

OFFICE DES NATIONS UNIES A GENEVE

Assurance Mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies

Règlement

Comment nous contacter :

Centre d'Assistance à la Clientèle :
De 10h à 16h
(Palais des Nations, Bâtiment H)

Tel : +41 22 917 99 99
10h – 12h et 14h – 16h

E-mail : unsmis@un.org

Fax : 022 917 02 98

Site internet : <https://medical-insurance.unog.ch>

Palais des Nations

Mise à jour le 1^{er} février 2022

TABLE DES MATIERES

REGLEMENT

<i>Articles</i>	<i>Pages</i>
I. ENTREE EN VIGUEUR ET APPLICATION	3
II. DEFINITIONS	4
III. SOCIETAIRES	5
IV. CONDITIONS D'ADMISSION A L'ASSURANCE	6
V. CONDITIONS DE PROLONGATION A L'ASSURANCE	8
VI. CONDITIONS DE SEPARATION DE L'ASSURANCE	9
VII. PRIMES	10
VIII. PRESTATIONS	13
IX. ADMINISTRATION ET RECOURS	15

ANNEXES

I. BAREME DES PRIMES	16
II. PROCEDURE ET CONDITIONS DE PRESENTATION ET DE LIQUIDATION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT	17
III. PRESTATIONS MEDICALES	18
IV. PERSONNES SPECIALEMENT PROTEGEES	31
V. PLAN POUR PERSONNEL TITULAIRE D'UN ENGAGEMENT D'UNE DUREE DE MOINS DE TROIS MOIS	32

OFFICE DES NATIONS UNIES À GENÈVE

ASSURANCE MUTUELLE CONTRE LA MALADIE ET LES ACCIDENTS DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES

RÈGLEMENT

Article I

ENTRÉE EN VIGUEUR ET APPLICATION

1. Le présent Règlement a été élaboré conformément à l'article 4 des Statuts et approuvé par le Directeur général de l'Office des Nations Unies à Genève, le texte français faisant foi. Le Règlement a été modifié et mis à jour le 1^{er} février 2022 en suivant les recommandations du Comité exécutif et l'approbation de la Directrice Générale/du Directeur Général, ONUG. Toutes modifications ont été communiquées aux membres assurés selon les procédures établies dans les Statuts et le Règlement.

2. Les dispositions du Règlement sont applicables, *mutatis mutandis*, au personnel des institutions spécialisées dont l'affiliation au plan a été acceptée dans les conditions prévues au chapitre III des Statuts.

Article II

DÉFINITIONS

Aux fins du présent Règlement:

Par *Assurance, plan d'assurance* ou *plan*, on entend l'Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies à Genève ;

Par *article* on entend une des dispositions du Règlement;

Par *Secrétaire* on entend le Secrétaire exécutif de l'Assurance;

Par *Administration* on entend la Division de l'administration de l'Office des Nations Unies à Genève;

Par *couverture* on entend la couverture assurée par le plan et le droit de bénéficiaire des prestations prévues par les Statuts et le Règlement;

Par *personne protégée* on entend un membre de la famille du sociétaire selon la définition du présent Règlement, ou toute autre personne visée au paragraphe 4 de l'article 6 des Statuts ;

Par *personne assurée* on entend un sociétaire ou une personne protégée couverte par le plan ;

Par *année civile* on entend la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre. En cas d'affiliation en cours d'année, on entend la période comprise entre la date d'affiliation

et le 31 décembre. En cas de résiliation de l'Assurance en cours d'année, on entend la période comprise entre le 1^{er} janvier et la date de résiliation, ou entre la date d'affiliation et la date de résiliation ;

Par *membre du personnel de l'Organisation des Nations Unies* on entend tous les fonctionnaires sous contrat avec l'Office des Nations Unies à Genève ou avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés à l'exclusion, sauf exception approuvée par l'Assurance, du personnel hors-siège engagé localement ;

Par *institution spécialisée membre de l'Assurance* on entend, conformément à l'article 6 des Statuts, toute institution spécialisée à Genève ayant signé un accord avec la Directrice générale/le Directeur général de l'Office des Nations Unies à Genève ;

Par *organisme du système des Nations Unies* on entend principalement le Siège de l'Organisation des Nations Unies, l'Office des Nations Unies à Vienne, les Commissions économiques et sociales et les institutions spécialisées dont le siège ne se trouve pas à Genève ;

Par *prime* on entend la cotisation du fonctionnaire plus la subvention payée par l'Organisation.

Article III

SOCIÉTAIRES

Sociétaires actifs

1. Tout membre du personnel de l'Organisation des Nations Unies et d'une institution spécialisée membre de l'Assurance a la faculté de participer au plan Principal de l'Assurance en tant que sociétaire, à condition d'être titulaire :

- a) d'une nomination à titre permanent ou continue ;
- b) d'une nomination de durée déterminée ou temporaire de trois mois ou plus.

2. Un membre du personnel de l'Organisation des Nations Unies ou d'une institution spécialisée d'une nomination temporaire d'une durée inférieure à trois mois a la faculté de participer au plan Temporaire de l'Assurance aux conditions de l'annexe V du Règlement de l'Assurance.

3. Toute personne qui a été affiliée sous le plan temporaire conformément aux dispositions de l'annexe V durant une période de trois mois sans interruption peut devenir sociétaire avec les mêmes prestations d'assurance maladie que le personnel visé aux articles 1 a) et 1 b). Dans ce cas, les fonctionnaires titulaires d'un engagement temporaire rejoignant le plan principal de l'Assurance peuvent également demander la participation, comme assurés, des membres éligibles de leur famille.

Sociétaires retraités

4. Le bénéficiaire d'un système d'assurance maladie après la cessation de service n'est acquis qu'à titre de continuation d'une affiliation antérieure à l'Assurance ou à un système d'assurance d'un organisme du système des Nations Unies. Peut donc participer à l'Assurance en tant que sociétaires, après la cessation de service, tout ancien fonctionnaire qui cesse son service :

a) alors qu'il est affilié à l'Assurance ou à un système d'assurance maladie d'un organisme du système des Nations Unies, et qui reçoit une prestation d'invalidité en vertu des Statuts de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ou une indemnité en vertu de l'appendice D du Règlement du personnel ; ou

b) à l'âge de 55 ans ou au-delà, et qui est affilié à l'Assurance ou à un système d'assurance d'un organisme du système des Nations Unies depuis au moins cinq ans pour les fonctionnaires recrutés avant le 1^{er} juillet 2007 et depuis au moins 10 ans pour les fonctionnaires recrutés le 1^{er} juillet 2007 et après cette date, qui est éligible et choisit de recevoir une prestation de retraite anticipée ou de retraite différée en vertu des Statuts de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies.

Des informations complètes sur les conditions d'éligibilité et les procédures administratives relatives à la couverture d'assurance maladie après la cessation de service figurent dans l'instruction administrative ST/AI/2007/3 sur l'assurance maladie après la cessation de service.

Article IV

CONDITIONS D'ADMISSION A L'ASSURANCE

1. Le fonctionnaire doit présenter sa demande d'admission par écrit sur un formulaire de l'Assurance dans les 31 jours qui suivent son entrée en fonction ou à la date à laquelle il remplit les conditions requises pour devenir sociétaire, ou au cours d'une campagne annuelle d'affiliation.

