



NATIONS UNIES
GENÈVE

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)

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

E-mail: unsmis@un.org

Fax: +41 22 917 02 98

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



UNSMIS

Assurance Mutuelle du
Personnel des Nations Unies

Mise à jour le 1^{er} août 2025

TABLE DES MATIÈRES

RÈGLEMENT ANNEXES

Article I 3
ENTRÉE EN VIGUEUR ET APPLICATION

Article II 3
DÉFINITIONS

Article III 4
SOCIÉTAIRES

Article IV 5
CONDITIONS D'ADMISSION À L'ASSURANCE

Article V 6
CONDITIONS DE PROLONGATION À L'ASSURANCE

Article VI 7
CONDITIONS DE SÉPARATION DE L'ASSURANCE

Article VII 8
PRIMES

Article VIII 11
PRESTATIONS

Article IX 14
ADMINISTRATION ET RECOURS

Annexe I 15
BARÈME DES PRIMES

Annexe II 16
PROCÉDURE ET CONDITIONS DE PRÉSENTATION ET DE LIQUIDATION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Annexe III 18
PRESTATIONS MÉDICALES

Annexe IV 37
PERSONNES NON DIRECTEMENT À CHARGE

Annexe V 38
PLAN POUR PERSONNEL TITULAIRE D'UN ENGAGEMENT D'UNE DURÉE DE MOINS DE TROIS MOIS

Annexe VI 40
RÉSERVES ET PROVISIONS

Annexe VII 41
MÉCANISME DE TRANSITION



1. FRAIS DE MÉDECINS



2. INTERVENTIONS CHIRURGICALES



3. FRAIS D'HOSPITALISATION DANS UN ÉTABLISSEMENT AGRÉÉ



4. FRAIS DE CONVALESCENCE POST-HOSPITALIÈRE ET/OU POSTOPÉRAtoire



5. CHIRURGIE MAMMAIRE



6. PRESTATIONS MÉDICALES OU PARAMÉDICALES



7. SOINS INFIRMIERS DE COURTE DURÉE



8. DÉPENDANCE À LONG TERME



9. ASSISTANCE À DOMICILE



10. PRESTATIONS FORFAITAIRES À DOMICILE



11. FRAIS DE CURES DANS UN ÉTABLISSEMENT AGRÉÉ



12. TRAITEMENT DE DÉSINTOXICATION



13. TRAITEMENT NUTRITIONNEL



14. FRAIS PHARMACEUTIQUES



15. IMAGERIE MÉDICALE



16. AUTRES : INJECTIONS, RADIO-THÉRAPIE ET AUTRES TRAITEMENTS SPÉCIALISÉS ET APPRouvÉS PAR LE MÉDECIN-CONSEIL



17. TRAITEMENT DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE



18. SANTÉ MENTALE ET TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT



19. TRAITEMENTS DE LOGOPÉDIE



20. APPAREILS MÉDICAUX



21. FRAIS D'OPTIQUE



22. SOINS D'ODONTO-STOMATOLOGIE



23. SOINS ORTHODONTIQUES



24. FRAIS DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE



25. SANTÉ REPRODUCTIVE



26. TESTS GÉNÉTIQUES ET BIOPSIE LIQUIDE



27. TRANSPORT



28. FRAIS FUNÉRAIRES

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} août 2025 en suivant les recommandations du Comité exécutif et l'approbation de la Directrice Générale/du Directeur général, ONUG. Toutes les 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

1. 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 du Comité;

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 bénéficier 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.

Par urgence médicale — on entend 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.

Par autorisation préalable — on entend 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 III

SOCIÉTAIRES

SOCIÉTAIRES ACTIFS

1. Tout membre du personnel de l’Organisation des Nations Unies ou 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 bénéfice 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 30ème anniversaire, fréquentant régulièrement un établissement scolaire ou universitaire ou n'exerçant pas un emploi régulier ou ne disposant pas d'un revenu régulier;

(e) Personnes non directement à charge:

- (i) 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)** lors 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.

