



QUAND DOIT-ON DEMANDER UNE AUTORISATION PREALABLE DU MEDECIN-CONSEIL DE L'ASSURANCE ?

Le rôle du médecin-conseil, dans le cadre du règlement intérieur, est d'évaluer la sécurité, l'efficacité et le rapport cout-efficacité des interventions médicales. Le médecin-conseil joue un rôle essentiel entre les preuves scientifiques et la prise de décision en matière de soins de santé. Le médecin-conseil se réserve le droit de demander des informations complémentaires, de proposer des alternatives ou de refuser une autorisation préalable s'il estime que le traitement est dangereux, inefficace et/ou peu rentable. Le médecin-conseil détermine les catégories dans lesquelles peuvent être classés les traitements non énumérés dans la présente annexe aux fins de remboursement. Les autorisations agréées ne sont valables que pour une durée de six mois à compter de la date à laquelle elles ont été délivrées, sauf indication contraire (maximum 1 an en cas de renouvellement de prescription médicale).

1. L'autorisation préalable écrite du Médecin-conseil de l'Assurance doit être demandée pour obtenir le remboursement des prestations suivantes :

- Séjour à l'hôpital dépassant 30 jours ;
- Hospitalisation psychiatriques/psychothérapeutiques ;
- Prestations de dépendance ;
- Soins infirmiers au-delà de 30 jours ;
- Frais d'aide-ménagère au-delà de 30 jours ;
- Traitements psychiatriques et de psychothérapie au-delà de 15 séances par an ;
- Traitements d'orthophonie/de logopédie et ou psychomotricité ;
- Tous traitements de cures (désintoxication, drogues, etc) ;
- Cures thermales (veuillez [télécharger le formulaire ici](#), le remplir et l'envoyer à medrepunsmis@un.org);
- Tous les traitements de l'obésité et chirurgie de l'obésité au-dessus d'un IMC de 35 ;
- Toutes les chirurgies reconstructives ou plastiques ;
- Séances de drainage lymphatique (si suite à un traitement de cancer, l'autorisation préalable n'est pas nécessaire) ;
- Transports autres que les transports d'urgence en ambulance ;
- Chaussures orthopédiques, l'électrostimulation et les lampes de luminothérapie et toutes autres prothèses ne figurant pas dans cette liste ;
- Fauteuil roulant ;
- Chirurgie maxillo-faciale ;
- Frais de pédicure ;
- Toute chirurgie ou traitement au laser ;
- Traitements de l'infertilité ;
- Changement de sexe ;
- Transplantation d'organes ;
- Médicaments pour dysfonctionnement érectile ;
- Médicaments onéreux, s'élevant au minimum à CHF 500.- par mois, durant une période consécutive d'au moins trois mois ;
- Analyses génétiques ;
- Check-up médicaux sans but de diagnostic (prescription médicale indiquant les examens nécessaires et raison médicale) ;
- Tous types de traitement expérimental ;
- Tous types de traitement utilisant l'électricité, des aimants, la chaleur, la tecarthérapie.

2. La garantie d'hospitalisation est de 30 jours et l'établissement doit informer l'Assurance en cas de séjour plus long et faire parvenir une demande de prolongation de séjour avec un rapport médical détaillé sur notre e-mail medrepunsmis@un.org avant la fin de la couverture des frais par l'Assurance.

3. En plus de la demande d'autorisation préalable, un devis peut être demandé par l'Assurance.

4. Avant de commencer le traitement, vous devez entreprendre les démarches en envoyant votre ordonnance avec un rapport médical pour autorisation au Médecin-conseil par e-mail à medrepunsmis@un.org si possible trente (30) jours avant le traitement planifié. Lorsqu'un devis est demandé, il doit être soumis à l'Assurance avant d'engager les dépenses ou avant de commencer le traitement. **Si ces démarches n'ont pas été effectuées au préalable, l'Assurance peut refuser le remboursement des factures.**