



AMENDEMENTS AU RÈGLEMENT DE L'ASSURANCE APPLICABLES À COMPTER DU 1^{er} FÉVRIER 2025

Cette communication a pour but d'informer les assurés des amendements au règlement UNSMIS. Plusieurs règles ont été clarifiées, de nouvelles ont été ajoutées, et certaines ont été supprimées.

Tous les changements sont indiqués en italique et/ou ajoutés. L'UNSMIS organisera des sessions virtuelles d'information et fera suivre un résumé succinct des changements qui impacteront directement les assurés. Ces changements seront également communiqués à travers le bulletin d'information bimensuel et par le biais du portail E-claim sous forme de messages contextuels.

Le nouveau règlement sera publié sur notre site internet avec une entrée en vigueur au 1er février 2025.

Article II - Dans le but de clarifier, les définitions ci-dessous ont été ajoutées :

L'urgence médicale se réfère à un état pathologique aigu imprévu nécessitant une intervention médicale immédiate en raison d'un risque grave de détérioration de l'état de santé ou d'un état mettant en danger la vie du patient si le traitement est retardé. Une urgence médicale se caractérise par l'impossibilité de reporter le traitement en raison de la gravité de l'état nécessitant une admission à l'hôpital pour des soins d'urgence dans les 72 heures.

L'autorisation préalable est un processus d'approbation a priori dans le cadre duquel l'assuré(e) doit obtenir l'autorisation du médecin-conseil de l'UNSMIS avant de subir un traitement prévu. Cette approbation doit être sollicitée bien avant la date prévue du traitement, afin de permettre à l'UNSMIS d'examiner la nécessité médicale et les considérations de coût. La couverture ne s'étend au traitement qu'après avoir reçu une autorisation préalable, conformément à la politique de l'UNSMIS. L'absence de demande d'autorisation préalable, lorsque nécessaire, peut entraîner le non-remboursement partiel ou total des coûts médicaux encourus.



Article VIII - Prestations

Afin de préserver la solvabilité financière de l'UNSMIS et limiter les traitements pour les non-résidents aux USA, le paragraphe suivant a été ajouté à l'Article VIII paragraphe 4.

(f) Pour les sociétaires dont le lieu d'affectation (si fonctionnaire) ou le domicile légal (si autre assuré) n'est pas aux Etats-Unis d'Amérique, l'UNSMIS applique les règles suivantes, en ce qui concerne les traitements subis aux Etats-Unis :

- I. Les traitements listés sous les prestations n° 2, 3, 4, 5, 13, 16, 24 et 25 de l'annexe III exigent l'autorisation préalable du médecin-conseil de l'UNSMIS, sauf si subis en raison d'une urgence médicale ou d'un accident, comme défini à l'article II du Règlement. Ceci constitue un complément à l'ensemble des traitements nécessitant une autorisation préalable, listés dans le tableau de l'annexe III.*
- II. Toute demande d'autorisation préalable doit être soumise au plus tard 30 jours avant la date prévue du traitement, accompagnée des détails du prochain traitement et d'un rapport préopératoire.*
- III. Le remboursement des traitements appartenant à l'une des prestations listées ci-dessus se limite au prix d'un traitement équivalent dans le canton de Genève, un plafond estimé sera indiqué dans l'autorisation préalable. Toute dépense qui dépasse ce plafond doit être assumée par le sociétaire, sauf si les surcoûts sont approuvés à l'avance par l'UNSMIS.*
- IV. Toute autre prestation listée à l'annexe III qui ne nécessite pas d'autorisation préalable selon le Règlement, demeure remboursable selon les conditions habituelles de l'UNSMIS.*
- V. Tout traitement jugé comme une urgence médicale est remboursé selon les conditions habituelles de l'UNSMIS. L'UNSMIS se réserve le droit de déterminer si un cas constitue une urgence médicale et d'évaluer l'éligibilité des demandes de remboursement à la couverture conformément à sa politique.*

Article VIII prestations

Annulation du paragraphe 7 de l'article VIII concernant le plan complémentaire maximum

~~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 a 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.

Annexe I - Augmentation des primes mensuelles pour les personnes spécialement protégées (PSP)

<i>Personnes spécialement protégées (PSP)</i>		
Conjoint non à la charge du sociétaire	Frs. 350.- 500	–
Enfant célibataire de moins de 21 ans non à la charge du sociétaire	Frs. 130.- 150	–
Enfant célibataire de 21 ans à 24 ans inclus à la charge du sociétaire	Frs. 130.- 150	–
Enfant célibataire de 25 ans à 29 ans inclus à la charge du sociétaire	Frs. 200.- 230	–
<i>Personnes non directement à charge</i>		
Père, mère, frère ou sœur non directement à la charge du sociétaire	Frs. 500.- 575	–

Annexe II - Paragraphe 1 (a) est amendé pour définir explicitement la fluctuation du taux de change comme une fluctuation de 20 % ou plus.

