



Secrétariat

ST/IC/1996/33
24 mai 1996

CIRCULAIRE

Circulaire du Contrôleur

Destinataires : Les fonctionnaires du Secrétariat en poste au Siège

Objet : RENOUELEMENT DES PLANS D'ASSURANCE MALADIE ET D'ASSURANCE SOINS DENTAIRE AU SIÈGE AVEC EFFET AU 1er JUILLET 1996, ET CAMPAGNE ANNUELLE D'ADHÉSION, 3-7 JUIN 1996*

Généralités

1. La présente circulaire, qui remplace la circulaire ST/IC/1995/31, datée du 25 mai 1995, a pour objet d'annoncer :

a) La campagne annuelle d'adhésion aux plans d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires pour 1996;

b) Une modification des primes et taux de cotisation à compter du 1er juillet 1996 (voir p. 2);

c) L'introduction, avec effet au 1er juillet 1996, du plan Blue Cross BlueChoice PPO (prestataires de soins privilégiés). Similaire par sa structure au plan WrapAround Plus, que Blue Cross a décidé de supprimer, ce nouveau plan remplace avantageusement l'ancien (voir annexe II);

d) Suppression de l'obligation d'obtenir un second avis en cas d'intervention chirurgicale qu'imposait le plan Aetna. La consultation pour second avis continuera d'être remboursée, mais les assurés qui préféreront s'en passer ne seront plus pénalisés sur le plan pécuniaire.

Mis à part les changements susvisés, la seule modification des plans auxquels les fonctionnaires en poste au Siège peuvent souscrire pour 1996/97 porte sur les primes et taux de cotisation.

* Manuel d'administration du personnel, No 6170 de l'index.

2. Les annexes I à VIII ci-après, dont la liste figure au paragraphe 23, donnent un aperçu de chacun des plans et des prestations auxquelles il ouvre droit.

PLANS D'ASSURANCE MALADIE ET D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES DU SIÈGE

BARÈME DES PRIMES MENSUELLES^a ET DES TAUX DE COTISATION^b

(Entrée en vigueur : 1er juillet 1996)

	<u>Aetna</u>	<u>Blue Cross BlueChoice PPO</u>	<u>HIP/HMO</u>	<u>Kaiser/HMO</u>	<u>Assurance soins dentaires GHI, associée à un plan d'assurance maladie</u>	<u>Assurance soins dentaires GHI (seule)</u>
<u>Personnes assurées</u>						
<u>Fonctionnaire seul</u>						
Prime (dollars)	319,34	216,29	181,98	183,43	23,14	23,14
Cotisation (pourcentage)	3,04	2,07	1,75	1,76	0,22	0,34
<u>Fonctionnaire et un enfant</u>						
Prime (dollars)	614,51	431,53	360,24	366,86	55,15	55,15
Cotisation (pourcentage)	5,14	3,66	3,00	3,08	0,43	0,65
<u>Fonctionnaire et son conjoint</u>						
Prime (dollars)	614,51	431,53	360,24	366,86	55,15	55,15
Cotisation (pourcentage)	5,14	3,66	3,00	3,08	0,43	0,65
<u>Fonctionnaire et deux membres de sa famille ou plus</u>						
Prime (dollars)	775,05	626,55	531,51	495,27	115,59	115,59
Cotisation (pourcentage)	5,78	4,70	4,01	3,66	0,85	1,27

^a Au Siège, le coût des plans d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires est réparti entre les assurés et l'Organisation. Les fonctionnaires peuvent déterminer le montant exact de leur cotisation en multipliant leur "rémunération mensuelle nette considérée aux fins de l'assurance maladie" (voir note ^b) par le pourcentage correspondant au type de couverture choisi.

^b La "rémunération mensuelle nette considérée aux fins de l'assurance maladie" est calculée sur la base du traitement brut, minoré de la retenue au titre des contributions du personnel et majoré de la prime de connaissances linguistiques, de l'indemnité de non-résident, de l'indemnité de poste ou, éventuellement, de l'élément variable de l'indemnité mensuelle versée au personnel en mission. La cotisation effective ne peut dépasser 85 % de la prime.

Campagne annuelle d'adhésion

3. La campagne annuelle d'adhésion au Siège se déroulera du 3 au 7 juin 1996. Les fonctionnaires intéressés devront s'adresser à la Section des assurances du Bureau de la planification des programmes, du budget et de la comptabilité (bureau S-2765), entre 10 heures et 17 heures. LES FONCTIONNAIRES DU SIÈGE DEVRONT SE RENDRE EN PERSONNE À LA SECTION DES ASSURANCES POUR REMPLIR LES DEMANDES D'ADHÉSION ET TOUT AUTRE FORMULAIRE REQUIS. Le personnel de la Section se tiendra à la disposition des intéressés aux dates et aux heures indiquées pour leur donner des renseignements sur les plans d'assurance offerts aux fonctionnaires et répondre à leurs questions. En outre, des représentants des compagnies d'assurance seront présents au Siège les 3, 4 et 5 juin pour donner

/...

des renseignements sur les plans d'assurance. Ils se tiendront devant les panneaux d'affichage réservés aux activités du personnel, près de l'entrée de la cafétéria du Secrétariat.

4. Il est rappelé aux fonctionnaires qu'en dehors des cas prévus aux paragraphes 12 et 13 ci-après, la campagne d'adhésion est la SEULE occasion qu'ils auront d'ici à juin 1997 de s'affilier aux plans d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires de l'ONU. C'est aussi pour eux l'occasion de revoir attentivement les garanties dont ils bénéficient actuellement, dans le cadre de l'ONU ou à l'extérieur, et, le cas échéant, d'adhérer à l'un des plans d'assurance de l'ONU, ou de demander, s'ils sont déjà assurés, les modifications qu'ils jugeront nécessaires ou souhaitables. Aucune démarche n'est requise des fonctionnaires qui sont satisfaits de leur couverture.

5. Les plans d'assurance maladie et soins dentaires auxquels les fonctionnaires peuvent souscrire à l'occasion de la campagne de juin sont les suivants :

- a) Aetna Hospitalization Major Medical (Aetna);
- b) Blue Cross BlueChoice PPO (BlueChoice);
- c) Health Insurance Plan of Greater New York, Health Maintenance Organization (HIP/HMO);
- d) Kaiser Foundation Health Plan of the Northeast, Health Maintenance Organization (Kaiser/HMO);
- e) Group Health Incorporated Dental Plan (GHI).

6. Pour toutes les demandes d'adhésion, de changement de plan ou de modification concernant un ayant droit reçues au cours de la campagne, la date d'entrée en vigueur de la couverture sera le 1er juillet 1996. Lorsqu'un assuré passe du plan Aetna au plan Blue Cross BlueChoice ou vice versa, c'est la franchise annuelle du nouveau plan qui s'applique.

Admissibilité au bénéfice de l'assurance

7. Tous les fonctionnaires qui sont titulaires d'un engagement de trois mois au moins (ou six mois au moins pour l'assurance soins dentaires) régi par les dispositions 100 et suivantes du Règlement du personnel, dont le lieu d'affectation est New York et qui n'ont pas encore adhéré à l'un des plans d'assurance maladie ou soins dentaires offerts au Siège, peuvent le faire à l'occasion de la campagne annuelle d'adhésion. L'assurance maladie des agents engagés au titre de projets d'assistance technique est régie par la disposition 206.4 du Règlement du personnel. Les fonctionnaires titulaires d'un engagement pour une durée limitée régi par les dispositions 300 et suivantes du Règlement du personnel, à l'exception de ceux qui perçoivent mensuellement une somme forfaitaire au titre des frais d'assurance maladie, peuvent également adhérer à l'un des plans, conformément aux dispositions pertinentes de l'instruction administrative ST/AI/395 du 2 juin 1994. Pour ceux des fonctionnaires qui participent déjà à un plan d'assurance, cette campagne est l'occasion d'examiner attentivement les garanties dont ils bénéficient et, le cas échéant, de changer

de plan ou de modifier la situation des membres de leur famille au regard de l'assurance. Le plan d'assurance maladie pour les fonctionnaires titulaires d'un engagement de moins de trois mois régi par les dispositions 300 et suivantes du Règlement du personnel fait l'objet de la circulaire ST/IC/86/44 du 15 septembre 1986.

8. Pour pouvoir participer à ces plans d'assurance, les fonctionnaires seront tenus de présenter, 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. Les membres de leur famille qui remplissent les conditions requises pourront aussi être assurés à cette occasion; les fonctionnaires intéressés devront à cet effet soumettre à la Section des assurances une formule de notification administrative établissant leur situation de famille. Les fonctionnaires sont priés de revoir attentivement la situation des divers membres de leur famille au regard de l'assurance, en vue de déterminer si tous leurs enfants continuent de remplir les conditions requises et quels sont ceux qui, n'ayant pas encore été admis au bénéfice de l'assurance, devraient maintenant être assurés.

9. On entend par "membres de la famille qui remplissent les conditions requises" le conjoint ou le(s) enfant(s) ayant(s) droit. Le conjoint peut toujours bénéficier de l'assurance. Un enfant peut bénéficier de l'assurance jusqu'à la fin de l'année civile où il atteint l'âge de 25 ans à condition qu'il ne soit pas marié et ne travaille pas à temps complet; les enfants handicapés peuvent éventuellement continuer à bénéficier de l'assurance au-delà de 25 ans. On trouvera des informations complètes concernant ces dispositions 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".

10. Il est vivement conseillé aux fonctionnaires, notamment à ceux qui ne sont pas couverts par un plan des Nations Unies ou du chef d'un membre de leur famille, de contracter une assurance maladie pour eux-mêmes et leurs ayants droit, car le coût élevé des soins médicaux peut avoir des répercussions financières graves pour toute personne non assurée qui tombe malade ou est blessée.

11. 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 est également rappelé qu'en cas de cessation de service de l'un des conjoints, le conjoint demeurant en service actif devient l'assuré même si le conjoint ayant cessé ses fonctions était l'assuré jusqu'à la date de son départ en retraite et remplit les conditions nécessaires pour bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service.

Adhésion en dehors de la campagne annuelle

12. En dehors de la campagne annuelle, les fonctionnaires ne peuvent adhérer, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit, à l'un des plans d'assurance maladie ou d'assurance soins dentaires du Siège que s'ils remplissent l'une au moins des

conditions ci-après et présentent leur demande d'adhésion dans les 31 jours suivant le moment où ladite condition s'est trouvée remplie :

a) Engagement initial d'au moins trois mois au Siège, régi par les dispositions 100 et suivantes ou 300 et suivantes du Règlement du personnel, ou engagement régi par les dispositions 200 et suivantes du Règlement du personnel (condition requise pour l'assurance maladie);

b) Engagement initial d'au moins six mois au Siège, régi par les dispositions 100 et suivantes ou 200 et suivantes du Règlement du personnel (condition requise pour l'assurance soins dentaires);

c) Mutation au Siège;

d) Expiration d'un congé spécial sans traitement, auquel cas le fonctionnaire qui reprend son service ne peut adhérer qu'au plan auquel il participait avant son congé (voir par. 15);

e) Affectation à une mission, dans certaines conditions (voir par. 16);

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

Les fonctionnaires qui peuvent établir qu'ils se trouvaient en mission, en congé annuel ou en congé de maladie pendant toute la durée de la campagne d'adhésion peuvent s'affilier dans les 31 jours qui suivent leur retour au Siège.

13. Qu'il s'agisse d'une première adhésion ou d'un renouvellement, l'intéressé doit remplir une formule qu'il fait viser par l'administrateur du personnel ou le fonctionnaire d'administration compétent et qu'il adresse à la Section des assurances dans les 31 jours suivant le fait qui ouvre droit à l'adhésion. Les fonctionnaires peuvent se procurer les formules d'adhésion et obtenir tout renseignement sur les possibilités d'adhésion entre deux campagnes auprès de la Section des assurances, à l'adresse ci-après :

Section des assurances
Bureau de la planification des programmes,
du budget et de la comptabilité
Bureau S-2765
Siège de l'Organisation des Nations Unies
New York, NY 10017

14. Les demandes présentées en dehors des campagnes, qui sont fondées sur d'autres faits que ceux énumérés ci-dessus 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 et seront renvoyées à l'expéditeur par la Section des assurances. À cet égard, il convient de noter que l'expiration, entre deux campagnes d'adhésion, d'une police d'assurance contractée en dehors de l'ONU 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 campagne 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 à un plan d'assurance de l'ONU à l'occasion de la présente campagne.

