrie, Gynéco-Obstétrique | OUI | NON |
| 1. **ORL** | OUI | NON |
| Les prothèses auditives ne sont pas prises en charge | NON | Si OUI, à détailler |
| 1. **Ophtalmologie** : une paire de lunettes tous les 2 ans, suivant prescription médicale. Les verres teintés sont pros en charge uniquement sur prescription médicale dans les cas suivants : conjonctivites intenses, kératite, iritis, cataracte centrale ou congénitale, rétinopathie), myopies fortes, lorsqu’elles s’accompagnent de photophobies, et à titre exceptionnel, certaines photophobies lorsqu’elles n’entrent pas dans le cadre des affections désignées ci-avant.   **Plafond pour la monture : 50 $**  **Plafonds pour les verres :**   * + Pour 2 verres optiques : 70$   + Au-delà d’une dioptrie de 2 : 150$   + Au-delà d’une dioptrie de 4 : 200$   + Verres progressifs ou double foyer : 280$ | OUI | NON |
| Les frais supplémentaires suite à des exigences particulières (verres antireflets, incassables, montures hors forfaits) ne sont pas pris en charge.  Les lentilles ne sont pas prises en charge. | NON | Si OUI, à détailler |
| 1. **Dentisterie** : les consultations et soins courants sont pris en charge | OUI | NON |
| Les prothèses dentaires (à spécifier, sont prises en charge dans la limite de certains tarifs (à spécifier) et sur base de certaines conditions (p.ex. traitement orthodontique commencé avant l’âge de 16 ans) | NON | Si OUI, à détailler |
| 1. **Dermatologie** | OUI | NON |
| 1. **Cardiologie** | OUI | NON |
| 1. **Gastro entérologie** | OUI | NON |
| 1. **Neurologie et Neuro Psychiatrie** | OUI | NON |
| 1. **Neuro chirurgie** | OUI | NON |
| 1. **Orthopédie**: les prothèses et appareils d’orthopédie suivant prescription médicale | OUI | NON |
| **3** | **Laboratoire de routine** (sur prescription médicale) | | |
| Hématologie  Biochimie  Parasitologie  Bactériologie  Hormonologie  Sérologie | OUI  OUI  OUI  OUI  OUI  OUI | NON  NON  NON  NON  NON  NON |
| **4** | **Imagerie médicale courante** (sur prescription médicale) | | |
| 1. **Radiographie**  * Thorax * Membres * Tête * Bassin, Sinus | OUI  OUI  OUI  OUI | NON  NON  NON  NON |
| b. Echographie : abdominale, pelvienne, gynéco-obstétricale | OUI | NON |
| **5** | **Imagerie médicale spécialisée** (sur prescription médicale) | | |
| 1. **Radiographie**  * Fistule, défécographie, déglutition * HSG, LABA, TOED, UCA, UIV | OUI  OUI | NON  NON |
| 1. **Echographie**  * Hanche * Echo Doppler Membres * Echo doppler cardiaque * Mammaire * Scrotale * Occulaire | OUI  OUI  OUI  OUI  OUI  OUI | NON  NON  NON  NON  NON  NON |
| 1. SCANNER avec ou sans produit de contraste | OUI | NON |
| 1. IRM | OUI | NON |
| 1. ECG | OUI | NON |
| 1. ECG d’effort | OUI | NON |
| 1. HOLTER ECG | OUI | NON |
| 1. MAPA | OUI | NON |
| 1. EEG | OUI | NON |
| **6** | **Médicaments génériques essentiels (Pharmacie)** | OUI | NON |
| **7** | **Vaccination selon calendrier du Ministère de le Santé** | OUI | NON |
| **8** | **Hospitalisation en Médecine Interne, Pédiatrie, Chirurgie et Gynécologie** de 10 jours. Les prestations de confort (TV, téléphone, chambre individuelle) ne sont pas incluses. Suivi des cas d’hospitalisation par un médecin dépêché au centre conventionné | OUI | Si OUI  En fonction de l’exigence de l’état de santé, il est possible d’autoriser que le séjour du malade se réalise dans certaines conditions et qu’il puisse bénéficier de certaines prestations ou durée plus longue :   * Un hébergement en chambre privée * Les soins de base donnés par le personnel infirmier * L’aide ou surveillance nécessaire pour mener à bien les principales activités quotidiennes, * La physiothérapie et l’ergothérapie * Les repas ainsi que les régimes spéciaux * Le lavage et la blanchisserie   A détailler de manière exhaustive. |
| **9** | **Hospitalisation en Soins Intensifs** de 10 jours. Les prestations de confort (TV, téléphone, chambre individuelle) ne sont pas incluses.  Suivi des cas d’hospitalisation par un médecin dépêché au centre conventionné | OUI | Si OUI, idem point 8 |
| **10** | **Hospitalisation en Réanimation** de 10 jours. Les prestations de confort (TV, téléphone, chambre individuelle) ne sont pas incluses.  Suivi des cas d’hospitalisation par un médecin dépêché au centre conventionné | OUI | Si OUI, idem point 8 |
| **11** | **Soins spécialisés spécifiques** | | |
| 1. Kinésithérapie : sur prescription médicale 2. Dialyses 3. Chimiothérapie 4. Radiothérapie 5. Chirurgie maxillo-faciale | OUI  OUI  OUI  OUI  OUI | NON  NON  NON  NON  NON |
| **12** | **Chirurgie/opération mineure** | OUI | NON |
| **13** | **Chirurgie/Opération majeure** | | |
