

**AMENDEMENTS AU RÈGLEMENT DE L'ASSURANCE
APPLICABLES À COMPTER DU 1^{er} JANVIER 2024**

Le Comité exécutif de l'Assurance mutuelle contre la maladie et les accidents du personnel des Nations Unies à Genève a recommandé au Directeur général des amendements au Règlement de l'Assurance. Le Directeur général, conformément aux Statuts de l'Assurance, a approuvé les modifications suivantes (indiquées en italique), avec effet au 1^{er} janvier 2024.

Article VIII – PRESTATIONS

Le point 4 (c) est modifié comme suit :

(c) *Afin de préserver la solvabilité financière du plan et d'éviter les pratiques tarifaires abusives, le Comité exécutif charge le secrétariat de l'UNSMIS, après consultation du médecin-conseil, de limiter le remboursement aux frais courants, raisonnables et habituels dans une région/zone donnée. Le secrétariat de l'UNSMIS doit faire tous les efforts raisonnables pour examiner la tarification avec le prestataire avant d'appliquer les frais courants, raisonnables et habituels.*

Afin que les assurés ne soient pas pénalisés, le Secrétariat de l'UNSMIS se réserve le droit de demander un devis au préalable pour toute intervention chirurgicale non urgente. Le Secrétariat de l'UNSMIS est chargé d'informer tous les membres assurés lorsqu'un devis préalable est requis et/ou de s'assurer que les limites de remboursement, conformément aux frais courants, raisonnables et habituels, sont clairement communiquées.

**ANNEXE III –
PRESTATIONS MEDICALES (préambule)** est modifié comme suit :

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.

Sauf indication contraire, 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.

Veillez noter que, pour tous les traitements basés sur des séances, UNSMIS applique une limite maximale d'une séance par jour, quelle que soit la durée ou la longueur. Les personnes pouvant avoir besoin de plus d'une séance par jour, en dehors d'une hospitalisation, doivent soumettre un rapport médical écrit pour autorisation préalable du Médecin Conseil.

ANNEXE VI – RESERVES ET PROVISIONS

L'article 13 des Statuts définit clairement les montants minimum et maximum du fonds de réserve.

La création de toute réserve ou provision ad hoc devra être approuvée par le Directeur Général de l'ONUG suite à une recommandation du Comité Exécutif de l'UNSMIS.

Les modifications concernant le **point 18** – titre modifié comme suit : ***Santé mentale et Troubles du développement*** et le **point 22. Frais d'optique** de l'annexe III sont résumées dans le tableau ci-joint et sont indiquées en italiques. La mise à jour du Règlement sera publiée sur le site web à compter du 1^{er} janvier 2024.

Distribution :

1 exemplaire par fonctionnaire

ONUG, PNUD, UNICEF, OMM, HCR, CCI, VNU, CCNUCC, CNULCD, UNSSC, UIT

Sociétaires retraités

Le Secrétaire exécutif

| Prestations remboursées | Conditions de remboursement | Application du plan complémentaire | Autorisation préalable | Autres conditions |
|---|--|---|--|---|
| <p>18. Santé mentale et Troubles du développement</p> <p>a) Examen psychiatrique ou médico-psychologique</p> <p>b) Psychothérapie :</p> <p>i) Malades hospitalisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frais d'hospitalisation - Traitement dispensé par le personnel attaché à l'établissement <i>ou par du personnel ne faisant pas partie de l'établissement</i> <p>ii) Malades non hospitalisés et/ou consultations en hôpital de jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultations par un médecin psychiatre <i>y compris à distance / téléconsultation pour autant que le thérapeute soit un psychiatre qualifié et reconnu dans le pays où il exerce</i> - Psychothérapie (max. 50 séances par année civile) <i>y compris consultations à distance / téléconsultation pour autant qu'il y ait une prescription médicale valide et que le thérapeute soit reconnu dans le pays où il exerce</i> - Consultations psychiatriques d'urgence / de crise dans un établissement médicalisé | <p>80 % une fois par an</p> <p>Veillez-vous référer aux conditions en cas d'hospitalisation dans un établissement agréé</p> <p>90 %</p> <p>80 % Max. 12 séances par année civile</p> <p>80 % max. Frs. 120.- par séance</p> <p>80%</p> | <p>oui</p> <p>oui</p> <p>oui</p> <p>oui</p> <p>non</p> <p>oui</p> | <p>non</p> <p>non</p> <p>non</p> <p>oui à partir de la 13^{ème} séance</p> <p>non</p> <p>non</p> | <p>Les consultations par un psychiatre au-delà de 12 séances par année civile doivent être présentées au Médecin-conseil pour autorisation préalable. Le rapport doit détailler la raison médicale expliquant pour quelle raison un traitement psychiatrique est nécessaire au lieu d'une psychothérapie.</p> <p>Un psychiatre qui prodigue des soins de psychothérapie sera remboursé dans la limite de la psychothérapie.</p> |

| Prestations remboursées | Conditions de remboursement | Application du plan complémentaire | Autorisation préalable | Autres conditions |
|---|---|------------------------------------|------------------------|---|
| 22. Frais d'optique | | | | |
| 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. | 80 % avec un plafond annuel de Frs. 525.- cumulable sur deux années civiles | non | non | En cas de nouvelle affiliation, le plafond de remboursement correspond au prorata du nombre de mois d'affiliation. 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. |
| b) Chirurgie de la cataracte Supplément pour lentille spéciale est remboursable sous le point 22 a) Femto-cataracte (chirurgie au laser) | 90 % max. Frs. 2 500.-/œil | non | non | Les achats transfrontières par internet sont remboursables. |
| c) Correction réfractive cornéenne (chirurgie par laser) | 90 % max. Frs. 1 500.-/œil | non | oui | Les corrections réfractives cornéennes par laser pour corriger une presbytie ne sont pas remboursables. |
| d) Injection intravitréenne (frais du médecin) Le médicament pour l'injection intravitréenne est remboursé sous Frais pharmaceutiques comme indiqué sous le point 14 e) | 90 % avec un maximum de Frs. 2 000.- par œil à vie | non | non | Les corrections réfractives cornéennes par laser pour corriger une presbytie ne sont pas remboursables. |
| e) Cannes, cannes intelligentes, imprimantes en braille, lecteurs d'écran et tout dispositif technologique facilitant la lecture et la mobilité d'une personne aveugle ou malvoyante légalement reconnue | 80 % max. Frs. 500.- pour frais du médecin | non | non | <i>Les cannes et les cannes intelligentes ne nécessitent pas d'autorisation préalable.</i> |
| | 80 % max. Frs. 3 500.- tous les 5 ans y compris les frais de réparation | non | oui | <i>Les imprimantes en braille et autres appareils technologiques nécessitent l'autorisation préalable du Médecin-conseil et la preuve que l'assuré est légalement reconnu comme aveugle ou malvoyant.</i> |