

1. Avantage Diabète

L'assurance complémentaire intervient dans les frais des personnes diabétiques pour :

- Les lancettes
- Les tigettes
- Un glucomètre
- Les aiguilles
- Les capteurs
- L'abonnement à l'association belge du diabète (A.B.D.)
- Le Glucagen (médicament d'urgence en cas d'hypoglycémie sévère)

L'intervention est de maximum 100 € par année civile, à concurrence des frais réellement supportés par l'affilié.

Le bénéficiaire doit avoir un DMG ouvert et en cours de validité.

Il doit également avoir une reconnaissance de patient diabétique en assurance obligatoire : pré-trajet ou suivi de patient diabétique de type 2, trajet de soins ou convention.

Le glucomètre est remboursé une fois tous les 3 ans (année civile).

L'abonnement à l'ABD est remboursé à concurrence de maximum 35 € par année civile.

Les lancettes, tigettes, aiguilles, glucomètre, capteurs et le Glucagen sont intégralement remboursés (jusqu'au plafond de 100 €).

Le plafond de 100 € comprend les tigettes, les lancettes, les aiguilles, les capteurs, le glucomètre, l'abonnement à l'ABD et le Glucagen.

Le bénéficiaire doit fournir un BVAC, une facture ou un document équivalent reprenant les données permettant de payer l'avantage.

Les personnes bénéficiant d'une reconnaissance en AO peuvent bénéficier, en assurance obligatoire, d'un remboursement pour deux consultations de diététique et deux consultations de podologie par an.

En AC, pour l'avantage pédicurie, les diabétiques bénéficient d'un remboursement pour deux séances supplémentaires (7 séances par année civile au lieu de 5).

2. Avantage Prothèses capillaires

L'assurance complémentaire octroie une intervention dans le coût d'une prothèse capillaire, pour un montant maximum de 90 €.

L'intervention est payée après déduction du montant remboursé par l'AO. Elle est octroyée une fois tous les deux ans, de date à date.

La prothèse doit faire l'objet d'une intervention en assurance obligatoire.

Le bénéficiaire ne doit pas avoir de DMG.

Il doit nous remettre la facture (une prescription médicale est nécessaire pour le remboursement de l'AO).

3. Avantage Semelles orthopédiques et posturales

L'assurance complémentaire octroie une intervention dans le coût des semelles orthopédiques ou posturales ou proprioceptives ou fonctionnelles biomécaniques.

L'intervention s'élève à 40 €, à concurrence du montant réellement payé par l'affilié :

- Une fois par année civile pour les moins de 18 ans ;
- une fois toutes les deux années civiles pour les 18 ans et +.

Le bénéficiaire doit avoir un DMG ouvert et en cours de validité.

Les semelles orthopédiques sont prescrites par un médecin et fournies par un bandagiste.

Les semelles posturales sont fournies, sans prescription, par un podologue ou un posturopodiste.

Le bénéficiaire doit nous remettre une facture (semelles posturales) ou une attestation de fourniture (semelles orthopédiques).

4. Avantage soins dentaires et orthodontie - Prothèse dentaire amovible

L'assurance complémentaire octroie une intervention de 150 € dans le coût d'une prothèse dentaire amovible, une fois tous les 7 ans.

L'intervention est octroyée par mâchoire (inférieure et supérieure).

Le délai de 7 ans court à dater de l'acquisition de la prothèse dentaire.

La prothèse ne doit pas avoir fait l'objet d'une intervention en assurance obligatoire.

Le bénéficiaire doit avoir un DMG ouvert et en cours de validité.

Il doit nous fournir le formulaire de demande d'intervention complété par le dentiste ou un document équivalent (reprenant l'identification du bénéficiaire, le code nomenclature pour la prothèse et le montant payé).

5. Avantage Répit

L'assurance complémentaire octroie une intervention dans les frais de garde à domicile d'une personne handicapée, quel que soit son âge.

L'intervention est fixée à 2 € par heure de garde avec maximum de :

- 10 heures consécutives par prise en charge ;
- 3 jours ou 2 nuits consécutives par prise en charge ;
- 720 € par année civile et par personne.