2. Le sociétaire (autre que le titulaire d'un engagement temporaire de moins de trois mois) peut obtenir le bénéfice de l'Assurance pour les membres suivants de sa famille :

a) Conjoint à sa charge au sens du Règlement du personnel ;

b) Enfants célibataires de moins de 21 ans, à sa charge au sens du Règlement du personnel ;

c) Enfants de 18 ans ou plus restant à sa charge en raison d'une invalidité permanente au sens du Règlement du personnel ou des Statuts de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ;

d) *Personnes spécialement protégées* :

i) Conjoint et enfants célibataires de moins de 21 ans qui ne sont pas reconnus comme personnes à charge par l'Organisation des Nations Unies ;

ii) Enfants célibataires de 21 ans jusqu'au jour de leur 30^{ème} anniversaire, fréquentant régulièrement un établissement scolaire ou universitaire ou n'exerçant pas un emploi régulier ou ne disposant pas d'un revenu régulier ;

iii) Père, mère, frère ou sœur non directement à charge au sens du Règlement du personnel, dans la limite des prestations décrites dans l'Annexe IV du présent Règlement.

3. Les demandes d'admission de membres de la famille d'un sociétaire actif au bénéfice de l'Assurance peuvent être présentées :

a) Au moment où le fonctionnaire demande son admission à l'Assurance ;

b) Dans les 31 jours qui suivent l'arrivée des membres de la famille au lieu d'affectation du fonctionnaire ;

c) Dans les 31 jours suivant la date du mariage ou de la naissance ;

d) l'époque de la campagne annuelle d'affiliation;

e) Pour les personnes non directement à charge (père, mère, frère et sœur), durant les 31 jours suivant la date à laquelle leur statut de personne non directement à

charge a été reconnu par l'Organisation pour la première fois, ou lors de la campagne annuelle d'affiliation.

4. Peuvent bénéficier de l'assurance maladie le conjoint et les enfants à charge¹ d'un ancien fonctionnaire qui étaient affiliés à l'Assurance ou à un système d'assurance maladie d'un organisme du système des Nations Unies à la date où ledit fonctionnaire a cessé son service, pour autant que l'ancien fonctionnaire demeure affilié ou s'affilie à l'Assurance. Pour les fonctionnaires recrutés le 1^{er} juillet 2007 ou après cette date, pour bénéficier de l'assurance maladie au moment où le fonctionnaire cesse son service et pour autant que celui-ci demeure affilié ou s'affilie à l'Assurance, le conjoint et les enfants à charge devront avoir été affiliés à l'Assurance ou à un système d'assurance maladie d'un organisme du système des Nations Unies pendant cinq ans minimum, ou au moins deux ans si le conjoint était couvert par l'assurance d'un autre employeur ou d'un gouvernement national. Toutefois, dans le cas du conjoint ou des autres personnes qui sont devenues personnes à charge du fonctionnaire moins de cinq ans avant la cessation de service de celui-ci, l'obligation d'avoir été affilié pendant deux ou cinq ans ne s'applique pas, à condition que les intéressés aient été affiliés dans les 30 jours suivant la date à laquelle ils ont acquis le statut de personne à charge du fonctionnaire. Les personnes spécialement protégées définies à l'article IV 2 d) ci-dessus ne peuvent bénéficier de l'assurance maladie que si elles ont été affiliées à un tel système depuis au moins une année.

5. Un fonctionnaire en activité ne peut être considéré comme personne à charge d'un fonctionnaire retraité aux fins de l'Assurance. Il est automatiquement considéré comme sociétaire.

6. Lorsque la demande satisfait aux conditions requises par le plan, la date d'admission est celle à laquelle la demande a été reçue par le Service du personnel de l'organisation concernée à Genève; cependant, dans le cas d'enfants nouveau-nés pour lesquels une demande est présentée dans les 31 jours qui suivent la naissance, l'admission prend effet à partir de la date de la naissance ; dans le cas de nouveaux fonctionnaires, l'admission présentée dans les 31 jours prend effet au premier jour du contrat sauf indication contraire du fonctionnaire qui demande une affiliation différée pour cause de double couverture d'assurance. Le fonctionnaire doit fournir la justification de sa demande.

7. Les formulaires de demande d'admission au bénéfice de l'Assurance sont fournis par le Service du personnel à

¹ « Le conjoint et les enfants à charge » selon la définition de l'article IV 2. a), b) et c) du Règlement de l'Assurance.

Genève ou peuvent être demandés au Secrétaire de l'Assurance. L'initiative de la présentation d'une demande dans les conditions et selon les modalités prévues par le Règlement appartient au fonctionnaire ou aux autres

personnes sollicitant le bénéfice de l'Assurance ou son maintien. Le Secrétaire avise le demandeur de la suite donnée à sa demande, ou des autres conditions ou dispositions auxquelles elle doit satisfaire.

Article V

CONDITIONS DE PROLONGATION DE L'ASSURANCE

1. Le sociétaire qui prend un congé spécial sans traitement ou qui est détaché auprès d'un organisme du système des Nations Unies non membre de l'Assurance peut conserver la qualité de sociétaire, ainsi que le bénéfice de l'Assurance pour lui-même et les membres de sa famille ayant la qualité de personnes assurées, en informant par écrit le Secrétaire que tel est son désir. Il conserve ainsi l'ensemble de ses droits acquis pour le remboursement de prestations ou l'affiliation de nouveaux membres.

2. En cas de transfert à une institution spécialisée membre de l'Assurance, le sociétaire peut conserver la qualité de sociétaire et le bénéfice de l'Assurance aux membres de sa famille ayant qualité de personnes assurées, en adressant une demande en ce sens au Service du personnel de l'organisation où il est transféré.

3. Le sociétaire qui cesse ses fonctions ou est transféré à un organisme du système des Nations Unies peut, s'il en fait la demande, conserver le bénéfice de l'Assurance pour lui-même et, le cas échéant, les membres de sa famille en tant que personnes protégées, pendant une période de trois mois au-delà de la date de la cessation de service ou du transfert, pour autant qu'il ait été affilié pendant une période de six mois consécutifs. Cette période de prolongation ne compte pas dans le calcul de la période d'éligibilité à l'assurance maladie après la cessation de service, sauf en cas de transfert dans une autre organisation de la famille des Nations Unies.

4. a) Le fonctionnaire recruté avant le 1^{er} juillet 2007 qui cesse ses fonctions (autrement que par licenciement sans préavis) à l'âge de 55 ans ou après, et a été affilié pendant au moins cinq ans, ou au moins dix ans s'il a été recruté à partir du 1^{er} juillet 2007, peut prolonger son affiliation, et celle des membres de famille éligibles, à condition que ledit fonctionnaire soit éligible et choisit de percevoir une prestation périodique de retraite, de retraite anticipée ou de retraite différée payable en vertu du règlement de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ;

b) Un fonctionnaire qui était membre du personnel et a quitté ses fonctions (sauf en cas de licenciement sans préavis) avec une prestation d'invalidité en vertu du Règlement de la Caisse commune du personnel des Nations Unies ou avec une indemnité d'invalidité en vertu de l'Appendice D du

Règlement du personnel, peut prolonger sa couverture et celle des membres de sa famille éligibles.

