

## ILO STAFF HEALTH INSURANCE FUND

**Record of Decisions**  
**of the 243<sup>rd</sup> Meeting of the Management Committee**

**Monday, 23 October 2017**

at 2.00 p.m., ILO, room VI (R3 South)

Present:

Representing the insured persons of the ILO:

Mr. Jean-François Santarelli (Titular member)  
Mr. Pierre Sayour (Titular member)  
Ms. Colleen McGarry (Substitute member)

Representing the Director-General:

Mr. Jean-Claude Villemonteix (Titular member)  
Mr. Tilmann Geckeler (Titular member)  
Mr. Fikri Gurzumar (Titular member)  
Ms. Anne Drouin (Substitute member)

Other attendees:

Mr. Florian Léger, SHIF Executive Secretary  
Ms. Heather Harris, SHIF Claims Supervisor  
Ms. Catia Dos Santos Machado, SHIF Assistant

**Apologies for absence were received from:**

*Representing the Director-General of the ILO:*  
Mr. Giuseppe Zefola, Mr. Sietse Buijze

*Representing the insured persons of the ILO:*  
Ms. Mireille Ecuivillon, Mr. Christopher Land-Kazlauskas, Mr. Fabio Duran Valverde

---

The meeting opens at 2.10 p.m.

---

**Item 1: Approval of meeting agenda**  
(SHIF/MC/17/243/AG)

MC refers to document ref. SHIF/MC/17/243/AG and approves the agenda.

**Item 2: Approval of the Record of Decisions of the 242<sup>nd</sup> meeting of the Management Committee**  
(SHIF/MC/17/RD.242)

MC refers to document ref. SHIF/MC/17/RD.242 and decides **to approve the Record of Decisions of the 242<sup>nd</sup> meeting of the Management Committee.**

**Item 3: Amendments to the SHIF Regulations and Administrative Rules as proposed by the Working group on the revision of the Administrative Rules of the Management Committee**  
(SHIF/MC/17/243/3)

The proposed amendments are adopted with a few editorial amendments, except for Code 2.4 (“Cures”) of the Fund’s Administrative Rules where it is decided to amend it as follows (French version):

CODE 2.4  
(CURES)

*1. La prestation est limitée à une seule cure par année civile, d’une durée maximale de trois semaines, dont un minimum de quinze jours de traitement.*

The adopted amendments are attached as an Annex to this Record of Decisions. A member representing the Administration asks to put on records that they disagree with the proposal concerning Code 2.4 and that they believe the SHIF should not reimburse any costs concerning cures.

**Item 4: Proposed amendments to Article 1.6 of the SHIF Regulations**  
(SHIF/MC/17/243/4)

MC is conscious of the fact that SHIF coverage for spouses may be an issue for staff mobility. **MC approves an amendment to article 1.6 of the SHIF Regulations (French version) as follows:**

ARTICLE 1.6

*Personnes à charge volontairement protégées*

*2. Une demande de protection d’une personne visée au paragraphe 1 est acceptée uniquement si elle est soumise par l’assuré(e), par écrit, dans un délai de six mois suivant son affiliation à la Caisse ou suivant le premier jour où la personne remplit les conditions requises pour bénéficier de la protection volontaire ou suivant la réaffectation du fonctionnaire sur un autre lieu d’affectation, selon celle de ces dates qui sera la plus tardive. En outre, une demande de protection d’une personne visée au paragraphe 1 c) est acceptée uniquement si la personne concernée est âgée de moins de 70 ans et s’est réinstallée au lieu d’affectation de l’assuré(e) au cours des six derniers mois.*

**Item 5: Proposed amendments to Article 2.10bis of the SHIF Regulations**  
(SHIF/MC/17/243/5)

At the request of the MC, the Secretariat has prepared an amendment to article 2.10bis of the SHIF Regulations to reflect up-to-date practices regarding direct payment. **MC approves an amendment as follows (French version):**

## SHIF Regulations

### ARTICLE 2.10BIS

#### *Accords entre la Caisse et les prestataires de services*

2. Lorsque des dispositions prévoyant le versement direct de prestations aux prestataires sont adoptées, les conditions suivantes s'appliquent:

- a) *les factures présentées à la Caisse par le prestataire sont payées directement par la Caisse au prestataire;*

#### **Item 6: Proposed amendments to Article 3.5 of the SHIF Regulations and Administrative Rules** (SHIF/MC/17/243/6)

SHIF Contributions in respect of voluntarily protected dependants for children may represent a significant share of the salary for some staff, especially in the field, making it impossible for them to insure their children. Recognizing that contributions in respect of voluntarily insured children are significantly more important than benefits paid for this group, **MC approves an amendment to article 3.5 as follows (French version):**

## SHIF Regulations

### ARTICLE 3.5

#### *(Cotisations pour les personnes à charge volontairement protégées)*

Les cotisations pour les personnes à charge, volontairement protégées aux termes de l'article 1.6 sont fixées par le Comité de gestion, le cas échéant, par groupe, de telle sorte que les sommes perçues par la Caisse au titre de cette catégorie de personnes protégées suffisent à couvrir les prestations pour ladite catégorie au fil des années.

## SHIF Administrative Rules

### ARTICLE 3.5

#### *(Cotisations pour les personnes à charge volontairement protégées)*

##### **Taux des cotisations (en dollars E.-U.)**

<b>Catégorie</b>	<b>Cotisation mensuelle à partir du 01.04.2018</b>
Pour les enfants de moins de 30 ans	3.55% de la rémunération limité à 260,00 dollars
Pour les conjoints	650,00
Pour les parents et beaux-parents	1 400,00

#### **Item 7: Proposed amendments to Article 5.2 of the SHIF Administrative Rules** (SHIF/MC/17/243/7)

Following the decision to implement the WHO self-service for on-line claim submission, **MC approves an amendment to Article 5.2 as follows (French version):**

## SHIF Regulations

### ARTICLE 5.2

#### *(Formulaires et autorisations)*

1. Les personnes assurées sont tenues de présenter leurs demandes de prestations à l'aide du formulaire ILO 937 «Demande de remboursement» ou via l'accès personnalisé au site internet sécurisé de la CAPS.
2. Les demandes de remboursement présentées à l'aide du formulaire ILO 937 doivent être accompagnées des factures originales et des autres éléments justificatifs, et doivent observer les prescriptions inscrites sur ce formulaire.
3. Les demandes de remboursement présentées via l'accès personnalisé au site internet sécurisé de la CAPS doivent être accompagnées de copies électroniques des factures originales et des autres éléments justificatifs, et doivent observer les prescriptions contenues sur le site. Les factures originales et les autres éléments justificatifs doivent être conservés par l'assuré pendant cinq ans à compter de la date de remboursement et devront être présentés à la CAPS en cas de demande, que ce soit pour des fins administratives ou de vérification.

