



Secrétariat

ST/IC/1993/65
29 novembre 1993

CIRCULAIRE

Circulaire du Contrôleur

Destinataires : Les fonctionnaires en poste dans les bureaux extérieurs

Objet : PLAN VAN BREDA D'ASSURANCE MALADIE, HOSPITALISATION ET SOINS DENTAIRE^{*}

1. La présente circulaire a pour objet d'énoncer les dispositions concernant la reconduction, avec effet au 1er janvier 1994, du plan Van Breda d'assurance maladie, hospitalisation et soins dentaires pour les fonctionnaires en poste dans les bureaux extérieurs.
2. Le plan a accusé un déficit pendant la période que couvre la police souscrite par l'ONU pour 1993. De plus, le montant moyen des remboursements par participant a légèrement augmenté en 1993 par suite du nombre croissant des demandes de remboursement et de la hausse générale du coût des services médicaux dans le monde. Il a donc fallu relever les primes pour 1994 de 15 %. Il est rappelé aux fonctionnaires que les taux pratiqués par le plan Van Breda sont calculés sur la base des données réelles, c'est-à-dire que les primes et, partant, le montant mensuel payé par les fonctionnaires et la subvention correspondante versée par l'Organisation, doivent être ajustés lors de chaque reconduction de la police de telle sorte que le montant total des recettes soit suffisant pour couvrir les dépenses du plan au titre des remboursements.
3. Outre la hausse de 15 % de la prime, la définition des prestations en cas de soins psychiatriques dispensés sans hospitalisation est légèrement modifiée (voir le paragraphe 6 ci-après et le paragraphe 2 d) de l'annexe I).
4. Le barème des primes qui prendra effet le 1er janvier 1994, ainsi que les taux correspondants de cotisation des fonctionnaires, sont indiqués ci-après :

* Manuel d'administration du personnel, No 6190 de l'index.

Montant des primes

<u>Catégorie</u>	<u>Primes mensuelles</u>	
	(Dollars des Etats-Unis)	
	<u>Montant actuel</u>	<u>Montant à compter du 1er janvier 1994</u>
Fonctionnaire seulement	74,00	85,00
Fonctionnaire et un membre de sa famille	156,00	179,00
Fonctionnaire et deux ou plusieurs membres de sa famille admis au bénéfice de l'assurance	257,00	296,00

Cotisations des fonctionnaires

<u>Catégorie</u>	<u>Pourcentage du traitement net considéré aux fins de l'assurance maladie</u>	
	<u>Taux actuel</u>	<u>Nouveau taux à compter du 1er janvier 1994</u>
Fonctionnaire seulement	1,18	1,36
Fonctionnaire et un membre de sa famille	1,92	2,20
Fonctionnaire et deux ou plusieurs membres de sa famille admis au bénéfice de l'assurance	3,03	3,49

5. Conformément à la méthode utilisée pour calculer les cotisations des fonctionnaires aux autres plans d'assurance de l'ONU, les cotisations au plan Van Breda sont calculées en pourcentage du traitement net considéré aux fins de l'assurance maladie, aux taux indiqués ci-dessus. Le traitement net considéré aux fins de l'assurance maladie correspond au traitement de base brut, majoré de

/...

la prime de connaissances linguistiques, de l'indemnité de non-résident, et/ou de l'indemnité de poste, déduction faite de la retenue au titre des contributions du personnel. En aucun cas, les cotisations des fonctionnaires ne seront supérieures à 85 % des primes indiquées plus haut.

Soins psychiatriques dispensés sans hospitalisation

6. Jusqu'à présent, le plan Van Breda prévoyait la prise en charge, dans la limite de certains plafonds, des soins dispensés par un psychologue diplômé ou un agent agréé du service social de psychiatrie – à condition que le patient lui ait été adressé par un psychiatre ou un médecin qualifié. A compter du 1er janvier 1994, il n'est plus nécessaire que cette condition soit remplie pour que le coût des services d'un psychologue ou d'un psychanalyste diplômé, ou de ceux d'un agent agréé du service social de psychiatrie, soit pris en charge.

