



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

ABOUT THIS EDITION

Dear Insured Member,

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

In this issue we will discuss the following:

- Medical Adviser and Prior Authorization
- Hospitalization
- Emergency Hospitalization

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

MEDICAL ADVISER AND PRIOR AUTHORIZATION

The Medical Adviser is a doctor who reviews your medical documents, quotes, and other relevant documentation to assess a given treatment you wish to undergo, particularly regarding its efficiency, duration and cost.

Prior to any medical treatment, surgery or purchase that, pursuant to our Internal Rules, is subject to prior authorization, it is essential to send us all relevant documentation (a prescription or referral, medical report, quotation, medical imagery, etc.) at least two weeks in advance.

In the USA, all elective surgeries are subject to prior authorization. (Rule VIII, paragraph 4(f) of UNSMIS's Internal Rules)

If any of the above is applicable in your case, the request for prior authorization must be sent to our Medical Adviser at medrepunsmis@un.org.

Any lack of documentation risks delaying the final decision; therefore, it is essential to send all available, relevant documents to the Medical Adviser and for these to be clear and detailed.

In general, approvals are granted for the duration of the medical prescription (for a maximum duration of one year). In some cases, the Medical Adviser wishes to assess the effectiveness of a given treatment. In such cases, it is possible that the Medical Adviser approves treatment for a shorter period than the one suggested by the treating physician. When submitting your claim, it is important to attach the approval of the Medical Adviser, as well as all supporting documentation. Regardless of the duration of the prior authorization's validity, it is essential to ensure that your prescription is still valid. Should your prescription expire while the prior authorization is still valid, a new prescription must be issued.

Failure to obtain a prior authorization can result in part or all the medical expenses not being reimbursed. Proceeding with a treatment following an initial limitation/denial by the Medical Adviser can result in part or all the medical expenses not being reimbursed. Similarly, if a treatment is approved but limited to reasonable and customary limits by the Medical Adviser, all costs in excess of the authorized amount will not be reimbursed.

PRIOR AUTHORIZATION Guide

Before medical treatment/purchase requiring prior authorization, remember:



Submit all relevant documentation to the Medical Adviser



Documents needed: prescription/referral, medical report, quotation, medical imagery, etc.



Request to be sent at least two weeks in advance



Send request via email at: medrepunsmis@un.org



Claim submission: please attach the approval of the Medical Adviser and the valid medical prescription to the claim



Unapproved treatment will not be covered



If your treatment must be extended beyond the approved term, a new request is to be submitted. Please send an updated prescription or medical report, along with any supporting documents, enabling the Medical Adviser to review your case.

HOSPITALIZATION

Hospitalization in an approved medical establishment (in accordance with Rules VIII.4 and VIII.8 of the Internal Rules) encompasses inpatient care provided by the staff of the establishment and other standard services offered by the facility.

Ambulatory treatments or minor day procedures performed in a hospital are not considered hospitalization cases.

The reimbursement rate of hospitalization depends on the type of room that you stay in:

- The cost of hospitalization in a public ward of a public establishment is reimbursed at a 100% rate.
- In most other cases, the cost of hospitalization is reimbursed at a 90% rate. This applies to stays in a two-bed or semi-private room.
- The private room supplement is not reimbursable by UNSMIS.

- Hospitalization in an establishment not providing semi-private care and only offering private rooms, approved by the competent health authorities of the country concerned, is reimbursed at the 90% rate, but the room portion will be limited to 75%.
- If the invoice does not clearly identify the cost of the private room, a standard rate of 20% of the total invoice amount will be used to approximate the cost of the room.

HOSPITAL INVOICES Checklist



Before submitting a hospitalization claim, please make sure that your hospital invoices include:



Breakdown of all expenses



Room expenses including the type of room (public ward, semi-private room, or private room)



Doctor's, surgeon's, assistants', and anesthetist's fees



Hospital expenses (meals, theatre/operating room, bed, etc.)



Medical care (lab tests, examinations, etc.)



In case of package price, please include at least the type of room

If the medical establishment only uses package price invoicing (i.e. a fixed lump sum for everything), room costs will be considered 20% of the total invoiced amount and reimbursed at the applicable room rate. The remaining 80% of the total billed amount—including all examinations, treatments, and medications—is reimbursed at 90%.