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.

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.

Les formulaires de demande d'admission au bénéfice de l'Assurance sont fournis par le Service du personnel à 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, pour 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 choisisse 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 quel qu'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'article 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 ci-dessous.

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.

8. 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.

9. 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. Le statut et les primes correspondantes des personnes spécialement protégées sont gelés lors de la cessation de service du fonctionnaire, ceci indépendamment du montant des revenus des personnes spécialement protégées et ce, jusqu'au décès de l'assuré retraité. Les primes actuelles sont indiquées dans l'Annexe I du présent Règlement.

		MEMBRE COTISANT	SITUATION DU CONJOINT	BASE DE CALCUL DE LA CONTRIBUTION	
				DU SOCIÉTAIRE ¹	DU CONJOINT
SITUATION	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 G 1/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 G1/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) 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.

(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.

(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.

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 CHF 2800.- par personne assurée, avec un plafond de CHF 4600.- 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. 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 la Directrice générale/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 à la Directrice générale/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 la Directrice générale/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 2016	
	PAYABLE PAR L'ASSURÉ	PAYABLE PAR L'ORGANISATION
Sociétaire actif seul	3,4%	3,4%
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	3,4%	6,8%
Sociétaire retraité avec une personne à charge	4,4%	8,8%
Sociétaire retraité avec plus d'une personne à charge	4,8%	9,6%

PERSONNES SPÉCIALEMENT PROTÉGÉES		
Conjoint non à la charge du sociétaire	CHF 500.-	-
Enfant célibataire de moins de 21 ans non à la charge du sociétaire	CHF 150.-	-
Enfant célibataire de 21 ans à 24 ans inclus à la charge du sociétaire	CHF 150.-	-
Enfant célibataire de 25 ans à 29 ans inclus à la charge du sociétaire	CHF 230.-	-

PERSONNES NON DIRECTEMENT À CHARGE		
Père, mère, frère ou sœur non directement à la charge du sociétaire	CHF 575.-	-

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 une fluctuation de 20% ou plus 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 ou soumis électroniquement 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) 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. 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, sauf indication contraire et sous réserve des articles VIII. 4 et VIII. 7, 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.

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
-----------------------------	------------------------------------	------------------------	-------------------



1. FRAIS DE MÉDECINS

a. Honoraires médicaux

80%

OUI

NON

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.

b. Traitements ambulatoires en milieu hospitalier

80%

OUI

NON



2. INTERVENTIONS CHIRURGICALES

(sous réserve des articles VIII.4 et VIII.7 du Règlement)

a. Honoraires du chirurgien et des assistants

90%

OUI

NON

b. Autres frais relatifs à la chirurgie (frais de salle d'opération, d'anesthésie, d'objets de pansement, etc.).

90%

OUI

NON

c. 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.

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

100%

NON

NON

b. Hospitalisation en chambre semi-privée dans un établissement agréé par les autorités sanitaires compétentes du pays concerné

90%

OUI

NON

Le supplément pour chambre privée n'est pas remboursable.



CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
-----------------------------	------------------------------------	------------------------	-------------------

➤ c. Hospitalisation en chambre privée dans un établissement agréé par les autorités sanitaires compétentes du pays concerné	DANS LA LIMITE DU MONTANT REMBOURSÉ POUR LA CHAMBRE SEMI-PRIVÉE	DANS LA LIMITE DU MONTANT REMBOURSÉ POUR LA CHAMBRE SEMI-PRIVÉE	NON	Le remboursement des frais est normalement limité à 30 jours par cas d'hospitalisation.
d. Hospitalisation dans un établissement ne fournissant pas de chambre semi-privée, agréé par les autorités sanitaires compétentes du pays concerné	75%	NON	NON	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.
e. Hôpital de jour à un tarif incluant l'ensemble des frais de séjour	90%	OUI	NON	



4. FRAIS DE CONVALESCENCE POST-HOSPITALIÈRE ET/OU POSTOPÉRATOIRE

(séjour, soins et traitement):

a. Dans un établissement hospitalier ou semi-hospitalier	80 % MAX. 30 JOURS	OUI	NON	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.
b. Dans un établissement hospitalier ou semi-hospitalier au-delà de 30 jours de convalescence pour suite de traitement	80 % MAX. CHF 60.-/JOUR	NON	OUI	



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.

	CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
 6. PRESTATIONS MÉDICALES OU PARAMÉDICALES DE LONGUE DURÉE EN MILIEU MÉDICALISÉ (Y COMPRIS LES SOINS INFIRMIERS, SOINS DE GÉRIATRIE ET AUTRES SERVICES NORMALEMENT ASSURÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT)	100 % MAX. CHF 120.-/ JOUR	NON	NON	
 7. SOINS INFIRMIERS DE COURTE DURÉE	80%	NON	NON	Les soins infirmiers journaliers pour une période supérieure à 30 jours sont considérés comme des soins infirmiers de longue durée.
 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 b) Soins personnel à domicile (assistance pour la toilette et la mobilité)	80 % MAX. CHF 80.-/JOUR 80 % MAX- IMUM. CHF 45.-/JOUR	NON NON	OUI OUI	Pour les demandes de renouvellement, une autorisation préalable n'est pas nécessaire.
 9. ASSISTANCE À DOMICILE a. Frais de garde-malades et aide-ménagères indispensables après maladie ou opération lorsque la convalescence ne nécessite pas l'hospitalisation b. Frais d'aide-ménagères de longue durée	80 % MAX. CHF 45.-/JOUR 30 JOURS MAX. 80 % MAX. CHF 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.

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
-----------------------------	------------------------------------	------------------------	-------------------



10. PRESTATIONS FORFAITAIRES À DOMICILE (AIDES-SOIGNANTES, GARDE-MALADES, OU AIDE-MÉNAGÈRES) POUR DES ACTES D'HYGIÈNE ET DE MOBILITÉ

DÉPENDANCE TOTALE :
MAXIMUM 100 %
DE CHF 120.- PAR JOUR

DÉPENDANCE PARTIELLE :
MAXIMUM 50 % DE CHF 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.

Les prestations 10 sont non cumulables avec les prestations n° 8 et 9.



11. FRAIS DE CURES DANS UN ÉTABLISSEMENT AGRÉÉ PAR LES AUTORITÉS SANITAIRES DU PAYS CONCERNÉ:

a. Frais de traitement	80%	NON	OUI	Maximum de 3 séjours de cure sur une période de 5 années civiles, dans la limite de 21 jours maximum par séjour.
b. Frais de séjour	NON REMBOURSÉ	NON	NON	

NE SONT PAS ADMISSIBLES AU REMBOURSEMENT LES FRAIS SUIVANTS :

- CURES DE THALASSOTHÉRAPIE
- CURES D'AMAIGRISSEMENT
- CURES BIOLOGIQUES



12. TRAITEMENT DE DÉSINTOXICATION

a. Cures de désintoxication (alcool, drogue) - Frais de séjour et/ou de traitement	80 % DANS UN ÉTABLISSEMENT AGRÉÉ PAR L'ASSURANCE ET POUR UNE DURÉE APPROUVÉE À L'AVANCE PAR L'ASSURANCE	NON	OUI	Maximum à vie de 3 cures ou traitements
b. Traitement anti-tabac	80%	NON	NON	

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
-----------------------------	------------------------------------	------------------------	-------------------