Hospitalisation aux Etats-Unis

7. A compter du 1er janvier 1992, l'obligation d'obtenir un "accord préalable" pour une hospitalisation aux Etats-Unis (sauf en cas d'urgence) a été abandonnée et remplacée par un "plafond" de 700 dollars des Etats-Unis en ce qui concerne le tarif journalier d'hospitalisation en chambre à plusieurs lits. Ce plafond sera maintenu en 1994. Cependant, étant donné que le montant des frais d'hospitalisation et des frais médicaux connexes engagés aux Etats-Unis a augmenté assez fortement en 1993 par rapport aux deux années précédentes, la question du niveau auquel il convient de fixer le plafond sera examinée à l'occasion de la reconduction du plan Van Breda pour 1995. Des précisions sur l'application de ce plafond de 700 dollars sont données dans l'annexe II de la présente circulaire.

Deuxième avis médical en cas d'intervention chirurgicale

8. Comme les fonctionnaires en ont été informés dans la circulaire ST/IC/1991/73, le deuxième avis préalable qui était exigé pour 16 interventions chirurgicales n'est plus obligatoire depuis le 1er janvier 1992. Van Breda n'applique donc plus de pénalité lorsqu'un deuxième avis n'a pas été obtenu pour une de ces interventions. Cette disposition est maintenue dans le plan reconduit pour 1994. Toutefois, il demeure instamment recommandé aux participants de demander l'avis d'un deuxième médecin indépendant qualifié chaque fois qu'ils en auront la possibilité. Bien qu'il ne s'agisse plus là d'une obligation, Van Breda continuera de rembourser intégralement les dépenses liées à l'obtention d'un deuxième avis médical pour l'une quelconque des 16 interventions chirurgicales énumérées à l'annexe III de la présente circulaire.

Conditions régissant les remboursements en dollars des Etats-Unis

9. Les remboursements sont faits en dollars des Etats-Unis sur la base des débours en monnaie locale correspondant aux frais hospitaliers, médicaux et dentaires. Jusqu'au 31 décembre 1989, on les calculait en appliquant le taux de change pratiqué pour les opérations de l'ONU à la date de signature de la demande de remboursement. Depuis le 1er janvier 1990, les remboursements en dollars des Etats-Unis sont calculés d'après le taux de change pratiqué pour les

/...

opérations de l'ONU à la date où les dépenses médicales ou dentaires ont été supportées et, dans le cas des frais d'hôpital, à la date d'établissement de la facture de l'hôpital.

Droit de conversion

10. Les participants qui quittent le service de l'Organisation et qui ne sont pas admis au bénéfice du régime d'assurance maladie après la cessation de service peuvent souscrire une assurance maladie individuelle auprès de Van Breda, à condition d'en faire la demande dans les 31 jours suivant la date à laquelle cesse leur participation au plan. Ce droit de conversion étant prévu dans le contrat d'assurance-groupe que l'Organisation a passé avec Van Breda, l'assureur ne peut refuser d'assurer les intéressés et aucun certificat médical n'est requis. Toutefois, cela ne signifie pas que, dans le cas des contrats d'assurance individuels, le montant des primes ou le barème des prestations seront identiques à ceux que prévoit l'assurance-groupe de l'ONU. Il est rappelé aux participants souhaitant exercer cette prérogative que les personnes à leur charge ne seront couvertes que s'ils en font la demande au moment où ils souscrivent à une assurance individuelle lors de leur cessation de service. Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, il convient d'interroger directement Van Breda à l'adresse suivante :

J. Van Breda & Co. International
Plantin en Moretuslei 295
B-2140 Borgerhout
Anvers (Belgique)

No de télex : BREDCO B 31788
No de télécopie : 00 323 271 02 47
No de téléphone : 00 323 217 5111

Conditions requises pour l'adhésion au plan Van Breda

11. A l'exception des fonctionnaires en poste à New York, Genève ou Vienne et des fonctionnaires recrutés localement dans les lieux d'affectation où le Plan d'assurance médicale (PAM) s'applique, tous les fonctionnaires qui sont titulaires d'un engagement de trois mois au moins, régi par les dispositions 100 et suivantes du Règlement du personnel ou d'un mois au moins, régi par les dispositions 200 et suivantes, peuvent adhérer au plan Van Breda/ONU et assurer les membres de leur famille remplissant les conditions requises. Ceux qui souhaitent le faire lors de leur engagement initial doivent présenter leur demande dans les 31 jours qui suivent leur date d'entrée en fonctions. Les fonctionnaires sont tenus de présenter, à cet effet, comme preuve d'admissibilité au bénéfice de l'assurance, un certificat de l'administrateur du personnel ou du fonctionnaire d'administration dont ils relèvent, attestant leur statut contractuel. Pour pouvoir assurer les membres de leur famille remplissant les conditions requises, les fonctionnaires doivent fournir une pièce attestant leur situation de famille. Dans la plupart des cas, la formule de notification administrative (P.5) contient tous les éléments nécessaires à cet égard.