| 1. Moyenne  * Cholécystectomie * Appendicectomie * Mastectomie * Cure de hernie inguinale, ombilicale | OUI  OUI  OUI  OUI | NON  NON  NON  NON |
| 1. Majeure  * Toute laparotomie * Cholécystectomie, cholédocotomie * Colectomie * Chirurgie vasculaire périphérique * Neurologique discale : Hernie discale * Orthopédique sans prothèse * Gynécologique (kystectomie pour kyste ovarien, fibrome, hystérectomie, amputation du col, ptose utérine (prolapsus) | OUI  OUI  OUI  OUI  OUI  OUI  OUI | NON  NON  NON  NON  NON  NON  NON |
| 1. Majeurs plus (anesthésie lourde, actes opératoires + suites aux SI/Réa  * Cardiothoracique : cœur et aorte * Amputation abdominopéritonéale * Résection pancréatique ou hépatique * Résection œsophago-gastrectomie * Urologique : cancer de la prostate * Urologique : (lithiasique et cancéreuse) * Neurologique cérébrale * Orthopédique avec prothèse * Gynécologique pour cancer | OUI  OUI  OUI  OUI  OUI  OUI  OUI  OUI  OUI | NON  NON  NON  NON  NON  NON  NON  NON  NON |
| **14** | **Autres chirurgies** | | |
| * Oculaire (Cataracte, Glaucome, Laser, Réfractaire, de la Cornée, Oculoplastie, muscles, … * Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale (Traumatisme, cancer, malformations, …) * ORL * Chirurgie plastique réparatrice : il s’agit d’un type de chirurgie qui vise à reconstruire la dégradation de l’apparence physique. Par exemple la suite d’un grave accident, en cas de malformation congénitale (Bec de lièvre, spina bifida…) en cas d’une maladie exemple : ablation d’un sein pour cancer) ….   Sont prises en charge, les opérations suivantes :   * La rhinoplastie en cas de déviation nasale entrainant des troubles respiratoires * La réduction mammaire * L’opération de la mâchoire pour rectifier un trouble de la mastication * Opération du tablier abdominal * L’otoplastie * Les malformations de naissance comme fente labiale * Interventions esthétiques suite à un accident de la route, morsure, brûlure…) | OUI  OUI  OUI  OUI  OUI  OUI  OUI  OUI  OUI  OUI | NON  NON  NON  NON  NON  NON  NON  NON  NON  NON |
| **15** | **Accouchement** | | |
| 1. Eutocique (normale) 2. Eutocique avec épisiotomie 3. Dystocique sans césarienne 4. Césarienne | OUI  OUI  OUI  OUI | NON  NON  NON  NON |
| **16** | **Urgences** | | |
| **Ambulance** : lorsque le travailleur ou sa famille est dans l’incapacité de physique de se déplacer. Une ambulance disponible en cas d’urgence (au moins dans les grandes villes) | OUI | NON |
| **17** | **Maladies chroniques** : Diabète, HTA, SIDA, TBC… | OUI | NON |
| **18** | **Dispositifs médicaux** : cannes, déambulateurs, produits pour diabétiques, appareils pour stomatisés, appareils pour incontinents, coussins pour prévention des escarres vêtements compressifs pour grands brulés, compresses, pansements, … | OUI | NON |
| **19** | **Transfert** : Frais de déplacement nécessaires lorsque le travailleur ou sa famille est dans l’incapacité de se déplacer | OUI | NON |
| **20** | **Maladies graves**  **(voir description des maladies graves telle que définie médicalement)** | - Limite 12.000 Euro |  |

### ANNEXE B : PRESTATIONS NON COUVERTES

* Les soins donnés à la demande d’un tiers, tels les examens requis pour
* Obtenir un emploi
* Un permis de conduire
* Une assurance
* Pour faire un voyage
* Certificats, vaccins, produits sériques ou biologiques, fournitures et équipement chirurgical, à l’exception de ce qui est prévu dans le Contrat d’assurance
* Les subventions d’ambulance et de transport, excepté celles qui sont notées dans l le Contrat d’assurance
* Les soins infirmiers privés
* Les frais additionnels engagés pour l’obtention d’une chambre privée ou semi-privés
* Les services de télévision et de téléphone cellulaire
* Les soins donnés par les psychologues et les diététiciens, en dehors d’un hôpital ou d’une institution médicale
* Les soins donnés par les pédicures et les spécialistes de la pathologie du pied en dehors d’un hôpital ou d’une institution médicale
* Les services offerts par les audioblogues, les orthophonistes, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes en dehors d’un hôpital ou d’une institution médicale
* Les examens chez un chiropraticien autre que les ajustements
* L’acuponcture
* Les services offerts par tout autre praticien des arts de la guérison, excepté les soins qui sont noté dans le Contrat d’Assurance
* La chirurgie plastique ayant trait à la chirurgie esthétique
* Les traitements chiropratiques nécessaires après un accident
* Fourniture des produits cosmétiques
* Traitement de stérilité et fourniture des stimulants sexuels
* Evacuation vers d’autres pays