

Newsletter

YOUR BI-MONTHLY MEDICAL INSURANCE UPDATES FROM UNSMIS

[Pour la version française, voir ci-dessous](#)

ABOUT THIS EDITION

Dear Insured Member,

We are delighted to present the January edition of the bimonthly UNSMIS newsletter!

In this issue we will discuss the following:

- Changes to our Internal Rules
- Elective care in the USA
- Reproductive Health
- Changes in SPP premium rates
- Affiliation conditions for spouses

The newsletter will be sent to insured members via email, will be published on the website and will appear as a pop-up window on the eClaims Portal.

We hope you find this newsletter helpful.

Kind regards,

The UNSMIS Team

CHANGES TO OUR INTERNAL RULES

As we have communicated to our members in December, **effective 1 February 2025**, UNSMIS's Internal Rules will undergo significant changes. These adjustments are in response to evolving needs and practices, feedback from our insured members, and the necessity to ensure the long-term financial solvency of the insurance scheme. Several rules have been clarified, new ones introduced, and some withdrawn.

You can expect changes in the following topics: SPP premium rates, treatments in the USA, reproductive health, ceiling of the Supplementary Plan, medical check-ups, long-term hospitalization, breast surgeries, nutritional treatment, vaccines, medical appliances, genetic tests and the ceiling of coverage for secondary dependents.

The [detailed circular](#) of the amendments can be found on our website, together with a [brief summary](#). The new Internal Rules will be published on our website on 1 February 2025.

In the current newsletter, we will look at a few of the most important changes in more detail.

ELECTIVE CARE IN THE USA

Current rules allow UNSMIS to **limit** the reimbursement of the cost of **elective care** to what would have been payable in Geneva.

We have introduced the need to seek **prior authorization** from our Medical Adviser, and to make the obligations and limitations explicitly clear and avoid the insured person being caught off guard, a new paragraph has been added explaining in detail the steps to be taken when seeking elective care in the USA for **non-residents**.

Please see the added paragraph below:

“For insured members whose duty station (for staff members) or legal place of residence (for other insured members) is not within the United States of America, the following rules apply to medical treatments received in the USA:

ELECTIVE CARE IN THE USA

CHECKLIST



If duty station/place of residence is NOT in the USA:

- **Most benefits are subject to prior authorization:**
 - **Request to be sent no later than 30 days prior to treatment**
- **Reimbursement is limited to the cost of equivalent treatment in the canton of Geneva**
- **Medical emergencies and/or accidents are reimbursed under standard UNSMIS terms**



I. Treatments listed under benefits 2, 3, 5, 13, 16, 24 and 25 of the table in Annex III are subject to prior authorization from the UNSMIS Medical Adviser, unless these are received due to a Medical Emergency and/or an accident as defined under Rule II of the Internal Rules. This is in addition to treatments requiring prior authorization as listed in table in Annex III .

II. Requests for prior authorization must be submitted no later than 30 days before the planned treatment date together with details of the upcoming surgery and a preoperative medical report.

III. Reimbursement for the treatments above shall be limited to the cost of equivalent treatment in the canton of Geneva, an estimated cost ceiling will be specified in the prior authorization. Any expenses exceeding this ceiling will be borne entirely by the insured member unless additional costs are pre-approved by UNSMIS.”

The above limitations do not apply in the event of a medical emergency and/or accident. Furthermore, other benefits under Annex III that do not require prior authorization under the UNSMIS Internal Rules remain reimbursable under standard UNSMIS terms.

REPRODUCTIVE HEALTH

Maternity and infertility benefits have been merged into a single category entitled **Reproductive Health**, providing better coverage for IVF treatments, prenatal diagnostics, and other related services. The new rules clearly define what is covered and the limitations.

Amongst others, the **age limit** for **IVF** has been increased to 45 years (previously the standard practice, though not explicitly stated, was 42 years), and access to assisted reproduction is explicitly extended to individuals in **same-sex relationships**.

We also clarified the conditions of reimbursement in case of **home delivery** and **genetic tests**.

For a complete list of benefits covered under “Reproductive Health”, please see the [detailed circular](#) of the amendments on our website.

The new Internal Rules will be published on our website on 1 February 2025.