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 une forte fluctuation de 20 % ou plus et à la

OFFICE DES NATIONS UNIES À GENÈVE

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

COMMUNICATION DU COMITE EXECUTIF



UNITED NATIONS OFFICE AT GENEVA

UNITED NATIONS STAFF MUTUAL INSURANCE SOCIETY
AGAINST SICKNESS AND ACCIDENT

COMMUNICATION FROM THE EXECUTIVE COMMITTEE

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.



Annexe II - Paragraphe 2 (a)(iv) est amendé afin de clarifier la définition de l'ordonnance

(iv) *En cas de tout achat et tout traitement non effectué par un médecin, une prescription est exigée. Les ordonnances, établies en bonne et due forme avant la date de traitement, 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.

Annexe III – Mise à jour de la définition des Prestations Médicales afin de clarifier le rôle du Médecin-conseil

1. 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.~~

~~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.~~

~~Veuillez 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.~~

Pour chacun des actes énumérés dans le tableau ci-après, sauf indication contraire et sous réserve des articles VIII. 4 et VIII. 8, sont remboursés au titre du plan de base à 80% des dépenses.

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.

Le médecin-conseil a pour devoir, dans le cadre du présent Règlement, d'évaluer la sécurité, l'efficacité et l'efficience des interventions médicales. Le médecin-conseil joue un rôle clé en comblant le fossé 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 supplémentaires, de proposer des options alternatives et de refuser l'autorisation préalable si le traitement est expérimental ou qu'il ou elle le juge dangereux, inefficace d'un point de vue médical et/ou sur le plan des coûts.

Le médecin-conseil détermine la catégorie dans laquelle les prestations thérapeutiques non énumérées dans la présente Annexe peuvent entrer aux fins 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.

Veuillez noter que pour tous les traitements basés sur des séances, l'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 obtenir l'autorisation préalable du médecin-conseil.

Annexe III - Prestations médicales

Prestation n°1 Frais de médecin, de l'Annexe III Prestations médicale, la couverture est étendue afin de couvrir les mesures préventives des bilans de santé

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
1. Frais de médecin				
a) Honoraires médicaux	80 %	oui	non	<i>Les bilans de santé préventifs sans diagnostique et autorisation préalable (la prescription doit détailler l'examen et la raison médicale) sont remboursés à hauteur de 1000 Frs par an.</i>
b) Traitements ambulatoires en milieu hospitalier	80 %	oui	non	

Prestation n° 5 Hospitalisation de longue durée, de l'Annexe III Prestations médicales, la règle actuelle limitant les prestations pour une hospitalisation continue de 365 jours ou plus a été révoquée à l'avantage de l'assuré.

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
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.			

Prestation n° 5 Chirurgie mammaire, de l'Annexe III Prestations médicales. Une nouvelle prestation concernant les chirurgies mammaires et le retrait des implants mammaires. Cela vise à clarifier les exigences administratives et médicales pour le remboursement des opérations de ce type.

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
5. Chirurgie mammaire				
a) Retrait de l'implant mammaire	Identiques à celles des prestations n° 1, 2 et 3	oui	oui	-Seulement si effectué en raison d'un accident et/ou d'une urgence médicale
b) Réduction mammaire pour des raisons médicales	Identiques à celles des prestations n° 1, 2 et 3	oui	oui	-Un rapport médical d'un chirurgien autre que celui qui effectue la chirurgie doit inclure l'historique des symptômes qui justifient l'opération. -Le poids du tissu retiré doit être égal ou supérieur à 500 grammes par sein.

-L'IMC du patient ne doit pas dépasser 25.
-Une estimation des coûts et un rapport médical sont exigés.

Prestation n°8 b) de l'Annexe III Prestations médicales: Prestation de dépendance à long terme

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
8. Dépendance à long terme				
a) Soins infirmiers de longue durée à domicile ou en milieu médicalisé effectués par du personnel non affecté à l'établissement	80 % maximum. Frs. 80.- /jour	Non	Oui	Pour les demandes de renouvellement, une autorisation préalable n'est pas nécessaire.
b) Soins personnel à domicile (assistance pour la toilette et la mobilité)	80 % maximum. Frs. 45.- /jour	Non	Oui	

Prestation n° 10 de l'Annexe III Prestations médicales: Prestations de dépendance. Les prestations forfaitaires de dépendance ne sont pas cumulables avec d'autres prestations sous les articles 8 (soins infirmiers de longue durée) et 9 (aides ménagères). Il s'agit de la clarification d'une pratique déjà existante.