Membres de la famille admis au bénéfice de l'assurance

12. On entend par "membres de la famille admis au bénéfice de l'assurance" le conjoint et un ou plusieurs enfants admis au bénéfice de l'assurance. Le conjoint est toujours admis au bénéfice de l'assurance. Un enfant l'est jusqu'à la fin de l'année civile durant laquelle il atteint l'âge de 25 ans, à condition de n'être pas marié et de ne pas occuper un emploi à plein temps; les enfants handicapés peuvent être admis au bénéfice de l'assurance au-delà de l'âge de 25 ans. Des informations plus complètes à ce sujet figurent dans la circulaire ST/IC/86/72, intitulée "Limite d'âge applicable en matière d'affiliation des enfants à charge aux plans d'assurance maladie de l'Organisation des Nations Unies".

Adhésion après la date d'entrée en fonctions

13. Les fonctionnaires titulaires d'un engagement régi par les dispositions 100 et suivantes du Règlement du personnel qui n'ont pas adhéré au plan d'assurance, pour eux-mêmes et les membres de leur famille remplissant les conditions requises, dans les 31 jours suivant leur entrée en fonctions, peuvent le faire chaque année au cours d'une période déterminée, généralement la première semaine de juin, les dates exactes étant toujours annoncées suffisamment à l'avance. L'assurance commence à courir le 1er du mois suivant.

14. Les fonctionnaires qui sont titulaires d'un engagement régi par les dispositions 200 et suivantes du Règlement du personnel (agents engagés au titre de projets) sont tenus, en vertu de l'alinéa a) de la disposition 206.4 du Règlement du personnel, de participer à un régime d'assurance maladie souscrit par l'Organisation, à moins d'en être expressément dispensés aux termes de leur lettre de nomination. L'alinéa b) de la même disposition stipule que les agents engagés pour une période d'un mois au moins qui participent à un régime d'assurance maladie souscrit par l'Organisation peuvent faire adhérer leur conjoint et leurs enfants à charge audit régime. Les agents qui n'ont pas fait adhérer leur conjoint ou leurs enfants à charge remplissant les conditions requises au moment de leur engagement initial ont la possibilité de le faire tous les ans à la date correspondant à leur entrée en fonctions et, pour les nouveaux ayants droit, l'assurance commence à courir à cette date.

15. En dehors des périodes annuelles prévues à cet effet aux paragraphes 13 et 14 ci-dessus, les fonctionnaires titulaires d'un engagement régi par les dispositions 100 et suivantes ou 200 et suivantes du Règlement du personnel et les membres de leur famille remplissant les conditions requises ne peuvent adhérer au plan Van Breda que s'ils remplissent l'une au moins des conditions ci-après et présentent leur demande d'adhésion dans les 31 jours suivant la date à laquelle cette condition s'est trouvée remplie :

- a) Mutation d'un lieu d'affectation à un autre;
- b) Expiration d'un congé spécial sans traitement (voir plus loin, par. 18);
- c) Affectation à une mission, dans certaines conditions (voir plus loin, par. 19);

/...

d) Mariage, ou naissance ou adoption légale d'un enfant, auquel cas l'intéressé peut faire assurer son conjoint ou son enfant;

e) Fonctionnaires pouvant établir qu'ils se trouvaient en mission, en congé annuel ou en congé de maladie pendant toute la durée de la période annuelle d'adhésion, auquel cas, les intéressés peuvent s'affilier dans les 31 jours qui suivent leur retour à leur lieu d'affectation ou la reprise de leurs fonctions.

16. Les demandes présentées en dehors des périodes prévues qui sont fondées sur d'autres faits que ceux énumérés au paragraphe 15 ou qui n'auront pas été reçues dans les 31 jours suivant le moment où le droit à adhésion est né, seront considérées comme irrecevables. A cet égard, il convient de noter que l'expiration, entre deux périodes d'adhésion, d'une police d'assurance contractée en dehors de l'ONU et des autres organismes du régime commun ne confère en aucun cas à un fonctionnaire ou à un membre de sa famille le droit de s'affilier immédiatement à un plan d'assurance de l'Organisation; en pareil cas, l'intéressé est tenu d'attendre la période suivante. Les fonctionnaires qui, pour une raison ou pour une autre, ne sont pas certains de rester assurés en dehors de l'ONU sont instamment priés d'envisager d'adhérer au plan d'assurance de l'ONU au cours des périodes d'adhésion prévues.