Fonctionnaires en congé spécial sans traitement

15. 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 en informer directement la Section des assurances un mois au moins avant le début du congé, en personne s'il est en poste au Siège, ou par écrit s'il est en poste ailleurs. La Section des assurances lui demandera de produire une attestation prouvant que son congé spécial a été approuvé et de régler le montant total des primes dues (qui représente à la fois sa cotisation et la part de l'Organisation, car celle-ci ne verse aucune contribution 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, en se présentant en personne à la Section des assurances s'il est en poste au Siège, ou en lui écrivant, et ce, dans les 31 JOURS QUI SUIVENT LA REPRISE DE SES FONCTIONS. À défaut, il lui sera impossible de s'assurer avant la campagne annuelle suivante, qui aura lieu en juin.

Les dispositions spéciales que le programme de départ anticipé (1996) a amené à prendre aux fins de l'assurance font l'objet de l'instruction administrative ST/AI/414/Add.1.

Fonctionnaires affectés à une mission

16. Étant donné qu'un nombre élevé de fonctionnaires seront affectés à des missions, il a été décidé de leur offrir à titre exceptionnel la possibilité d'adhérer à l'un des plans d'assurance maladie et au plan d'assurance soins dentaires 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 actuellement à AUCUN des plans d'assurance maladie offerts par l'Organisation des Nations Unies seront autorisés à s'assurer, ainsi que les membres de leur famille qui remplissent les conditions requises. L'assurance prendra 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 affectés à une mission qui ont adhéré soit au plan HIP soit au plan Kaiser, plans ne dispensant que des services limités dans les

lieux d'affectation hors Siège, peuvent changer de plan et s'affilier à Aetna ou à BlueChoice. Ces deux plans assurent les fonctionnaires dans le monde entier, mais dans le cas de BlueChoice, les fonctionnaires ne peuvent se faire traiter par des médecins affiliés que dans l'agglomération new-yorkaise. Qu'il s'agisse d'Aetna ou de BlueChoice, les formalités d'assurance doivent être achevées AVANT le départ du fonctionnaire en mission;

c) Les fonctionnaires qui, à la date de leur affectation en mission, n'ont pas souscrit à l'assurance soins dentaires GHI mais participent, ainsi que les membres de leur famille remplissant les conditions requises, au plan Aetna ou au plan BlueChoice peuvent adhérer au plan d'assurance soins dentaires, de même que les membres de leur famille assurés dans le cadre du plan d'assurance maladie. Les formalités doivent être achevées AVANT le départ du fonctionnaire en mission;

d) Les fonctionnaires qui décident d'adhérer à un plan d'assurance dans les conditions indiquées aux alinéas a) à c) ci-dessus renoncent de ce fait à toute possibilité de changer à nouveau de plan lors de la campagne 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 campagne d'adhésion de l'année suivante;

e) Les fonctionnaires qui sont déjà affiliés au plan Aetna ou au plan BlueChoice au moment de leur affectation en mission doivent maintenir leur participation jusqu'à la campagne d'adhésion de l'année suivante;

f) Les fonctionnaires qui seront affectés à une mission d'une durée de six mois au moins pourront, À CONDITION QU'AUCUN MEMBRE DE LEUR FAMILLE REMPLISSANT LES CONDITIONS REQUISES AUX FINS D'ASSURANCE NE RÉSIDE AUX ÉTATS-UNIS pendant toute la durée de la mission, choisir le plan d'assurance Van Breda (soins médicaux, hospitaliers et dentaires) prévu pour les fonctionnaires hors Siège. Des renseignements détaillés sur ce plan peuvent être obtenus auprès de la Section des assurances, bureau S-2765;

g) Les fonctionnaires de retour au Siège après une mission ne peuvent, à l'exception de ceux dont la participation au plan Van Breda a été acceptée, modifier leur situation au regard de l'assurance avant la campagne d'adhésion de l'année suivante. Les fonctionnaires qui ont changé de plan pour s'affilier au plan Van Breda en application de l'alinéa f) ci-dessus doivent, à leur retour au Siège, se réaffilier au plan auquel ils étaient affiliés avant leur départ en mission, tout au moins jusqu'à la campagne d'adhésion de l'année suivante. Il est essentiel que ces fonctionnaires informent la Section des assurances de leur retour au Siège, dans les 31 jours qui suivent leur arrivée. Au cas où ils ne se réaffilieraient pas dans ce délai, leur droit à bénéficier de l'assurance s'éteindrait.

DANS TOUS LES CAS, LES FONCTIONNAIRES AFFECTÉS À UNE MISSION QUI SOUHAITENT ADHÉRER À UN PLAN D'ASSURANCE MALADIE OU CHANGER DE PLAN EN APPLICATION DES DISPOSITIONS QUI PRÉCÈDENT DOIVENT REMETTRE À LA SECTION DES ASSURANCES UNE PIÈCE PROUVANT QU'ILS SONT AFFECTÉS À UNE MISSION ET INDIQUANT LA DURÉE DE CETTE DERNIÈRE.

Radiation d'ayants droit

17. Les fonctionnaires doivent notifier immédiatement à la Section des assurances 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). 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". 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. Ils doivent alors en informer directement la Section des assurances. Il est dans l'intérêt des fonctionnaires d'informer rapidement ladite section 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 ne peut en aucun cas prétendre à un ajustement à titre rétroactif.

Assurance maladie après la cessation de service

18. 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 bénéficier d'une assurance non subventionnée et pendant 10 ans au moins pour bénéficier 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. 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 bénéficier de l'assurance après la cessation de service de l'intéressé. Il est également rappelé aux personnes qui bénéficient de ce régime d'assurance que la disposition énoncée au paragraphe 4, qui interdit aux fonctionnaires en activité de changer de régime entre deux campagnes, ne leur est pas entièrement applicable. Les conditions à remplir et la procédure administrative à suivre pour pouvoir bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service sont exposées en détail dans l'instruction administrative ST/AI/394 du 19 mai 1994.

Droit à conversion

19. Les assurés qui cessent d'être employés par l'Organisation des Nations Unies et qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de l'assurance après la cessation de service peuvent obtenir la prise en charge de leurs frais médicaux dans le cadre d'un contrat individuel. Tous les plans actuellement proposés offrent cette possibilité. Ce droit à conversion, qui est inscrit dans le contrat de groupe conclu entre l'ONU et les diverses compagnies d'assurance, fait que l'assureur ne peut refuser une telle demande et qu'aucun

certificat médical préalable n'est requis. CE DROIT NE SIGNIFIE PAS QUE L'ASSURÉ POURRA BÉNÉFICIER DANS LE CADRE D'UN CONTRAT INDIVIDUEL DES BARÈMES DE PRIMES OU DE PRESTATIONS EN VIGUEUR POUR LE CONTRAT DE GROUPE DE L'ONU. Il convient en outre de noter que cette prérogative n'est ouverte qu'aux fonctionnaires qui, après avoir cessé leur service, restent aux États-Unis, les compagnies intéressées n'étant pas habilitées à offrir des polices d'assurance individuelle aux personnes résidant à l'étranger. Dans tous les cas, le droit à conversion doit être exercé DANS LES 31 JOURS QUI SUIVENT LA CESSATION DE SERVICE. On pourra obtenir plus de détails sur les modalités de conversion en une police d'assurance individuelle dans le cadre des plans Aetna, et Blue Cross BlueChoice auprès de la Section des assurances (bureau S-2765). Pour ce qui est des plans HIP, Kaiser et GHI, il convient de s'adresser directement aux compagnies d'assurance.

Demandes de remboursement ou de renseignements

20. Le personnel de la Section des assurances est à la disposition des fonctionnaires pour tous les aspects administratifs de l'adhésion à tel ou tel des plans d'assurance offerts au Siège, 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. Les adresses et numéros de téléphone desdites compagnies figurent à l'annexe VIII de la présente circulaire.

21. Il est rappelé que les descriptions des plans d'assurance données aux annexes I à VI sont des résumés des prestations offertes par chacun d'eux. Ces résumés ont été établis avec le plus grand soin. Toutefois, un différend peut surgir entre un assuré et l'assureur. En pareil cas, la décision finale, qui est dictée par les clauses de la police d'assurance, appartient non pas à l'ONU mais à l'assureur. Les polices souscrites auprès des différents assureurs peuvent être consultées à la Section des assurances (bureau S-2765), sur rendez-vous.

Plans d'assurance maladie offerts au Siège : aperçu de
chacun des régimes et résumé des prestations auxquelles
il ouvre droit

Modes de tarification

22. Les contrats passés entre l'ONU d'une part et les compagnies Aetna, Blue Cross et GHI reposent sur le principe de la tarification "personnalisée" (fondée sur les résultats). Autrement dit, pour les plans Aetna, BlueChoice et GHI, la prime annuelle est fonction des demandes de remboursement présentées au cours de l'année écoulée, et des prévisions relatives au volume et au prix des services médicaux qui seront utilisés au cours de l'année à venir. Comme le coût de ces plans (demandes de remboursement et dépenses d'administration) est réparti entre les participants, la prime risque d'augmenter sensiblement l'année qui suit une période de forte consommation. À l'inverse, le relèvement sera vraisemblablement modeste si la consommation est restée relativement modérée au cours de l'année écoulée. Les deux plans de surveillance médicale (HMO), HIP et Kaiser, appliquent le principe de la tarification "sans distinction". Les primes sont calculées en fonction des résultats de tous les employeurs affiliés, et pas seulement de l'ONU. Elles sont approuvées par les autorités d'État compétentes en matière d'assurance. Les participants doivent être conscients qu'un comportement raisonnable de leur part aura pour effet de limiter le relèvement des primes, surtout dans le cas des trois plans à tarification personnalisée. Il y va de l'intérêt de tous.

Aperçu de chacun des plans et résumé des prestations auxquelles il ouvre droit

23. On trouvera aux annexes I à V ci-après un aperçu de chacun des plans d'assurance maladie ainsi qu'un résumé des prestations auxquelles il ouvre droit :

	<u>Page</u>
I. Aetna Hospitalization Major Medical (Aetna)	11
II. Blue Cross BlueChoice PPO	23
III. HIP/HMO	31
IV. Kaiser/HMO	34
V. GHI Dental	37

On trouvera en outre des renseignements concernant le service World Access (ancien Access America), auquel peuvent avoir recours les participants aux plans Aetna et BlueChoice, ainsi qu'une liste des pharmacies affiliées à Aetna et BlueChoice et les numéros de téléphone des compagnies d'assurance aux annexes VI à VIII ci-après :

VI. World Access	44
VII. Pharmacies affiliées à Aetna et BlueChoice	45
VIII. Adresses et numéros de téléphone des compagnies d'assurance	47

Annexe I

AETNA HOSPITALIZATION/MAJOR MEDICAL

Aperçu du plan

Le plan Aetna Hospitalization/Major Medical (Aetna) est un régime de couverture intégrale, dans le monde entier, des frais d'hospitalisation, ainsi que des frais chirurgicaux et médicaux et du coût des médicaments délivrés sur ordonnance. Les assurés peuvent se faire dispenser par un médecin ou dans un hôpital de leur choix les soins nécessités par une maladie ou un accident couverts par l'assurance. Les frais d'hospitalisation en chambre semi-individuelle sont intégralement pris en charge pour une durée de 365 jours au-delà de laquelle, si le malade reste hospitalisé, ses frais de séjour hospitalier sont couverts par l'élément gros frais médicaux du plan Aetna. Les frais chirurgicaux et médicaux et le coût des médicaments délivrés sur ordonnance sont remboursés à 80 %, après déduction d'une franchise annuelle de 125 dollars par personne ou de 375 dollars par famille. Les médicaments prescrits peuvent aussi être obtenus par le biais du programme d'achat à prix réduit des médicaments délivrés sur ordonnance, une franchise de moindre montant étant alors applicable. Lorsque la franchise pour une année donnée est atteinte et que l'assuré a pris à sa charge un montant supplémentaire de 1 000 dollars au titre de la participation aux frais (20 % de 5 000 dollars de frais reconnus), Aetna rembourse à 100 % tous les autres frais engagés pendant le reste de l'année, sous réserve qu'ils soient "raisonnables et habituels". La franchise et la participation aux frais s'entendent pour chaque année civile. Le montant global des remboursements qu'un assuré peut recevoir sa vie durant au titre du plan Aetna ne fait l'objet d'aucune limitation.

Prime

Les primes mensuelles applicables pour le plan Aetna augmenteront de 8,7 %, par rapport aux primes actuelles, à compter du 1er juillet 1996. Les nouvelles primes et nouveaux taux de cotisation (en pourcentage de la rémunération) sont indiqués à la page 2 de la présente circulaire.

Prestations

Le remboursement de certains types d'interventions chirurgicales non urgentes (au nombre de 16) était jusqu'à présent subordonné à l'obtention d'un second avis donné avant l'intervention. À défaut, le montant normalement remboursé était réduit de 50 %. À compter du 1er juillet 1996, le second avis n'est plus obligatoire, et les assurés qui préféreraient s'en passer ne seront pas pénalisés sur le plan pécuniaire. Si l'obtention en est souhaitée, elle continuera néanmoins d'être remboursée au taux normal.