La personne à garder doit faire l'objet d'une reconnaissance d'un handicap par un organisme public compétent (AVIq ou équivalent néerlandophone/germanophone ou Direction générale des personnes handicapées du SPF sécurité sociale).

Les frais de déplacement du garde-répit ne sont pas indemnisés.

Le bénéficiaire ne doit pas avoir de DMG.

Le bénéficiaire doit nous remettre une facture du service de répit (reprenant l'identification du bénéficiaire et du service de répit, la date de prestation, le nombre d'heures et le prix payé).

6. Avantage Transport de malades

L'assurance complémentaire octroie une intervention dans les frais de transport :

- Urgent
- Non-urgent réalisés en vue :
 1. D'une hospitalisation classique ou d'une hospitalisation de jour ;
 2. D'une consultation chez un médecin spécialiste, d'un examen d'imagerie médicale, d'un électrocardiogramme, d'un encéphalogramme, d'une prise en charge en salle de plâtre ;
 3. De séances de rééducation cardiaque, pulmonaire ou pluridisciplinaire ;
 4. De séances d'un traitement de dialyse, radiothérapie ou chimiothérapie ;
 5. D'une consultation chez un dentiste ou un médecin spécialiste au cabinet privé, pour les personnes de plus de 65 ans, les malades chroniques et les cas dignes d'intérêt, avec un maximum de 12 déplacements par année civile et par bénéficiaire.

Sont considérés comme urgents les transports résultant d'un appel au 112.

L'intervention est octroyée pour tous les bénéficiaires qui ne savent pas se déplacer par leurs propres moyens, ni utiliser les transports en commun.

Le transport doit se faire en milieu hospitalier c'est-à-dire de ou vers un hôpital, une polyclinique liée à un hôpital ou une polyclinique reconnue par Solidaris.

Le lieu de résidence du patient peut être une maison de repos ou de convalescence lorsque le patient y séjourne temporairement ou définitivement.

Le transport doit se faire :

- En ambulance ou en hélicoptère pour un transport urgent ;
- En ambulance, TPRM, VSL, taxi ou assimilé pour un transport non urgent.

Le transport doit être justifié par un certificat médical. Pour les traitements de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, un seul certificat médical est valable pour l'ensemble du traitement.

Le bénéficiaire ne doit pas avoir de DMG.

Lorsque le patient décède avant ou pendant la prise en charge, l'intervention de l'AC est octroyée.

L'assurance complémentaire intervient à concurrence de :

- Pour les transports urgents :
 - ✓ 50 % du montant facturé au patient ;
 - ✓ Pour les transports réalisés en hélicoptère de réanimation, l'intervention est égale au montant facturé, avec un maximum de 775 € ; dans les cas où l'hélicoptère se déplace et que son personnel

donne les premiers soins dans l'attente de l'arrivée de l'ambulance qui, ensuite, assure le transport du patient vers un hôpital, l'intervention est limitée à 375 €.

- Pour les transports non-urgents en ambulance : le montant payé par le patient, avec les maximums suivants :
 - ✓ 25 € pour la prise en charge et les 10 premiers kilomètres parcourus ;
 - ✓ 1,00 € par kilomètre parcouru à partir du 11ème kilomètre ; ce montant est porté à 1,30 € par kilomètre parcouru pour les transports en vue de séances de dialyse, radiothérapie ou chimiothérapie
- Pour les transports non-urgents en T.P.M.R. ou en V.S.L. : le montant payé par le patient, avec les maximums suivants :
 - ✓ 15 € pour la prise en charge et les 10 premiers kilomètres parcourus ;
 - ✓ 0,70 € par kilomètre parcouru à partir du 11ème kilomètre ; ce montant est porté à 0,77 € par kilomètre parcouru pour les transports en vue de séances de dialyse, radiothérapie ou chimiothérapie
- Pour les transports en taxis ou assimilés : le montant payé par le patient, avec les maximums suivants :
 - ✓ 0,50 € par kilomètre parcouru pour les dix premiers kilomètres ;
 - ✓ 0,25 € par kilomètre parcouru à partir du 11ème kilomètre.

Le bénéficiaire doit nous remettre la facture du transport et le justificatif médical.

Pour les affiliés qui recourent à une structure reconnue par Solidaris (telles les CSD), un tiers-payant sera organisé.