Fonctionnaires mutés à un autre lieu d'affectation

17. Les fonctionnaires mutés à un autre lieu d'affectation qui n'avaient pas d'assurance maladie avant leur mutation peuvent adhérer, pour eux-mêmes et les membres de leur famille remplissant les conditions requises, à un plan d'assurance maladie de l'ONU au moment de leur mutation. La demande d'adhésion doit être présentée dans les 31 jours suivant la date de la mutation, et l'assurance prend effet à la date de la mutation au nouveau lieu d'affectation. Cette disposition s'applique également en cas de mutation au Siège, auquel cas le fonctionnaire s'affiliera à l'un des plans d'assurance offerts au Siège. Il est rappelé aux fonctionnaires que s'ils sont mutés d'un lieu d'affectation à un autre et si, du fait de cette mutation, ils relèvent d'un autre système d'établissement des états de paie, ils doivent, en arrivant à leur nouveau lieu d'affectation, s'assurer que le nécessaire a été fait en ce qui concerne les retenues à opérer au titre des cotisations mensuelles au plan d'assurance, de manière à éviter toute interruption.

Fonctionnaires en congé spécial sans traitement

18. Il est rappelé qu'un fonctionnaire en congé spécial sans traitement peut, à sa discrétion, continuer de participer au plan d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires ou interrompre sa participation pendant la durée du congé :

a) Maintien de la participation. Si le fonctionnaire souhaite maintenir sa participation pendant la durée de son congé spécial sans traitement, il DOIT, un mois au moins avant le début du congé, en informer directement par écrit la Section des assurances, s'il est payé par le Siège, ou, dans les autres cas, le service administratif dont il relève. Il lui sera alors demandé de produire une attestation prouvant que son congé spécial a été approuvé et de régler le montant total des primes dues (qui représente et sa cotisation et la part de

/...

l'Organisation, car celle-ci ne verse aucune subvention pendant la durée du congé);

b) Interruption de la participation. Un fonctionnaire qui décide d'interrompre son assurance pendant un congé spécial sans traitement n'a aucune disposition particulière à prendre au moment où il prend son congé;

c) Réaffiliation à l'issue du congé spécial. Qu'il ait décidé de garder le bénéfice de l'assurance ou d'y renoncer pendant son congé spécial sans traitement, l'intéressé doit se réaffilier lorsqu'il reprend ses fonctions, et ce, dans les 31 jours qui suivent la reprise de ses fonctions, faute de quoi il lui sera impossible de s'assurer avant la période d'adhésion suivante.

Fonctionnaires affectés à une mission

19. Etant donné le nombre élevé de fonctionnaires affectés à des missions, il a été décidé de leur offrir à titre exceptionnel la possibilité d'adhérer au plan d'assurance maladie dans les conditions indiquées ci-après, qui s'appliqueront à tous les fonctionnaires affectés à une mission d'une durée d'au moins six mois :

a) Les fonctionnaires qui ne participent pas actuellement au plan Van Breda sont autorisés à s'assurer, ainsi que les membres de leur famille qui remplissent les conditions requises. L'assurance prend effet le premier jour du mois au cours duquel commence la mission. Dans ce cas particulier, les formalités d'assurance doivent être achevées avant le départ du fonctionnaire en mission;

b) Les fonctionnaires qui décident d'adhérer au plan Van Breda dans les conditions indiquées à l'alinéa a) ci-dessus renoncent de ce fait à toute possibilité de modifier à nouveau leur assurance lors de la période d'adhésion annuelle qui a lieu pendant l'année civile au cours de laquelle commence la mission. Aucun changement de leur situation au regard de l'assurance ne pourra être envisagé avant la période d'adhésion de l'année suivante;

c) Les fonctionnaires qui souhaitent adhérer au plan Van Breda ou modifier leur assurance actuelle lors de leur affectation à une mission doivent remettre à la Section des assurances ou à leur service administratif, selon le cas, une pièce prouvant qu'ils sont affectés à une mission et indiquant la durée de cette dernière.