Demandes de remboursement destinées à Aetna

Ces demandes doivent être envoyées à l'adresse suivante :

Aetna Life Insurance Company
Unit 73
3541 Winchester Road
Allentown, PA 18195-0501

Le numéro de téléphone réservé aux assurés est (800) 858-5630. CHAQUE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ADRESSÉE À AETNA ENTRAÎNANT DES FRAIS DE CONSTITUTION DE DOSSIER, IL EST VIVEMENT RECOMMANDÉ AUX PARTICIPANTS D'ATTENDRE, POUR SAISIR AETNA, D'AVOIR UNE DEMANDE OU UN GROUPE DE DEMANDES DONT LE MONTANT ATTEIGNE OU DÉPASSE LA FRANCHISE ANNUELLE.

Aperçu des prestations auxquelles ouvre droit le plan Aetna

Partie I. Éléments soins hospitaliers

Coût des soins hospitaliers ci-après dans un hôpital reconnu par la loi :

A. Soins dispensés à un malade hospitalisé

Chambre, repas et soins infirmiers généraux
Autres services hospitaliers
Tuberculose pulmonaire
Kinésithérapie et rééducation
Soins de maternité
Soins en hospice
Hémodialyse pour insuffisance rénale

B. Soins dispensés par un service de consultation externe

Premiers soins d'urgence ou interventions chirurgicales mineures

Si les soins ne sont pas jugés urgents, ils seront remboursés au titre de l'élément gros frais médicaux du plan et seront soumis à une franchise et à une participation aux frais

Examens et analyses préalables à une intervention chirurgicale

Doivent être faits dans les sept jours précédant l'intervention chirurgicale et à l'hôpital dans lequel l'opération aura lieu pour être remboursés au titre de l'élément hospitalisation

Soins à domicile

Pour bénéficier de cette prestation, certaines conditions doivent être remplies concernant le nombre de jours s'écoulant entre la sortie de l'hôpital et le début des soins à domicile et le nombre maximal de

visites autorisées pour une année donnée. Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au bureau des demandes de remboursement d'Aetna ou à la Section des assurances

Hémodialyse pour insuffisance rénale

- C. Trois cent soixante-cinq (365) journées de soins sur la base du coût intégral d'une chambre semi-individuelle et des repas. L'hospitalisation au-delà de 365 jours est prise en charge par l'élément gros frais médicaux (voir partie II).
- D. Coût intégral des autres services hospitaliers dispensés pendant l'hospitalisation, par exemple utilisation des salles et équipements d'opération, de cystoscopie et de réveil, examens radiologiques, analyses de laboratoire et examens pathologiques, médicaments prescrits et administrés à l'hôpital, etc.
- E. Prise en charge, à concurrence de 210 jours d'hospitalisation, des soins dans un hospice ou hôpital agréé, ainsi que des soins à domicile et en consultation externe assurés par l'hospice lorsque le médecin traitant principal certifie que l'espérance de vie du patient n'excède pas six (6) mois.
- F. Coût intégral de 30 consultations externes par année civile pour des soins d'urgence, dans les cas ci-après :
 - 1. Premiers secours lors de la première visite consécutive à un accident, dans les 72 heures qui suivent l'accident.
 - 2. Soins d'urgence lors de la première visite en cas de maladie grave ou se déclarant soudainement, dans les 12 heures.
 - 3. Intervention chirurgicale mineure.
- G. Coût intégral des examens et analyses préalables à une intervention chirurgicale effectués dans le service de consultation externe de l'hôpital où l'intervention elle-même doit avoir lieu.
- H. Coût intégral des soins à domicile, sous réserve de certaines conditions.
- I. Coût intégral de 45 jours de physiothérapie et de rééducation dans un hôpital.
- J. Coût intégral des services dispensés pour hémodialyse à un malade hospitalisé ou dans un service de consultation externe.
- K. Coût intégral d'une mammographie, sur recommandation d'un médecin, pour toutes les femmes, sans considération d'âge, qui ont des antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein. Cette prise en charge vaut en outre, qu'il y ait ou non recommandation d'un médecin, pour :
 - 1. Une mammographie initiale pour les femmes âgées de 35 à 39 ans.

2. Une mammographie tous les deux ans pour les femmes âgées de 40 à 49 ans.
3. Une mammographie tous les ans pour les femmes âgées de 50 ans et plus.

Cela étant, pour qu'il y ait prise en charge intégrale, il faut que la mammographie soit effectuée dans un hôpital, avec ou sans hospitalisation. Au titre de l'élément gros frais médicaux (partie II) du plan, Aetna remboursera le coût d'une mammographie effectuée ailleurs que dans un hôpital, sans condition d'âge ni limite du nombre des mammographies. Cette prestation est assujettie aux dispositions normalement applicables en matière de franchise et de prise en charge d'une partie des frais par l'assuré.

- L. Soins infirmiers spécialisés. Les soins infirmiers spécialisés dispensés dans un établissement autre qu'un hôpital sont remboursés lorsque le traitement aurait été dispensé dans un hôpital s'il n'existait pas d'établissement dispensant les soins en question. À l'étranger, les soins sont remboursés si l'établissement est dûment agréé et à condition que soient remplies les conditions susmentionnées. Pour que les soins soient remboursés, il faut essentiellement que l'établissement assure les services suivants :

- a) Supervision directe par un médecin;
- b) Présence de personnel infirmier diplômé 24 heures sur 24;
- c) Services de kinésithérapie et autres services spécialisés dispensés sur place.

Les soins infirmiers spécialisés sont remboursés à raison de deux jours par journée d'hospitalisation autorisés mais non utilisés. Les soins infirmiers dispensés dans des maisons de retraite ou de repos ou des établissements de cure ou de convalescence où les services ne répondent pas aux critères établis ci-dessus ne sont pas remboursés.

Partie II. Éléments gros frais médicaux

Les services et fournitures médicaux reconnus comme nécessaires, qui figurent dans les sections A et B ci-après, sont remboursés à 80 % après déduction d'une franchise de 125 dollars par année civile et par personne ou de 375 dollars par famille, à condition que ces frais ne dépassent pas les montants RAISONNABLES ET HABITUELS que l'assureur admet pour les services ou actes médicaux considérés dans la région où le médecin exerce. Pour toute année civile, une fois que le montant total des frais non remboursés atteint 1 000 dollars (en sus de la franchise), les frais couverts par l'assurance sont remboursés intégralement pendant le reste de l'année.

- A. Les frais d'hôpital en sus des prestations maximales prévues dans la partie I sont couverts par l'élément Aetna gros frais médicaux, notamment : chambre semi-individuelle, repas, soins infirmiers généraux, examens radiologiques, examens et analyses de laboratoire, etc.

B. Les autres frais couverts concernent :

1. Les services d'un médecin légalement qualifié.
2. Les services d'une infirmière ou d'un infirmier diplômés privés, sauf s'il s'agit d'une personne qui réside habituellement au domicile du fonctionnaire ou qui fait partie de sa famille ou de celle de son conjoint. À l'hôpital, les soins infirmiers privés ne sont normalement pas jugés nécessaires, à moins qu'ils ne tiennent lieu de soins infirmiers dispensés dans un service de soins intensifs ou de réanimation. Les circonstances dans lesquelles les soins infirmiers privés sont remboursés sont très rares. Si votre médecin recommande cette façon de faire, veuillez demander conseil à Aetna (Claim Office).
3. Médicaments délivrés uniquement sur ordonnance établie par un médecin légalement qualifié.
4. Analyses de laboratoire et examens radiologiques aux fins de diagnostic.
5. Radiothérapie et curiethérapie.
6. Anesthésie et administration d'oxygène.
7. Location de matériel médical ou chirurgical durable.
8. Membres artificiels et yeux artificiels (non compris les examens ophtalmologiques, les lunettes et les prothèses auditives).
9. Transport en ambulance du malade depuis le lieu où il a été blessé ou est tombé malade jusqu'au premier hôpital où des soins lui sont dispensés. Il n'est pas remboursé d'autres frais de transport.
10. Traitement des dysfonctionnements de la colonne vertébrale (services de chiropractie), les remboursements à ce titre étant limités à 1 000 dollars par an.
11. Remboursement de deux tests sanguins de dépistage du VIH, au maximum, par personne et par an.
12. Remboursement du coût des mammographies, sur la base des tarifs raisonnables et habituels et après déduction de la franchise annuelle, sans condition d'âge ni limite de nombre.

C. Médecine préventive pendant l'enfance

1. Certaines prestations au titre de la médecine préventive pendant l'enfance sont désormais obligatoires en vertu des règles imposées aux compagnies d'assurance dans l'État de New York. Ces prestations consistent essentiellement à rembourser à 100 %, sans imposition de franchise ou de participation aux frais, les soins de santé primaires

et préventifs décrits ci-après de façon détaillée pour les ayants droit depuis la naissance jusqu'à l'âge de 19 ans.

2. Les soins de santé primaires et préventifs couverts au titre de cette prestation sont les suivants :

Nouveau-né	Une consultation périnatale à la maternité
Pendant la première année	Six consultations au cours des 12 premiers mois
Entre 1 et 2 ans	Deux consultations tous les 12 mois
Entre 3 et 6 ans	Une consultation tous les 12 mois
Entre 7 et 19 ans	Une consultation tous les 24 mois

Les soins couverts comprennent un examen médical, une évaluation du développement, des conseils préventifs et les analyses médicales nécessaires au moment de la consultation effectuées soit au cabinet médical soit en laboratoire. En outre, la consultation au titre de la médecine préventive couvre entre autres les vaccinations contre les maladies suivantes : diphtérie, coqueluche, tétanos, polio, rougeole, rubéole, oreillons, haemophilus influenzae B et hépatite B.

3. Ne sont pas couverts et sont par conséquent soumis à franchise et participation aux frais :

a) Le diagnostic ou le traitement d'une blessure ou d'une maladie dont on soupçonne ou connaît l'existence;

b) Les soins autres que ceux administrés par un médecin, un autre praticien agréé ou une infirmière auxiliaire agréée ou sous leur surveillance;

c) Les médicaments, produits pharmaceutiques, appareils, matériel ou fournitures.

D. Prestation prothèses auditives et verres correcteurs

1. Les remboursements effectués par Aetna au titre des prothèses auditives et des verres correcteurs seront soumis aux clauses standard de ces plans concernant la franchise et la participation aux frais. Il y aura en outre une période d'attente d'une année; en d'autres termes, seuls les participants et les membres assurés de leur famille inscrits à l'un de ces plans depuis 12 mois au moins pourront bénéficier de la prestation. La prestation prothèses auditives et verres correcteurs est décrite ci-après.

2. La prestation prothèses auditives est décrite ci-après :

a) Frais pris en compte. Le coût raisonnable et habituel d'une ou de deux prothèses auditives, à condition qu'elles aient été achetées sur ordonnance écrite établie par un spécialiste oto-rhino-laryngologiste (ORL). Est également couvert le coût raisonnable et habituel de l'évaluation de prothèse et de l'examen

audiométrique effectué par le spécialiste ORL ou par un audioprothésiste diplômé. Le maximum pris en compte par prothèse auditive au titre du plan est de 600 dollars. Le maximum cumulé pris en compte pour toutes les évaluations de prothèse et tous les examens audiométriques est de 100 dollars;

b) Prestation. 80 % des frais pris en compte;

c) Limites. Pour chaque fonctionnaire ou personne à charge assurés, une prothèse par oreille et par période de trois années consécutives. Pas plus d'une évaluation de prothèse et d'un examen audiométrique par période de trois années consécutives.

Les remplacements de prothèse ne sont couverts que si la prothèse remplacée a été utilisée pendant trois années au moins et si le remplacement a lieu sur ordonnance écrite d'un spécialiste ORL.

3. Ne sont pas pris en compte et n'ouvrent pas droit à prestation :

a) Le coût des services ou fournitures couverts en totalité ou en partie par un autre volet du plan;

b) Les examens audiométriques effectués par un audioprothésiste mais non prescrits par un spécialiste ORL;

c) Les traitements médicaux ou chirurgicaux;

d) Les médicaments ou autres remèdes;

e) Les examens audiométriques, tests d'évaluation de prothèse et prothèses auditives assurés ou fournis en application d'une loi sur les accidents du travail.

4. La prestation verres correcteurs s'ajoute à toute prestation d'ophtalmologie versée au titre du volet médical du plan Aetna.

a) Frais pris en compte. Le coût raisonnable et habituel de verres correcteurs, avec maximum de 60 dollars pour deux verres (30 dollars par verre);

b) Prestation. 80 % du coût des verres correcteurs pris en compte;

c) Limites. Deux verres correcteurs au maximum par période de 24 mois.