13. TRAITEMENT NUTRITIONNEL

a. Pour l'obésité IMC > 15 et < 30: traitement médical et séances de diététique effectuées par un diététicien agréé	80 % MAX. CHF 70.- PAR SÉANCE. MAX. 10 SÉANCES À VIE	NON	OUI	Sur prescription médicale du médecin traitant.
IMC < 15 ou > 30: traitement médical et séances de diététique effectuées par un diététicien agréé	80 % MAX. CHF 70.- PAR SÉANCE. MAX. 10 SÉANCES À VIE	NON	NON	
IMC > 35: traitement médical en milieu hospitalier et frais de traitement	80%	NON	OUI	Après approbation du traitement et de la durée par le médecin conseil.
IMC > 40: hospitalisation et traitements chirurgicaux (si perte de poids > 35 % du poids corporel initial, stabilisée sur une période de 12 mois consécutifs: prise en charge de la chirurgie reconstructive)	AUX CONDITIONS DES POINTS 1, 2 ET 3	OUI	OUI	
b. Traitement médical et séances de diététique effectuées par un diététicien agréé	80 % MAX. CHF 70.- PAR SÉANCE. MAX. 10 SÉANCES À VIE	NON	OUI	Sur prescription médicale du médecin traitant.



14. FRAIS PHARMACEUTIQUES

(sous réserve de l'article VIII.7.g du Règlement)

a. Pour des produits remboursables selon les normes des autorités sanitaires compétentes des pays concernés	80%	NON	NON	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.
b. Pour des vaccins recommandés	80%	NON	NON	
c. Pour des produits homéopathiques et de phytothérapie	80 % MAX. CHF 1500.-/AN	NON	NON	Les achats par internet transfrontières ne sont pas remboursables.
d. Produits non remboursables selon les normes des autorités sanitaires des pays concernés	NON REMBOURSABLE			



	CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
> e. Médicaments onéreux, s'élevant au minimum à CHF 500.- par mois, durant une période consécutive d'au moins de 3 mois	80%	OUI	OUI	En l'absence d'une demande d'autorisation préalable, le remboursement sera effectué à 80 % sans application du plan complémentaire.
 15. IMAGERIE MÉDICALE (RADIOLOGIE, ETC.), ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	80%	OUI	NON	
 16. AUTRES : INJECTIONS, RADIOTHÉRAPIE ET AUTRES TRAITEMENTS SPÉCIALISÉS ET APPROUVÉS PAR LE MÉDECIN-CONSEIL	80%	OUI	OUI	
 17. TRAITEMENT DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE : a. Physiothérapie, kinésithérapie, chiropractie, ostéopathie, étioopathie, ergothérapie, diathermie, ultra-sons, infrarouges, hydrothérapie, inhalations, applications de fango. 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.	80 % À CONCURRENCE DE CHF 70.- PAR SÉANCE	OUI À PARTIR DE LA 31ÈME 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.

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
-----------------------------	------------------------------------	------------------------	-------------------

b. Séances de drainage lymphatique	80 %	OUI	OUI	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 Si la prescription du médecin mentionne que c'est un cas de cancer, une autorisation préalable n'est pas nécessaire.
------------------------------------	------	-----	-----	--



18. SANTÉ MENTALE ET TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT :

a. Examen psychiatrique ou médico-psychologique	80 % UNE FOIS PAR AN	OUI	NON	
b. Psychothérapie :				
i. Malades hospitalisés				
• Frais d'hospitalisation	VEUILLEZ-VOUS RÉFÉRER AUX CONDITIONS EN CAS D'HOSPITALISATION DANS UN ÉTABLISSEMENT AGRÉÉ	OUI	NON	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 pourquoi un traitement psychiatrique est nécessaire au lieu d'une psychothérapie.
• Traitement dispensé par le personnel attaché à l'établissement ou par du personnel ne faisant pas partie de l'établissement	90% MAX.	OUI	NON	



	CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
> ii. Malades non hospitalisés et/ ou consultations en hôpital de jour:				
Consultations par un médecin psychiatre y compris à distance / téléconsultation pour autant que le thérapeute soit un psychiatre qualifié et reconnu dans le pays où il exerce	80 % MAX. 12 SÉANCES PAR ANNÉE CIVILE	OUI	OUI À PARTIR DE LA 13ÈME SÉANCE	Un psychiatre qui prodigue des soins de psychothérapie sera remboursé dans la limite de la psychothérapie.
Psychothérapie (max. 50 séances par année civile) 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	80 % MAX. CHF 120.- PAR SÉANCE	NON	NON	Les séances de psychiatrie au-delà de 12 séances par année civile seront remboursées en psychothérapie (80 % jusqu'à un maximum de CHF 120.- par séance) s'il n'y a pas d'autorisation préalable du Médecin-conseil.
Consultations psychiatriques d'urgence / de crise dans un établissement médicalisé	80%	OUI	NON	



	CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
➤ • Thérapies suivantes visant à aider les personnes atteintes de troubles du spectre autistique (TSA) sans s'y limiter : L'analyse appliquée du comportement (ABA), la thérapie par le jeu, l'initiative pour le développement des relations (RDI), l'intégration sensorielle et les thérapies connexes ainsi que toutes autres thérapies cliniquement prouvées comme étant des thérapies de troubles du spectre autistique (TSA). <i>VEUILLEZ NOTER : Les séances de psychothérapie et psychiatrie faisant partie des thérapies de troubles du spectre autistique (TSA) sont remboursées selon les règles de remboursement de psychiatrie et psychothérapie.</i> <i>Les traitements de logopédie, orthophonie et/ou psychomotricité qui font partie des thérapies de troubles du spectre autistique (TSA) sont remboursés selon les règles régissant ces prestations.</i>	80%	OUI	OUI	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.
c. Cures de sommeil dans un établissement agréé par l'Assurance	80 % (DURÉE AUTORISÉE)	NON	OUI	
d. Frais de séjour en foyer de jour	NON REMBOURSABLE			

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
-----------------------------	------------------------------------	------------------------	-------------------

 19. TRAITEMENTS DE LOGOPÉDIE, ORTHOPHONIE ET/OU PSYCHOMOTRICITÉ NON LIÉS À DES TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE	80 % À CONCURRENCE DE CHF 80.- PAR SÉANCE	NON	OUI	Présentation à l'Assurance d'un bilan effectué par un logopédiste ou orthophoniste agréé suite à une ordonnance d'un médecin.
--	---	-----	-----	---

 20. APPAREILS MÉDICAUX 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% MAX. CHF 200.- MAX. UNE PAIRE TOUS LES ANS	NON	NON	
c. Ceinture de maintien lombaire (lombostat), collier cervical (minerve), orthèse ou accessoire de maintien d'une articulation	80% MAX. CHF 300.- PAR ARTICLE	NON	NON	

	CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
d. i. Fauteuil roulant manuel	80 % MAX. CHF 3 500.-, UNE FOIS TOUS LES 5 ANS, INCLUS FRAIS DE MAINTENANCE. LES FRAIS D'UNE LOCATION SUR PLUS DE 3 MOIS SONT DÉDUITS DU SOLDE	NON	OUI	Sur prescription médicale et devis.
ii. Fauteuil roulant électrique	80 % MAX. CHF 5 000.-, UNE FOIS LES 5 ANS, INCLUS FRAIS DE MAINTENANCE. LES FRAIS D'UNE LOCATION SUR PLUS DE 3 MOIS SONT DÉDUITS DU SOLDE	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.
iii. Fauteuil roulant électrique avec fonctions de verticalisation	80 % MAX. CHF 17 000.-, UNE FOIS LES 5 ANS, INCLUS FRAIS DE MAINTENANCE. LES FRAIS D'UNE LOCATION SUR PLUS DE 3 MOIS SONT DÉDUITS DU SOLDE	NON	OUI	
e. Appareils de surdité à l'exclusion de leur remplacement en cas de détérioration, de perte ou de bris	80 % MAX CHF 2 600.- PAR APPAREIL/PAR OREILLE MAX. UN APPAREIL TOUS LES 5 ANS Y COMPRIS LES FRAIS DE RÉPARATION ET LES PILES	NON	NON	L'utilisation de l'appareil doit être reconnue indispensable par un oto-rhino-laryngologiste et l'ordonnance doit être accompagnée d'un audiogramme.
f. Appareils respiratoires (nCPAP) • Location de l'appareil pour essai	80 % LES 6 PREMIERS MOIS	NON	NON	Sur prescription médicale.