Couples de fonctionnaires

20. Il est rappelé aux fonctionnaires dont le conjoint travaille également à l'Organisation que l'assurance - "fonctionnaire et son conjoint" ou "fonctionnaire et deux membres de sa famille ou plus" - doit être au nom du conjoint dont le traitement est le plus élevé. Il convient également de noter que si l'un des conjoints quitte le service de l'Organisation avant l'autre, celui qui reste en activité doit devenir le titulaire de la police, même si c'était l'autre conjoint qui l'était jusqu'à la date de sa cessation de service et si ce dernier remplit les conditions requises pour bénéficier des avantages de l'assurance maladie après la cessation de service.

Participants ayant des personnes à charge
résidant aux Etats-Unis

21. Il est rappelé aux fonctionnaires que le plan Van Breda est conçu pour offrir une assurance maladie, hospitalisation et soins dentaires à des participants appelés à résider en dehors des Etats-Unis. Les participants qui résident actuellement en dehors des Etats Unis mais qui ont des personnes à charge résidant aux Etats-Unis préféreront peut-être adhérer au plan Blue Cross/Aetna Major Medical (gros frais médicaux). Celui-ci ne couvrant pas les soins dentaires, il est conseillé aux participants de souscrire aussi à une assurance soins dentaires GHI (facultative). Les fonctionnaires qui ont des personnes à charge résidant aux Etats-Unis ne sont pas tenus de s'affilier à un plan du Siège, mais il est rappelé que les personnes qui ne sont pas assurées auprès d'une compagnie américaine ne sont admises dans un hôpital que si les frais sont acquittés d'avance ou si le paiement est garanti par Van Breda. Le plafond de 700 dollars (voir plus haut, par. 7) est également appliqué au tarif journalier. De plus, pour une hospitalisation d'urgence, il faut généralement fournir une pièce prouvant que l'intéressé est assuré auprès d'une compagnie reconnue aux Etats-Unis (Blue Cross dans le cas de l'ONU). Toutefois, les fonctionnaires ayant des personnes à charge résidant aux Etats-Unis et remplissant les conditions requises ne pourront modifier leur assurance et opter pour un ou plusieurs des plans offerts au Siège que pendant la période annuelle d'adhésion et ils devront prouver que les personnes à charge en question résident aux Etats-Unis.

Radiation d'ayants droit

22. Les fonctionnaires doivent notifier immédiatement par écrit à la Section des assurances, au Siège ou au service administratif dont ils relèvent, tout changement qui met fin à la qualité d'ayant droit d'un membre de leur famille (par exemple, le conjoint en cas de divorce, l'enfant qui atteint l'âge de 25 ans, se marie ou commence à travailler à plein temps). Les fonctionnaires qui, pour toute autre raison, souhaitent faire radier l'un des membres de leur famille, sont libres de le faire à tout moment, bien que cela soit vivement déconseillé. C'est à l'intéressé qu'il appartient de signaler qu'il a changé de situation au regard de l'assurance (par exemple, qu'il est passé de la catégorie "fonctionnaire et son conjoint" à celle de "fonctionnaire seul", ou de la catégorie "fonctionnaire et deux membres de sa famille ou plus" à celle de "fonctionnaire et son conjoint". Il est dans l'intérêt des fonctionnaires d'informer rapidement la Section des assurances ou leur service administratif de toute modification du nombre de personnes assurées afin de bénéficier de toute réduction de cotisation qui pourrait en résulter. Toute modification de ce type prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la notification. Un fonctionnaire qui n'a pas notifié en temps voulu la Section des assurances ou son service administratif ne peut en aucun cas prétendre à un ajustement à titre rétroactif.

Assurance maladie après la cessation de service

23. Il est rappelé aux fonctionnaires que, pour bénéficier du régime d'assurance maladie après la cessation de service, il faut, entre autres conditions, qu'ils participent à l'un des plans d'assurance maladie de l'ONU au moment où ils cessent leurs fonctions. Ils doivent aussi avoir été couverts par

/...

une assurance maladie de l'ONU ou d'une institution spécialisée pendant cinq ans au moins pour bénéficiaire d'une assurance non subventionnée et pendant 10 ans au moins pour bénéficiaire d'une assurance subventionnée. Dans l'un et l'autre cas, ils doivent être âgés de 55 ans au moins au moment de la cessation de service. Les conditions à remplir pour bénéficiaire de l'assurance maladie après la cessation de service sont exposées en détail dans diverses instructions administratives¹. Il y a lieu de noter que seuls les membres de la famille qui étaient couverts par l'assurance du fonctionnaire au moment de la cessation de service peuvent continuer à bénéficiaire de l'assurance après la cessation de service du fonctionnaire. Enfin, il est rappelé aux anciens fonctionnaires qui résident aux Etats-Unis qu'ils ne peuvent rester affiliés au plan Van Breda : ils doivent adhérer à l'un des régimes du Siège dans un délai de 31 jours après avoir élu domicile aux Etats-Unis.