Detailed circular

CHANGES IN SPP PREMIUM RATES

Due to the increased cost of care and subsequent increase in claim reimbursements a premium increase was deemed necessary for the SPP categories.

Based on financial projections and to safeguard the financial solvency of the mutual insurance scheme, the **monthly flat premium for Specially Protected Persons (SPPs)** has been **increased** by at least 15%, depending on the category.

The changes are as follows:

NEW MONTHLY PREMIUM RATES FOR SPECIALLY PROTECTED PERSONS (SPP)

Non-dependent spouse	CHF 350 500.-
Non-dependent unmarried child under 21 years of age	CHF 130 150.-
Dependent unmarried child from 21 to 24 years of age	CHF 130 150.-
Dependent unmarried child from 25 to 29 years of age	CHF 200 230.-
Father, mother, brother or sister considered as secondary dependents	CHF 500 575.-

Changes in the premium contributions will be reflected in your February payslip.

If you consider the new conditions to be unsuitable, you can choose to opt out of the SPP coverage exceptionally without a notice period. To do this, please submit a request **no later than 28 February 2025**.

If you have any questions, please reach out to our team via email to unsmisaffiliations@un.org.

AFFILIATION CONDITIONS FOR SPOUSES

In this article, we explain the **affiliation conditions for spouses**, highlighting the importance of informing us about any changes that affect their dependency status.

Members under the Temporary Plan (on short-term contract / temporary contract of less than 3 months) may not cover their dependent, or non-dependent spouses under UNSMIS.

However, insured members with contracts of over 3 months are eligible to cover their spouses as dependents or as Specially Protected Persons (SPP) as per the below:

- A **dependent spouse** within the meaning of the Staff Rules can be insured as a dependent family member in the **Main Plan**.
- A spouse **not recognized as dependent** by HR can be insured as a **Specially Protected Person in the SPP Plan**.

It is important to note that the dependency status is reviewed every year by your HR colleagues and a change in the dependency status will affect the coverage eligibility for the whole calendar year.

I.e., if your dependent spouse becomes non-dependent in May, the eligibility for the Main Plan will be lost from 1 January and your spouse will have to be moved to the SPP plan retroactively, from 1 January. This might result in retroactive premium recoveries.

To avoid this, please make sure to inform your HR colleagues whenever there is a change that could affect the dependency status of your spouse (e.g., a new job or salary increase).



**NOTIFY HR OF CHANGES IMPACTING THE
DEPENDENCY STATUS OF YOUR SPOUSE**

Premium contributions

Premium contributions for the Main Plan are a certain percentage of the salary/pension depending on the number of dependents covered, while SPPs are covered through a **flat monthly premium** without any participation from the organization.

The premiums are payable for the full month for each month of the calendar year.

Hence if an individual becomes affiliated on the 10th day of any given month for example, the premium for the month will be paid in full, with no pro-rata calculation.

This also applies when separating; coverage terminates on the last day of the month in which an insured member and/or family members separated or disaffiliated.

For further information on premiums, please visit [our website](#).

Premium contributions

Enrollment-time periods

- Within 31 days of entry on duty (EOD)

- Within 31 days of arrival of the family member at the staff member's duty station
- Within 31 days of recognition as dependent (or marriage)
- During the UNSMIS annual enrollment campaign held every year during the month of June

If you are employed by an organization that uses **Umoja**, enrollment is done through Umoja's Employee Self-Service (ESS) platform. For a step-by-step guide on how to select the right health insurance plan and how to enroll members of your family, please see the relevant job aid (*available [here](#)*).

If you are employed by **UNHCR** and wish to add your spouse to your coverage, please contact UNHCR HR.

If you are employed by any other UN organization, and you wish to add your spouse to your coverage, please fill out the **affiliation form** (*available [here](#)*) and send it to your **HR focal point**.

Disaffiliation of your spouse

In case you wish to terminate the UNSMIS coverage of your spouse, you may do so during the 'annual enrollment campaign' (in this case, the change will be effective from 1 July in the year of your request) or you may request their disaffiliation at any time but you will be required to give a full 3 month notice.