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
-----------------------------	------------------------------------	------------------------	-------------------

➤ • Achat ou location à long terme de l'appareil	80 % MAX. CHF 2 800.- TOUS LES 5 ANS Y COMPRIS LES FRAIS DE RÉPARATION ET LES PILES	NON	NON	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.
g. Lits et matelas médicalisés en raison d'une chirurgie ou d'une maladie chronique invalidante	80 % MAX. CHF 3 000.-, UNE FOIS TOUS LES 5 ANS	NON	OUI	



21. FRAIS D'OPTIQUE

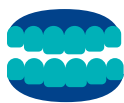
a. Verres correcteurs (verres et lentilles, verres à double ou triple foyer, verres progressifs ou toute autre correction) à condition que le port des verres correcteurs soit reconnu indispensable par un oculiste, ophtalmologue, opticien ou optométriste. L'ordonnance ou la facture doit indiquer la correction en dioptries. L'examen de la vue effectué par un opticien n'est pas remboursable.	80 % AVEC UN PLAFOND ANNUEL DE CHF 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. Les achats transfrontières par internet sont remboursables.
b. Chirurgie de la cataracte • Supplément pour lentille spéciale est remboursable sous le point 21 a. • Femto-cataracte (chirurgie au laser)	90 % MAX. CHF 2 500.-/ ŒIL 90 % MAX. CHF 1 500.-/ OEIL	NON	NON	
c. Correction réfractive cornéenne (chirurgie par laser)	90 % AVEC UN MAXIMUM DE CHF 2 000.- PAR ŒIL À VIE	NON	NON	Les corrections réfractives cornéennes par laser pour corriger une presbytie ne sont pas remboursables.



	CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
> d. Injection intravitréenne (frais du médecin) Le médicament pour l'injection intravitréenne est remboursé sous Frais pharmaceutiques comme indiqué sous le point 14 e.	80 % MAX. CHF 500.- POUR FRAIS DU MÉDECIN	NON	NON	
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. CHF 3 500.- TOUS LES 5 ANS Y COMPRIS LES FRAIS DE RÉPARATION	NON	OUI	Les cannes et cannes intelligentes ne nécessitent pas d'autorisation préalable. 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.

 22. SOINS D'ODONTO-STOMATOLOGIE (SOINS DENTAIRE) ET FRAIS DE LABORATOIRE, DE PROTHÈSES DENTAIRE ET FRAIS DE RADIOGRAPHIE/ RADIOLOGIE	80 % AVEC UN PLAFOND ANNUEL DE CHF 2 500.- 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. 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. 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.
--	---	------------	------------	--

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
-----------------------------	------------------------------------	------------------------	-------------------



23. SOINS ORTHODONTIQUES, Y COMPRIS LA FOURNITURE DE L'APPAREIL

80 % À CONCURRENCE DU MAXIMUM DES CRÉDITS DENTAIRE (RUBRIQUE 22)

NON

NON



24. 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



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. CHF 200.-	OUI	NON	Les cours doivent être dispensés par une infirmière ou une sage-femme reconnue dans la juridiction concernée.



	CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
c. Accouchement à domicile avec l'assistance d'un(e) sage-femme, infirmier/-ère ou médecin	80%	OUI	NON	
d. Accouchement à l'hôpital ou en clinique	90%	OUI	NON	
e. Frais d'obstétricien ou de sage-femme i. Frais d'obstétricien ou de sage-femme et frais de soins infirmiers	90%	OUI	NON	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.
ii. Après l'accouchement, 6 séances ou visites d'un(e) sage-femme ou infirmier/-ère	80%	OUI	NON	Les cours doivent être dispensés par une infirmière ou une sage-femme reconnue dans la juridiction concernée. Une prescription médicale est requise.
f) Stérilisation	80%	OUI	OUI	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.
g) Traitement de l'infertilité	80%. MONTANT MAX. FORFAITAIRE CHF 20 000.- À VIE. CE SOLDE COMPREND TOUTE PRESTATION LIÉE AU TRAITEMENT DE L'INFERTILITÉ. PROCÉDURES MÉDICALES, CONSULTATIONS ET EXAMENS, Y COMPRIS LA COLLECTE D'OVULES ET LE TRANSFERT D'EMBRYONS,	OUI	OUI LE RAPPORT MÉDICAL DOIT INDiquer LES DÉTAILS SUIVANTS: - LES EXAMENS EFFECTUÉS ET LEURS RÉSULTATS; - TRAITEMENTS EXÉCUTÉS AUPARAVANT; - TRAITEMENT PROPOSÉ; - ESTIMATION DES COÛTS	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. Les coûts liés au stockage de tout type de cellules reproductives ou de donneur pour reporter une grossesse ne sont pas couverts.

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
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 POST-OPÉRATOIRES, SOINS DE JOUR EN AMBULATOIRE, MATÉRIAUX ET ANESTHÉSIE, MÉDICAMENTS ET AUTRES DÉPENSES NORMALEMENT ASSOCIÉES À UN TEL TRAITEMENT. CETTE LISTE N'EST PAS EXHAUSTIVE.			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. Uniquement les coûts strictement liés à l'assuré(e) sont remboursables. Les coûts d'adoption ne sont pas couverts car ils ne constituent pas des dépenses médicales. Le patient ou la patiente doit avoir 45 ans ou moins à la date de début du traitement. Aux fins de remboursement, l'infertilité est définie comme l'incapacité de tomber enceinte, comme suit : (a) L'incapacité des partenaires de sexe opposé à concevoir après au moins un an de rapports sexuels non protégés ; (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 ; (c) Dans le cas d'un homme sans partenaire féminine, après au moins 2 spermogrammes anormaux effectués à 2 semaines d'intervalle au moins. (d) Dans le cas d'une personne ou de son partenaire ayant reçu un diagnostic clinique de dysphorie de genre.

CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
-----------------------------	------------------------------------	------------------------	-------------------



26. TESTS GÉNÉTIQUES ET BIOPSIE LIQUIDE

	80%	NON	OUI	Le test doit avoir été prescrit par un généticien autre que celui qui l'effectue. 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.
--	-----	-----	-----	--



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 (ambulance) au lieu de traitement le plus proche	80%	OUI	NON	Les frais de rapatriement ne sont pas remboursables. Les frais liés au transport en voiture privée ne sont pas remboursables.
b. Autres transports en ambulance dans la limite de 200 km	80%	NON	OUI	
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 pour chaque trajet	80%	NON	OUI	



CONDITIONS DE REMBOURSEMENT	APPLICATION DU PLAN COMPLÉMENTAIRE	AUTORISATION PRÉALABLE	AUTRES CONDITIONS
-----------------------------	------------------------------------	------------------------	-------------------



d. 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.

**50 % MAX.
CHF 5 000.-
PAR AN**

NON

NON



28. FRAIS FUNÉRAIRES

Pour autant qu'ils ne soient pas pris en charge en totalité ou en partie par l'Organisation

**80 % MAX.
CHF 1 000.-**

NON

NON

ANNEXE IV

PERSONNES NON DIRECTEMENT À CHARGE

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 garde-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 (b)**)
- Opérations maxillo-faciales (rubrique **24**).

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**)
- Santé mentale et Troubles du développement (rubrique **18**)
- Appareils de prothèse (rubrique **20 (a)**)
- Appareils de surdité (rubrique **20**)
- Frais d'optique (rubrique **21 (a)**)
- Soins dentaires (rubrique **22** et **23**).

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

- Soins dentaires (rubrique **22** et **23**) : CHF 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 CHF 12 000.-.