If your hospitalization extends to a period longer than 30 days, it is essential to request the prior authorization of the Medical Adviser for continued entitlement to coverage by UNSMIS.

If you decide or need to obtain medical care (e.g., hospitalization, surgery) away from the duty station or the place of residence, at a place where medical costs are higher than in Geneva, reimbursement shall not exceed the usual, customary and reasonable pricing of the given treatment in the country where it is performed, or the cost of equivalent treatment provided in the Canton of Geneva.

Please be reminded that in case you seek treatment in the United States of America, special rules will be applied based on Rule VIII/ 4 (f):

"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: (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."

Rule VIII/4 (f)

EMERGENCY HOSPITALIZATION

A medical emergency is defined as “an unanticipated, acute medical condition that necessitates immediate medical intervention due to the risk of severe health deterioration or threat to life if treatment is delayed. Medical emergency is characterized by the inability to postpone treatment due to the severity of the condition which requires the admission to hospital for emergency care within 72 hours.”

To ensure you receive prompt assistance during urgent medical situations, we have introduced a new emergency helpline number:

+1 800 340 1395 (toll-free if called from the United States)
or **+33 1 55 62 53 46** (standard rates apply).

Our Emergency Helpline is dedicated to providing immediate hospital admission assistance for members and their dependents facing critical medical emergencies. This service is exclusively available for situations that fit the definition of an emergency.

In the event of an emergency, please follow these steps:

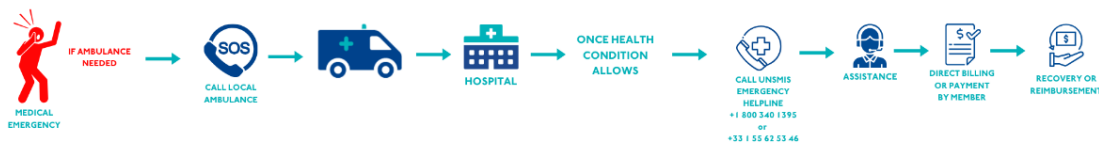
1. If immediate medical assistance is needed, always call the local emergency number first to arrange ambulance transport if necessary.
2. Once you can, please call our new helpline at **+1 800 340 1395** or **+33 1 55 62 53 46**.
3. You will be connected to a globally recognized assistance company that will verify your UNSMIS coverage and assess the emergency nature of the situation.
4. Provide your name, insurance ID, insurer (UNSMIS), location, and details of the event.

If the hospital accepts our guarantee of payment or is part of our network, UNSMIS will directly cover the costs of a public ward or a semi-private room. The member's out of pocket share of the expenses will be recovered afterward.

Emergency hospitalizations are reimbursed according to the same rates as standard hospital stays. In the event of emergency hospitalization, no prior authorization is required.

MEDICAL EMERGENCIES

IF AMBULANCE IS NEEDED



IF AMBULANCE IS **NOT** NEEDED



Important reminders:

- In life-threatening situations, always call the local emergency number first to arrange ambulance transport if needed.
- This 24/7 emergency number is solely for emergency hospital admissions.

- This is not a Medevac number. All Medevacs must be approved in line with established procedures and obtain necessary clearance from the Organization you are working for.
- A physical insurance card is not required. If asked for your card, the e-card available in the UNSMIS mobile app will suffice.



Visit our website



Contact us



eClaims Portal



UNSMIS



UNITED NATIONS
GENEVA

UNSMIS Newsletter July 2025



DANS CETTE ÉDITION

Cher/Chère sociétaire,

Nous sommes heureux de vous présenter l'édition de juillet de notre bulletin bimestriel !

Le numéro de ce mois-ci vous présente :

- Médecin-conseil et autorisation préalable
- Hospitalisation
- Urgence médicale

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

MÉDECIN-CONSEIL ET AUTORISATION PRÉALABLE

Le médecin-conseil est un médecin qui examine vos documents médicaux, devis et autres pièces justificatives afin d'évaluer le traitement que vous souhaitez suivre, en particulier en ce qui concerne son efficacité, sa durée et son coût.