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
10. Prestations forfaitaires de dépendance pour les aides à domicile (aides-soignantes, garde-malades ou aide-ménagères) – assistance à l'hygiène personnelle et à la mobilité	<i>Dépendance totale</i> : maximum 100 % 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. <i>Les prestations 10 sont non cumulables avec les prestations n° 8 et 9.</i>

Prestation n° 13 de l'Annexe III Prestations médicales: Traitement nutritionnel. Les conditions de couverture de la chirurgie reconstructive deviennent moins restrictives.

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
13. Traitement nutritionnel - IMC > 40 : hospitalisation et traitements chirurgicaux (si perte de poids supérieure à 50 Kgs <i>35 % du poids corporel initial, stabilisée sur une période de 12 mois consécutifs</i> : prise en charge de la chirurgie reconstructive)	Aux conditions des points 1, 2 et 3	oui	oui	

Prestation n° 14 de l'Annexe III Prestations médicales: Frais pharmaceutiques relatifs à la vaccination recommandée désormais sans prescription et avec les autres conditions.

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
14. Frais pharmaceutiques (sous réserve de l'article VIII.7.g du Règlement) Pour des vaccins recommandés sur prescription médicale	80 %	non	non	La parapharmacie n'est pas remboursable sauf avis favorable préalable du médecin conseil par suite d'un accident.

Prestation n° 17 de l'Annexe III Prestations médicales: Traitement de rééducation fonctionnelle. Une condition est ajoutée afin de rembourser les frais de déplacements à la maison lorsque ceux-ci sont nécessaires

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
17. Traitement de rééducation fonctionnelle : Physiothérapie, kinésithérapie, chiropractie, ostéopathie, étiopathie, ergothérapie, diathermie, ultra-sons, infrarouges, hydrothérapie, inhalations, applications de fango.	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. <i>Les frais de déplacement raisonnables et coutumiers à domicile sont remboursés à 80% si le sociétaire ne peut pas quitter ou est dans l'incapacité de quitter le domicile en raison des circonstances</i>

Prestation n° 20 de l'Annexe III Prestations médicales: Appareils médicaux. Pour les appareils respiratoires (nCPAP) une période d'essai de 6 mois pour l'achat ou la location est indiquée et une sous-section sur la couverture des lits et matelas médicalisés a été ajoutée.

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
d) i) Fauteuil roulant manuel	80 % max. Frs. 3 500.-, une fois tous les 5 ans, inclus frais de maintenance. <i>Les frais d'une location sur plus de 3 mois sont déduits de cette solde.</i>	non	oui	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.
ii) Fauteuil roulant électrique	80 % max. Frs. 5 000.-, une fois les 5 ans, inclus frais de maintenance. <i>Les frais d'une location sur plus de 3 mois sont déduits de cette solde.</i>	non	oui	
iii) Fauteuil roulant électrique avec fonctions de verticalisation	80 % max. Frs. 17 000.-, une fois les 5 ans, inclus frais de maintenance. <i>Les frais d'une location sur plus de 3 mois sont déduits de cette solde.</i>	non	oui	
f) Appareils respiratoires (CPAP)				Sur prescription médicale.
- Location de l'appareil pour essai	80 % les 6 premiers mois	non	non	Les frais d'entretien liés à l'utilisation de l'appareil et le matériel périssable peuvent être remboursés mais



- Achat ou location à long terme de l'appareil	80 % max. Frs. 2 800.- tous les 5 ans, y compris les frais de réparation et les piles	non	non	rentrant dans le crédit alloué pour 5 ans. Les achats transfrontières sont remboursables.
g) Lits et matelas médicalisés en raison d'une chirurgie ou d'une maladie chronique invalidante	80 % max. Frs. 3 000.-, une fois tous les 5 ans	non	oui	

Prestation n° 25 de l'Annexe III Prestations médicales: Santé reproductive. Maternité et traitement de l'infertilité. Nous avons ajouté des clarifications essentielles aux règles concernant la couverture de la maternité, des traitements de l'infertilité, de l'accouchement et de la stérilisation.