**For items 3 to 7, MC requests the Secretariat to prepare a circular informing the insured persons of the proposed amendments for its next meeting scheduled in November or December 2017.**

#### **Item 8: Any other business**

- 7.1 **Financial situation as at 30.09.2017 and technical results for the period 01.01.2017 – 30.09.2017**  
Mr. Gurzumar presents the financial status of the SHIF. ES explains that benefits paid over the period have continued to increase significantly compared to the previous year and that, despite the increase in the contribution rates as of 1 January 2017, the technical result over the period is negative, amounting to approximately minus USD 750,000.
- 7.2 **SHIF write-off policy.**  
ES presents to the SHIF MC a write-off policy. MC endorses the proposal. ES will finalize the policy as soon as possible.

---

The meeting ends at 06.30 p.m.

---

## Annexe I

### Barème des prestations

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
1.	SERVICES PROFESSIONNELS <sup>1</sup>				
1.1	HONORAIRES DE MÉDECINS <sup>2</sup> CONSULTATIONS au cabinet d'un médecin (omnipraticien ou spécialiste) <u>ou en milieu hospitalier / clinique.</u> <u>VISITES d'un médecin à domicile ou dans un établissement</u>	80 %	Oui	<del>Traitement indiqué sous le code 1.7.</del>	Les traitements amaigrissants ne sont remboursés que s'ils concernent les cas de grave obésité (indice de masse corporelle > 30) ou de graves troubles métaboliques, à condition d'être prescrits par un médecin et d'être pratiqués dans un établissement reconnu. Le paiement des prestations est soumis au respect des conditions ci-dessus, vérifié par le médecin-conseil.
	TRAITEMENTS pratiqués par un médecin. <u>VISITES d'un médecin à domicile ou dans un établissement.</u> <u>CONSULTATIONS auprès d'un diététicien</u>			Traitements à des fins esthétiques <u>Traitements indiqués sous le code 1.7.:</u>	<u>Sur prescription médicale, et sous réserve de l'approbation du médecin-conseil.</u>  <u>Traitements remboursés en cas de grave obésité (indice de masse corporelle &gt; 30), d'anorexie ou de troubles métaboliques, à condition d'être prescrits par un médecin et d'être pratiqués dans un établissement reconnu, le cas échéant.</u>

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
1.2	OPÉRATIONS CHIRURGICALES, y compris les services des chirurgiens et des anesthésistes.	80 %	Oui	Les opérations de chirurgie plastique effectuées à des fins esthétiques, sauf dans les cas résultant d'une blessure grave, d'un néoplasme ou d'une infection. Si l'opération est effectuée partiellement pour des motifs esthétiques, une proportion correspondante des dépenses est exclue du remboursement; les cas de ce type exigent l'accord préalable du médecin-conseil, qui fixe la proportion exclue. Les opérations chirurgicales à des fins esthétiques sont définies comme les opérations effectuées pour améliorer une défiguration corporelle qui ne présente en elle-même ni danger pour la vie ou la santé, ni altération d'une fonction du corps.	
1.3	IMAGERIE MÉDICALE (radiographie, IRM, scanographie, mammographie, etc.) pratiquée ou prescrite par un médecin (ou, pour les radiographies, pratiquées ou prescrites par un dentiste).	80 %	Oui		
1.4	EXAMENS DE LABORATOIRE ET AUTRES TESTS pratiqués ou prescrits par un médecin.	80 %	Oui		

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
1.5	<p><b>TRAITEMENTS DE RÉHABILITATION FONCTIONNELLE</b></p> <p>prescrits par un médecin et pratiqués par une personne un(e) thérapeute titulaire d'un diplôme reconnu par l'Administration du pays où il/elle est autorisé(e) à exercer.</p>	80 %	Oui	<p>Traitement pratiqué par du personnel un(e) thérapeute non qualifié-titulaire d'un diplôme reconnu par l'Administration du pays où il/elle est autorisé(e) à exercer.</p>	<p>Sous réserve d'un plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif, y compris la liste des traitements ouvrant droit à remboursement.</p>
1.6	<p><b>SOINS INFIRMIERS, A DOMICILE, AMBULATOIRES RELATIFS À UNE AFFECTION AIGUË</b></p> <p>(autres que les traitements spécifiés au code 2.6) prescrits par un médecin, y compris prestations d'aide-soignante et d'auxiliaire de vie, et y compris prestations de sage-femme.</p>	80 %	Oui	<p>Soins non médicaux comme le nettoyage ménager, la cuisine, les courses, l'aide familiale, etc. Soins assurés par du personnel non qualifié, sauf lorsqu'ils le sont sous contrôle médical régulier la supervision du médecin prescripteur.</p>	<p>Sous réserve d'un plafond et autres conditions fixées par le Règlement administratif.</p>
1.7	<p><b>PSYCHIATRIE, PSYCHANALYSE OU PSYCHOTHÉRAPIE</b></p> <p>Consultations avec un psychiatre et séances de psychanalyse ou de psychothérapie données ou prescrites par un médecin.</p>	80 %	Oui		<p>Sous réserve d'un plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.</p>