Des informations détaillées sur les règles et conditions régissant l'admissibilité à l'assurance maladie après la cessation de service et les droits acquis sont énoncées dans l'instruction administrative ST/AI/2007/3 sur l'assurance maladie après la cessation de service.

5. Peuvent continuer à bénéficier de l'assurance, le conjoint, les enfants célibataires de moins de 21 ans et les personnes spécialement protégées :

a) survivant à un fonctionnaire décédé alors qu'il était au service de l'Organisation et était affilié à l'Assurance ; ou

b) survivant à un ancien fonctionnaire décédé alors qu'il était affilié à l'Assurance, pour autant qu'ils aient été affiliés à l'Assurance à la date du décès du fonctionnaire ou de l'ancien fonctionnaire et qu'ils reçoivent une prestation périodique en vertu des Statuts de la Caisse commune des pensions ou de l'appendice D du Règlement du personnel, ou en vertu de ces deux textes à la fois.

6. Les sociétaires qui souhaitent prolonger la couverture d'assurance pour eux-mêmes ou pour les membres de leur famille conformément aux articles V.1-V.3 doivent prendre intégralement à leur charge la prime à verser à l'Assurance. Ils doivent en informer l'Assurance par écrit en avance.

7. Les sociétaires éligibles souhaitant adhérer à l'assurance maladie après la cessation de service doivent suivre les procédures décrites dans la section 7 de la ST/AI/2007/3. Le survivant du fonctionnaire ou de l'ancien fonctionnaire doit normalement présenter une demande à l'Assurance par écrit dans les six mois.

8. En cas de divorce, le Comité peut examiner la demande de l'ex-conjoint divorcé et maintenir son affiliation en tant qu'ex-conjoint non à la charge du sociétaire sous réserve du paiement anticipé de la cotisation. Le maintien de la couverture d'assurance est au maximum d'une année. En cas de divorce d'un retraité, le Comité pourra toutefois accepter le maintien de la couverture pour une affiliation permanente, sur demande de l'intéressé. Le conjoint divorcé qui devient personne spécialement protégée ne peut avoir de nouvelles personnes à charge et ne peut maintenir son affiliation en cas de remariage.

Article VI

CONDITIONS DE SÉPARATION DE L'ASSURANCE

1. La date de séparation de l'Assurance, qui détermine la fin de la période d'affiliation, s'entend de la date de cessation de service au sens du Règlement du personnel ou de la date à laquelle les conditions prescrites aux articles IV ou V cessent d'être remplies (par exemple, le jour du trentième anniversaire d'un enfant, ou le jour où un enfant se marie ou obtient un emploi régulier).

2. Les sociétaires qui ne souhaitent pas prolonger la couverture d'assurance pour eux-mêmes ou pour les membres de leur famille doivent en informer l'Assurance par écrit avec un préavis de trois mois. Si l'Assurance est interrompue, elle ne pourra être reprise que si le Comité

exécutif estime que l'interruption a été décidée en toute bonne foi et pour des raisons valables.

3. En cas de congé spécial sans traitement et quelqu'en soit la durée, le sociétaire qui décide de ne pas rester assuré (Article V. 1) ne peut prétendre ni au remboursement des frais occasionnés durant cette période, ni aux crédits cumulables correspondant à ce congé. Sauf avis contraire de l'intéressé, l'affiliation à l'Assurance aux mêmes conditions que lors du départ est immédiate dès le retour du fonctionnaire. Les crédits accumulés selon l'Annexe III avant le départ sont reportés inchangés au moment du retour.

Article VII

PRIMES

1. Les primes sont dans tous les cas exigibles par mois entier de l'année civile et sont calculées selon le barème figurant dans l'Annexe I du présent Règlement.

2. a) La cotisation d'un sociétaire en activité est calculée sur la base du traitement net.

b) Aux fins de ce calcul, le « traitement net » s'entend du traitement brut de base, moins la contribution du personnel, plus l'indemnité de poste, l'indemnité de non-résident et la prime de connaissances linguistiques, le cas échéant.

c) En ce qui concerne les fonctionnaires employés à temps partiel, le montant total de la prime qui doit être perçu par l'Assurance (c'est-à-dire la cotisation du fonctionnaire augmentée du montant de la subvention payée par l'Organisation) est calculé sur la base du traitement net qui serait versé au fonctionnaire s'il était employé à plein temps, étant entendu que la subvention payée par l'Organisation correspond uniquement au temps où le fonctionnaire est employé.

d) Dans le cas du maintien de la couverture en vertu des articles V.1-V.3, les conditions ci-dessus s'appliquent au dernier traitement net du fonctionnaire. Pour toute période supérieure à un an, le montant est indexé annuellement selon le taux fixé par le Comité exécutif.

3. Dans les cas suivants, le montant intégral de la prime, c'est-à-dire la cotisation calculée conformément à l'Annexe I du présent Règlement, augmentée du montant de la subvention normalement payée par l'Organisation en vertu de l'article XI des Statuts, doit être versé par le fonctionnaire :

a) Pour que le bénéfice de l'Assurance soit maintenu pendant un congé spécial sans traitement en vertu de l'article V.1; si le congé spécial sans traitement a été accordé à la suite d'une maladie ou d'un accident, les primes sont calculées sur la base d'un tiers du traitement net du sociétaire le dernier jour où il a exercé ses fonctions ;

b) Pour que le bénéfice de l'Assurance soit prolongé en vertu de l'articles V. 4.

4.a) Après la cessation de service, l'ancien fonctionnaire qui souhaite rester affilié à l'Assurance en tant que retraité verse une prime calculée sur la base de la totalité des revenus versés en vertu des Statuts de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ou de l'appendice D du Règlement du personnel, ou de ces deux textes à la fois, et intégrant, le cas échéant, la somme en capital prélevée lors du départ à la retraite. La contribution minimale est calculée sur la base d'une pension représentant au moins vingt années de service pour les fonctionnaires recrutés avant le 1^{er} juillet

2007 et vingt-cinq années pour les fonctionnaires recrutés le 1^{er} juillet 2007 ou après cette date.

b) Une prime plancher est établie chaque année par l'Assurance, mais le montant à la charge des participants à revenus modestes peut être réduit dans une proportion décidée par le Comité exécutif.

c) Aux fins de calcul de la prime des survivants, le conjoint survivant, ou l'enfant assuré seul, ou l'aîné des enfants si plus d'un enfant est assuré, est considéré comme chef de famille et tous les autres enfants sont considérés comme membres de la famille. Les primes sont calculées pour le chef de famille selon le taux applicable à un sociétaire et, pour les autres enfants à charge, selon le taux applicable aux personnes à charge.

5. Dans tous les cas, le calcul de la contribution d'un(e) conjoint(e) dépend de son statut comme indiqué dans le tableau page 12.