5. Ne sont pas pris en compte et ne donnent pas droit à prestation :

a) Le coût des services ou fournitures pris en compte dans un autre volet du plan;

b) L'examen des yeux pour la prescription de verres correcteurs;

c) Les montures;

d) Les actes spéciaux, par exemple ceux qui relèvent de l'orthoptie ou de l'éducation/rééducation de la vision, et les fournitures spéciales, telles les lunettes de soleil et autres aides pour malvoyants délivrées sans ordonnance.

Partie III. Éléments troubles mentaux ou nerveux,
alcoolisme ou toxicomanie

A. Formalités d'hospitalisation

Le remboursement des frais d'hospitalisation pour troubles mentaux ou nerveux, pour alcoolisme ou pour toxicomanie est subordonné à une évaluation du traitement psychiatrique proposé. LES FONCTIONNAIRES SONT ASSURÉS DU CARACTÈRE RIGOREUSEMENT CONFIDENTIEL DE LA PROCÉDURE D'ÉVALUATION DU TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE PROPOSÉ, qui se déroule comme suit :

1. Sauf en cas d'urgence, il faut, avant d'hospitaliser le patient, informer Aetna de la situation, en téléphonant au (800) 445-5299 (numéro gratuit). L'appel, qui est pris par un membre de la cellule spécialisée d'Aetna, doit être effectué par l'assuré, le médecin traitant, un membre de la famille ou toute autre personne agissant au nom du patient.
2. Pour accepter de prendre en charge les frais d'hospitalisation, Aetna exige les renseignements suivants : numéro de l'assuré (numéro de code sur les états de paie), raison de l'hospitalisation, nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant, nom, adresse et numéro de téléphone de l'hôpital et date prévue pour l'admission.
3. Le spécialiste d'Aetna prend contact avec le médecin traitant pour faire le point de la situation avant d'autoriser la prise en charge du malade. Cette formalité peut être accomplie au moment de l'appel téléphonique initial si celui-ci est effectué par le médecin. Le spécialiste approuve un certain nombre de jours d'hospitalisation s'il le juge approprié et met au point un programme de suivi régulier du patient avec le médecin traitant. Faute d'avoir obtenu l'accord préalable d'Aetna, les prestations versées en cas d'hospitalisation pour troubles mentaux ou nerveux, alcoolisme ou toxicomanie seront réduites de 400 dollars.
4. Si le patient est hospitalisé d'urgence, sans qu'un accord préalable ait pu être demandé, il faut en informer la cellule d'évaluation d'Aetna dans les 48 heures, en appelant le numéro gratuit mentionné plus haut.

B. Soins dispensés à un malade hospitalisé

1. Coût intégral de 30 jours d'hospitalisation (en chambre semi-individuelle) pour troubles mentaux ou nerveux. Au-delà de 30 jours,

/...

ce remboursement des frais est soumis à la règle de la franchise et de la participation aux frais.

2. Coût intégral de 30 jours d'hospitalisation (en chambre semi-individuelle) pour désintoxication et réadaptation en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, les prestations étant limitées à deux périodes de 30 jours sur la vie entière de l'intéressé. Si l'hospitalisation se prolonge au-delà de 30 jours, une période supplémentaire de 30 jours peut être remboursée suivant les modalités définies au paragraphe 3 ci-après.
3. Remboursement de 30 jours d'hospitalisation pour réadaptation en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, lorsque 30 jours ont déjà été remboursés au titre de la prestation décrite au paragraphe 2 ci-dessus. Un assuré ne peut se prévaloir de cette disposition que deux fois au plus dans sa vie et, à chaque fois, cette période d'hospitalisation et celle visée au paragraphe 2 doivent être consécutives.

C. Soins dispensés par un service de consultation externe

1. Cinquante consultations au maximum par an auprès d'un médecin psychiatre (ou, éventuellement, d'un psychologue ou d'un travailleur social en psychiatrie, selon la réglementation de l'État où le thérapeute est autorisé à exercer). Le montant maximum reconnu pour les honoraires est de 134 dollars par consultation, remboursés à 80 %, soit 107,20 dollars, le plafond annuel étant de 3 200 dollars (30 consultations x 107,20 dollars = 3 216 dollars). Le nombre minimum de consultations remboursées à ce titre sera donc de 30 par an. Au-delà de 30, les consultations seront remboursées jusqu'à concurrence du plafond annuel de 3 216 dollars (par année civile). Si les honoraires dépassent soit 134 dollars par consultation, soit le plafond annuel de 3 216 dollars, la différence est à la charge de l'assuré. La participation aux frais versée au titre de cette prestation ne s'applique pas au plafond annuel de 1 000 dollars fixé pour la participation aux frais.
2. Soixante consultations par année civile pour le traitement de cas d'alcoolisme ou de toxicomanie diagnostiqués par un médecin, dont 20 peuvent être utilisées par la famille du patient à condition d'avoir directement trait à son état d'alcoolique ou de toxicomane.

Partie IV. Programme d'achat à prix réduit des médicaments délivrés sur ordonnance (Aetna Pharmacy Management)

- A. Aetna Pharmacy Management (APM), par le biais de son programme d'achat à prix réduit des médicaments délivrés sur ordonnance, et sa filiale d'achat par correspondance, Walgreens Healthcare Plus, prend à sa charge une partie importante du coût des médicaments délivrés sur ordonnance achetés dans les pharmacies affiliées ou par correspondance auprès de Walgreens Healthcare Plus.

1. Les médicaments achetés dans les pharmacies affiliées sont vendus à un prix inférieur d'au moins 15 % au prix de gros moyen. Si le médecin ne fait pas figurer sur l'ordonnance le nom d'une spécialité pharmaceutique particulière, le pharmacien délivrera le médicament générique correspondant, le prix des médicaments génériques pouvant selon le cas être très inférieur (jusqu'à 50 %) au prix de gros moyen. L'économie réalisée sur le prix des médicaments d'entretien (délivrés dans le cadre d'un traitement médicamenteux continu pour des affections chroniques) achetés par correspondance auprès de Walgreens Healthcare Plus peut aller de 18 à 50 % du prix de gros moyen selon qu'un médicament générique équivalent à une spécialité pharmaceutique donnée existe. Si l'expression "Dispense as written" ou "DAW" (délivrer tel que prescrit) figure sur l'ordonnance, le pharmacien ou la société de vente par correspondance exécutera l'ordonnance telle qu'elle est libellée et ne procédera à aucun échange.
2. La procédure à suivre pour acheter des médicaments délivrés sur ordonnance au titre du programme d'Aetna Pharmacy Management Programme est la suivante : les ordonnances écrites sont présentées à la pharmacie affiliée de son choix en même temps que la carte Aetna (la liste des pharmacies affiliées dans l'agglomération new-yorkaise figure à l'annexe VII). Le pharmacien délivre la quantité de médicaments prescrits pour une durée de 30 jours et perçoit un ticket modérateur équivalent à 15 % (contre 20 % normalement) du prix du médicament après réduction, la somme perçue ne dépassant en aucun cas 15 dollars par ordonnance. Il n'y a aucun formulaire à remplir pour faire exécuter une ordonnance dans une pharmacie affiliée.
3. Les ordonnances pour des médicaments d'entretien peuvent couvrir une période de 90 jours et être exécutées à moindre coût par l'intermédiaire du programme d'achat par correspondance de Walgreens Healthcare Plus en échange d'une participation aux frais forfaitaire de 10 dollars. Le bon de commande Walgreens envoyé avec la carte Aetna est à utiliser pour commander des médicaments délivrés sur ordonnance par correspondance. Un nouveau bon de commande sera envoyé en même temps que les médicaments commandés.
4. Pour l'instant, les résidents de l'État du New Jersey ne peuvent pas bénéficier du service d'achat par correspondance de Walgreens Healthcare Plus. Ils peuvent toutefois obtenir un stock de médicaments suffisant pour 90 jours en présentant leur carte Aetna aux pharmacies affiliées du New Jersey. Le ticket modérateur perçu pour un stock de médicaments d'entretien de 90 jours sera de 15 % au plus et ne dépassera dans aucun cas 15 dollars par ordonnance.
5. Il convient de noter que si un assuré souhaite se faire délivrer une spécialité pharmaceutique alors que son médecin ne l'a pas expressément prescrite, la pharmacie affiliée fera payer à l'assuré un ticket modérateur équivalent à 15 % du prix de la spécialité pharmaceutique mais ne dépassant pas 15 dollars par ordonnance. En cas de commande, par l'intermédiaire du service d'achat par correspondance de Walgreens, d'une spécialité pharmaceutique pour un traitement médicamenteux continu qui n'a pas été expressément

prescrite, Walgreens fera payer à l'assuré la participation aux frais habituelle (10 dollars), plus la différence entre le coût de la spécialité pharmaceutique et celui du médicament générique équivalent.

- B. Étant donné que la prestation offerte par Aetna dans le cadre de son programme d'achat de médicaments délivrés sur ordonnance est gérée séparément par Aetna Pharmacy Management, la franchise annuelle habituelle du plan Aetna ne s'applique pas aux médicaments délivrés sur ordonnance. Les dépenses de ce type ne seront pas non plus prises en compte pour atteindre le plafond annuel de 1 000 dollars fixé pour la participation aux frais. Les médicaments délivrés sur ordonnance achetés ailleurs qu'aux États-Unis ou aux États-Unis mais pas par l'intermédiaire du réseau de pharmacies Aetna ou du service d'achat par correspondance de Walgreens seront remboursés normalement, c'est-à-dire en remplissant le formulaire habituel et en l'envoyant au service des demandes de remboursement d'Aetna à Allentown, en Pennsylvanie. Dans ce cas, la franchise annuelle habituelle sera appliquée avant qu'il y ait remboursement, de même que le ticket modérateur de 20 % qui sera pris en compte pour atteindre le plafond annuel de 1 000 dollars fixé pour la participation aux frais.

Partie V. Autres dispositions

- A. Des conditions spéciales sont applicables à certains actes médicaux ressortissant à la chirurgie dentaire ou esthétique, aux frais encourus dans des établissements de convalescence et au traitement du syndrome douleur-dysfonction temporo-mandibulaire. Les assurés sont invités à consulter Aetna (Claims Office) avant d'entamer un traitement de ce type.
- B. Le montant global des sommes qui peuvent être remboursées à un assuré sa vie durant n'est pas limité.
- C. Certaines dépenses ne sont pas couvertes par le plan. Il s'agit notamment du coût des services ou fournitures dont Aetna considère qu'ils ne sont ni nécessaires, ni raisonnables, ni habituels, ou qui n'ont pas été prescrits par le médecin traitant. Certaines exclusions et limitations s'appliquent également au plan. Ainsi, les actes de chirurgie esthétique et certains traitements expérimentaux ou encore à l'étude ne sont pas couverts. Si les participants souhaitent savoir si un traitement est remboursable ou non au titre du plan, ils peuvent s'adresser à Aetna (Claims Office) au (800) 858-5630 avant le début du traitement. La police d'assurance d'Aetna peut être consultée et photocopiée, le cas échéant, sur rendez-vous à la Section des assurances.
- D. Si Aetna rejette une demande de remboursement en tout ou en partie, la compagnie en avisera l'assuré par écrit en l'informant des raisons de sa décision et des voies de recours. Celui-ci aura alors 60 jours pour présenter une demande écrite de réexamen. Il devra expliquer pourquoi il conteste la décision prise et adresser sa réclamation au service des demandes de remboursement (Allentown Claim Office). Aetna réexaminera alors la demande de remboursement et, en principe, communiquera sa décision définitive à l'assuré 60 jours au plus tard après réception de la réclamation. Si des circonstances particulières exigent une prorogation de ce délai, l'assuré en sera informé.

- E. Il est rappelé aux participants que les demandes de remboursement doivent être soumises à Aetna dans un délai de deux ans à compter de la date à laquelle les dépenses ont été effectuées. LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT REÇUES PAR AETNA PLUS DE DEUX ANS APRÈS CETTE DATE NE SERONT PAS ACCEPTÉES.

Annexe II

BLUE CROSS BLUECHOICE PPO

Aperçu du plan

À compter du 1er juillet 1996, le plan WrapAround Plus sera remplacé par Blue Cross BlueChoice, un plan prestataire de soins privilégiés très similaire à son parent. Mis au point sur une période de plusieurs années, le nouveau plan est progressivement substitué à l'ancien, dont il constitue en fait une version actualisée et élargie.

Tout comme WrapAround Plus, BlueChoice présente à la fois certaines des caractéristiques d'un régime de couverture intégrale (rémunération à l'acte) et les avantages d'un vaste réseau de praticiens affiliés représentant la plupart des spécialités médicales. S'il choisit un praticien affilié, l'assuré ne paie que 10 dollars (exception faite pour le traitement de troubles mentaux, de l'alcoolisme ou de la toxicomanie). Il peut aussi se faire traiter par un praticien non affilié, auquel cas il sera remboursé après déduction d'une franchise annuelle et d'une participation aux frais de 20 %.