Demandes de remboursement ou de renseignements

24. Le personnel de la Section des assurances est à la disposition des fonctionnaires pour tous les aspects administratifs de l'adhésion au plan Van Breda, mais les fonctionnaires doivent en premier lieu s'adresser directement à la compagnie d'assurance concernée pour tout ce qui a trait aux demandes de remboursement. L'adresse et les numéros de téléphone, de télex et de télécopie de Van Breda figurent au paragraphe 10.

25. L'annexe I à la présente circulaire récapitule les prestations offertes par le plan Van Breda.

26. L'annexe II récapitule les dispositions relatives à l'hospitalisation aux Etats-Unis.

27. L'annexe III donne des précisions sur la question du deuxième avis médical.

Note

¹ ST/AI/172, ST/AI/172/Amend.2 et 3 et ST/AI/172/Add.2.

Annexe I

PLAN D'ASSURANCE VAN BREDA

1. Le plan d'assurance Van Breda prévoit le remboursement des frais médicaux, hospitaliers et dentaires, jusqu'à concurrence de 200 000 dollars par assuré et par année civile. Outre le montant maximum remboursable par année civile, certains maxima par traitement, intervention ou service peuvent également être fixés sur la base de ce que l'on peut considérer comme des frais raisonnables et normaux pour la prestation dans le lieu concerné.

2. Le remboursement est subordonné aux conditions et limitations ci-après :

a) Au titre du plan de base, les soins médicaux prescrits par des médecins qualifiés sont remboursés, y compris les honoraires, à 80 %. L'assurance gros frais médicaux prend en charge 80 % du solde non remboursé, sous réserve d'une franchise de 200 dollars par assuré et de 600 dollars par famille;

b) Les frais d'hospitalisation (non compris les honoraires des médecins) sont remboursés intégralement, y compris les services suivants : chambre et repas, soins infirmiers de caractère général, usage des salles d'opération et de réanimation et du matériel de ces salles, analyses de laboratoire, examens radiographiques et radioscopiques, ainsi que médicaments et produits utilisés pendant la période d'hospitalisation. En cas d'hospitalisation en Europe ou en Amérique du Nord, le remboursement est limité aux frais d'hospitalisation en chambre à plusieurs lits, c'est-à-dire pour deux patients ou davantage, sauf dans les cas ci-après, où le remboursement s'élèvera à 100 % du prix d'une chambre individuelle :

- i) La nature et la gravité de la maladie exigent l'hospitalisation en chambre individuelle, que le médecin traitant juge indispensable;
- ii) Le patient est admis d'urgence dans un hôpital où il n'y a pas de place dans une chambre à plusieurs lits au moment de l'hospitalisation;
- iii) Le patient est admis dans un hôpital qui n'a pas de chambre à plusieurs lits, ce qui ne laisse donc le choix qu'entre une chambre individuelle et la salle commune.

On entend par Europe et Amérique du Nord, les pays d'Europe, y compris les pays d'Europe orientale, Malte, Chypre et la Turquie (partie européenne), ainsi que le Canada et les Etats-Unis d'Amérique;

c) Les frais dentaires sont remboursables à 80 %, jusqu'à concurrence de 750 dollars par assuré et par année civile. Les frais de traitement orthopédique dento-facial ne sont remboursés que si le traitement a débuté avant l'âge de 15 ans, et il n'y a de remboursement à ce titre que pour une période de traitement d'une durée de quatre ans;

d) La police couvre le coût des soins psychiatriques auprès d'un psychiatre, ainsi que les services d'un psychologue diplômé ou d'un agent agréé

/...