6. Le montant intégral de la prime d'assurance est supporté conjointement par le sociétaire et l'Organisation conformément à l'Annexe I du présent Règlement. Sauf s'il reçoit une prestation d'invalidité, l'ancien fonctionnaire qui n'a pas été affilié à un système d'assurance maladie d'un organisme du système des Nations Unies pendant au moins dix années et, qui a été recruté avant le 1^{er} juillet 2007, doit verser le montant intégral de la prime incluant la subvention payée par l'Organisation. Quand la durée totale de la période d'affiliation de l'ancien fonctionnaire, tant comme fonctionnaire en activité que comme participant à l'assurance maladie après la cessation de service, a atteint dix années, le coût de la prime est supporté conjointement par l'intéressé et par l'Organisation. Les fonctionnaires titulaires d'un engagement temporaire n'accumulent pas de crédits en vue de l'éligibilité à l'assurance maladie après la cessation de service.

7. La contribution des sociétaires qui sont des fonctionnaires en activité est retenue chaque mois sur leur traitement par l'Organisation. Celle des sociétaires retraités est retenue chaque mois à la source par la Caisse commune des Pensions des Nations Unies pour être versée au compte de l'Assurance.

9. Les primes des personnes assurées non inscrites sur les états de traitement de Genève doivent être versées d'avance. Les primes des personnes retraitées qui ne sont pas retenues par la Caisse commune des Pensions des Nations Unies doivent être versées d'avance, sur une base trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Tout retard dans le versement de ces primes suspend les droits aux prestations de l'Assurance. Les primes doivent être versées en francs suisses ou en dollars des États-Unis au taux spécifié par l'Assurance.

Si nécessaire, le participant peut être appelé à verser une prime provisoire, sous réserve d'un ajustement ultérieur.

10. Les primes pour les personnes spécialement protégées sont forfaitaires. Le Comité exécutif en fixe le montant pour chaque catégorie couverte, de telle sorte que les sommes perçues par l'Assurance pour

chaque catégorie de personnes spécialement protégées suffisent à couvrir les prestations pour lesdites catégories, compte tenu de l'expérience acquise eu égard au coût de la protection de ces personnes. Les primes actuelles sont indiquées dans l'Annexe I du présent Règlement.

Situation	Membre cotisant	Situation du conjoint	Base de calcul de la contribution	
			du sociétaire ¹	du conjoint
1	Fonctionnaire	Personne à charge (revenus inférieurs à un G1/éch. 1)	Prime d'un sociétaire avec personne à charge	Inclus dans la prime du sociétaire
2	Fonctionnaire	Personne non à charge et non-fonctionnaire	Prime d'un sociétaire actif seul	Prime pour personne spécialement protégée
3	Fonctionnaire	Personne non à charge et fonctionnaire d'une organisation membre de l'Assurance	Prime d'un sociétaire actif seul	Prime d'un sociétaire actif seul
4	Fonctionnaire	Fonctionnaire retraité de la Caisse commune des Pensions reconnu par l'Assurance comme personne à charge (revenus inférieurs à un G1/éch.1 déclarés par le fonctionnaire)	Prime d'un sociétaire actif avec personne à charge	Inclus dans la prime du sociétaire
5	Fonctionnaire	Fonctionnaire retraité de la Caisse commune pensions et ayant des revenus, y compris la pension, supérieurs à un G1/éch. 1	Prime d'un sociétaire actif seul	Prime d'un sociétaire retraité seul
6	Fonctionnaire retraité	Personne à charge (revenus inférieurs à un G II éch. 1 déclarés par le fonctionnaire)	Prime d'un sociétaire retraité avec personne à charge	Inclus dans la prime du retraité
7	Fonctionnaire retraité	Personne non à charge	Prime d'un sociétaire retraité seul	Prime pour personne spécialement protégée
8	Fonctionnaire retraité ayant des revenus, y compris la pension, inférieurs à un G1/éch. 1	Fonctionnaire d'une organisation membre de l'Assurance	Le conjoint, fonctionnaire actif, devient le sociétaire et paye la prime d'un sociétaire actif avec personne à charge (situation 4).	Le fonctionnaire retraité devient le conjoint. Sa prime est incluse dans la prime du sociétaire.
9	Fonctionnaire retraité ayant des revenus, y compris la pension, supérieurs à un G1/éch. 1	Fonctionnaire d'une organisation membre de l'Assurance	Le fonctionnaire retraité paye la prime d'un sociétaire retraité seul.	Le conjoint, fonctionnaire actif, reste sociétaire et paye la prime d'un sociétaire actif seul (situation 5).
10	Fonctionnaire retraité	Fonctionnaire retraité de la Caisse commune des pensions et ayant des revenus inférieurs à un G1/éch. 1 déclarés à l'Assurance	Prime d'un sociétaire retraité avec personne à charge	Inclus dans la prime du sociétaire
11	Fonctionnaire retraité	Fonctionnaire retraité de la Caisse commune des pensions et ayant des revenus, y compris la pension, supérieurs à un G1/éch. 1	Prime d'un sociétaire retraité seul	Prime d'un sociétaire retraité seul

¹ Si enfant(s) reconnu(s) à charge, la prime est calculée selon l'annexe I

Article VIII

PRESTATIONS

1. Les prestations au titre du plan comprennent des prestations de base et des prestations complémentaires.

2. Les procédures et conditions de présentation et de liquidation des demandes de remboursement figurent dans l'Annexe II du présent Règlement.

3. Des barèmes indiquant les prestations payables au titre du plan et les conditions et limitations auxquelles elles sont soumises figurent dans l'Annexe III.

4. D'une manière générale, le remboursement des prestations médicales est également assujéti aux conditions suivantes :

a) En cas d'hospitalisation suite à un accident ou en situation d'urgence dûment établie, le sociétaire doit normalement en aviser l'Assurance dans les trois jours.

b) Le remboursement de certaines prestations médicales définies dans l'Annexe III est subordonné à l'autorisation préalable du médecin-conseil de l'Assurance. A cet effet, l'intéressé doit adresser une demande écrite à l'Assurance. Lorsque l'avis de l'Assurance n'a pas été demandé au préalable, le Comité exécutif peut, sur avis favorable du médecin-conseil, à titre exceptionnel et s'il lui est prouvé qu'il s'agit d'un cas de force majeure, autoriser le versement des prestations en cause.

c) Le Comité exécutif peut, après consultation du médecin-conseil de l'Assurance, limiter ou refuser le remboursement de factures ou de notes d'honoraires considérées comme exagérées ou injustifiées. L'Assurance établit des seuils raisonnables de remboursement, basés sur les critères généralement appliqués par les compagnies d'assurance du pays dans lequel les traitements sont pratiqués.

d) Dans le cas de maladies graves ou chroniques nécessitant un traitement prolongé, le Comité exécutif peut, après consultation du médecin-conseil de l'Assurance, décider d'assouplir l'application de certaines dispositions du présent Règlement.

e) Dans le cas de sociétaires optant pour des soins médicaux (par exemple : frais d'hospitalisation et interventions chirurgicales) hors du lieu d'affectation pour les fonctionnaires ou de résidence pour les retraités, et en des lieux où les coûts médicaux sont plus importants qu'à Genève, le remboursement est limité aux dépenses occasionnées par un traitement équivalent dans le canton de Genève.