If you are **employed by an organization that uses Umoja**, disaffiliation is done through Umoja's Employee Self-Service (ESS) platform. You may reach out to your HR focal point for assistance, if necessary.

In case you are a **staff member of UNHCR**, you may submit the opt-out request for your spouse directly within Workday, or notify the relevant HR colleagues in case there is a potential change in your spouse's dependency status by raising a CASE in Workday.

In **all other cases**, please reach out to your **HR focal point**.

 [Visit our website](#)

 [Contact us](#)

 [eClaims Portal](#)





DANS CETTE ÉDITION

Cher/Chère sociétaire,

Nous sommes heureux de vous présenter l'édition de janvier de notre bulletin bimestriel !
Le numéro de ce mois-ci vous présente :

- Modification du Règlement
- Traitements prévus aux États-Unis
- Santé reproductive
- Modification des primes forfaitaires pour les SPP
- Conditions d'affiliation des conjoints

Le bulletin sera envoyé aux sociétaires par email, il sera également publié sur notre **site internet** et apparaîtra sous forme de fenêtre pop-up sur le **portail eClaims**.

Nous espérons que le présent bulletin vous sera utile.

Cordialement,

L'équipe UNSMIS

MODIFICATION DU RÈGLEMENT

Comme communiqué en décembre à nos membres assurés, avec **effet au 1^{er} février 2025**, le Règlement de l'UNSMIS subira des changements importants. Ces modifications répondent à l'évolution des besoins et pratiques, aux retours de nos membres assurés, ainsi qu'à la nécessité d'assurer la solvabilité financière à long terme du régime d'assurance. Plusieurs règles ont été clarifiées, de nouvelles ont été ajoutées, et certaines ont été supprimées.

Les modifications concernent les sujets suivants : les primes forfaitaires SPP, les traitements aux États-Unis, la santé reproductive, le montant maximal des prestations complémentaires, les bilans de santé préventifs, l'hospitalisation de longue durée, les chirurgies mammaires, les traitements nutritionnels, les vaccins, les appareils médicaux, les tests génétiques et le plafond global de remboursement pour les personnes non directement à charge.

Sur notre site internet, vous pouvez consulter notre [communication détaillée](#) ainsi qu'un [bref aperçu](#) des modifications. Le Règlement mis à jour sera publié sur notre site web le 1^{er} février 2025.

Dans ce numéro de notre bulletin, nous vous présentons en détail quelques-unes des modifications les plus importantes.

Les règles actuelles permettent à l'UNSMIS de **limiter** le remboursement des coûts des **traitements prévus** effectués aux États-Unis au prix d'un traitement équivalent dans le canton de Genève.

Avec effet au 1^{er} février 2025, nous mettons en place la nécessité de demander une **autorisation préalable** auprès de notre médecin-conseil. En outre, afin de clarifier les exigences et les limites appliquées et d'éviter que les fonctionnaires assurés soient pris au dépourvu, un nouveau paragraphe a été ajouté au Règlement, expliquant en détail les démarches à suivre lorsque vous subissez un traitement prévu aux États-Unis en tant que **non-résident** du pays.

« Dans le cas des sociétaires dont le lieu d'affectation (pour les fonctionnaires) ou le domicile légal (pour les autres assurées) n'est pas situé aux États-Unis d'Amérique, l'UNSMIS applique les règles suivantes, en ce qui concerne les traitements subis aux États-Unis :

TRAITEMENTS PRÉVUS AUX ÉTATS-UNIS

LISTE DE VÉRIFICATION



Si le lieu d'affectation ou le domicile légal N'EST PAS aux États-Unis :

- La majorité des prestations nécessite une autorisation préalable :
 - Veuillez nous envoyer votre demande au plus tard 30 jours avant le traitement
- Le remboursement se limite au prix d'un traitement équivalent dans le canton de Genève
- Les cas d'urgence médicale et les accidents sont remboursés selon les conditions habituelles de l'UNSMIS



I. Les traitements listés sous les prestations n° 2, 3, 4, 5, 13, 16, 24 et 25 de l'annexe III nécessitent l'autorisation préalable du médecin-conseil de l'UNSMIS, sauf si reçues suite à une urgence médicale ou un accident, comme défini dans 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. Pour cette raison, un plafond estimé est indiqué dans l'autorisation préalable. Toute dépense dépassant ce plafond devra être assumée par le sociétaire, sauf si les surcoûts sont approuvés à l'avance par l'UNSMIS. »

Toutefois, il est essentiel de savoir que ces limites ne s'appliquent pas en cas d'urgence et/ou d'accident. De plus, toutes les autres prestations qui figurent dans l'annexe III du Règlement et ne sont pas énumérées dans le paragraphe ci-dessus ne sont pas soumises à l'autorisation préalable du médecin-conseil et restent remboursables selon les conditions habituelles de l'UNSMIS.