du service social psychiatrique. Les frais supportés à ce titre par l'assuré sont remboursables à 50 %, et à concurrence de 500 dollars, pour un nombre de consultations ne dépassant pas 50 par assuré au cours d'une même période de six mois consécutifs;

e) Le coût du traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie est remboursable sous certaines conditions. L'assurance couvre les frais d'hospitalisation et le traitement de désintoxication et de réadaptation dans un établissement officiellement agréé pour dispenser ce type de soins, sous réserve de l'approbation préalable de Van Breda. La couverture est normalement limitée à 30 jours de traitement par année civile. Le plan couvre en outre les consultations externes données à des fins diagnostiques ou curatives, qui sont remboursables à raison de 50 %, le remboursement étant plafonné à 1 000 dollars pour un maximum de 50 visites par assuré au cours d'une même période de 12 mois consécutifs. Sur ces 50 consultations, 20 au plus peuvent être consacrées aux membres de la famille du patient;

f) Les frais de traitement radiologique sont remboursables à 80 %, uniquement lorsque le traitement est effectué à la demande du médecin traitant;

g) Le coût des appareils de correction auditive et des verres correcteurs est remboursable à concurrence des maxima ci-après :

i) Appareils de correction auditive – remboursement à 80 % (seulement au titre du plan de base, et non au titre de l'assurance gros frais médicaux) à concurrence de 300 dollars par appareil, y compris les examens connexes, et d'un appareil par oreille au cours d'une même période de trois ans;

ii) Verres correcteurs – remboursement à 80 % (seulement au titre du plan de base, et non au titre de l'assurance gros frais médicaux) à concurrence de 30 dollars par verre et de deux verres au cours d'une même période de deux ans.

Pour pouvoir prétendre à ces prestations, le fonctionnaire ou le membre de sa famille admis au bénéfice de l'assurance doit être assuré par Van Breda depuis au moins un an;

h) Le coût de deux analyses de sang par an aux fins du dépistage du virus d'immunodéficience humaine (VIH).

3. Le plan d'assurance maladie ne couvre pas :

a) Les examens médicaux préventifs effectués périodiquement;

b) Les examens des yeux en vue du port de verres correcteurs (lunettes ou verres de contact);

c) Les lésions résultant d'un acte volontaire ou délibéré de la part de l'assuré;

d) Les assurés qui sont mobilisés ou se portent volontaires pour le service armé en temps de guerre;

e) Les blessures survenant à la suite de courses automobiles ou d'épreuves sportives dangereuses pour lesquelles des paris sont autorisés (les risques afférents aux épreuves sportives normales sont couverts);

f) Les conséquences d'insurrections ou d'émeutes si, en y prenant part, l'assuré a commis une infraction aux lois en vigueur; les suites de la participation à des rixes, sauf en cas de légitime défense;

g) Les cures thermales, cures de rajeunissement ou traitements esthétiques (toutefois, l'assurance couvre les frais de chirurgie esthétique lorsque l'intervention est nécessaire à la suite d'un accident couvert par l'assurance);

h) Les conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur ou d'irradiations produits par transmutation du noyau de l'atome ou par radioactivité ou résultant de rayonnements produits par l'accélération artificielle de particules nucléaires;

i) Les frais nécessités ou occasionnés par le déplacement ou le transport de l'assuré, par ambulance ou par d'autres moyens, sauf en ce qui concerne le transport en ambulance entre le lieu où l'intéressé a été accidenté ou est tombé malade et le premier hôpital où il est traité.

4. En ce qui concerne les 16 interventions chirurgicales énumérées à l'annexe III, le coût d'un deuxième avis médical est remboursable intégralement et, si le participant souhaite obtenir un troisième avis, le coût en est remboursable intégralement aussi. Il n'est pas appliqué de pénalité dans le cas d'une intervention chirurgicale pratiquée en l'absence d'un deuxième avis médical.

5. Il est rappelé aux participants que les demandes de remboursement doivent être soumises à Van Breda dans les deux ans qui suivent la date à laquelle les dépenses ont été engagées. Les demandes reçues par Van Breda plus de deux ans après cette date ne seront pas acceptées.

Annexe II

DISPOSITIONS CONCERNANT L'HOSPITALISATION AUX ETATS-UNIS

1. Afin de réduire la fréquence des hospitalisations aux Etats-Unis où, dans l'ensemble, les coûts sont nettement supérieurs à ceux de services médicaux comparables dans d'autres pays, il avait été décidé qu'à partir du 1er mars 1988, celles-ci devraient être approuvées au préalable. A compter du 1er janvier 1992, l'approbation préalable de Van Breda n'est plus requise en cas d'hospitalisation aux Etats-Unis. En vertu d'un nouvel arrangement adopté à titre d'essai, le participant n'est tenu que d'aviser Van Breda de son intention de se faire hospitaliser aux Etats-Unis. Depuis le 1er janvier 1993, la "notification préalable" n'est plus obligatoire.

