



Assemblée générale

Distr.
GÉNÉRALE

A/AC.154/291
24 juin 1996
FRANÇAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

COMITÉ DES RELATIONS AVEC LE PAYS HÔTE

LETTRÉ DATÉE DU 24 JUIN 1996, ADRESSÉE AUX MISSIONS PERMANENTES
DES ÉTATS MEMBRES ET MISSIONS PERMANENTES D'OBSERVATION AUPRÈS
DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES

Cher collègue,

Afin d'aider les membres du personnel des missions permanentes auprès de l'Organisation des Nations Unies à s'adapter à leur vie en poste à New York, le Comité des relations avec le pays hôte continue, entre autres mesures, à étudier la possibilité d'assurer à la communauté diplomatique auprès de l'ONU des soins de santé à un coût modique.

Dans cette perspective, le Comité a décidé de faire distribuer le questionnaire ci-joint (annexe I) aux missions accréditées auprès de l'Organisation en vue de déterminer leurs besoins. Cette initiative a pour but ultime de recenser les compagnies qui pourraient offrir des programmes d'assurance maladie répondant auxdits besoins.

Il n'est pas demandé aux missions de s'identifier en répondant au questionnaire. L'information reçue d'elles sera compilée et analysée avant d'être portée à l'attention des compagnies dont les services pourraient être retenus.

Afin que le contact puisse être maintenu sur cette question, il est demandé aux missions de remplir en même temps que le questionnaire la formule distincte (annexe II) indiquant le nom de la personne à qui la correspondance ultérieure devrait être adressée. Le questionnaire et la formule devront soit m'être communiqués, soit être renvoyés au Secrétaire du Comité (M. S. Tarassenko, bureau S-3420D, numéro de téléphone (212) 963-5380, numéro de télécopie (212) 963-6430). L'identité des missions qui auront bien voulu nous répondre ne sera révélée à personne d'autre.

Le plus grand nombre possible de réponses nous paraissant être un gage de succès, nous souhaiterions que toutes les missions veuillent bien nous retourner le questionnaire dûment rempli. Nous leur serions en outre obligés de nous mettre au fait dans les meilleurs délais, en tout état de cause le 31 juillet 1996 au plus tard.

(Signé) Nicos AGATHOCLEOUS

ANNEXE I

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX SOINS DE SANTÉ

SECTION A : Assurance maladie actuelle

Si la Mission pourvoit à l'assurance maladie de tous les membres de son personnel ou de certains d'entre eux, veuillez répondre aux questions suivantes. Dans le cas contraire, veuillez cocher ici [] et répondre aux questions de la section B ci-après.

MISSIONS POURVOYANT À L'ASSURANCE MALADIE

Notre assureur est :

- Une entité du gouvernement de l'État d'envoi
- Une entité privée de l'État d'envoi
- Une entité privée aux États-Unis
- Autres :
(Veuillez préciser.)

L'entité considérée pourvoit à l'assurance maladie de (veuillez cocher en regard de toutes les catégories d'employés et de personnes à charge couvertes) :

- 1. Tous les membres du personnel de la Mission;
- 2. La famille immédiate de tous les membres du personnel de la Mission;
- 3. Les personnes non directement à charge (parents, frères et soeurs) pour tous les membres du personnel de la Mission;
- 4. SEULS les nationaux de l'État d'envoi comptant parmi les membres du personnel de la Mission (à l'exclusion de ceux qui sont recrutés localement);
- 5. La famille immédiate des membres du personnel de la Mission entrant dans la catégorie 4 ci-dessus;
- 6. Les personnes non directement à charge pour les membres du personnel de la Mission entrant dans la catégorie 4 ci-dessus;
- 7. Les employés de maison des membres du personnel de la Mission;