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

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				
27. Traitement de l'infertilité (forfait) 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.	- 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.
<i>Prestations remboursées</i>	<i>Conditions de remboursement</i>	<i>Application du plan complémentaire</i>	<i>Autorisation préalable</i>	<i>Autres conditions</i>
25. Santé reproductive a) Diagnostic prénatal	80%	oui	non	Autorisation préalable exigée pour les tests génétiques
b) Préparation à la naissance / à l'accouchement	80 % max. Frs. 200.-	oui	non	Les cours doivent être dispensés par une infirmière ou une sage-femme reconnue dans la juridiction concernée.

OFFICE DES NATIONS UNIES À GENÈVE

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

COMMUNICATION DU COMITE EXECUTIF



UNITED NATIONS OFFICE AT GENEVA

UNITED NATIONS STAFF MUTUAL INSURANCE SOCIETY
AGAINST SICKNESS AND ACCIDENT

COMMUNICATION FROM THE EXECUTIVE COMMITTEE

<i>c) Accouchement à domicile avec l'assistance d'un(e) sage-femme, infirmier/-ère ou médecin</i>	<i>80 %</i>	<i>oui</i>	<i>non</i>	
<i>d) Accouchement à l'hôpital ou en clinique</i>	<i>90 %</i>	<i>oui</i>	<i>non</i>	

<i>Prestations remboursées</i>	<i>Conditions de remboursement</i>	<i>Application du plan complémentaire</i>	<i>Autorisation préalable</i>	<i>Autres conditions</i>
<i>e) Frais d'obstétricien ou de sage-femme</i>				
<i>i Frais d'obstétricien ou de sage-femme et frais de soins infirmiers</i>	90%	<i>oui</i>	<i>non</i>	<i>Les frais d'obstétricien, de sage-femme et de soins infirmiers encourus en raison d'un accouchement à l'hôpital sont remboursés conformément aux règles de la prestation n° 3. Frais d'hospitalisation dans un établissement agréé</i> <i>Les cours doivent être dispensés par une infirmière ou une sage-femme reconnue dans la juridiction concernée.</i> <i>Une prescription médicale est requise.</i>
<i>ii Après l'accouchement, 6 séances ou visites d'un(e) sage-femme ou infirmier/-ère</i>	80%	<i>oui</i>	<i>non</i>	
<i>f) Stérilisation</i>	80%	<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>La stérilisation doit être justifiée par un trouble médical sous-jacent. La stérilisation volontaire et l'inversion volontaire de la stérilisation ne sont pas remboursables.</i>
<i>g) Traitement de l'infertilité</i>	80%. Montant max. forfaitaire Frs. 20 000.- à vie. <i>Ce solde comprend toute prestation liée au traitement de l'infertilité.</i> <i>Procédures médicales, consultations et examens, y compris la collecte d'ovules et le transfert d'embryons, tests de laboratoire et frais, y compris les frais de préparation du sperme, éclosion, micro-injection, transfert d'embryons, ICSI, congélation et cryopréservation des embryons, frais de biologiste, échographies, soins et services infirmiers, frais d'exploitation, frais de salle d'opération, soins postopératoires, soins de jour en ambulatoire, matériaux et anesthésie, médicaments et autres dépenses normalement associées à un tel traitement.</i> <i>Cette liste n'est pas exhaustive.</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i> <i>Le rapport médical doit indiquer les détails suivants :</i> <i>- les examens effectués et leurs résultats ;</i> <i>- traitements exécutés auparavant ;</i> <i>- traitement proposé ;</i> <i>- estimation des coûts.</i>	<i>Il s'agit de toute procédure médicale (invasive ou non-invasive) visant à provoquer une grossesse en se servant des moyens de médecine reproductive standard et réalisée dans un centre spécialisé reconnu.</i> <i>Les coûts liés au stockage de tout type de cellules reproductives ou de donneur pour reporter une grossesse ne sont pas couverts.</i> <i>La maternité de substitution n'est pas couverte, sauf si la mère porteuse est assurée par l'UNSMIS, auquel cas prévaut la notion de l'intérêt assurable et la maternité de substitution est traitée comme une maternité régulière.</i> <i>Uniquement les coûts strictement liés à l'assuré(e) sont remboursables.</i>