5. Délai de présentation des demandes de remboursement

a) Toute demande de remboursement doit être présentée au plus tard deux ans après la date à laquelle a été établie la facture ou la note d'honoraires dont le remboursement est demandé. Ce changement entre en vigueur pour toutes factures émises après la date du 1^{er} février 2021. Il appartient au sociétaire de prendre toutes

les dispositions nécessaires pour soumettre sa demande dans ce délai.

b) Lorsqu'une demande de remboursement ou d'indemnité est présentée après le délai prescrit, le Comité exécutif peut prolonger ce délai à titre de mesure exceptionnelle en cas de force majeure.

6. Prestations de base et prestations complémentaires

a) Les prestations de base sont calculées en tenant compte de la date de facturation des honoraires et de la date de traitement des actes médicaux, selon la procédure de remboursement de l'Annexe II 1. a) et en fonction des règles définies dans l'Annexe III.

b) Les prestations complémentaires sont versées dans certains cas et pour certains frais indiqués dans l'Annexe III ; elles sont calculées comme suit :

i) Montant non remboursé des frais médicaux

ii) Moins un montant de Frs. 2 800.- par personne assurée, avec un plafond de Frs. 4 600.- par famille et par année civile au cours de laquelle sont présentées des demandes de remboursement

iii) Remboursement de 100 % de i) moins ii).

7. Montant maximal des prestations complémentaires

a) Crédit maximal

Le total des prestations complémentaires (crédit maximal ou plafond) que peut recevoir une personne assurée ne peut dépasser Frs. 35 000.-.

Ce maximum est appliqué séparément à chaque personne assurée. Toute personne assurée à droit à ce crédit maximal à partir de la date de son admission.

b) Renouvellement du crédit maximal

Le versement des prestations complémentaires cesse dès que le crédit maximal de Frs. 35 000.- est atteint. Un sociétaire dont le crédit de Frs. 35 000.- (ou de celui d'un membre de sa famille assuré) est entamé ou épuisé peut, à tout moment, demander par écrit l'ouverture d'un nouveau crédit de façon que le plafond de ce crédit soit de nouveau porté au chiffre maximal de Frs. 35 000.-.

Le Comité exécutif statue après avis du médecin-conseil de l'Assurance. La date à laquelle le nouveau crédit maximal prend effet est celle à laquelle le Comité exécutif a pris la décision de l'accorder.

8. Limitations, déchéance, suspension des prestations

a) Sont exclues de l'Assurance les dépenses dues aux conséquences des accidents survenus avant la date d'affiliation.

b) Sont exclues de l'Assurance toutes les dépenses engagées après l'expiration de la période d'affiliation.

Toutefois, si un traitement est en cours au moment où la période d'affiliation expire, conformément à l'article VI, 1., la personne concernée a encore droit au remboursement des dépenses relatives exclusivement à ce traitement sur recommandation préalable du médecin-conseil et pendant 90 jours après la date d'expiration, pour autant que la période d'affiliation à l'Assurance ait été supérieure à 24 mois.

c) Lorsque la responsabilité totale ou partielle d'un tiers est, ou peut être invoquée, le sociétaire doit signaler dès que possible les faits se rapportant au cas à l'Assurance. Si l'Assurance estime qu'un tiers peut être légalement tenu responsable pour une maladie ou un traumatisme occasionnant des frais remboursables aux termes du présent Règlement, le Comité exécutif peut demander par écrit que le sociétaire prenne toutes les dispositions nécessaires pour obtenir réparation de la part du tiers responsable. Dans ce cas, l'Assurance rembourse le sociétaire pour les frais raisonnables de poursuites judiciaires qui, résultant de ces mesures, restent à sa charge.

d) Les dépenses engagées pour une prestation donnée seront réduites totalement ou partiellement pour tenir compte des montants recouvrables :

i) auprès de l'Organisation en vertu du Règlement du personnel ou d'autres dispositions ;

ii) auprès d'un tiers dont la responsabilité est engagée dans la maladie ou l'accident donnant lieu à la demande de remboursement ;

iii) auprès d'une autre assurance ouvrant droit à des prestations au titre de la maladie ou de l'accident qui donne lieu à la demande de remboursement.

e) S'il existe d'autres sources de remboursement ouvrant droit à des prestations au titre de la maladie ou de l'accident, le remboursement par l'Assurance ne porte que sur la partie non remboursée par l'autre source, jusqu'à concurrence des dépenses normalement couvertes ; en aucun cas, le montant remboursé, augmenté du remboursement obtenu d'une autre/d'autres sources, ne dépassera 100 % des dépenses totales.

f) Les prestations peuvent être réduites en cas de blessure infligée délibérément par la personne assurée à elle-même.

g) Ne donnent pas lieu à remboursement : les médicaments délivrés sans ordonnance ;

Les produits pharmaceutiques qui ne sont pas considérés comme des médicaments remboursables en vertu des normes établies par les autorités sanitaires compétentes du pays dans lequel ces produits sont achetés ;

Les produits parapharmaceutiques tels que les aliments et produits diététiques, les eaux minérales et vins médicaux, les articles de toilette, lotions capillaires,

produits d'entretien de la peau, thermomètres, seringues, appareils physiothérapeutes ;

Les traitements et opérations de chirurgie esthétiques ou assimilés qui ne sont pas considérés comme indispensables par le médecin-conseil, ainsi que les services normalement inclus dans le prix des consultations ou visites correspondantes ;

Les soins paramédicaux qui ne sont pas considérés comme indispensables par le médecin-conseil (par exemple : les soins de pédicure, les bilans diététiques ou énergétiques, les programmes de remise en forme et assimilés) ;

Les traitements ou thérapies généralement non reconnus par les autorités sanitaires compétentes du pays dans lequel ils sont pratiqués ;

Les conséquences pour l'assuré d'un accident survenu (y compris en tant que passager) à bord d'un engin à aile-delta, d'un parapente, d'une montgolfière ou de tout autre type d'aéronef, non homologué pour le transport public, voire lors de la pratique du parachutisme ou du saut à l'élastique.

Les conséquences pour l'assuré de sa participation à tout sport, toute compétition ou tout concours découlant de l'utilisation de véhicules motorisés (y compris des aéronefs et des bateaux).

Les conséquences de la pratique d'un sport et/ou toute activité sportive pour lequel l'assuré percevrait une rémunération ou lui donnerait, de quelque manière, le statut de sportif professionnel.

Les conséquences pour l'assuré de la pratique de toute activité sportive en violation des règles de sécurité définies par les autorités publiques, ou par la Fédération internationale [ou nationale] du sport concerné et dont l'assuré n'aurait pu ignorer la réglementation et les risques.

h) Déchéance et suspension des prestations

Le Comité exécutif peut décider qu'un sociétaire ou une personne assurée est déchu(e) en totalité ou en partie de son droit aux prestations de l'Assurance, ou que ce droit est totalement ou partiellement suspendu :

Si une personne assurée ne se conforme pas aux dispositions des Statuts et du présent Règlement ;

S'il est prouvé qu'elle a tenté d'obtenir frauduleusement des prestations auxquelles elle n'avait pas droit ;

Si un sociétaire ou une des personnes protégées par l'Assurance refuse de subir un examen médical prescrit par le Comité ou par le médecin-conseil de l'Assurance ;

Si un sociétaire est en retard dans le versement des primes dues après la cessation de service.