SANTÉ REPRODUCTIVE

À compter du 1^{er} février 2025, les prestations de maternité et celles de traitement de l'infertilité seront regroupées en une seule catégorie, appelée « **Santé reproductive** ». Cela vise à fournir une meilleure couverture des traitements FIV, des diagnostics prénataux, ainsi que d'autres services connexes. Les nouvelles règles définissent clairement ce qui est couvert et quelles sont les limites.

La **limite d'âge** pour le traitement **FIV** est augmentée à 45 ans (précédemment fixée implicitement à 42 ans) et l'accès à la procréation assistée est explicitement étendue aux **individus de même sexe**.

En outre, le Règlement mis à jour clarifie les conditions de remboursement applicables à **l'accouchement à domicile** et aux **tests génétiques**.

Pour une liste complète des prestations sous la catégorie « Santé reproductive », veuillez consulter notre [communication détaillée](#) concernant les amendements, également disponible sur notre site web. Le Règlement mis à jour sera publié sur notre site web le 1^{er} février 2025.

Communication détaillée

MODIFICATION DES PRIMES FORFAITAIRES POUR LES SPP

En raison de l'augmentation des coûts des services médicaux et, par conséquent, des demandes de remboursement de montants plus élevés, une augmentation des primes concernant les catégories de personnes spécialement protégées (SPP) est devenue nécessaire

Sur la base de projections financières et afin de préserver la solvabilité financière du régime d'assurance mutuelle, la **prime mensuelle forfaitaire des personnes spécialement protégées (SPP)**, selon leur catégorie, a été **augmentée** de 15 % ou plus.

Les changements mis en œuvre sont les suivants :

NOUVELLES PRIMES MENSUELLES POUR LES PERSONNES SPÉCIALEMENT PROTÉGÉES (SPP)

Conjoint non à la charge du sociétaire	Frs. 350 500.-
Enfant célibataire de moins de 21 ans non à la charge du sociétaire	Frs. 430 150.-
Enfant célibataire de 21 ans à 24 ans inclus à la charge du sociétaire	Frs. 430 150.-
Enfant célibataire de 25 ans à 29 ans inclus à la charge du sociétaire	Frs. 200 230.-
Père, mère, frère ou sœur non directement à la charge du sociétaire	Frs. 500 575.-

La modification des primes sera reflétée dans votre bulletin de salaire du mois de février.

Si vous considérez les nouvelles conditions comme désavantageuses, à titre exceptionnel, vous avez le choix de vous désaffilier sans préavis. À cette fin, veuillez soumettre une demande de désaffiliation **au plus tard le 28 février 2025**.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter notre équipe par email à unsmisaffiliations@un.org.

CONDITIONS D’AFFILIATION DES CONJOINTS

Dans cet article, nous expliquons les conditions d’affiliation des conjoints en soulignant l’importance de nous informer de tout changement affectant leur statut de dépendance.

Les membres assurés sous le Plan Temporaire (titulaires d’un engagement temporaire d’une durée de moins de trois mois) n’ont pas droit à l’inscription de leurs conjoints à leur plan d’assurance-maladie UNSMIS, qu’ils soient à leur charge ou non.

