

## ANNEXE V

**PLAN POUR PERSONNEL TITULAIRE  
D'UN ENGAGEMENT D'UNE DUREE DE MOINS DE TROIS MOIS**

**CONDITIONS D'ADMISSION À L'ASSURANCE  
ET PÉRIODE DE COUVERTURE**

Les fonctionnaires d'un engagement temporaire d'une durée de moins de trois mois peuvent devenir sociétaires sous le plan Temporaire de l'Assurance. Le titulaire d'un engagement temporaire d'une durée initiale de moins de trois mois ne peut pas assurer les membres de sa famille.

La période de couverture s'étend du premier jour au dernier jour du contrat d'emploi inclus. A la cessation du contrat, le sociétaire du plan Temporaire ne peut conserver le bénéfice de l'Assurance et les frais encourus après cette date ne seront plus remboursés par l'Assurance.

Les prestations versées au personnel assuré en vertu de l'article III 2. de l'Assurance sont régies par la procédure suivante.

**PRESTATIONS**

Les prestations ne sont versées que pour des maladies ou accidents en cours d'emploi et ne comprennent que les prestations de base. Il n'y a pas d'application du plan complémentaire. Les prestations sont remboursées conformément à la procédure établie par le Règlement de l'Assurance et calculées comme spécifié dans l'annexe III du présent Règlement, sauf pour celles d'entre elles qui font l'objet d'exclusions ou de limitations comme décrit ci-dessous :

*Exclusions* : Aucune prestation n'est versée au titre des rubriques suivantes :

- Prestations médicales ou paramédicales relatives à un séjour de longue durée en milieu médicalisé (rubrique 6)
- Soins infirmiers de longue durée (rubrique 8)
- Frais de gardes-malades et aide-ménagères (rubrique 9)
- Prestations forfaitaires à domicile pour des actes d'hygiène et de mobilité (rubrique 10)
- Frais de cure (rubriques 11 et 12)
- Traitements de l'obésité (rubrique 13)
- Traitements psychiatriques (rubrique 18)
- Appareils de prothèse (rubrique 20)
- Appareils de surdité et respiratoires (rubrique 21)
- Frais d'optique (rubrique 22)
- Soins dentaires (rubriques 23 et 24), seuls des traitements d'urgence approuvés par le Médecin-conseil pourront être remboursés, ce à 80% jusqu'à un maximum de Frs. 500.-

- Opérations maxillo-faciales (rubrique 25)
- Maternité (rubrique 26)
- Transport (rubrique 28)
- Frais funéraires (rubrique 29)

*Plafond global des remboursements* : Le montant global des prestations versées par l'Assurance fait l'objet d'un plafond de Frs. 20 000.- par cas d'accident, de maladie et/ou d'hospitalisation.

**EXTENSION DE L'ASSURANCE APRÈS TROIS MOIS**

Toute personne qui a été affiliée sans interruption durant une période de trois mois sous le plan Temporaire de l'Assurance devient éligible pour rejoindre le plan principal de l'Assurance et pourra bénéficier des mêmes prestations d'assurance maladie que les sociétaires titulaires d'un engagement permanent, continu, à durée déterminée et temporaire de plus de trois mois. Dans le cas où le titulaire d'un contrat temporaire est engagé pour une période cumulative de trois mois ou plus, la personne pourra également demander l'affiliation des membres éligibles de sa famille au plan Principal de l'Assurance, ce au même moment où elle/il demandera sa/son affiliation au plan Principal.