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
2.	<u>SOINS HOSPITALIERS OU DE LONGUE DURÉE SEJOURS EN ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET AUTRES ETABLISSEMENTS</u>			Chirurgie plastique et autres traitements à des fins esthétiques – mêmes conditions que pour le code 1.2. <del>Traitements antitabac.</del> Traitements amaigrissants, sauf approbation préalable du médecin-conseil.	
2.1	<u>FRAIS DE SÉJOUR D'HOSPITALISATION DANS UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER, EN CHAMBRE COMMUNE PUBLIC FIXANT UN PRIX GLOBAL POUR LE SÉJOUR ET LES SOINS</u> Frais de séjour en salle commune (publique) dans un hôpital public aux fins d'examen, de diagnostic ou de traitement curatif.	100 %	Non		<p>i) <del>Séjour en salle commune (publique)</del> signifie le logement dans des chambres de cinq lits ou plus, sauf dans les cas prévus au Règlement administratif.</p> <p>ii) <del>Lorsque l'hôpital fixe un coût global couvrant l'ensemble des frais (logement, honoraires des médecins, des chirurgiens et des anesthésistes, salle d'opération, soins médicaux, médicaments, frais de laboratoire, etc.).</del></p> <p>Prestation limitée à <u>45-30</u> jours par personne protégée par année civile, sauf si le médecin-conseil certifie que le séjour correspond toujours à des soins curatifs et fixe le nombre de jours supplémentaires.</p>

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
2.2	<b>FRAIS DE SÉJOUR EN HÔPITAL-OU-EN-CLINIQUE DANS UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER, EN CHAMBRE AUTRE QUE CHAMBRE COMMUNE</b> (autres que dans les cas régis par les codes 2.1, 2.3 et 2.5) Frais de séjour dans un hôpital ou une clinique reconnu aux fins d'examen, de diagnostic ou de traitement curatif.	80 %	Oui		Sous réserve d'un plafond journalier et des conditions fixées par le Règlement administratif.  Prestations limitées à <u>45-30</u> jours par personne protégée, par année civile, sauf si le médecin-conseil certifie que le séjour correspond toujours à des soins curatifs et qu'il fixe le nombre de jours supplémentaires.  <del>Des conditions distinctes, notamment en ce qui concerne les prestations et la durée journalière maximale, peuvent être fixées pour les séjours dans un hôpital ou une clinique à des fins de psychothérapie.</del>
2.3	<b>CONVALESCENCE OU SUITE DE TRAITEMENT</b> Frais de séjour en hôpital, <del>ou en clinique</del> <u>ou établissement de convalescence</u> aux fins de suite de traitement, y compris la rééducation cardiovasculaire, ou de convalescence après hospitalisation au titre du code 2.1 ou 2.2	80 %	Oui	Séjours en hôtel.	Sous réserve du plafond journalier fixé par le Règlement administratif.  Prestations limitées à <u>4530</u> jours par personne protégée, par année civile, sauf si le médecin-conseil juge nécessaire la poursuite de la convalescence ou de la suite du traitement et qu'il fixe le nombre de jours supplémentaires.

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
2.4	<b>CURES THERMALES</b> <u>Séjours prescrits par un médecin dans une maison de santé, une maison de repos, un centre thermal ou climatique ou un établissement similaire aux fins d'autres convalescences ou de cures. Soins thermaux prescrits par un médecin et dispensés dans un établissement thermal</u>	80 %	Non	Frais d'hébergement  <u>Thalassothérapie</u> <u>Ayurveda</u> <u>Jeûne thérapeutique</u> <u>Cure de détoxification</u> <u>Cure de rajeunissement</u>	Sous réserve des conditions fixées par le Règlement administratif.  Sous réserve de la confirmation préalable du médecin-conseil que la cure s'inscrit dans le traitement d'une pathologie déjà déclarée.
2.5	<b>SOINS INFIRMIERS DE LONGUE DURÉE-SEJOUR DANS UN ETABLISSEMENT MEDICALISE</b> <u>Séjours à l'hôpital, en clinique, ou maison de repos-retraite, unité d'accueil temporaire ou en foyer de jour. Séjours prescrits par un médecin (pour d'autre motifs qu'un traitement, examen, diagnostic, une cure ou une convalescence) essentiellement pour la fourniture de soins de longue durée qui ne peuvent être dispensés à domicile.</u>	80 %	Oui		Sous réserve du plafond journalier et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
2.6	<b>SOINS INFIRMIERS DE LONGUE DURÉE À DOMICILE</b> Les codes 2.5 et 2.6 concernent la fourniture de soins infirmiers prescrits par un médecin en cas de pathologie chronique ou incurable, y compris prestations de garde-malade, d'aide-soignante et d'auxiliaire de vie.	80 %	Oui	Soins non médicaux comme le nettoyage ménager, la cuisine, les courses, l'aide familiale, etc. Soins assurés par du personnel non qualifié, sauf lorsqu'ils le sont sous contrôle médical régulier la supervision du médecin prescripteur	Sous réserve du plafond mensuel et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.
2.7	<b>SOINS MÉDICAUX DANS UN ETABLISSEMENT COUVERTS PAR LES CODES 2.2 et 2.3 et 2.4 OU LIES A UNE HOSPITALISATION A DOMICILE</b> Soumis à l'ensemble des conditions applicables au type de soins régis par le code correspondant au présent barème.	80 %	Oui		

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
3.	MÉDICAMENTS PRESCRITS	80 %	Oui	<div><div>i) <del>Produits exclus par le Règlement administratif.</del></div><div>ii) <del>Pharmacie de ménage et fournitures ménagères courantes.</del></div><div><u>Parapharmacie</u></div></div>	<div>Sous réserve d'une prescription ANTÉRIEURE à l'achat.</div> <div><u>Sous réserve des conditions fixées par le Règlement administratif.</u></div>
	Fournitures pharmaceutiques, notamment les médicaments et pansements prescrits par un médecin ou un dentiste.				