Les principales différences entre le plan BlueChoice et le plan WrapAround Plus sont au nombre de trois. Premièrement, BlueChoice donne accès, dans l'agglomération new yorkaise, à un réseau de médecins et autres praticiens beaucoup plus vaste que ne le faisait WrapAround Plus. Deuxièmement, le montant global des remboursements qu'un assuré peut recevoir sa vie durant, qui était limité à un million de dollars dans le plan WrapAround Plus, n'est pas plafonné dans BlueChoice. Troisièmement, si ce n'est en cas d'urgence, Blue Cross n'acceptera désormais de prendre en charge les frais d'hospitalisation que lorsque l'accord voulu aura préalablement été obtenu auprès de son Programme de gestion des prises en charge. Les autres caractéristiques du nouveau plan sont décrites à la rubrique "Prestations" ci-après.

TOUS LES ASSURÉS QUI PARTICIPENT ACTUELLEMENT AU PLAN BLUE CROSS WRAPAROUND PLUS SERONT AUTOMATIQUEMENT ADMIS AU BÉNÉFICE D'UNE COUVERTURE ADÉQUATE DANS LE NOUVEAU PLAN BLUE CROSS BLUECHOICE. À MOINS QU'ILS NE SOUHAITENT PASSER À AETNA, HIP OU KAISER À LA FAVEUR DE LA CAMPAGNE D'ADHÉSION, LES PARTICIPANTS AU PLAN WRAPAROUND PLUS N'ONT DONC À ENTREPRENDRE AUCUNE DÉMARCHE. IL VA DE SOI QU'UN FONCTIONNAIRE PARTICIPANT ACTUELLEMENT AU PLAN WRAPAROUND PLUS QUI SOUHAITERAIT FAIRE ADMETTRE UN MEMBRE DE SA FAMILLE AU BÉNÉFICE DE L'ASSURANCE BLUECHOICE APRÈS LE 1er JUILLET 1996 DEVRA PRÉSENTER UNE DEMANDE À CET EFFET AU COURS DE LA CAMPAGNE D'ADHÉSION.

Prime

Les primes mensuelles applicables pour le plan Blue Cross BlueChoice seront supérieures de 9,7 % aux primes actuellement perçues pour le plan WrapAround Plus. Les nouvelles primes et nouveaux taux de cotisation (en pourcentage de la rémunération) sont indiqués à la page 2 de la présente circulaire.

✓...

Prestations

Outre que le montant global des remboursements auxquels un assuré peut prétendre sa vie durant est maintenant illimité et que le réseau des praticiens affiliés a été considérablement élargi, comme on l'a indiqué plus haut, le plan BlueChoice présente plusieurs avantages nouveaux :

- A. Bilan de santé annuel (auprès de praticiens affiliés seulement).
- B. Majoration du nombre de consultations pour le traitement de troubles mentaux, de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, qui est porté à 60 par an au total (que les praticiens consultés soient affiliés ou non). Le traitement de troubles mentaux, de l'alcoolisme ou de la toxicomanie (qu'il y ait hospitalisation ou non) doit avoir été soumis à l'approbation préalable du Programme de gestion des prises en charge si le praticien est affilié. S'il ne l'est pas et si le patient n'est pas hospitalisé, cette obligation ne s'applique pas. Toute consultation auprès de praticiens affiliés est remboursée après déduction d'un montant de 25 dollars au titre de la participation aux frais; les consultations auprès de praticiens non affiliés sont remboursées après déduction de la franchise et de 50 % de participation aux frais, sur la base d'honoraires raisonnables et habituels.
- C. Personal Health Adviser. Ce service de consultation téléphonique gratuite fonctionnant 24 heures sur 24 permet aux utilisateurs de s'informer auprès d'infirmières diplômées et leur donne accès à une phonothèque portant sur 400 questions relatives aux soins de santé.
- D. Élément ophtalmologie amélioré.

Le numéro de téléphone spécial à appeler (communication gratuite) pour faire approuver une admission à l'hôpital ou commencer un traitement pour troubles mentaux, alcoolisme ou toxicomanie est indiqué à l'annexe VIII ci-après.

Prestataires de soins privilégiés

De très nombreux médecins de la ville de New York et des environs sont affiliés au plan BlueChoice et appliquent des tarifs négociés avec Blue Cross. Il n'y a pas de franchise et l'assuré paie 10 dollars au titre de la participation aux frais pour chaque consultation (25 dollars s'il s'agit de santé mentale). Toutefois, si un médecin affilié adresse un patient ou fait appel à un praticien non affilié, l'assuré doit payer 20 % des honoraires de l'intéressé à titre de participation aux frais (50 % s'il s'agit de santé mentale) et est remboursé du solde après déduction de la franchise. Un certain nombre de laboratoires d'analyse sont affiliés au plan. Lorsque des analyses ou examens sont nécessaires, il importe que le médecin choisisse plutôt un laboratoire affilié; le coût en est en effet alors intégralement pris en charge, et il n'y a ni franchise ni participation aux frais.

Praticiens non affiliés

Si l'assuré décide de s'adresser, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin affilié, à un praticien non affilié, BlueChoice paiera 80 % des

honoraires raisonnables et habituels après déduction d'une franchise de 150 dollars par personne ou de 450 dollars par famille. Une fois que le montant des frais médicaux raisonnables et habituels non remboursés atteint 900 dollars au cours d'une année donnée, les frais raisonnables et habituels supplémentaires sont remboursés intégralement (100 % au lieu de 80 %).

Répertoire des praticiens affiliés et guide des prestations

Blue Cross a considérablement étoffé, pour toutes les spécialités, le répertoire des praticiens affiliés dans l'agglomération new-yorkaise. Les participants bénéficient ainsi d'une bien plus grande liberté de choix. Le répertoire complet, qui compte plus de 500 pages, est trop long pour qu'on le reproduise ici.

Blue Cross a établi un guide détaillé des prestations auxquelles le plan ouvre droit, dans lequel sont donnés divers renseignements d'ordre aussi bien général qu'administratif.

BLUE CROSS FERA PARVENIR LE RÉPERTOIRE DES PRATICIENS AFFILIÉS AINSI QUE LE GUIDE DES PRESTATIONS BLUECHOICE AUX PARTICIPANTS À LEUR DOMICILE. CHACUN DES INTÉRESSÉS RECEVRA DE NOUVELLES CARTES (UNE CARTE BLUECHOICE ET UNE NOUVELLE CARTE PRESCRIPTION DRUG PLAN). L'ENVELOPPE DANS LAQUELLE LUI SERA ADRESSÉE LA NOUVELLE CARTE BLUECHOICE CONTIENDRA UNE CARTE POSTALE À RETOURNER À BLUE CROSS UNE FOIS QU'Y AURONT ÉTÉ INDIQUÉS LE NOM ET L'ADRESSE PERSONNELLE DE L'ASSURÉ. IL N'Y AURA PAS D'AUTRE MOYEN DE RECEVOIR LE RÉPERTOIRE ET LE GUIDE DES PRESTATIONS BLUECHOICE, DONT IL NE SERA PAS CONSERVÉ DE STOCK À L'ONU.

Questions relatives aux prestations et conditions de remboursement

Certaines dépenses ne sont pas couvertes par le plan BlueChoice. Il s'agit notamment du coût des services ou fournitures dont Blue Cross considère qu'ils ne sont ni nécessaires, ni raisonnables, ni habituels, ou qui n'ont pas été prescrits par le médecin traitant. Certaines exclusions et limitations s'appliquent également au plan. Par exemple, les actes de chirurgie esthétique et certains traitements expérimentaux ou encore à l'étude ne sont pas couverts. Les participants qui souhaitent savoir si un traitement est remboursable ou non au titre du plan doivent se mettre en rapport avec les représentants de Blue Cross au (800) 377-5156 avant le début du traitement. La police d'assurance Blue Cross peut en outre être consultée et photocopiée, sur rendez-vous, à la Section des assurances.

Aperçu des prestations Blue Cross BlueChoicePartie I. Éléments soins hospitaliers et gros frais médicaux

Montant global remboursable sa vie durant à l'assuré	Non plafonné
<u>Éléments soins hospitaliers</u>	Assuré paie
Soins hospitaliers* (soins de santé mentale exceptés) Chambre semi-individuelle et repas — nombre illimité de journées	—
Soins hospitaliers — kinésithérapie, rééducation ou réadaptation* (45 jours d'hospitalisation par année civile)	—
Soins de santé mentale** Jusqu'à 90 journées par année civile	—
Alcoolisme/toxicomanie** Jusqu'à 7 journées de désintoxication, jusqu'à 30 journées de réadaptation par année civile	—
Service de consultation externe : chirurgie ambulatoire*, chirurgie*, examens et analyses préalables à une intervention chirurgicale, chimiothérapie et radiothérapie, mammographie et dépistage du cancer du col de l'utérus	—
Urgences — première visite (Accident ou maladie grave se déclarant soudainement)	35 dollars (rien si l'admission suit dans les 24 heures)
<u>Éléments soins non hospitaliers</u>	Assuré paie
Alcoolisme/toxicomanie** Jusqu'à 60 consultations externes, dont 20 pour la famille, par année civile	—
Soins à domicile* Jusqu'à 200 visites par année civile	—
Hémodialyse dans un service de consultation externe	—
Hospice Jusqu'à 210 jours, la vie durant	—
Soins infirmiers spécialisés* Jusqu'à 365 jours par année civile	—

* Approbation préalable du Programme de gestion des prises en charge requise.

** Tous les services se rapportant au traitement de troubles mentaux, de l'alcoolisme et de la toxicomanie, à l'exception des consultations de psychiatres non affiliés dans le cas d'assurés non hospitalisés, doivent être approuvés par le Programme de gestion des soins de santé axés sur les troubles du comportement.

Prestations	Praticiens affiliés	Praticiens non affiliés
Participation aux frais	Assuré paie	Assuré paie
Franchise	—	150/450 dollars (fonctionnaire seul/famille)
Coassurance	—	20 %
Maximum coassurance	—	900 dollars par personne
Éléments frais médicaux	Assuré paie	Assuré paie
Consultations à domicile/ au cabinet du médecin généraliste/spécialiste	10 dollars	Franchise et coassurance
Bilan annuel	10 dollars	Non couvert
Médecine préventive enfants (jusqu'à 19 ans) (vaccins nécessaires compris)	—	Franchise et coassurance
Médecine préventive femmes	10 dollars	Franchise et coassurance
Consultations en cours d'hospitalisation	—	Franchise et coassurance
Dépistage et mammographie	—	Franchise et coassurance
Maternité	—	Franchise et coassurance
Chirurgie	—	Franchise et coassurance
Chirurgien adjoint	—	Franchise et coassurance
Anesthésiologie	—	Franchise et coassurance
Laboratoire et radiologie	—	Franchise et coassurance
Santé mentale**		
— Jusqu'à 60 consultations externes au cabinet du médecin ou service hospitalier	25 dollars par consultation	Franchise et 50 % de coassurance
— Jusqu'à 90 consultations en cours d'hospitalisation par année civile	—	Franchise et 50 % de coassurance
Analyses et traitements allergologiques	10 dollars (rien pour les traitements)	Franchise et coassurance
Second avis chirurgical	—	Franchise et coassurance
Kinésithérapie		
— 30 consultations au total (à domicile, au cabinet du praticien, dans un service de consultation externe)	10 dollars (domicile ou cabinet)	Franchise et coassurance
— 45 jours d'hospitalisation	Rien en service de consultation externe	Franchise et coassurance
Autres thérapies (ergothérapie, orthophonie, audithérapie, ophtalmologie), 30 consultations au total (à domicile, au cabinet du praticien, dans un service de consultation externe)	10 dollars (domicile ou cabinet) Rien en service de consultation externe	Franchise et coassurance
Soins infirmiers privés (à domicile seulement) jusqu'à 5 000 dollars par an; maximum de 10 000 dollars remboursables sa vie durant à l'assuré	—	Ni franchise ni coassurance
Fournitures médicales	—	Ni franchise ni coassurance
Appareils médicaux durables, prothèses et orthèses	—	Franchise et coassurance

Prestations	Praticiens affiliés	Praticiens non affiliés
Ambulance	—	Ni franchise ni coassurance
Chiropractie	30 visites à 30 dollars la visite	
Programme d'achat à prix réduit des médicaments délivrés sur ordonnance	15 % jusqu'à concurrence de 15 dollars par ordonnance; participation de 10 dollars à l'achat par correspondance	15 % de coassurance (sur présentation d'une demande de remboursement)
Ophthalmologie	Un examen tous les 24 mois, avec 10 dollars de coassurance; 10 dollars de coassurance pour les montures, exonération de 35 dollars pour la lunetterie non couverte par le plan	Non couverte
Prothèses auditives	—	Un examen tous les trois ans (maximum 100 dollars); une prothèse par oreille (maximum 600 dollars) tous les deux ans

* Approbation préalable du Programme de gestion des prises en charge requise.