Article IX

ADMINISTRATION ET RECOURS

ADMINISTRATION

1. Comme le prévoient les Statuts, le Secrétaire de l'Assurance s'acquitte des tâches requises par les Statuts et le Règlement et de celles qui peuvent lui être assignées par le Comité exécutif et le Directeur général de l'Office des Nations Unies à Genève. Il assure l'administration courante de l'Assurance. Toutes les demandes d'affiliation, communications, demandes de renseignements, réclamations ou suggestions relatives au fonctionnement de l'Assurance, sont adressées au Secrétaire qui tient compte, dans la suite qu'il leur donne, des instructions et directives qu'il a pu recevoir du Comité exécutif.

2. Compte tenu des directives que peut lui donner le Comité exécutif, le Secrétaire procède aux arrangements appropriés avec l'Administration quant aux services nécessaires au fonctionnement de l'Assurance, y compris le règlement des demandes de remboursement. Les coûts engendrés par l'application du présent Règlement sont pris en charge par l'Assurance conformément à l'article 14 des Statuts.

3. Lors de l'examen du rapport annuel ou s'il y a lieu en cours d'année, le Comité exécutif étudie la nécessité d'ajuster les montants plafonnés.

PROCÉDURES DE RECOURS

4. Si un sociétaire conteste le montant d'un paiement, il a le droit de présenter sa réclamation au Secrétaire exécutif, ce dans un délai d'un an à compter de la date d'émission de l'avis de remboursement. En

cas de doute, le Secrétaire peut soumettre l'objet du litige au Comité exécutif qui statue.

5. Si un sociétaire conteste une décision du Secrétaire exécutif ou du médecin-conseil, il doit soumettre sa réclamation au Comité exécutif qui statue. Les réclamations doivent être présentées dans les six mois qui suivent la date à laquelle le montant ou la décision contestée a été notifiée au sociétaire.

6. S'il s'agit d'un différend médical, le sociétaire ou le Comité exécutif peut demander la nomination d'un Comité médical de révision composé du médecin-conseil, du médecin désigné par le sociétaire et d'un troisième médecin désigné par les deux premiers. Les honoraires du troisième médecin sont mis, à parts égales, à la charge de l'assuré et de l'Assurance. Les conclusions de ce Comité médical de révision lient les parties.

7. Les réclamations formulées à l'endroit de décisions de caractère administratif prises par le Comité exécutif de l'Assurance peuvent être adressées au Directeur général de l'Office des Nations Unies à Genève dans les 30 jours de la date de notification écrite de la décision. Le différend sera soumis à un Comité d'arbitrage composé de deux arbitres nommés respectivement par le sociétaire et par le Directeur général (s'il s'agit d'un sociétaire fonctionnaire d'une institution spécialisée membre de l'Assurance, le Directeur exécutif de cette institution) qui, à leur tour, désignent une troisième personne comme Président. La décision du Comité d'arbitrage ainsi constitué sera considérée comme finale et sera obligatoirement appliquée par les deux parties.

ANNEXE I
BARÈME DES PRIMES

Sous réserve des dispositions du présent Règlement, les taux de prime sont les suivants :

Catégorie de personnes protégées	A partir du 1 ^{er} janvier 2015	
	Payable par l'assuré	Payable par l'organisation
Sociétaire actif seul	3,1% 3,4% à compter du 1 ^{er} janvier 2016	3,1 % 3,4% à compter du 1 ^{er} janvier 2016
Sociétaire actif avec une personne à charge	4,4%	4,4%
Sociétaire actif avec plus d'une personne à charge	4,8%	4,8%
Sociétaire retraité seul	3,1% 3,4% à compter du 1 ^{er} janvier 2016	6,2% 6,8% à compter du 1 ^{er} janvier 2016
Sociétaire retraité avec une personne à charge	4,4%	8,8%
Sociétaire retraité avec plus d'une personne à charge	4,8%	9,6%
<i>Personnes spécialement protégées</i>		
Conjoint non à la charge du sociétaire	Frs. 350.-	-
Enfant célibataire de moins de 21 ans non à la charge du sociétaire	Frs. 130.-	-
Enfant célibataire de 21 ans à 24 ans inclus à la charge du sociétaire	Frs. 130.-	-
Enfant célibataire de 25 ans à 29 ans inclus à la charge du sociétaire	Frs. 200.-	-
Père, mère, frère ou sœur non directement à la charge du sociétaire	Frs. 500.-	-

ANNEXE II

PROCÉDURE ET CONDITIONS DE PRÉSENTATION ET DE LIQUIDATION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

VERSEMENT DES PRESTATIONS

1. Procédure de remboursement

a) La liquidation et le paiement des prestations sont opérés par le Service de la gestion des ressources financières de l'Office des Nations Unies à Genève sur les fonds de l'Assurance. Les demandes de remboursement doivent être adressées au Groupe des remboursements de l'Assurance. Le remboursement des frais encourus dans une monnaie autre que le franc suisse sera calculé en francs suisses au taux de change officiel des Nations Unies applicable à la date de remboursement de la facture. Dans le cas de monnaie sujette à forte fluctuation et à la demande écrite du sociétaire, le remboursement sera calculé au taux de change officiel des Nations Unies applicable à la date de paiement de la facture si les éléments justificatifs sont joints au moment de la demande de remboursement.

b) En cas de décès du sociétaire, la « désignation de bénéficiaire » que ce dernier avait faite en tant que fonctionnaire, conformément au Règlement du personnel, est valable pour déterminer les bénéficiaires auxquels les prestations dues par l'Assurance sont payables. Si l'assuré décédé était un membre de la famille du sociétaire, les prestations dues par l'Assurance sont versées au sociétaire ou à la personne considérée comme chef de famille aux fins de l'Assurance.

c) Les prestations ne sont normalement versées qu'au sociétaire. Dans des circonstances exceptionnelles, elles peuvent être versées à la personne qui a effectivement supporté les dépenses au titre desquelles le remboursement est demandé.

d) L'Assurance peut décider, après accord avec le sociétaire et un prestataire de services, le versement direct des sommes remboursables au prestataire de services. Un relevé des montants remboursés et des sommes éventuellement dues au prestataire de services est envoyé au sociétaire.

e) L'Assurance peut déduire de toute prestation susceptible d'être versée à un sociétaire aux termes du présent Règlement, le montant de toute somme due à l'Assurance par le dit sociétaire.