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

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 titulaires 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 pas 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 garde-malades et aide-ménagères (rubrique **9**)
- Prestations forfaitaires à domicile pour des actes d'hygiène et de mobilité (rubrique **10**)
- Frais de cure (rubrique **11** et **12**)
- Traitements de l'obésité (rubrique **13 (a)**)
- Santé mentale et Troubles du développement (rubrique **18**)
- Appareils de prothèse (rubrique **20**)
- Appareils de surdité et respiratoires (rubrique **20**)
- Frais d'optique (rubrique **21**)
- Soins dentaires (rubrique **22** et **23**), seuls des traitements d'urgence approuvés par le Médecin-conseil pourront être remboursés, ce à 80% jusqu'à un maximum de CHF 500.-
- Opérations maxillo-faciales (rubrique **24**)

- Santé reproductive – (rubrique 25)
- Transport (rubrique 27)
- Frais funéraires (rubrique 28).

Plafond global des remboursements : Le montant global des prestations versées par l'Assurance fait l'objet d'un plafond de CHF 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.

ANNEXE VI

RÉSERVES 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 la Directrice générale/le Directeur général de l'ONUG suite à une recommandation du Comité Exécutif de l'UNSMIS.

ANNEXE VII

MÉCANISME DE TRANSITION

En raison de la réduction des effectifs et de la restructuration organisationnelle attendue des organisations participantes à l'UNSMIS, sur recommandation du comité exécutif, la directrice générale de l'ONUG a accepté de mettre en œuvre un mécanisme de transition pour l'éligibilité à l'ASHI (l'assurance maladie après la cessation de service).

Pour être considéré comme admissible au mécanisme de transition, le membre assuré doit :

- Être concerné par une cessation de service conventionnelle ou une suppression de poste.
- Être âgé de 50 ans au moins et de moins de 55 ans au moment de la cessation de service.
- Justifier d'au moins 10 ans de participation cumulés à un régime d'assurance maladie d'une organisation signataire de l'accord inter organisations relatif au transfert, au détachement et au prêt de personnel entre les organisations appliquant le régime commun des nations unies en matière de traitement et d'indemnités. La participation en tant que personnel temporaire n'est pas prise en compte dans la période d'acquisition des droits de 10 ans.
- Être titulaire d'un contrat à durée déterminée, continue ou permanente au moment de la séparation.
- Être admissible et choisir de recevoir une prestation périodique de la caisse commune des pensions du personnel des nations unies.
- Demander le mécanisme de transition avant la cessation de service ou durant la période des 30 jours suivants.

Obligations financières:

- Les personnes admissibles au mécanisme de transition et qui en font la demande seront responsables de contribuer pour leur part, et pour la part de l'organisation, à la prime mensuelle d'assurance maladie jusqu'à l'âge de 55 ans, lorsqu'elles seront éligibles pour faire une demande ASHI standard. Les organisations participantes peuvent choisir de continuer à régler la part de l'organisation de ladite prime.
- L'exigence du paiement intégral : la prime d'assurance totale (part de l'assuré et part de l'organisation) doit être payée dans sa totalité afin que la couverture reste active.
- Les primes doivent être payées à l'avance (trimestriellement, semestriellement ou annuellement) pour assurer une couverture ininterrompue.
- En cas d'emploi durant la période de transition, l'assuré doit informer immédiatement UNSMIS pour mettre fin au mécanisme de transition.

Considérations administratives:

- L'inscription au mécanisme de transition est optionnelle et doit être formellement demandée par l'assuré.
- La couverture durant la période de transition est subordonnée au paiement effectif et ponctuel des primes.
- Lorsque l'âge de 55 ans est atteint et que l'assuré remplit les conditions d'admissibilité à l'ASHI, l'assuré est responsable de demander son affiliation à l'ASHI conformément à la procédure standard.
- Toute interruption de couverture annulera l'éligibilité à l'ASHI.

La possibilité d'opter pour un mécanisme de transition expirera le 31 décembre 2026. Après cette date, la présente annexe sera supprimée. Si le comité exécutif estime nécessaire la prolongation du mécanisme de transition au-delà de cette date, une nouvelle recommandation sera présentée à la directrice générale de l'ONUG.