** Tous les services se rapportant au traitement de troubles mentaux, de l'alcoolisme et de la toxicomanie, à l'exception des consultations de psychiatres non affiliés dans le cas d'assurés non hospitalisés, doivent être approuvés par le Programme de gestion des soins de santé axés sur les troubles du comportement.

Note : Ni les admissions à l'hôpital, ni les services se rapportant au traitement de troubles mentaux, de l'alcoolisme et de la toxicomanie ne doivent être préalablement approuvés lorsque les prestataires se trouvent en dehors des États-Unis.

Partie II. Programme d'achat à prix réduit des médicaments délivrés sur ordonnance (Empire Pharmacy Management)

1. Le programme d'Empire Pharmacy Management (EPM) permet aux assurés de réaliser des économies importantes en achetant les médicaments qui leur sont délivrés sur ordonnance dans des pharmacies affiliées, soit dans le cadre du réseau d'officines de Diversified Pharmaceutical Services, soit par correspondance par l'intermédiaire de Caremark Inc. D'ici au 1^{er} juillet 1996, chaque assuré recevra, sur son lieu de travail, une nouvelle carte, s'il est déjà affilié au plan Blue Cross/BlueChoice, prouvant son appartenance au programme d'Empire Pharmacy Management. Sera joint à cette carte un bon de commande pour l'achat de médicaments par correspondance par l'intermédiaire de Caremark Inc.
2. En achetant leurs médicaments dans des pharmacies affiliées ou bien par l'intermédiaire du plan d'achat par correspondance de Caremark, les assurés bénéficient de réductions importantes. Les médicaments achetés dans les pharmacies affiliées sont vendus à un prix inférieur d'au moins 15 % au prix de gros moyen. Si le médecin ne fait pas figurer sur l'ordonnance le nom d'une spécialité pharmaceutique particulière, le pharmacien délivrera le médicament générique correspondant, le prix des médicaments génériques étant selon le cas inférieur en moyenne de 43 % au prix de gros moyen. L'économie réalisée sur le prix des médicaments d'entretien (délivrés dans le cadre d'un traitement médicamenteux continu pour des affectations chroniques) achetés par correspondance auprès de Caremark peut aller de 18 à 50 % du prix de gros moyen selon qu'un médicament générique équivalent à une spécialité pharmaceutique donnée existe. Si l'expression "Dispense as written" ou "DAW" (délivrer tel que prescrit) figure sur l'ordonnance, le pharmacien ou la société de vente par correspondance exécutera l'ordonnance telle qu'elle est faite et ne procédera à aucun échange.
3. La procédure à suivre pour acheter des médicaments délivrés sur ordonnance au titre du programme d'Empire Pharmacy Management est la suivante : les ordonnances écrites sont présentées à la pharmacie affiliée de son choix EN MÊME TEMPS QUE LA CARTE EMPIRE PHARMACY MANAGEMENT (la liste des pharmacies affiliées dans l'agglomération new-yorkaise figure à l'annexe VII). Le pharmacien délivre la quantité de médicaments prescrits pour une durée de 34 jours et perçoit un ticket modérateur équivalent à 15 % (contre 20 % normalement) du prix du médicament après réduction, la somme perçue ne dépassant en aucun cas 15 dollars par ordonnance. Il n'y a aucun formulaire à remplir pour faire exécuter une ordonnance dans une pharmacie affiliée.
4. Les ordonnances pour des médicaments d'entretien peuvent couvrir une période de 90 jours et être exécutées à moindre coût par l'intermédiaire du programme d'achat par correspondance Caremark en échange d'une participation aux frais forfaitaire de 10 dollars par ordonnance. Le bon de commande Caremark envoyé avec la carte Empire Pharmacy Management est à utiliser pour commander des médicaments délivrés sur ordonnance par correspondance. Un nouveau bon de commande sera joint aux médicaments à la livraison.

5. Il convient de noter que si un assuré souhaite se faire délivrer une spécialité pharmaceutique alors que son médecin ne l'a pas expressément prescrite, la pharmacie affiliée ou Caremark fera payer à l'assuré la participation aux frais habituelle (10 dollars) plus la différence entre le coût de la spécialité pharmaceutique et celui du médicament générique équivalent.
6. Étant donné que la prestation offerte dans le cadre du programme Blue Cross/BlueChoice d'achat de médicaments délivrés sur ordonnance est gérée séparément par Empire Pharmacy Management, la franchise annuelle habituelle du plan NE S'APPLIQUE PAS aux médicaments délivrés sur ordonnance. Les dépenses de ce type NE SERONT PAS non plus prises en compte pour atteindre le plafond annuel de 900 dollars fixé pour la coassurance. Les médicaments délivrés sur ordonnance achetés ailleurs qu'aux États-Unis ou aux États-Unis mais autrement que par l'intermédiaire du réseau d'Empire Management Diversified Pharmaceutical Services seront remboursés sur envoi du formulaire habituel au service des demandes de remboursement :

Empire BCBS (EPM)
Route 4140
Box 169052
Duluth, MN 55816-9052

Le formulaire spécial à utiliser dans ce cas, qui est reproduit à la page suivante, est disponible auprès de la Section des assurances, bureau S-2765. Les demandes de remboursement présentées au bureau compétent ne seront pas soumises à la franchise annuelle. Une participation aux frais de 15 % sera toutefois perçue sur les dépenses à rembourser et la limite de 15 dollars fixée pour chaque ordonnance NE S'APPLIQUERA PAS. En outre, le ticket modérateur de 15 % ne sera pas pris en compte pour atteindre le plafond annuel de 900 dollars fixé pour la participation aux frais.

Partie III. Autres dispositions

1. Si une demande de remboursement est rejetée en tout ou en partie, l'assuré peut contester la décision de Blue Cross, qui lui fera alors parvenir un exposé de ses motifs, après quoi il aura 60 jours pour présenter une demande écrite de réexamen. Blue Cross lui fera connaître et justifiera sa nouvelle décision par écrit dans les 60 jours suivant la date de réception de la réclamation. S'il le faut, la période de réexamen pourra être prolongée, mais la durée n'en dépassera pas 120 jours à compter de la date de réception de la réclamation. On écrira à l'adresse suivante pour faire réexaminer une demande de remboursement de frais hospitaliers ou médicaux :

Empire Blue Cross and Blue Shield
P.O. Box 4606
New York, N.Y. 10163-4606
Attention: Group Accounts

2. On notera que les demandes de remboursement doivent être soumises dans les deux ans suivant la date à laquelle les dépenses ont été effectuées. IL NE SERA PAS DONNÉ SUITE AUX DEMANDES REÇUES AU-DELÀ DE CE DÉLAI.

/...

Annexe III

HEALTH INSURANCE PLAN OF GREATER NEW YORK/HEALTH
MAINTENANCE ORGANIZATION

Aperçu du plan

Le plan HIP/HMO repose sur le principe du prépaiement intégral des soins médicaux et hospitaliers dispensés par un centre du groupe, c'est-à-dire que le fonctionnaire n'a pas à effectuer de déboursement pour les services couverts s'il s'adresse à l'un des nombreux groupes médicaux affiliés au plan dans l'agglomération new-yorkaise, y compris dans le New Jersey, et certaines régions de la Floride. Les soins médicaux d'urgence dispensés en dehors de ces zones sont aussi couverts par le plan. En outre, les médicaments (avec une participation de 5 dollars) et appareils médicaux (remboursés intégralement) prescrits par un médecin sont couverts lorsqu'ils sont fournis par une pharmacie affiliée. Ces articles doivent être prescrits par un médecin affilié, mais peuvent l'être par tout médecin dans le cas d'une urgence couverte par l'assurance. Les participants au plan HIP/HMO peuvent s'adresser à un médecin travaillant dans un des centres médicaux HIP ou figurant sur une nouvelle liste de médecins de quartier affiliés pour recevoir des soins de santé primaires. Le médecin affilié voit l'assuré à son cabinet personnel. Les soins spécialisés continueront par contre d'être dispensés dans les centres médicaux HIP sur recommandation du médecin traitant affilié. Pour choisir un médecin de quartier affilié, les participants au plan HIP sont invités à appeler HIP au (800) HIP-TALK. Des renseignements plus détaillés sur le choix élargi de médecins affiliés pourront être obtenus lors de la campagne annuelle d'adhésion et HIP en communiquera également par courrier à tous les participants.

Prime

Les primes mensuelles applicables pour le plan HIP/HMO diminueront de 3,4 % par rapport aux primes actuelles à compter du 1er juillet 1996. Les nouvelles primes et nouveaux taux de cotisation (en pourcentage de la rémunération) sont indiqués à la page 2 de la présente circulaire.

Prestations

Les prestations auxquelles ouvre droit le plan HIP/HMO demeurent inchangées.

Aperçu des prestations auxquelles ouvre droit le plan HIP/HMO

Type de prestation

Couverture

Soins hospitaliers

Remboursement intégral lorsqu'ils ont été autorisés par un médecin affilié

Soins médicaux administrés à l'hôpital

Remboursement intégral lorsqu'ils sont dispensés par un médecin affilié

<u>Type de prestation</u>	<u>Couverture</u>
Soins infirmiers privés	Remboursement intégral lorsqu'ils ont été autorisés par un médecin affilié, ou, dans le cas de soins d'urgence couverts par le plan, par un médecin affilié ou non
Soins infirmiers spécialisés dispensés dans un établissement	Remboursés sans limitation du nombre de jours lorsqu'ils tiennent lieu d'hospitalisation. Ils doivent avoir été prescrits par un médecin affilié
Consultations au cabinet du médecin ou au centre médical	Prise en charge à 100 % dans tout centre médical HIP/HMO et lorsqu'il s'agit d'un médecin affilié
Visites à domicile	Remboursement intégral lorsqu'elles ont été autorisées par un médecin affilié ou par un service de soins d'urgence
Soins de maternité	Pas de période d'attente. Ces soins sont remboursés intégralement lorsqu'ils sont dispensés par un médecin affilié. Les consultations prénatales, postnatales et de protection infantile sont remboursées intégralement
Soins préventifs :	
Visites médicales annuelles, protection infantile, examens des yeux, tests audiométriques, examens radiologiques aux fins de diagnostic, analyses de laboratoire, vaccinations et injection d'allergènes	Remboursement intégral lorsqu'ils sont dispensés par un médecin affilié. Les examens des yeux sont remboursés intégralement lorsqu'ils sont effectués par un oculiste affilié. (Les lunettes et les prothèses auditives ne sont pas remboursées.)
Soins de santé mentale :	
Hospitalisation	Remboursement intégral à concurrence de 30 jours par année civile pour les troubles mentaux ou nerveux
Traitement ambulatoire	Les centres de santé mentale HIP/HMO offrent des services de psychothérapie et de conseils aux adultes et aux enfants souffrant de troubles mentaux ou affectifs Les patients peuvent suivre des séances de thérapie individuelle, familiale ou de groupe aussi longtemps que le traitement est efficace. Sont exclues de ces prestations les psychothérapies intensives

Type de prestation

Couverture

Alcoolisme et toxicomanie :

Hospitalisation

Remboursement intégral, à concurrence de 30 jours par année civile, si elle a lieu dans un établissement de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie agréé par l'État

Traitement ambulatoire

Les soins médicaux portant sur le diagnostic et le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie sont remboursés sous réserve d'un maximum de 60 consultations par année civile. Les malades externes doivent être traités dans des centres de santé mentale HIP/HMO

Soins d'urgence :

Dans la région

HIP/HMO a mis en place un service de soins d'urgence qui fonctionne lorsque le groupe médical de l'assuré est fermé et qui fournit des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

En dehors de la région

Soins hospitaliers :

Hospitalisation – remboursement intégral

Traitement ambulatoire – remboursement intégral lorsque les soins sont reçus dans les 12 heures qui suivent le moment où la maladie s'est déclarée ou, en cas de blessure accidentelle, dans les 72 heures (trois jours) qui suivent l'accident

Médicaments et appareils médicaux prescrits par ordonnance

Participation aux frais de 5 dollars pour l'achat des médicaments prescrits sur ordonnance, à l'exclusion des appareils médicaux, lorsqu'ils sont fournis par une pharmacie affiliée HIP/HMO. Les médicaments et les appareils médicaux doivent être prescrits par un médecin affilié, mais peuvent l'être par tout médecin dans le cas d'une urgence couverte par l'assurance

Réclamations

Se reporter au guide qui est adressé à tout assuré

Annexe IV

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN OF THE NORTHEAST/
HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION

Aperçu du plan

Le Kaiser Foundation Health Plan est un plan de surveillance médicale (HMO) qui dispense tous les services médicaux dans chacun des quatre centres médicaux où peuvent se rendre les fonctionnaires qui résident dans le nord du Bronx, dans le comté de Westchester et dans le sud du Connecticut et qui prend en charge les frais d'hospitalisation sur autorisation d'un médecin affilié à Kaiser. Les participants auront également la possibilité de continuer à recevoir des soins dans un des centres médicaux Kaiser ou auprès d'un des 90 médecins et plus affiliés à Katonah Medical Associates ou Physician's Choice, deux groupes médicaux aux nombreuses spécialités qui desservent respectivement le Westchester et le Connecticut. Les centres Kaiser sont dotés non seulement de cabinets médicaux, mais aussi de laboratoires, de services de radiologie, de pharmacies et de services de santé mentale. Les soins d'urgence dispensés en dehors de la région sont aussi couverts par le plan. Il n'y a pas de plafond pour l'utilisation des services autorisés, pas plus qu'il n'y a de franchise ou de formule à remplir. Le plan met l'accent sur le dépistage précoce, avant qu'il n'y ait maladie grave.