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
4.	SOINS DENTAIRES <sup>2</sup>	80 %	Oui		Sous réserve du plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.
	i) Traitements odonto-stomatologiques et frais de laboratoire pour dentiers (autres que radiographie code 1.3).				
	ii) Traitements orthodontiques, y compris les appareils.				
	Les prestations relatives aux traitements suivants ne sont pas versées au titre de code 4, mais au titre des codes suivants:				
	a) En cas d'hospitalisation, la chirurgie maxillo-faciale est remboursée au titre des codes 2.2 et 2.7.				
	b) Les traitements maxillo-faciaux prévus au Règlement administratif sont remboursés au titre du code 1.2.				Pour a) et b), sous réserve d'approbation par le Comité de gestion AVANT le traitement médecin-conseil.
5.	APPAREILS ET PROTHÈSES, APPAREILS ET AUTRES DISPOSITIFS MÉDICAUX (achat, location et réparation)				

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
5.1	APPAREILS OPTIQUES (y compris lentilles de contact)	80 %	Oui	Lunettes de soleil non correctrices. <u>Entretien</u> <u>Frais de port</u> <u>Forfait assurance</u>	Sous réserve du plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.
5.2	APPAREILS AUDITIFS <u>y compris entretien</u>	80 %	Oui	<u>Piles</u> <u>Frais de port</u> <u>Forfait assurance</u>	Sous réserve du plafond fixé par le Règlement administratif.
5.3	PROTHÈSES (sauf <u>dentiersappareils dentaires</u> ) prescrites par un médecin, <u>y compris entretien</u>	80 %	Oui	<u>Frais de port</u>	<u>En-cas-d'achat, S</u> sous réserve d'approbation <u>par le Comité-de-gestion</u> après-avis du médecin-conseil.
5.4	CHAISES ROULANTES ET APPAREILS SIMILAIRES prescrits par un médecin, <u>y compris entretien, livraison et installation</u>	80 %	Oui		<u>En-cas-d'achat, S</u> sous réserve d'approbation <u>par le Comité-de-gestion</u> après-avis du médecin-conseil.
5.5	AUTRES APPAREILS prescrits par un médecin, <u>y compris entretien, livraison et installation</u>	80 %	Oui	Coût d'achat, de location ou de réparation d'appareils médicaux auxiliaires ou d'importance secondaire ( <u>lampes, systèmes d'alarme, etc.</u> )	<u>En-cas-d'achat, S</u> sous réserve d'approbation <u>par le Comité-de-gestion</u> après-avis du médecin-conseil.
6.	FRAIS DE TRANSPORT				
6.1	EN CAS D'URGENCE				

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
	Transport de la personne protégée en ambulance terrestre ou aérienne du lieu de l'urgence au lieu de traitement le plus proche	80 %	Oui	<p>Est exclu le transport dans les cas suivants:</p> <p>a) états survenant au cours de voyages ou de séjours à l'extérieur du pays de résidence principale de la personne protégée et nécessitant soit un transport terrestre de longue distance, soit un transport aérien, lorsqu'il aurait pu être raisonnablement attendu que la personne protégée ait souscrit un contrat d'assistance ou d'assurance voyage pour couvrir ces cas; <u>Transport pour convenance personnelle vers un lieu autre que le lieu de traitement adapté le plus proche.</u></p> <p>b) états survenant au cours de la pratique d'une activité sportive ou de détente réputée à risques;</p> <p>c) états survenant au cours de la pratique d'une activité sportive ou de détente, lorsqu'il aurait pu être raisonnablement attendu que la personne protégée ait souscrit un contrat d'assurance spécifique couvrant ces cas;</p> <p>d) <del>état dont est victime, dans son pays de résidence, une personne retraitée après le 31 décembre 2011 n'ayant pas élu domicile soit dans son pays d'origine ou celui de son conjoint, soit dans un pays où elle a été affectée en tant que fonctionnaire du BIT, soit dans un pays voisin du lieu d'affectation</del></p>	<p>Une urgence est un événement soudain et inattendu exigeant une intervention médicale immédiate. <u>Sous réserve des conditions fixées par le Règlement administratif.</u></p> <p>Le transport en ambulance terrestre ou aérienne, selon le cas, doit apparaître comme le seul moyen de transport adapté au vu de la gravité médicale de l'état et des autres circonstances de l'urgence.</p> <p>La détermination du lieu de traitement le plus proche est laissée à l'appréciation de l'équipe médicale assurant le transport.</p>

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
6.2	EN CAS D'HOSPITALISATION <u>OU DE TRAITEMENTS</u> <u>AMBULATOIRES</u>			tel-que-défini-par-le-Règlement-administratif, lorsque l'état nécessite soit un transport terrestre de longue distance, soit un transport aérien.	
6.2.1	Transport de la personne protégée d'un établissement hospitalier vers un autre établissement hospitalier ou vers un centre de convalescence médicalisé.	80 %	Oui	Transport pour convenance personnelle et transport médicalement non justifié dans le cadre de la poursuite du traitement de l'état ayant entraîné l'hospitalisation.	Sous réserve de l'approbation du médecin-conseil, prise en charge soit du transport médicalisé terrestre ou aérien, soit du transport en taxi sous réserve du plafond fixé par le Règlement administratif.
6.2.2	Transport terrestre de la personne protégée du lieu de l'hospitalisation à son lieu de résidence.	80 %	Oui	<div>a) — Transport pour convenance personnelle et transport médicalement non justifié.</div> <div>b) — <del>Transport de longue distance tel que défini dans le Règlement administratif.</del></div>	<div>Sous réserve de l'approbation du médecin-conseil, prise en charge soit du transport médicalisé terrestre, soit du transport en taxi sous réserve du plafond fixé par le Règlement administratif.</div> <div>Prestation ordinaire servie une seule fois par hospitalisation, à l'issue de celle-ci.</div>

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
6.2.3	Transport de la personne protégée entre <u>sa son lieu de résidence principale</u> et un <u>établissement médical lieu de traitement</u> , ayant pour objet la suite du traitement de l'état ayant entraîné l'hospitalisation.	80 %	Oui	<del>Transport de longue distance tel que défini dans le Règlement administratif.</del>	Transport médicalement justifié, soit vers l'établissement hospitalier ayant délivré le premier traitement de l'état, soit vers <del>l'établissement médical le lieu de traitement</del> le plus proche du lieu de résidence <del>principale</del> de la personne protégée <del>proposant le traitement requis</del> .
					Sous réserve de l'approbation du médecin-conseil, prise en charge soit du transport médicalisé terrestre, soit du transport en taxi sous réserve du plafond fixé par le Règlement administratif.
6.2.4	Transport de la personne protégée entre sa résidence principale et le lieu de traitement <u>ou de prescription du traitement</u> en cas de certains traitements de maladies ou états chroniques définis dans le Règlement administratif.	80 %	Oui		<p>Prise en charge du transport en taxi sous réserve du plafond fixé par le Règlement administratif.</p> <p>Sous réserve de l'approbation <del>préalable</del> du médecin-conseil.</p>