2. Formalités à accomplir, pièces à fournir

a) Prestations de base

i) Les demandes de remboursement doivent être rédigées sur un formulaire spécial et accompagnées des

notes ou factures originales établies au nom de la personne assurée, des autorisations préalables du médecin-conseil, le cas échéant, et des ordonnances, certificats, devis ou autres pièces énumérées dans l'Annexe III. Les duplicatas, rappels ou photocopies ne sont pas admissibles au remboursement. Les factures ne doivent être ni altérées, ni raturées, ni surchargées.

ii) Tout sociétaire est tenu d'acquitter les frais donnant droit à un remboursement au titre du présent Règlement. La présentation d'éléments justificatifs des paiements effectués peut être exigée par l'Assurance.

iii) Les notes de médecin et autres factures doivent spécifier le nombre et la date des actes médicaux, ainsi que la nature de celles-ci (consultations, visites, type de traitement, analyses, journées d'hospitalisation, etc.) et le détail des prix.

iv) Les ordonnances, établies en bonne et due forme, ne doivent pas dater de plus de six mois et doivent être confirmées après le premier renouvellement. Les notes de pharmacie doivent indiquer le nom des médicaments achetés, ainsi que le prix et la date de l'achat. Si le renouvellement d'un traitement se révèle nécessaire, cela doit faire l'objet d'une mention spécifique dans l'ordonnance indiquant le traitement ou le médicament à renouveler, la fréquence et/ou la quantité.

v) Les notes de dentiste doivent spécifier les dates de début et de fin de traitement, ainsi que le type de traitement dentaire et son prix.

vi) Les autres factures ou notes doivent également porter toutes indications nécessaires afin d'en permettre le remboursement.

vii) Un traitement médical ne peut être remboursé que si la personne dispensant les services a le droit d'exercer et est agréée par les autorités sanitaires compétentes du pays où s'effectue le traitement.

b) Prestations complémentaires

i) Les demandes de remboursement présentées par les sociétaires sont utilisées pour le calcul et le versement à la fois des prestations de base et des prestations complémentaires. L'Assurance opère la ventilation des prestations.

ii) Les prestations complémentaires sont versées automatiquement lorsque le seuil annuel spécifié à l'article VIII. 6 b) ii) est atteint.

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%	oui	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%	oui	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
4. Frais de convalescence post-hospitalière et/ou postopératoire (séjour, soins et traitement) : a) Dans un établissement hospitalier ou semi-hospitalier b) Dans un établissement hospitalier ou semi-hospitalier au-delà de 30 jours de convalescence pour suite de traitement	80% max. 30 jours 80% max. Frs. 60.-/jour	oui non	non oui	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.
5. Hospitalisation de longue durée dans un établissement agréé par les autorités sanitaires du pays concerné	80 % pour une période de 365 jours Le supplément pour chambre privée n'est pas remboursable.	non	oui	L'hospitalisation à domicile prescrite par un médecin est prise en charge à 80% avec l'application du plan complémentaire. 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. Si tel n'est pas le cas, la couverture d'assurance est réduite progressivement selon le barème suivant : - 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.
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)	100% max. Frs. 120.-/jour	non	non	
7. Soins infirmiers de courte durée	80% max. 30 jours	non	non	Les soins infirmiers journaliers pour une période supérieure à 30 jours sont considérés comme des soins infirmiers de longue durée.
8. Soins infirmiers de longue durée à domicile ou en milieu médicalisé effectués par du personnel non affecté à l'établissement	80% max. Frs. 80.-/jour	non	oui	Pour les demandes de renouvellement, une autorisation préalable n'est pas nécessaire.

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
9.a) Frais de gardes-malades et aides ménagères indispensables après maladie ou opération lorsque la convalescence ne nécessite pas l'hospitalisation b) Frais d'aide-ménagères de longue durée	80% max. Frs. 45.-/jour 30 jours max. 80% max. Frs. 250.-/mois	non non	non oui	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 (point 10) ne peuvent pas cumuler ces prestations.
10. Prestations forfaitaires à domicile (aides-soignantes, gardes-malades, ou aide-ménagères) pour des actes d'hygiène et de mobilité	<i>Dépendance totale</i> : maximum 100 % de Frs. 120.- par jour <i>Dépendance partielle</i> : maximum 50 % de Frs. 120.- par jour	non	oui	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.
11. Frais de cures dans un établissement agréé par les autorités sanitaires du pays concerné - Frais de traitement - Frais de séjour Ne sont pas admissibles au remboursement les frais suivants : - cures de thalassothérapie - cures d'amaigrissement - cures biologiques	80% non remboursé	non non	oui non	Maximum de 3 séjours de cure sur une période de 5 années civiles, dans la limite de 21 jours maximum par séjour.

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
<p>12.a) Cures de désintoxication (alcool, drogue)</p> <p>- 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 %</p>	<p>non</p> <p>non</p>	<p>oui</p> <p>non</p>	<p>Maximum à vie 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>- IMC / BMI > 15 et < 30 : traitement médical et séances de diététique effectuées par un diététicien agréé</p> <p>- IMC / BMI < 15 ou > 30 : traitement médical et séances de diététique effectuées par un diététicien agréé</p> <p>- IMC / BMI > 35 : traitement médical en milieu hospitalier et frais de traitement</p> <p>- 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% 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>non</p> <p>oui</p>	<p>oui</p> <p>non</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 et de phytothérapie</p> <p>d) Produits non remboursables selon les normes des autorités sanitaires des pays concernés</p> <p>e) Médicaments onéreux, s'élevant au minimum à CHF 500.- par mois, durant une période consécutive d'au moins de 3 mois</p>	<p>80%</p> <p>80%</p> <p>80% max. Frs.1'500.-/an</p> <p>Non remboursable</p> <p>80%</p>	<p>non</p> <p>non</p> <p>non</p> <p>non</p> <p>oui</p>	<p>non</p> <p>non</p> <p>non</p> <p>non</p> <p>oui</p>	<p>La parapharmacie n'est pas remboursable sauf avis favorable préalable du médecin-conseil par suite d'un accident. 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>En l'absence d'une demande d'autorisation préalable, le remboursement sera effectué à 80% sans application du plan complémentaire.</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</p>	<p>80%</p> <p>80%</p>	<p>oui</p> <p>oui</p>	<p>oui</p> <p>oui</p>	<p>Si la prescription du médecin mentionne en cas de cancer, une autorisation préalable n'est pas nécessaire.</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 :</p> <p>a) Examen psychiatrique ou médico-psychologique</p> <p>b) Psychothérapie :</p> <p> i) Malades hospitalisés :</p> <p> - Frais d'hospitalisation</p> <p> - Traitement dispensé par le personnel attaché à l'établissement</p> <p> - Traitement dispensé par un spécialiste extérieur à l'établissement</p> <p> ii) Malades non hospitalisés et/ou consultations en hôpital de jour :</p> <p> - consultations par un médecin psychiatre</p>	<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>Les consultations d'un psychiatre au-delà de 6 visites par an seront remboursées à 80% avec un maximum de CHF 110.- par séance dans la limite des séances de psychothérapie disponibles.</p>

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
<p>18. (suite)</p> <p>- pour la psychothérapie (max. 50 séances par an)</p> <p>c) Cures de sommeil dans un établissement agréé par l'Assurance</p> <p>d) Frais de séjour en foyer de jour</p>	<p>80% max. Frs. 110.- par séance</p> <p>80% (durée autorisée)</p> <p>Non remboursable</p>	<p>non</p> <p>non</p>	<p>oui à partir de la 16^e séance</p> <p>oui</p>	<p>Une prescription médicale d'un médecin est nécessaire pour un traitement pratiqué par un psychothérapeute agréé. 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. 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>
<p>19. Traitements de logopédie, orthophonie et/ou psychomotricité non liés à des troubles de l'apprentissage</p>	<p>80 % à concurrence de Frs. 80.- par séance</p>	<p>non</p>	<p>oui</p>	<p>Présentation à l'Assurance d'un bilan effectué par un logopédiste ou orthophoniste agréé suite à une ordonnance d'un médecin.</p>