Prime

Les primes mensuelles applicables pour le plan kaiser/HMO augmenteront de un demi pour cent environ par rapport aux primes actuelles à compter du 1er juillet 1996. Les nouvelles primes et nouveaux taux de cotisation (en pourcentage de la rémunération) sont indiqués à la page 2 de la présente circulaire.

Prestations

Les prestations auxquelles ouvre droit le plan kaiser/HMO demeurent inchangées.

Aperçu des prestations auxquelles ouvre droit le plan Kaiser/HMO

Type de prestation

Couverture

Soins hospitaliers

Remboursement intégral lorsqu'ils sont autorisés par un médecin affilié

Soins de réadaptation dispensés à l'hôpital

Soixante jours de soins de réadaptation par affection, dispensés dans un hôpital ou un établissement de soins spécialisés

Soins médicaux dispensés à l'hôpital

Remboursement intégral lorsqu'ils sont dispensés ou autorisés par un médecin affilié

Type de prestation

Couverture

Soins infirmiers privés

Remboursement intégral lorsqu'ils sont considérés comme nécessaires du point de vue médical

Soins infirmiers spécialisés dispensés dans un établissement

Remboursés intégralement à concurrence de 100 jours par période de 12 mois de contrat, lorsqu'ils sont prescrits et approuvés par un médecin affilié et dispensés sous ses ordres

Consultations au cabinet du médecin ou au centre médical

Intégralement prises en charge si elles ont lieu dans l'un des centres médicaux Kaiser aux États-Unis ou si elles sont données par un médecin affilié ou un médecin auquel le patient a été adressé par un médecin affilié

Visites à domicile

Remboursement intégral si elles sont effectuées par une infirmière diplômée et sont jugées médicalement nécessaires. Ces visites doivent avoir lieu dans la région couverte par le plan

Soins de maternité

Pas de période d'attente. Ces soins sont remboursés intégralement lorsqu'ils sont dispensés par un médecin affilié. Les consultations prénatales, postnatales et de protection infantile sont remboursées intégralement

Soins préventifs :

Visites médicales annuelles, protection infantile, examens des yeux, tests audiométriques, examens radiologiques aux fins de diagnostic, analyses de laboratoire, vaccinations et injection d'allergènes

Remboursement intégral s'ils sont dispensés ou autorisés par un médecin affilié

Traitement de l'alcoolisme :

Hospitalisation

Les soins ne sont remboursés à 100 % que lorsqu'il s'agit d'une cure de désintoxication

Traitement ambulatoire

Remboursement intégral jusqu'à concurrence de 60 visites par année civile aux fins de diagnostic et de traitement de l'alcoolisme

Type de prestationCouverture

Soins de santé mentale :

Hospitalisation

Remboursement intégral jusqu'à concurrence de 30 jours par période de 12 mois de contrat

Traitement ambulatoire

Remboursement intégral s'il est dispensé dans un centre médical Kaiser aux fins d'un diagnostic à court terme ou d'une intervention d'urgence, pour les 10 premières consultations par période de 12 mois de contrat. L'assuré doit prendre en charge 25 % du tarif fixé par Kaiser pour les 10 consultations suivantes et 50 % pour les 21e à 30e consultations

Soins d'urgence :

Participation aux frais de 25 dollars

L'assuré doit acquitter une somme de 25 dollars à titre de participation aux frais pour les soins d'urgence. Kaiser doit être informé immédiatement (ou dans un délai raisonnable si l'intéressé n'est pas en état de le faire immédiatement) si l'assuré est admis dans un hôpital, et dans les 48 heures si les soins ont été administrés en consultation externe

Dans la région

Remboursement intégral s'ils sont dispensés dans la salle des urgences d'un hôpital et qu'il y va de la vie du patient. Kaiser doit si possible être informé au préalable, sinon dans les 48 heures

En dehors de la région

Remboursement intégral jusqu'à concurrence d'un montant raisonnable pour le traitement d'urgence d'une maladie ou d'un accident. Kaiser doit être contacté dans les 48 heures

Médicaments et appareils prescrits par ordonnance

L'assuré verse une participation aux frais de 3 dollars pour tout médicament prescrit par un médecin affilié et acheté dans une pharmacie affiliée. Les appareils médicaux durables sont remboursés intégralement. Les prothèses internes et leur remplacement sont couverts

Réclamations

Se reporter au guide qui est adressé à tout assuré

Annexe V

GROUP HEALTH INCORPORATED (PREFERRED) DENTAL PLAN

Aperçu du plan

Les prestations auxquelles ouvre droit le plan d'assurance soins dentaires GHI Preferred font l'objet d'un barème portant sur une vaste gamme de soins dentaires. Les assurés qui s'adressent à des dentistes indépendants peuvent se prévaloir du régime de prestations offert par le plan, mais ils sont encouragés à recourir le plus possible aux services de praticiens affiliés. Dans la plupart des cas, ceux-ci acceptent de ne pas dépasser les tarifs prévus. Le plan ne comporte ni franchise, ni participation aux frais de la part de l'assuré. Celui-ci n'a donc généralement rien à déboursier.

Prime

Le montant des remboursements au titre du plan d'assurance soins dentaires GHI pour l'année écoulée ayant marqué une augmentation sensible, les primes mensuelles seront majorées de 11,6 % par rapport aux primes actuelles à compter du 1er juillet 1996. Les nouvelles primes et nouveaux taux de cotisation (en pourcentage de la rémunération) sont indiqués à la page 2 de la présente circulaire.

Prestations

Les prestations auxquelles ouvre droit le plan d'assurance soins dentaires GHI demeurent inchangées.

Répertoire des praticiens affiliés

Un répertoire complet des praticiens affiliés exerçant dans l'agglomération new-yorkaise, dont la mise à jour paraîtra le 1er juillet 1996, peut être consulté à la Section des assurances (bureau S-2765).

Aperçu des prestations auxquelles ouvre droit
le plan d'assurance soins dentaires GHI

	<u>Montant maximum</u> <u>des prestations</u>
	(Dollars)
EXAMENS	
Périodique	15
Initial	20
Urgence	15
PROPHYLAXIE (détartrage)	
Deux séances par année civile	
Personnes âgées de moins de 12 ans	20
Personnes âgées de 12 ans et plus	30
CHIRURGIE BUCCO-DENTAIRE – EXTRACTIONS	
Inclusion – Osseuse, totale	150
Sous muqueuse	100
Osseuse, partielle	125
Extraction – Difficile	50
Simple	30
RÉPARATIONS (OBTURATIONS)	
Amalgame – Une face	30
Deux faces	40
Trois faces	50
Tenon de renforcement, au maximum un par dent	15
Porcelaine synthétique – Par obturation	30
Deux obturations	45
Maximum par dent	50
Os malaire, réduction chirurgicale (enfoncement, fracture ouverte)	300
Réimplantation d'une dent par suite traumatique due à un impact extérieur	50
Articulation temporo-maxillaire, réduction orthopédique	75
Trois obturations (acrylique), maximum par dent	s.o.
Matériaux synthétiques	35
Deux obturations	45
Trois obturations, maximum par dent	50
Obturations temporaires	Néant

Montant maximum
des prestations

(Dollars)

CHIRURGIE BUCCO-DENTAIRE – AUTRES ACTES

Maxillaire supérieur, réduction chirurgicale – Fracture fermée	300
Fracture ouverte	450
Maxillaire inférieur, réduction orthopédique – Fracture fermée	350
Fracture ouverte	350
Maxillaire inférieur, réduction chirurgicale – Fracture ouverte	450
Os malaire, réduction orthopédique – Fracture fermée	100
Articulation temporo-maxillaire, réduction orthopédique avec attelle métallique	150
Incision et drainage d'abcès périodontal	25
Exérèse d'un kyste	75
Incision et drainage d'un abcès	35
Biopsie et examen de la muqueuse buccale	35
Rapport de biopsie	20
Fermeture d'une fistule orale antrale	100
Ablation du frein labial	100
Ablation du frein lingual	100
Alvéolectomie, mâchoire supérieure, avec extractions – Par dent	10
Maximum pour la mâchoire supérieure	100
Alvéolectomie, mâchoire inférieure, avec extractions – Par dent	10
Maximum pour la mâchoire inférieure	100
Alvéolectomie, sans extractions, par demi-arcade – Mâchoire supérieure	100
Mâchoire inférieure	100

ORTHODONTIE

(Les prestations ne sont versées que pour les enfants admis au bénéfice de l'assurance, jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle ils ont atteint l'âge de 19 ans.)

Appareil mobile – En acrylique	75
En métal	75
Appareil fixé ou scellé – En acrylique	75
En métal	75
Diagnostic, façonnage et pose d'une prothèse d'orthodontie	300
Traitement actif (durant les 20 mois suivants)	67
Prestation maximum à vie	1 340
Traitement passif, pour un semestre	36
Prestation maximum (18 mois)	108

TRAITEMENT D'URGENCE

Visite d'urgence en cas de douleur aiguë	15
--	----

/...

Montant maximum
des prestations

(Dollars)

PARODONTIE

Traitement	40
Prestation maximum par année civile	200
Gingivectomie, portant sur l'espace de cinq dents	135
Chirurgie osseuse, par demi-arcade	250

PROTHÈSES

Prothèse complète à poser immédiatement	
- Mâchoire supérieure	400
Mâchoire inférieure	400
Prothèse complète permanente - Mâchoire supérieure	400
Mâchoire inférieure	400
Prothèse partielle en acrylique, avec au moins deux crochets et boutons - Mâchoire supérieure	285
Mâchoire inférieure	285
Prothèse partielle en métal, avec au moins deux crochets et attaches - Mâchoire supérieure	425
Mâchoire inférieure	425
Prothèse partielle en métal, avec au moins deux crochets, sans attaches - Mâchoire supérieure	425
Mâchoire inférieure	425
Prothèse partielle unilatérale (Nesbitt) - Une dent	145
Deux dents	160
Trois dents	160
Dent ajoutée à une prothèse partielle	
- Première dent	50
Par dent supplémentaire	20
Adjonction d'un nouveau crochet à une prothèse partielle existante	54
Obturbateur, prothèse non comprise	200
Réfection du revêtement ou de la base en laboratoire	
Prothèse complète - Mâchoire supérieure	130
Mâchoire inférieure	130
Prothèse partielle - Mâchoire supérieure	130
Mâchoire inférieure	130
Au cabinet dentaire	
Prothèse complète - Mâchoire supérieure	90
Mâchoire inférieure	90
Prothèse partielle - Mâchoire supérieure	75
Mâchoire inférieure	75
Double de prothèse partielle - Mâchoire supérieure	160
Mâchoire inférieure	160
Dent pontique - Métal ou acrylique	175
Porcelaine/métal	200

/...