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
6.3	<p><b>AUTRES DÉPLACEMENTS MÉDICAUX</b> <b>TRANSPORTS A DES FINS MÉDICALES</b></p> <p>Déplacements aux fins de l'obtention de soins médicaux couverts au titre des codes 1.2, 2.1 et 2.2 du présent Barème des prestations, lorsque des soins médicaux adéquats ne peuvent être obtenus au lieu d'affectation ou dans la zone de résidence.</p>	80 %	Oui	<p>a) Transport au titre d'évacuation sanitaire de la personne protégée, dans la mesure où l'évacuation sanitaire est prise en charge par l'organisation qui emploie la personne assurée ou par l'employeur de la personne protégée.</p> <p>b) Transport dans les limites géographiques du lieu d'affectation ou dans la zone de résidence, telle que définie dans le Règlement administratif.</p> <p>c) <del>Transport d'une personne retraitée après le 31 décembre 2011 n'ayant pas élu domicile soit dans son pays d'origine ou celui de son conjoint, soit dans un pays où elle a été affectée en tant que fonctionnaire du BIT, soit dans un pays voisin du lieu d'affectation tel que défini par le Règlement administratif.</del></p>	<p>Sous réserve de l'approbation préalable du médecin-conseil et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.</p>

7.	<b>FRAIS FUNÉRAIRES</b> (y compris l'incinération)	100 %	Non	Sous réserve du plafond fixé par le Règlement administratif.
8.	<b>AUTRES-FRAIS MEDICAUXPREVENTION</b>			
8.1	<b>Examens préventifs, actes de prévention et de dépistage et vaccins</b>	100.00 %	Non	Sous réserve des conditions fixées par le Règlement administratif, y compris la liste des examens, <u>actes de prévention et de dépistage et des vaccins ouvrant droit à remboursement.</u>
8.2	<b>Vaccins</b>	<u>100.00 %</u>	<u>Non</u>	<u>Sous réserve des conditions fixées par le Règlement administratif, y compris la liste des vaccins ouvrant droit à remboursement.</u>
8.3	<b>Contraception</b> Pilules contraceptives et autres dispositifs de contraception	<u>80 %</u>	<u>Oui</u>	<u>Sous réserve de prescription médicale.</u> <u>Sous réserve de prescription médicale</u>
9.	<b>MEDECINES ALTERNATIVES</b> Traitements pratiqués par un(e) thérapeute habilité(e) à exercer dans le pays où le traitement a lieu	<u>80 %</u>	<u>No</u>	<u>Sous réserve d'un plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif, y compris la liste des traitements ouvrant droit à remboursement.</u>
10.	<b>PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE</b> Stimulation ovarienne, insémination artificielle,	<u>80 %</u>	<u>No</u>	<u>Sous réserve d'un plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.</u> <u>Gestation pour autrui (GPA)</u> <u>Frais de transport vers le lieu de traitement</u>

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
	<u>fécondation in vitro (FIV) avec ou sans ICSI,</u> <u>y compris examens de laboratoire y relatifs.</u>				

Notes: <sup>1</sup> En règle générale, toutes les prescriptions de soins ou de médicaments doivent être faites avant la date du service ou de l'achat. <sup>2</sup> Aux termes de l'article 2.1.3 des Statuts, le mot «médecin» vise tout médecin ou dentiste qualifié et habilité à prodiguer les divers types de traitement médical énumérés dans le Barème des prestations, dans le pays où une personne protégée fait appel à ses services professionnels.

## ANNEX to Item 3

of the Record of Decisions of the 243<sup>rd</sup> Meeting of the SHIF Management Committee: Amendments to the SHIF Regulations and Administrative Rules as proposed by the Working group on the revision of the Administrative Rules of the Management Committee

### Chapitre VI (Barème des prestations)

#### CODE 1.5

##### (TRAITEMENTS DE RÉHABILITATION FONCTIONNELLE)

1. a) Les dépenses approuvées maximales sont fixées à ~~85,00~~100,00 dollars E.-U. par séance (soit une prestation ordinaire maximale de ~~68,00~~80,00 dollars par séance). Le nombre maximum de séances remboursées est porté à ~~30-40 pour chaque pathologie~~ par personne protégée et par année civile.

b) Le nombre de séances peut être augmenté dans les cas de réhabilitation faisant suite à un accident, ~~ou~~ à une opération chirurgicale importante, ~~ou~~ une maladie neuromusculaire, ~~une pathologie ostéo-articulaire, une situation de handicap,~~ quand le médecin-conseil en confirme la nécessité et indique le nombre de séances supplémentaires.

c) Une nouvelle prescription est exigée dans tous les cas tous les 12 mois.

2. — La prestation ne peut être servie pour des cures de moins de deux semaines, ni pour plus d'une cure par année civile.

3. — 2. — Seuls les traitements énumérés ci-dessous donnent droit à remboursement:

- physiothérapie/kinésithérapie;
- ~~— kinésithérapie;~~
- chiropraxie;
- orthophonie/logopédie;
- ~~— graphothérapie~~
- orthoptique/optométrie;
- ~~— ostéopathie;~~
- ergothérapie;
- ~~— psychomotricité~~
- drainage lymphatique (si le système lymphatique est touché);
- podologie/ pédicurie pour raisons médicales;
- ~~— acupuncture et mésothérapie.~~

#### CODE 1.6

##### (SOINS INFIRMIERS A DOMICILE AMBULATOIRES RELATIFS A UNE AFFECTION AIGUË)

Le maximum des dépenses approuvées est fixé à 2 500,00 dollars E.-U. par personne protégée par année civile (soit une prestation ordinaire maximale de 2 000,00 dollars E.-U., par personne protégée par année civile), sauf si le médecin-conseil certifie que les soins infirmiers correspondent toujours à une affection aiguë.