				<p><i>Les coûts d'adoption ne sont pas couverts car ils ne constituent pas des dépenses médicales.</i></p> <p><i>Le patient ou la patiente doit avoir 45 ans ou moins à la date de début du traitement.</i></p> <p><i>Aux fins de remboursement, l'infertilité est définie comme l'incapacité de tomber enceinte, comme suit :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>(a) L'incapacité des partenaires de sexe opposé à concevoir après au moins un an de rapports sexuels non protégés ;</i> <i>(b) L'incapacité d'une femme, avec ou sans partenaire de sexe opposé, à concevoir après au moins 3 essais d'insémination artificielle sous supervision médicale sur une période d'un an ;</i> <i>(c) Dans le cas d'un homme sans partenaire féminine, après au moins 2 spermogrammes anormaux effectués à 2 semaines d'intervalle au moins.</i> <i>(d) Dans le cas d'une personne ou de son partenaire ayant reçu un diagnostic clinique de dysphorie de genre.</i>
--	--	--	--	---

Prestations n° 26 de l'Annexe III Prestations médicales: Nouvelle prestation sur les tests génétiques et biopsie liquide.

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
26. Tests génétiques et biopsie liquide	80%	non	oui	<p><i>Le test doit avoir été prescrit par un généticien autre que celui qui l'effectue.</i></p> <p><i>Médicalement justifié de tester jusqu'à 100 gènes afin de confirmer la maladie suspectée ou les antécédents familiaux directs de la maladie afin de permettre l'adaptation du traitement aux besoins. Un rapport médical détaillé est nécessaire avec l'historique médical du patient ou de la patiente.</i></p>

Prestation n° 27 de l'Annexe III Prestations médicales: Transport. Clarification du transport d'urgence en ambulance et de couverture aller-retour du transport vers et depuis un lieu de traitement ambulatoire jusqu'à 200kms pour chaque trajet.

Prestations remboursées	Conditions de remboursement	Application du plan complémentaire	Autorisation préalable	Autres conditions
27. Transport				Les frais de rapatriement ne sont pas remboursables. Les frais liés au transport en voiture privée ne sont pas remboursables.
a) Transports d'urgence (<i>ambulance</i>) au lieu de traitement le plus proche	80%	yes	no	
b) Autres transports en ambulance dans la limite de 200 km	80%	no	yes	
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 <i>pour chaque trajet</i>	80%	no	yes	



Annexe IV

Personnes non directement à charge. Cette annexe, anciennement intitulée « Personnes spécialement protégées » (PSP), a été renommée pour préciser qu'elle s'applique uniquement aux personnes non directement à la charge du fonctionnaire. Pour les personnes non directement à charge, l'ancien plafond global de remboursement de Frs. 10 000 pour les 12 premiers mois a été augmenté à Frs. 12 000. De plus, les périodes d'affiliation pour les personnes non directement à charge ont été précisées. En outre, les catégories de prestations, les périodes d'attente et les limitations ont été ajustées à la liste mise à jour des prestations.

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

— Opérations maxillo-faciales (rubrique 24 ~~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)

— Santé mentale et Troubles du développement (rubrique 18)

— Appareils Médicaux ~~de prothèse~~ (rubrique 20 (a))

— Appareils de surdité (rubrique 20 ~~21~~)

— Frais d'optique (rubrique ~~22~~ 21 (a))

— Soins dentaires (rubrique 22 et 23 ~~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~~ 22 et 23) : 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. 12 000.-. ~~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.~~

Les personnes non directement à charge peuvent être inscrites à l'Assurance maladie dans les 31 jours suivant la reconnaissance de leur statut de dépendant ou après avoir rejoint le fonctionnaire au lieu d'affectation, ou lors de la campagne annuelle d'affiliation.



Annexe V

Les catégories des prestations ont été ajustées à la liste mise à jour dans l'annexe IV.

- Traitements de l'obésité (rubrique 13 (a))
- ~~Traitements psychiatriques (rubrique 18)~~
- Santé mentale et Troubles du développement (rubrique 18)
- Appareils Médicaux ~~de prothèse~~ (rubrique 20 (a))
- Appareils de surdité et respiratoires (rubrique 20 ~~+~~)
- Frais d'optique (rubrique 21~~2~~)
- Soins dentaires (rubriques 22 et 23, ~~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 24 ~~25~~)
- Santé reproductive – Maternité et traitement de l'infertilité (rubrique 25 ~~26~~)
- Transport (rubrique 27 ~~28~~)
- Frais funéraires (rubrique 28 ~~29~~)

Distribution :

1 exemplaire par fonctionnaire des organisations suivantes : ONUG, PNUD, UNICEF, OMM, HCR, CCI, VNU, CCNUCC, CNULCD, UNSSC et UIT

1 exemplaire par sociétaire retraité

Le Secrétaire exécutif