2. Un participant peut se faire admettre dans l'hôpital de son choix aux Etats-Unis sans en aviser Van Breda, mais le remboursement des frais d'hospitalisation continuera d'être plafonné à 700 dollars au titre du coût journalier d'une chambre à plusieurs lits. Donc si le tarif journalier pour une chambre de cette catégorie excède 700 dollars, les frais supplémentaires seront entièrement à sa charge. Aucun changement n'est prévu pour le remboursement des autres services. Il convient de noter à cet égard que les frais d'hospitalisation, qui varient considérablement d'un établissement à l'autre aux Etats-Unis, peuvent excéder le plafond de 700 dollars, notamment dans certaines régions de Californie, de Floride, du Massachusetts, de l'Etat de New York, du Texas et de Washington, D. C., où certains hôpitaux pratiquent des tarifs beaucoup plus élevés.

3. Le plafond de 700 dollars ne s'appliquera pas à l'hospitalisation en chambre à plusieurs lits dans trois cas précis :

a) En cas d'évacuation médicale vers un hôpital des Etats-Unis, avec l'autorisation du Directeur du Service médical de l'ONU;

b) En cas d'urgence médicale manifeste survenant pendant un séjour aux Etats-Unis;

c) Dans les cas où le traitement médical nécessaire ne peut être dispensé que dans un hôpital où le tarif journalier pour une chambre à plusieurs lits excède 700 dollars. Pour éviter d'avoir à déboursier les frais excédentaires, il faudra obtenir la confirmation de Van Breda avant l'hospitalisation.

Annexe III

DEUXIEME AVIS MEDICAL EN CAS D'INTERVENTION CHIRURGICALE

1. A compter du 1er janvier 1992, les participants ne sont plus tenus d'obtenir un deuxième avis médical avant de subir une intervention chirurgicale. Depuis cette date, Van Breda n'applique plus de pénalité lors du remboursement si l'assuré n'a pas produit une attestation du deuxième avis médical concernant l'acte chirurgical. Toutefois, il est instamment recommandé aux participants de demander un deuxième avis médical chaque fois qu'ils en auront la possibilité, en particulier pour les 16 interventions chirurgicales énumérées ci-après. Van Breda continuera donc de rembourser intégralement les dépenses à engager pour obtenir l'avis d'un deuxième médecin qualifié concernant l'une quelconque desdites interventions. Si le deuxième avis ne concorde pas avec le premier, un troisième avis pourra être pris et les frais ainsi occasionnés seront aussi intégralement remboursés. Il importe de noter que le deuxième avis doit être donné par un médecin qui n'est en rien associé à celui qui a recommandé l'intervention ou proposé de s'en charger.

2. On trouvera ci-après la liste des 16 interventions chirurgicales pour lesquelles les dépenses liées à l'obtention d'un deuxième avis médical seront intégralement remboursables.

<u>Intervention chirurgicale</u>	<u>Explication</u>
1. Opération du hallus valgus	Ablation d'un hygroma (oignon)
2. Cholécystectomie	Ablation de la vésicule biliaire
3. Dilatation et curetage	Dilatation du col de l'utérus et curetage utérin
4. Excision du cristallin	—
5. Hémorroïdectomie	Ablation des hémorroïdes
6. Réduction d'une hernie inguinale	Réduction d'une hernie scrotale
7. Hystérectomie	Ablation de l'utérus
8. Opération du genou	—
9. Laminectomie	Résection de l'arc postérieur d'une vertèbre
10. Mastectomie partielle ou totale	Ablation partielle ou totale de tissus mammaires
11. Prostatectomie	Ablation de la prostate
12. Septo-rhinoplastie	Opération du nez à des fins fonctionnelles

<u>Intervention chirurgicale</u>	<u>Explication</u>
13. Arthrodeèse	Intervention chirurgicale consistant à souder des segments médullaires
14. Amygdalectomie et/ou adénoïdectomie	Ablation des amygdales et/ou des végétations adénoïdes
15. Opération des varices	Ablation et ligature des varices
16. Pontage coronarien	Chirurgie cardiaque pour contourner les parties bloquées d'une ou plusieurs artères qui alimentent le coeur