#### CODE 1.7

##### (PSYCHIATRIE, PSYCHANALYSE OU PSYCHOTHERAPIE)

Le maximum est fixé à ~~60-40~~ séances ou ~~6 000,00-4 000,00~~ dollars E.-U. de dépenses approuvées (soit une prestation ordinaire de ~~4 800~~3 200,00 dollars E.-U.), selon le premier chiffre atteint, par personne ~~pour la période de trois années civiles~~ par année civile.

Sur approbation du médecin-conseil, le nombre maximum de séances et le seuil maximal de dépenses approuvées peuvent être augmentés jusqu'à concurrence de 20 séances supplémentaires ou 2 000,00 dollars E.-U. supplémentaires de dépenses approuvées par année civile (soit une prestation ordinaire maximale de 1 600,00 dollars E.U.).

## CODE 2.2

### (FRAIS ~~D'ENTRETIEN DE SEJOUR EN HOPITAL OU EN CLINIQUE~~ DANS UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER EN CHAMBRE AUTRE QUE CHAMBRE COMMUNE)

1. Les dépenses approuvées maximales et les prestations ordinaires maximales afférentes aux frais de séjour en hôpital ou en clinique à des fins d'examen, de diagnostic ou de traitement (remboursables à 80 pour cent au titre du code 2.2) correspondent au coût d'un séjour en ~~deuxième classe chambre semi-privée. (deux patients ou plus par chambre)~~, sous réserve des plafonds suivants:

D'application à dater du 1 <sup>er</sup> avril 2004		
Pays	Dépenses approuvées maximales par jour (dollars E.-U.)	Prestations ordinaires maximales par jour (dollars E.-U.)
Canada ,Etats-Unis, Suisse	500,00	400,00
Tous les autres pays	400,00	320,00

2.— Lorsque l'établissement choisi n'offre que le séjour en chambre individuelle, les frais de séjour pris en charge comme base de remboursement correspondent à 80% du coût de la chambre. règles suivantes s'appliquent:

a) — en Europe, au Canada, aux Etats-Unis, au Japon et en République de Corée, les frais de séjour en deuxième classe, aux fins de la fixation des dépenses approuvées maximales, sont censés correspondre à 80 pour cent du coût de la chambre individuelle la moins chère;

b) — dans tous les autres pays, les frais de séjour en deuxième classe sont censés correspondre au coût de la chambre individuelle la moins chère.

3.—2. En cas de facturation globale, les dépenses approuvées maximales de référence sont imputées à l'hébergement et le solde de la facture globale aux frais médicaux. Toutefois, les prestations ordinaires maximales prévues au paragraphe 1 ci-dessus s'appliquent.

4.—3. Les dépenses approuvées maximales de référence à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2011 sont fixées à 550,00 dollars des Etats-Unis.

5.—4. Lorsque les dépenses approuvées maximales de référence excèdent un tiers de la totalité des frais journaliers, un tiers de ces frais sera imputé à l'hébergement et le solde de la facture globale aux frais médicaux. Toutefois, les prestations ordinaires maximales prévues au paragraphe 1 ci-dessus s'appliquent.

## CODE 2.3

### (FRAIS DE SEJOUR POUR CONVALESCENCE/SUITE DE TRAITEMENT)

1. Les dépenses approuvées maximales sont fixées à ~~170,00~~200,00 dollars E.-U. par jour (soit une prestation ordinaire maximale de ~~136,00~~160,00 dollars E.-U.).

2. En cas de facturation globale, un tiers des sommes facturées est imputé aux frais de séjour et les deux autres tiers aux soins médicaux.

## CODE 2.4

### (CURES)

3.— 1. La prestation ~~ne peut être servie pour des séjours en cure de moins de deux semaines~~ est limitée à une seule cure par année civile, d'une durée maximale de trois semaines, dont un minimum de quinze jours de traitement. Les prestations sont limitées à une cure et un maximum de 14 jours par année civile.

## CODES 2.5 ET 2.6

### (SOINS INFIRMIERS-SEJOUR DE LONGUE DUREE DANS UN ETABLISSEMENT MEDICALISE)

~~1. Les dépenses approuvées maximales et les prestations ordinaires maximales afférentes aux soins infirmiers au séjour de longue durée sont soumises aux plafonds suivants: dans un établissement médicalisé sont fixées à 150,00 dollars E.-U. par jour (soit une prestation ordinaire maximale de 120,00 dollars E.-U.).~~

~~1.—~~

~~Date d'entrée en vigueur: 1<sup>er</sup> janvier 2016~~

<del>Dans un établissement</del>		<del>A domicile</del>	
<del>Dépenses maximales approuvées par jour (dollars E.-U.)</del>	<del>Prestations ordinaires par jour (dollars E.-U.)</del>	<del>Dépenses maximales approuvées par mois (dollars E.-U.)</del>	<del>Prestations ordinaires par mois (dollars E.-U.)</del>
<del>150,00</del>	<del>120,00</del>	<del>3 450,00</del>	<del>2 760,00</del>

~~2.—3. a) Les prestations concernant les soins infirmiers séjours de longue durée dans un établissement médicalisé sont soumises à l'approbation du médecin-conseil.~~

~~b) Au moins une fois par année civile, un médecin doit préciser la nature des soins infirmiers nécessaires et doit confirmer que l'établissement ou la personne choisi est à même de les fournir.~~

~~EN CAS D'INTERRUPTION DU PAIEMENT DES PRESTATIONS PENDANT MOINS DE SIX MOIS, CELLES-CI CONTINUERONT A ETRE VERSEES SELON LES MEMES MODALITES QUE PRECEDEMMENT.~~

## CODE 2.6

### (SOINS INFIRMIERS DE LONGUE DUREE A DOMICILE)

~~1. Les dépenses approuvées maximales afférentes aux soins infirmiers de longue durée à domicile sont fixées à 3 450,00 dollars E.-U. par mois (soit une prestation ordinaire maximale de 2 760,00 dollars E.-U.).~~