8. L'assureur de la Mission pourvoit-il à l'assurance maladie des nationaux de l'État d'envoi qui sont recrutés localement?
[] Oui [] Non
9. L'assureur de la Mission pourvoit-il à l'assurance maladie des membres du personnel de la Mission qui ne sont pas des nationaux de l'État d'envoi?
[] Oui [] Non
10. La Mission exige-t-elle de ceux de ses membres qui ont des employés de maison à leur service qu'ils pourvoient à leur assurance maladie?
[] Oui [] Non

La Mission est-elle généralement satisfaite de la formule qu'elle a jusqu'à présent retenue en matière d'assurance maladie?
[] Oui [] Non

La Mission s'intéresserait-elle à un plan ou à des plans d'assurance maladie dont la couverture pourrait s'étendre aux personnes entrant dans telle ou telle des catégories énumérées ci-dessus? Dans l'affirmative, veuillez entourer d'un cercle le ou les numéros correspondant à la catégorie ou aux catégories visées :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nombre de personnes à couvrir, toutes catégories combinées : _____

(VEUILLEZ PASSER À LA SECTION C.)

SECTION B. Absence actuelle d'assurance maladie

(POUR LES MISSIONS QUI NE POURVOIENT PAS ACTUELLEMENT À L'ASSURANCE MALADIE À NEW YORK)

- [] La Mission souhaiterait étudier les possibilités offertes par un plan ou des plans d'assurance maladie qui répondraient aux besoins des membres de son personnel.

Nombre approximatif de membres du personnel à couvrir : _____

Nombre approximatif de personnes à charge à couvrir : _____

- [] La Mission n'envisage pas à ce stade de pourvoir localement à l'assurance maladie des membres de son personnel.

SECTION C. Possibilité d'adhésion à un plan d'assurance maladie

La Mission a-t-elle recours aux services d'un médecin officiellement désigné pour soigner les membres de son personnel et les personnes à leur charge ou, le cas échéant, les renvoyer à des spécialistes? [] Oui [] Non

Aux services de quel hôpital ou quels hôpitaux la Mission fait-elle appel? _____

Quel type de programme d'assurance maladie conviendrait-il à la Mission?

(Veuillez cocher en regard de toutes les options à envisager.)

- Un plan d'assurance de groupe?
- Un programme de soins médicaux prépayés offert par un médecin ou un groupe de médecins?
- Un plan offert par un centre de consultations hospitalier couvrant les soins dispensés par l'établissement?
- Un plan ne couvrant que les soins de santé de base (salle des urgences, bilan de santé annuel)?
- Un plan ne couvrant que les soins dispensés aux malades hospitalisés?
- Un plan couvrant également les soins dentaires?
- Autres options : _____

La Mission et les membres de son personnel s'intéresseraient-ils à un plan dont le bénéfice s'étendrait aux :

(Veuillez cocher en regard de chacune des catégories à retenir.)

- Membres du personnel de la Mission Nombre de personnes à couvrir _____
- Personnes à charge Nombre de personnes à couvrir _____
- Employés de maison Nombre de personnes à couvrir _____

La Mission et les membres de son personnel s'intéresseraient-ils à un plan multirisques, pleine garantie, dont le coût mensuel ne dépasserait pas :

- 50 dollars É.-U. par personne
- 75 dollars É.-U. par personne
- 100 dollars É.-U. par personne
- 125 dollars É.-U. par famille
- 150 dollars É.-U. par famille
- 200 dollars É.-U. par famille

Les primes seraient-elles payées par la Mission, pour le compte de ses membres, ou par les membres eux-mêmes?

SECTION D. Problèmes d'assurance maladie

Veillez indiquer les préoccupations, problèmes et suggestions, le cas échéant, de la Mission concernant l'assurance maladie des membres de son personnel.

ANNEXE II

(À retourner au Secrétaire du Comité, M. S. Tarassenko, bureau S-3420D)

Veillez indiquer les nom, titre et numéro de téléphone de la personne à contacter à la Mission pour les questions d'assurance maladie :

Nom : _____

Titre : _____

Mission : _____

Téléphone : (212) _____