Avant tout traitement médical, toute intervention chirurgicale ou tout achat nécessitant un accord, conformément à notre Règlement, il est essentiel de nous faire parvenir tous les documents pertinents (ordonnance, rapport médical, devis, imagerie médicale, etc.) au moins deux semaines à l'avance afin d'obtenir une autorisation préalable.

Pour les États-Unis, toutes les interventions chirurgicales non urgentes sont soumises à une autorisation préalable (article VIII, paragraphe 4(f) du Règlement de l'UNSMIS).

Si l'un des cas ci-dessus s'applique à votre situation, la demande d'autorisation préalable doit être envoyée à notre médecin-conseil à l'adresse suivante : medrepunsmis@un.org.

Tout manque de documentation risque de retarder la décision finale ; il est donc essentiel de transmettre au médecin-conseil tous les documents disponibles et pertinents, en veillant à ce qu'ils soient clairs et détaillés.

En règle générale, les autorisations sont accordées pour la durée de validité de l'ordonnance médicale (avec une durée maximale d'un an). Dans certains cas, le médecin-conseil souhaite évaluer l'efficacité d'un traitement donné, il peut alors accorder une autorisation pour une période plus courte que celle recommandée par votre médecin traitant. Lors de la soumission de votre demande de remboursement, il est important de joindre l'autorisation du médecin-conseil ainsi que tous les justificatifs usuels. Quelle que soit la durée de validité de l'autorisation préalable, il est essentiel de s'assurer que votre ordonnance est toujours valable. Si celle-ci expire alors que l'autorisation préalable est encore en cours de validité, une nouvelle ordonnance devra être soumise.

L'absence d'autorisation préalable peut entraîner le non-remboursement partiel ou total des frais médicaux.

AUTORISATION PRÉALABLE G u i d e

Avant tout traitement/achat médical nécessitant une autorisation préalable, rappelez-vous des points suivants :



Soumettre tous les documents au médecin-conseil



Documents requis : ordonnance, rapport médical, devis, imagerie médicale, etc.



Demande à soumettre au moins deux semaines à l'avance



Envoyer par email à medrepunsmis@un.org



Soumission de demandes de remboursement : joindre l'autorisation préalable du médecin-conseil et une ordonnance médicale valable



Les traitements non autorisés ne seront pas remboursés



De même, poursuivre un traitement après une limitation ou un refus initial du médecin-conseil peut également entraîner le non-remboursement partiel ou total des frais engagés. Si un traitement est approuvé mais limité aux plafonds raisonnables et habituels par le médecin-conseil, tous les frais dépassant le montant autorisé ne seront pas remboursés et resteront à votre charge.

Si votre traitement doit être prolongé au-delà de la période approuvée, une nouvelle demande doit être soumise. Veuillez envoyer une ordonnance mise à jour ou un rapport médical, accompagnés de tout document justificatif, afin de permettre au médecin-conseil de réévaluer votre dossier.

HOSPITALISATION

L'hospitalisation dans un établissement médical agréé, conformément aux articles VIII.4 et VIII.8 du Règlement, comprend les soins dispensés lors de l'hospitalisation par le personnel de l'établissement ainsi que les autres services standards proposés par celui-ci. **Les traitements ambulatoires ou les interventions mineures effectuées lors de l'hospitalisation**

de jour ne sont pas considérés comme des cas d'hospitalisation.

Le taux de remboursement de l'hospitalisation dépend du type de chambre occupée :

- Le coût d'une hospitalisation dans une chambre commune d'un établissement public est remboursé à 100 %.
- Dans la plupart des autres cas, le coût d'une hospitalisation est remboursé à 90 %. Cela s'applique aux séjours en chambre double ou semi-privée.
- Le supplément pour chambre privée n'est pas remboursé par l'UNSMIS.
- L'hospitalisation dans un établissement ne proposant que des chambres privées, mais agréé par les autorités sanitaires compétentes du pays concerné, est remboursée à 90 %, néanmoins la part correspondant à la chambre est limitée à 75 %.
- Si la facture ne précise pas clairement le coût de la chambre privée, un taux standard de 20 % du montant total de la facture sera utilisé pour estimer le coût de la chambre.