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
20.a) Appareils de prothèse (autres que dentaires)	80 %	non	non pour les déambulateurs, les corsets, les prothèses mandibulaires, les perruques en cas de cancer, l'achat et la location de tire-lait, de pompes à insuline, de lecteur de glycémie et de bandelettes. oui pour les chaussures orthopédiques, l'électrostimulation et les lampes de luminothérapie	Sur prescription médicale. Les talonnettes et semelles achetées en pharmacie ou magasin spécialisé ne sont pas remboursables. Les prothèses qui ne figurent pas dans cette liste doivent faire l'objet d'une autorisation préalable. Les achats par internet (même transfrontières) des appareils de prothèses sont remboursables sur la base de prescriptions médicales et autorisations nécessaires.
b) Supports plantaires orthopédiques sur mesure	80 %, une paire tous les ans et pour un montant maximal de Frs. 200.- et sur présentation d'une prescription médicale	non	non	
c) Ceinture de maintien lombaire (lombostat), collier cervical (minerve), orthèse ou accessoire de maintien d'une articulation	80 % et pour un montant maximum de Frs. 300.- par article et sur présentation d'une prescription médicale détaillée	non	non	
d) i) Fauteuil roulant manuel	80% max. Frs. 3,500.-, une fois tous les 5 ans, inclus frais de maintenance	non	oui	Sur prescription médicale et devis.

<p>ii) Fauteuil roulant électrique</p> <p>iii) Fauteuil roulant électrique avec fonctions de verticalisation</p>	<p>80% max. Frs. 5,000.-, une fois les 5 ans, inclus frais de maintenance</p> <p>80% max. Frs. 17,000.-, une fois les 5 ans, inclus frais de maintenance</p>	<p>non</p> <p>non</p>	<p>oui</p> <p>oui</p>	<p>Tout dispositif électrique fixé à un fauteuil roulant manuel sera pris en compte dans le remboursement du fauteuil roulant électrique, cumulativement avec le fauteuil roulant manuel.</p>
<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% max Frs. 2'600.- par appareil/par oreille max. un appareil tous les 5 ans y compris les frais de réparation et les piles</p> <p>80% les 6 premiers mois</p> <p>80% max. Frs. 2'800.- tous les 5 ans y compris les frais de réparation et les piles</p>	<p>non</p> <p>non</p> <p>non</p>	<p>non</p> <p>non</p> <p>non</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>Sur prescription médicale.</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. Les achats transfrontières sont remboursables.</p>

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
<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) à condition que le port des verres correcteurs soit reconnu indispensable par un oculiste, ophtalmologue, opticien ou optométriste. 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 œil à vie</p>	<p>non</p> <p>non</p> <p>non</p>	<p>non</p> <p>non</p> <p>non</p>	<p>En cas de nouvelle affiliation, le plafond de remboursement correspond au prorata du nombre de mois d'affiliation.</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 achats transfrontières par internet sont remboursables.</p> <p>Les corrections réfractives cornéennes par laser pour corriger une presbytie ne sont pas remboursables.</p>
<p>23. Soins d'odonto-stomatologie (soins dentaires) et frais de laboratoire, de prothèses dentaires et frais de radiographie/radiologie</p>	<p>80% avec un plafond annuel de Frs. 2'500.- cumulable sur deux années civiles</p>	<p>non</p>	<p>non</p>	<p>En cas de nouvelle affiliation, le plafond de remboursement correspond au prorata du nombre de mois d'affiliation.</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>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.</p>

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
23. (Suite)				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.
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	
26. Maternité a) Pendant la grossesse : prise en charge de tous les examens et échographies b) Préparation à l'accouchement c) Honoraires du médecin-accoucheur ou de la sage-femme et soins infirmiers d) Intervention chirurgicale (césarienne) e) Frais de séjour en établissement hospitalier ou clinique f) Après l'accouchement, prise en charge de 6 séances ou visites d'une sage-femme/infirmière si la durée du séjour en établissement hospitalier a été inférieure ou égale à 6 jours	80% 80% max. Frs. 200.- 80% 90% Aux conditions du point 3 80%	oui non oui oui oui	non non non non non	Les coûts des soins des nouveaux-nés non affiliés à l'Assurance ne sont pas couverts. Sur prescription médicale.

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
<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>	80%. Montant max. forfaitaire Frs. 20'000.- à vie	non	oui	Un formulaire de prise en charge sera établi et devra accompagner les demandes de remboursement de frais liés à ces traitements.
<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 toute activité sportive pratiquée en violation des règles de sécurité définies par les autorités publiques ou par la Fédération internationale [ou nationale] du sport concerné et dont l'assuré n'aurait pu ignorer la réglementation et les risques. 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.</p> <p>Les frais liés au transport en voiture privée ne sont pas remboursables.</p>
<p>29. Frais funéraires</p> <p>Pour autant qu'ils ne soient pas pris en charge en totalité ou en partie par l'Organisation</p>	80% max. Frs. 1'000.-	non	non	

ANNEXE IV

PERSONNES SPÉCIALEMENT PROTÉGÉES

Les prestations aux père, mère, frère ou sœur à charge, assurés en vertu de l'article IV du Règlement de l'Assurance sont régies par la procédure suivante.

PRESTATIONS

Les prestations remboursables ne comprennent que les prestations de base. Il n'y a pas d'application du plan complémentaire. Elles sont remboursées conformément à la procédure établie par le Règlement de l'Assurance et calculées comme prévu dans l'Annexe III du présent Règlement, sauf pour celles d'entre elles qui font l'objet d'exclusions, de limitations ou sont sujettes à des périodes d'attente 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 ou à domicile (rubrique 6)
- Soins infirmiers de longue durée (rubrique 8)
- Frais de gardes-malades et aides ménagères (rubrique 9)
- Prestations forfaitaires à domicile pour des actes d'hygiène et de mobilité (rubrique 10)
- Frais de cures (rubrique 11 et 12)
- Séances de diététique (rubrique 13)
- Opérations maxillo-faciales (rubrique 25)

Période d'attente (pour nouveaux affiliés) : Ne donnent pas lieu à remboursement les frais encourus pendant la première année d'affiliation au titre des prestations suivantes :

- Traitements de rééducation fonctionnelle (rubrique 17)
- Traitements psychiatriques et psychanalytiques (rubrique 18)
- Appareils de prothèse (rubrique 20 a))
- Appareils de surdité (rubrique 21)
- Frais d'optique (rubrique 22)
- Soins dentaires (rubrique 23 et 24)

Limitations : Les prestations suivantes font l'objet de remboursement à raison d'un maximum de :

- Traitements psychiatriques (rubrique 18)

Malades hospitalisés : 50 séances par an

Malades non hospitalisés : 35 séances par an

- Soins dentaires (rubrique 23 et 24) : Frs. 1 000.- par an non cumulable

Plafond global des remboursements : La première année, le montant global des prestations versées par l'Assurance fait l'objet d'un plafond de Frs. 10 000.-. Pour les personnes qui sont affiliées durant la campagne annuelle d'affiliation, le montant global des prestations versées par l'Assurance fait l'objet d'un plafond de Frs. 10 000.- par an pendant trois années civiles.

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.