Toutefois, les assurés titulaires d’un contrat de durée supérieure à 3 mois ont la possibilité d’inscrire leurs conjoints soit à leur charge, soit comme des personnes spécialement protégées (SPP), conformément aux conditions suivantes :

- Les **conjoints à la charge du fonctionnaire**, au sens du Règlement du personnel, peuvent être inscrits au **plan principal** de l’UNSMIS
- Les conjoints qui **ne sont pas reconnus comme personnes à charge** par les RH ont droit à la couverture sous le **plan des personnes spécialement protégées (SPP)**

Veillez noter que le statut de dépendance est revérifié chaque année par les RH et qu’un changement de ce statut influe sur l’admissibilité aux différents plans de couverture pour la durée intégrale d’une année civile. Par exemple, si votre conjoint devient non dépendant en mai, son admissibilité au plan principal cesse à compter du 1^{er} janvier de la même année et il est replacé sous le plan des SPP avec effet rétroactif au 1^{er} janvier. Cela peut entraîner un recouvrement rétroactif de primes mensuelles. Afin d’éviter ce scénario, veuillez vous assurer d’informer les RH de chaque changement pouvant influencer sur le statut de dépendance de votre conjoint (p. ex., un nouvel emploi ou une augmentation de salaire).



**VEUILLEZ INFORMER LES RH DE
TOUT CHANGEMENT INFLUANT SUR
LE STATUT DE DÉPENDANCE DE
VOTRE CONJOINT OU CONJOINTE**

Cotisations de primes

Les cotisations de primes au Plan Principal constituent un pourcentage donné de votre salaire ou pension en fonction du nombre de personnes couvertes à votre charge, tandis que les cotisations pour les SPP constituent **une prime mensuelle forfaitaire** sans contribution de la part de votre organisation.

Les primes sont à payer pour un mois intégral et pour chacun des mois de l’année civile. Par exemple, si un individu s’affilie le 10^e jour d’un mois donné, la prime est néanmoins à payer pour le mois intégral. Des primes pro rata ne s’appliquent pas.

Ce principe s’applique aussi en cas de cessation de service ; la couverture se termine toujours le dernier jour du mois, que ce soit à la fin du mois de la cessation de service du fonctionnaire ou la désaffiliation d’un ou plusieurs membres de sa famille.

Pour des renseignements supplémentaires concernant les primes, veuillez consulter le lien suivant :

Cotisations de primes

Périodes d'affiliation

- dans les 31 jours suivant l'entrée en fonctions (EOD)
- dans les 31 jours qui suivent l'arrivée des membres de la famille au lieu d'affectation
- dans les 31 jours suivant la reconnaissance en tant que dépendant(e)
- lors de la campagne annuelle d'affiliation qui a lieu au mois de juin chaque année

Si vous êtes employé(e) par une organisation qui utilise **Umoja**, l'inscription se fait sur la plateforme ESS (*Employee Self-Service*) d'Umoja. Pour un guide complet sur le choix du plan d'assurance-maladie et de l'inscription des membres de votre famille, veuillez consulter le *job aid* pertinent (*disponible [ici](#)*).

Si vous êtes fonctionnaire du **HCR** et que vous souhaitez ajouter votre conjoint à votre couverture, veuillez contacter les RH du HCR.

Si vous êtes fonctionnaire de toute autre organisation, pour inscrire votre conjoint à votre couverture, veuillez remplir le **formulaire d'affiliation** (*disponible [ici](#)*) et l'envoyer à votre représentant des **RH**.

Désaffiliation du conjoint

En cas de résiliation de la couverture UNSMIS de votre conjoint, vous pouvez le faire lors de la « campagne annuelle d'affiliation » (dans ce cas, le changement prendra effet au 1^{er} juillet de l'année) ou demander leur désaffiliation à tout moment, mais un préavis de 3 mois complets sera alors requis.

Si vous êtes fonctionnaire d'une organisation utilisant **Umoja**, la désaffiliation se fait via la plateforme Employee Self-Service (ESS) d'Umoja. Vous pouvez contacter votre représentant RH pour obtenir de l'aide, si nécessaire.

Si vous êtes membre du personnel du **HCR**, vous pouvez soumettre la demande de désaffiliation directement dans Workday. En outre, veuillez informer les RH de tout changement potentiel du statut de dépendance de votre conjoint en soumettant un CASE dans Workday.

Dans tout autre cas, veuillez contacter les **RH** de votre organisation.



Visitez notre site internet



Contact



Portail eClaims



UNSMIS

Assurance Mutuelle du
Personnel des Nations Unies