FACTURES D'HOSPITALISATION

Liste de vérification



Avant de soumettre une demande de remboursement concernant une hospitalisation, assurez-vous que la facture contient :



Une ventilation des coûts



Les frais de chambre, y compris le type de chambre (salle commune, chambre semi-privée ou privée)



Les frais de médecins ainsi que les honoraires du chirurgien, des assistants et de l'anesthésiste



Les frais hospitaliers (repas, salle d'opération, séjour, etc.)



Soins médicaux (analyses de laboratoires, examens, etc.)



En cas de facturation forfaitaire, identifier le type de chambre

Si l'établissement médical utilise uniquement une facturation forfaitaire (c'est-à-dire un montant fixe global), les frais de la chambre seront considérés comme représentant 20 % du montant total facturé et seront remboursés au taux applicable. Les 80 % restants du montant total facturé, incluant tous les examens, traitements et médicaments, seront remboursés à 90 %.

Si votre hospitalisation dépasse une durée de 30 jours, il est impératif de demander l'autorisation préalable du médecin-conseil pour continuer à bénéficier de la couverture de l'UNSMIS.

Si vous choisissez ou devez recevoir des soins médicaux (p. ex., hospitalisation, chirurgie) en dehors du lieu d'affectation ou du lieu de résidence, dans un endroit où les coûts médicaux sont plus élevés qu'à Genève, le remboursement ne dépassera pas les frais courants, raisonnables et habituels du traitement concerné dans le pays où il est effectué, ou le coût d'un traitement équivalent fourni dans le canton de Genève.

En cas de traitement aux États-Unis d'Amérique, des règles spéciales s'appliquent conformément à l'article VIII/4 (f) :

« 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.

(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. »

Article VIII/4 (f)

URGENCE MÉDICALE

Une urgence médicale est définie comme « 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. »

Afin de garantir une assistance rapide en cas d'urgence médicale, un nouveau numéro d'urgence a été mis en place :

+1 800 340 1395 (numéro gratuit depuis les États-Unis)
ou **+33 1 55 62 53 46** (les tarifs habituels s'appliquent).

Ce numéro est dédié à l'assistance immédiate pour l'admission à l'hôpital des membres et des personnes à leur charge confrontés à une situation médicale critique. Ce service est strictement réservé aux cas répondant à la définition officielle d'une urgence médicale.

En cas d'urgence, suivez les étapes suivantes :

1. Si une assistance médicale immédiate est nécessaire, appelez toujours en premier lieu le numéro d'urgence local afin d'organiser le transport en ambulance si besoin.
2. Dès que possible, appelez notre nouveau numéro d'urgence au **+1 800 340 1395** ou **+33 1 55 62 53 46**.
3. Vous serez mis en relation avec une société d'assistance reconnue à l'échelle mondiale, qui vérifiera votre couverture UNSMIS et évaluera la nature urgente de la situation.
4. Préparez les informations suivantes à communiquer : votre nom, numéro d'assuré(e), assureur (UNSMIS), lieu et détails de l'événement.

Si l'établissement hospitalier accepte notre garantie de paiement ou fait partie de notre réseau, l'UNSMIS prendra en charge directement les frais liés à une chambre commune ou semi-privée. La part des frais à la charge du membre sera récupérée ultérieurement.

Les hospitalisations d'urgence sont remboursées selon les mêmes taux que les séjours hospitaliers standards. Aucune autorisation préalable n'est requise en cas d'hospitalisation d'urgence.

URGENCE MÉDICALE

SI VOUS AVEZ BESOIN D'UNE AMBULANCE



SI VOUS N'AVEZ PAS BESOIN D'AMBULANCE



Rappels importants :

- En cas de danger vital, appelez toujours en premier le numéro d'urgence local pour organiser le transport en ambulance si nécessaire.
- Ce numéro d'urgence disponible 24h/24 et 7j/7 est strictement réservé aux admissions hospitalières en cas d'urgence médicale.
- Ce n'est pas un numéro pour les évacuations médicales (Medevac). Toute évacuation doit être approuvée selon les procédures établies et validées par l'organisation pour laquelle vous travaillez.
- Une carte d'assurance physique n'est pas requise. Si elle vous est demandée, la carte électronique disponible dans l'application mobile UNSMIS est suffisante.



Visitez notre site internet



Contact



Portail eClaims



UNSMIS



UNITED NATIONS
GENEVA