~~2. a) Les prestations concernant les soins infirmiers de longue durée à domicile sont soumises à l'approbation du médecin-conseil.~~

~~b) La nature des soins infirmiers nécessaires doit faire l'objet d'une prescription médicale.~~

~~3.—~~

## CODE 3

### (MEDICAMENTS PRESCRITS)

1. ~~Le Comité de gestion a considéré que~~ Les articles et fournitures figurant dans la liste ci-après (non exhaustive) sont exclus du remboursement au titre du code 3:

- petits pansements adhésifs et bandages courants;
- eau distillée et eaux minérales;
- dentifrices (tous types);
- brosses à dents;
- cure-dents;
- produits de nettoyage des appareils dentaires;
- produits d'hygiène personnelle tels que gants de toilette, poudre de talc, bâtonnets pour les oreilles, etc.;
- sel marin;
- sels de bain;
- coton hydrophile;
- pansements pour cors;
- produits de pédicurie;
- crèmes solaires;
- produits diététiques;

- désodorisants;
- shampoings et lotions capillaires;
- désinfectants ménagers;
- produits cosmétiques spéciaux pour peaux sensibles ou allergiques;
- produits de nettoyage des lentilles de contact;
- alcools, vins et liqueurs.

2. Lorsque des produits pharmaceutiques sont achetés plus d'une fois, la prescription doit préciser clairement le nombre de fois où cet achat doit être renouvelé ou la période durant laquelle il doit l'être. Une simple indication comme «à renouveler» est considérée comme donnant droit à un seul renouvellement.

3. Une nouvelle prescription est exigée dans tous les cas tous les 12 mois.

4. En principe, n'ouvrent pas droit à prestations par la Caisse les médicaments qui sont considérés comme non remboursables autant en Suisse qu'en France en vertu des listes de médicaments officiellement reconnues, à moins qu'il ne soit établi qu'ils ouvrent droit à des prestations dans le cadre du régime général d'assurance-maladie du pays, autre que la Suisse ou la France, dans lequel les produits sont prescrits.

#### CODE 4 (SOINS DENTAIRES)

1. Aucune prestation n'est payable pour les traitements entrepris au cours de la première année de protection.

2. Par la suite, les dépenses approuvées maximales sont fixées à 1 500,00 dollars E.-U. par personne protégée et par année civile (soit un montant de prestations ordinaires de 1 200,00 dollars).

3. Le solde des dépenses approuvées restant à la fin de chaque année civile est reporté et ajouté au crédit de l'année suivante, sous réserve d'un maximum de report d'une année à l'autre de 4 500,00 dollars E.-U. (soit un montant de prestations ordinaires de 3 600,00 dollars).

4. Sont considérés comme traitements de maladies ordinaires les traitements suivants:

- i) malformations cranio-faciales;
- ii) chirurgie des fentes de la face;
- iii) chirurgie-~~orthogathique~~ orthognatique;
- iv) greffes osseuses non liées aux soins dentaires;
- v) articulation temporo-mandibulaire ;
- vi) agénésie dentaire congénitale-

#### CODE 5.1 (APPAREILS OPTIQUES)

1. Tout achat ou réparation effectué au cours de la première année de protection ne donne droit à aucune prestation.

2. Par la suite, les dépenses approuvées maximales sont fixées à 320,00 dollars E.-U. par personne protégée et par année civile (ce qui correspond à 256,00 dollars de prestations ordinaires).

3. Dans les limites du plafond prévu au paragraphe 2, les prestations afférentes aux montures ne peuvent dépasser 100,00 dollars E.-U.

4. Le solde des dépenses approuvées restant à la fin de toute année civile est reporté et ajouté au crédit de l'année suivante, sous réserve d'un report maximum d'une année à l'autre de 960,00 dollars E.-U. (soit un montant de prestations ordinaires de 768,00 dollars).

5. Le Comité de gestion peut autoriser le versement de prestations supérieures au maximum lorsque, par suite d'une opération chirurgicale, l'état des yeux nécessite un changement de verres.

#### CODE 5.2 (APPAREILS AUDITIFS)

1. Tout achat ou réparation effectué au cours de la première année de protection ne donne droit à aucune prestation.

2. Les dépenses approuvées sont limitées à 3 750,00 dollars E.-U. (ce qui correspond à 3 000,00 dollars E.-U. de prestations ordinaires) par oreille pour la période de trois années civiles.

CODE 6.1  
(TRANSPORT EN CAS D'URGENCE)

1. ~~Un transport médicalisé de longue distance est un transport de plus de 200 km aller-retour. Une urgence est un événement soudain et inattendu exigeant une intervention médicale immédiate.~~

2. ~~Il peut être raisonnablement attendu que la personne protégée ait souscrit un contrat d'assistance ou d'assurance voyage lorsqu'un déplacement d'une durée de plus de 72 heures est effectué par transport aérien ou maritime, ou lorsque la destination ne peut être atteinte en moins de 16 heures par transport terrestre, mais en aucun cas lorsque l'urgence survient à moins de 100 km de la résidence principale de la personne protégée. Le transport en ambulance terrestre ou aérienne, selon le cas, doit apparaître comme le seuil moyen de transport adapté au vu de la gravité médicale de l'état et des autres circonstances de l'urgence.~~

2.—3. ~~La détermination du lieu de traitement le plus proche est laissée à l'appréciation de l'équipe médicale assurant le transport.~~

3.—4. ~~Est réputée activité à risques une activité sportive ou de détente comportant un risque aggravé de chute, d'impact, de blessures ou de malaises, notamment les sports de neige, les sports nautiques et sub-aquatiques autres que la natation, les sports aériens et l'usage (à titre de pilote ou de passager) d'un avion privé, les sports de combat, les sports et activités de tir, l'usage à titre sportif d'engins à moteur, l'alpinisme ou la grimpe en cordée, l'escalade.~~

4.—Il peut être raisonnablement attendu, ~~dans de tels cas,~~ que la personne protégée ait souscrit un contrat d'assurance spécifique couvrant les cas d'urgence, ~~survenue à l'occasion d'une activité sportive ou de détente lorsque la conclusion d'un tel contrat est proposée à l'occasion de l'adhésion à un club, une association ou une fédération sportive, ou à l'achat d'un voyage, d'un billet, d'un abonnement ou d'un forfait.~~

5.—~~Pour les anciens fonctionnaires ayant été affectés au siège du BIT, la France est définie comme pays voisin du lieu d'affectation.~~

CODE 6.2  
(TRANSPORT EN CAS D'HOSPITALISATION ~~OU DE TRAITEMENTS AMBULATOIRES~~)

1. Le rapatriement, la convenance personnelle et le droit au libre choix du médecin, du pharmacien et de l'établissement médical en vertu de l'article 2.1 des Statuts ne sont pas constitutifs de la justification médicale du transport.