Montant maximum
des prestations

(Dollars)

Couronne de dent pilier revêtue de porcelaine	375
Couronne de dent pilier revêtue de résine acrylique	325
Couronne de dent pilier entièrement métallique pour bridge d'au moins trois éléments	300
Couronne de dent pilier 3/4 métallique pour bridge d'au moins trois éléments	215
Dispositif d'attachement de bridge de type Maryland	135
Incrustation de support	
- Deux facettes pour bridge de trois éléments ou plus	150
Trois facettes	200
Pivot métallique avec ou sans plaque-base	95
Couronne - 3/4 métal	215
Entièrement métallique	300
Entièrement métallique revêtue de résine acrylique	325
Entièrement métallique revêtue de porcelaine	375
Incrustation - Deux faces - métallique	125
Trois faces - métallique	150
Jaquette en porcelaine	225
Jaquette en résine acrylique ou vinylique, traitee en laboratoire	125
Couronne creuse en acier	60

RÉPARATION DES PROTHÈSES

Réparation de prothèse fracturée avec ou sans dents cassées	45
Remplacement de dents cassées sur une prothèse fracturée, par dent	28
Réparation de dents cassées sur une prothèse non autrement endommagée	
- Première dent	50
Chaque dent supplémentaire	25
Nouveau crochet/remplacement d'un crochet cassé	75
Réajustement d'un crochet intact	40
Remplacement d'une facette sur une dent pontique ou une couronne	40
Rescellement d'un bridge fixe - incrustation simple, couronne ou facette	20
Deux dents support ou plus	30
Montant maximum des réparations pour chacun des membres d'une famille, par année civile	110

ENDODONTIE

Dévitalisation et thérapie des canaux radiculaires	
- Obturation d'un canal	175
De deux canaux	225
De trois canaux	275

/...

Montant maximum
des prestations

(Dollars)

Pulpotomie	50
Apicectomie simple	140
Apicectomie, y compris thérapie des canaux radiculaires et/ou amalgame à la pointe de la racine	245
Par canal supplémentaire	50
AUTRES SERVICES	
Traitement au fluorure – Fluorure d'étain	15
Anesthésie en milieu hospitalier, par tranche de 15 minutes	24
Consultation d'un spécialiste dentaire	35
Visite d'un praticien au chevet du malade	20
Protège-dents aux fins d'activités athlétiques, amovible en acrylique	50
Mainteneur d'espace	
– Fixe à barre, linguo-vélo-palatin	100
– Fixe à barre, unilatéral	75
RADIOLOGIE	
Radiographie postéro-antérieure – Initiale	3
Chaque cliché supplémentaire	3
Denture complète, une fois tous les trois ans au maximum	30
Films intra-buccaux, mâchoire en position d'occlusion	
– Maxillaire ou mandibule sur un seul cliché, deux tous les trois ans	10
Radiographie latérale – Initiale	6
Chaque cliché supplémentaire	6
Maximum de quatre clichés par année civile	24
Vue antéro-postérieure de la tête et de la mâchoire, un seul cliché	25
Radiographie latérale, tête et mâchoire, un seul cliché	25
Articulation temporo-maxillaire, un seul cliché	25
Radiographie craniométrique	25
Vue panoramique, une série tous les trois ans	30

MONTANT DÉTERMINÉ À L'AVANCE

Si l'on peut raisonnablement s'attendre que le coût d'un traitement couvert par l'assurance atteigne 200 dollars ou plus, il convient d'envoyer à GHI, avant le début du traitement, une description des actes qui seront réalisés et une estimation des honoraires du praticien. Le dentiste doit veiller à faire figurer le numéro de code de l'American Dental Association (ADA) au regard de chaque acte pour lequel est présentée une demande de remboursement.

MONTANT MAXIMUM REMBOURSABLE PAR AN

LE MONTANT MAXIMUM REMBOURSABLE PAR ANNÉE CIVILE EST DE 2 000 DOLLARS.

Pour obtenir une description plus détaillée des actes couverts, y compris un aperçu des principales limitations et exclusions, les participants sont priés de se reporter à la brochure "Preferred Plan". On peut se procurer des exemplaires de cette brochure auprès de la Section des assurances, bureau S-2765.

Réclamations

En cas de désaccord avec une décision de GHI, l'assuré peut présenter une réclamation par écrit (Attention: Claims Appeals) 60 jours au plus tard après en avoir été informé. Il doit indiquer dans sa lettre le numéro de la police GHI, le numéro de la demande de remboursement et les raisons de sa réclamation. À réception de celle-ci, la demande de remboursement est réexaminée à la lumière des renseignements complémentaires communiqués par l'assuré. GHI informe alors l'intéressé par écrit de ses conclusions en expliquant pourquoi la décision initiale a été soit maintenue, soit modifiée.

Annexe VI

WORLD ACCESS

World Access (ancien Access America) fait partie des prestations auxquelles ouvrent droit les plans Aetna et BlueChoice. Le coût de ce service, qui se chiffre à 0,25 dollar par assuré, est inclus dans la prime.

World Access permet aux voyageurs internationaux d'appeler par téléphone, 24 heures sur 24, un service d'urgence s'ils ont besoin de recevoir des soins médicaux hors des États-Unis, ou à l'intérieur des États-Unis lorsque les intéressés se trouvent à 100 miles au moins de leur lieu de résidence habituel. Chaque fois que possible, les participants sont adressés à des médecins, dentistes, hôpitaux, pharmacies et autres établissements médicaux appartenant à un réseau mondial. En outre, dans la plupart des cas, World Access règle les frais d'admission et de traitement en cas d'hospitalisation d'URGENCE hors des États-Unis. Si l'hospitalisation d'urgence a lieu aux États-Unis et si l'hôpital n'accepte ni la carte Aetna ni la carte Blue Cross/BlueChoice, World Access règle directement la facture de l'hôpital et s'adresse ensuite à Aetna ou à Blue Cross pour obtenir le remboursement des sommes acquittées. En cas d'hospitalisation, les médecins affiliés se mettent en rapport avec le médecin traitant de l'assuré pour que celui-ci puisse suivre le cas et les soins dispensés au malade. S'il s'agit d'une hospitalisation d'urgence, il est important de contacter World Access au moment de l'admission ou, en tout cas, avant la sortie de l'établissement. Il convient par ailleurs de noter que toute facture d'hôpital réglée par le participant doit être adressée à Aetna ou à Blue Cross pour remboursement, World Access ne remboursant pas directement les assurés.

Les numéros de téléphone et de télécopieur de ce service d'urgence sont les suivants :

(800) 654-1901 – (si vous vous trouvez aux États-Unis, au Canada, à Porto Rico ou dans les îles Vierges américaines)

(804) 673-1159 – appeler en PCV (si vous vous trouvez en Alaska, à Washington ou ailleurs dans le monde)

Télécopieur No (804) 673-1179

Si vous vous mettez en rapport avec Access America, prenez soin de vous annoncer comme participant appartenant aux Nations Unies (numéro d'identification 2065). Votre numéro d'identification Aetna et Blue Cross/BlueChoice est le suivant :

8-(VOTRE PROPRE NUMÉRO DE CODE ONU)-00.

Annexe VII

PLANS AETNA ET BLUE CROSS/BLUECHOICE

LISTE DES PHARMACIES AFFILIÉES

On trouvera ci-après les listes des principales pharmacies à succursales multiples affiliées aux programmes de gestion des dépenses pharmaceutiques d'Aetna et de Blue Cross/BlueChoice. Les répertoires complets des pharmacies affiliées à Aetna et Blue Cross sont beaucoup trop longs pour pouvoir être reproduits dans la présente annexe et comprennent, outre les pharmacies à succursales multiples, les noms et adresses de milliers d'officines participantes. Ces répertoires peuvent être consultés et au besoin photocopiés par les fonctionnaires à la Section des assurances de l'ONU, à la Division du personnel du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et au Bureau du personnel du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). En voyage, les fonctionnaires ayant besoin d'une pharmacie peuvent se faire indiquer une pharmacie affiliée par Aetna au (800) 858-5630 ou par Blue Cross au (800) 233-8065.

Pharmacies à succursales multiples affiliées à Aetna			Pharmacies à succursales multiples affiliées à Blue Cross/BlueChoice
New York	New Jersey	Connecticut	
AARP Pharmacy Service	Acme Pharmacy	AARP Pharmacy Service	A & P
A & P Pharmacy	A & P Pharmacy	A & P Pharmacy	Arrow
Brooks Drug	Brooks Drug	Arrow Prescription Center	Brooks
Caldor Phcy	Caldor Phcy	Arthur Drug Stores	Caldor
Costco Pharmacy	Clover Pharmacy	Brooks Drug	CVS
CVS	Costco Pharmacy	Caldor Phcy	Drug Fair
Drug Mart	CRX Pharmacy	Costco Pharmacy	Duane Reade
Drug World	CVS	CVS	Fay's
Duane Reade Corporation	Drug Fair	Douglas Drug	Genovese
Edwards Pharmacy	Drug World	Edwards Pharmacy	Grand Union
Fay's	Duane Reade Corporation	F & M Distributers	K-Mart
Finast Pharmacy	Eckerds Drugs	Genovese Drug Store	Kings
Freddy's	Food Town Phcy	Grand Union Phcy	King Kullen
Genovese Drug Store	Foodmax Pharmacy	K Mart Pharmacy	Kinney
Grand Union Phcy	Genovese Drug Store	The Medicine Shoppe	McKay
Great American Drug	Grand Union Phcy	NPSC/EPIC	Medicine Shoppe Internet
K Mart Pharmacy	Happy Harry's	Pathmark Pharmacy	Pathmark
King Kullen Pharmacy	K Mart Pharmacy	Purity Pharmacy	Quick Chek
Kinney Drugs	The Medicine Shoppe	Rite Aid	Revco
Leroy Pharmacy	Pathmark Pharmacy	Shop Rite Pharmacy	Rite Aid
The Medicine Shoppe	Phar-Mor	Super X Drug Store	Rockbottom
Pathmark Pharmacy	Pharmhouse	The RX Place	R X D
Peterson Drug Company	Quick Check	The Stop & Shop Supermarket	The Rx Place
Phar-Mor	Revco	Waldbaums Pharmacy	Shop Rite
Pharmhouse	Rite Aid	Walgreens	Stop and Shop
Price Chopper Pharmacy	RXD Pharmacy	Wal-Mart	Thrift Drug
Revco	Sav-On	Woolworth Pharmacy	Waldbaum's
Rite Aid	Shop Rite Pharmacy		Walgreen's
Rockbottom Pharmacy	Super X Drug Store		Wal-Mart
Shop'N Save Phcy	The RX Place		Woolworth
Shop Rite Pharmacy	Thrift Drug		
The RX Place	Thrift RX		
The Stop & Shop Supermarket	Waldbaums Pharmacy		
Thrift Drug	Walgreens		
Tops Pharmacy	Wal-Mart		
Vix Pharmacy	Woolworth Pharmacy		
Waldbaums Pharmacy			
Walgreens			
Wal-Mart			
Wegmans Pharmacy			
Weis Pharmacy			
Woolworth Pharmacy			

Annexe VIII

ADRESSES ET NUMÉROS DE TÉLÉPHONE DES COMPAGNIES D'ASSURANCES

- I. AETNA (GROS FRAIS MÉDICAUX)
(Demandes de remboursement des frais médicaux ou des médicaments achetés dans des pharmacies non affiliées)
- Aetna Life Insurance Company
Unit 73
3541 Winchester Road
Allentown, PA 18195-0501
- Tél. : (800) 858-5630
- Demandes de renseignements sur les prestations et les demandes de remboursement
- Demandes de renseignements sur les pharmacies affiliées
- (800)-445-5299
- Évaluation du traitement psychiatrique proposé
- Service clientèle de Walgreen's Société de vente par correspondance des médicaments d'entretien
Tél. : (800) 999-2655
- II. BLUE CROSS/BLUECHOICE
- Empire Blue Cross
622 Third Avenue
New York, NY 10017
- Services assurés BlueChoice PPO Demandes de renseignements sur les prestations, les demandes de remboursement ou l'adhésion
Tél. : (800) 377-5156
- Programme de gestion des prises en charge Approbation préalable des admissions à l'hôpital, actes de chirurgie non vitale, soins à domicile et soins infirmiers spécialisés, et aiguillage pour second avis
Tél. : (800) 982-8089
- Programme de gestion des soins de santé axés sur les troubles du comportement Approbation préalable du traitement de troubles mentaux, de l'alcoolisme et de la toxicomanie
Tél. : (800) 626-3643
- Caremark, Inc. Société de vente par correspondance des médicaments d'entretien
Tél. : (800) 831-4440

Diversified Pharmaceutical
Services
Tél. : (800) 233-8065

Demandes de renseignements sur le
Programme d'achat à prix réduit des
médicaments délivrés sur ordonnance
(carte et achat par correspondance) et
sur les pharmacies affiliées

Examen des demandes de remboursement de
prestations - fonctionne 24 heures
sur 24

III. HIP/HMO

Tél. : (800) HIP-TALK
(800) 447-8255

HIP Member Services Department
7 West 34th Street
New York, NY 10001

IV. KAISER/HMO

Tél. : (914) 682-6500

Kaiser Foundation Health Plan
210 Westchester Avenue
White Plains, NY 10604

V. ASSURANCE SOINS DENTAIRES GHI

Tél. : (212) 501-4443
(Questions concernant les
demandes de remboursement et
demandes de renseignements sur
les dentistes affiliés à GHI)

Group Health Incorporated (GHI)
P.O. Box 1701
New York, NY 10023
Attention: Dental Correspondence Unit