2. Pour les transports en taxi, les dépenses approuvées maximales sont fixées à ~~125,00~~500,00 dollars E.-U. par ~~transport aller-retour (soit une prestation ordinaire maximale de 100,00 dollars)~~ trajet.

3.—~~Un transport de longue distance est un transport de plus de 200 km aller-retour (codes 6.2.2 et 6.2.3).~~

4.—3. Les maladies et états chroniques dont le traitement peut ouvrir droit à prestations au titre du code 6.2.4 sont:

- l'insuffisance rénale nécessitant dialyse;
- les états cancéreux nécessitant chimiothérapie ou radiothérapie;
- états neuro-dégénératifs invalidants.

CODE 6.3  
(AUTRES ~~DEPLACEMENTS MEDICAUX~~ TRANSPORTS A DES FINS MEDICALES)

1. Le rapatriement, la convenance personnelle et le droit au libre choix du médecin, du pharmacien et de l'établissement médical en vertu de l'article 2.1 des Statuts ne sont pas constitutifs de la justification médicale du transport.

2. Le terme «zone de résidence» désigne le territoire situé dans un rayon de 100 km du lieu de résidence ~~principale~~ de la personne protégée.

3. Les prestations sont soumises à l'approbation préalable du médecin-conseil, lequel:

- i) certifie que les soins médicaux adéquats ne peuvent être assurés dans le lieu d'affectation ou la zone de résidence;
- ii) désigne le «lieu le plus proche» où les soins médicaux adéquats peuvent être assurés.

4. Les frais de déplacement ne sont remboursés que si les soins sont assurés dans le lieu le plus proche désigné par le médecin-conseil en vertu du paragraphe 2 ci-dessus.

5. Toutefois, le Secrétaire exécutif peut décider le remboursement de frais concernant un déplacement vers un lieu autre que le lieu le plus proche désigné par le médecin-conseil, sa décision étant alors justifiée soit par la préservation de la santé ou de la sécurité de la personne assurée, soit par un avantage économique pour la Caisse.

6. Le paiement ne peut dépasser le coût du billet le moins coûteux par le moyen de transport le moins onéreux, le transport en commun devant être privilégié.

~~7. Pour les anciens fonctionnaires ayant été affectés au siège du BIT, la France est définie comme pays voisin du lieu d'affectation.~~

CODE 7  
(FRAIS FUNERAIRES)

Les prestations maximales sont fixées à ~~500,00~~750,00 dollars E.-U.

CODE 8.1  
(EXAMENS PREVENTIFS, ~~ACTES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE ET VACCINS~~)

1. Seuls les examens énumérés ci-dessous ouvrent droit à remboursement ~~sans reste à charge~~à 100 pour cent :

- détermination du taux de PSA et toucher rectal tous les ans dès l'âge de 50 ans;
- mammographie tous les deux ans dès l'âge de 40 ans;
- frottis et examen pelvien tous les deux ans;
- test de recherche de sang occulte dans les selles tous les ans et coloscopie tous les cinq ans après l'âge de 50 ans;

2. Les actes de prévention et de dépistage énumérés ci-dessous ouvrent droit à remboursement à 100 pour cent :

~~- détartrage dentaire tous les ans ;~~

~~test de dépistage du VIH, dans la limite d'une dépense approuvée maximale de 100.00 dollars E.-U.~~

~~test de dépistage de l'hépatite B et C, dans la limite d'une dépense approuvée maximale de 100.00 dollars E.-U.~~

~~test de dépistage prénatal~~

2. Les examens, actes de prévention et de dépistage précités réalisés à une plus grande fréquence sont remboursés à 80 pour cent.

CODE 8.2  
(VACCINS)

12. Les vaccins énumérés ci-dessous ouvrent droit à remboursement ~~sans reste à charge~~à 100 pour cent:

- ~~- vaccin contre le virus de la grippe tous les ans;~~
- ~~- antiméningococcique conjugué A, C et W135Y~~
- ~~- antipneumococcique conjugué et polysidique~~
- ~~- BCG (tuberculose) et tests tuberculiniques~~
- ~~- coqueluche~~
- ~~- diphtérie~~
- ~~- encéphalite japonaise~~
- ~~- fièvre jaune~~
- ~~- fièvre typhoïde~~
- ~~- haemophilus influenzae type B~~
- ~~- hépatite A~~
- ~~- hépatite B~~
- ~~- oreillons~~
- ~~- papillomavirus humain~~

- poliomyélite
- rage
- rotavirus
- rougeole
- rubéole
- tétanos
- varicelle
- zona

32. Les vaccins plus fréquents seront remboursés à 80 pour cent. Le coût de l'acte médical ou de l'acte infirmier, si facturé à part, est remboursé à 80%.

#### CODE 9 (MEDECINES ALTERNATIVES)

1. Le maximum des dépenses approuvées est fixé à 1 200,00 dollars E.-U. par personne protégée par année civile (soit une prestation ordinaire maximale de 960,00 dollars E.-U. par personne protégée par année civile).

2. Seuls les traitements énumérés ci-dessous donnent droit à remboursement:

- acupuncture
- chiropraxie
- médecine ayurvédique
- médecine traditionnelle chinoise
- mésothérapie
- ostéopathie

#### CODE 10 PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE

1. Le maximum des dépenses approuvées est fixé à 30 000.00 dollars E.-U. par personne protégée pour l'ensemble de la ou les période(s) d'affiliation.