



Secrétariat

ST/IC/1996/78
23 décembre 1996

CIRCULAIRE

Circulaire du contrôleur

Destinataires : Les fonctionnaires en poste dans les bureaux extérieurs

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

I. DISPOSITIONS CONCERNANT LA RECONDUCTION DU PLAN EN 1997

1. La présente circulaire a pour objet d'énoncer les dispositions concernant la reconduction, avec effet au 1er janvier 1997, du plan Van Breda d'assurance maladie, hospitalisation et soins dentaires pour les fonctionnaires en poste dans les bureaux extérieurs. Les principaux aspects du plan reconduit en 1997 sont les suivants :

a) Les primes augmenteront en moyenne de 9,92 % en 1997. Cette moyenne a été obtenue en relevant de 41,56 % la prime à acquitter par les participants résidant au Chili, et de 5,64 % celle payable par tous les autres participants;

b) Les traitements chirurgicaux ou par laser visant à corriger la réfraction oculaire en cas de myopie sont remboursables à concurrence des maximas applicables aux verres correcteurs, tels qu'indiqués au paragraphe 2 j) ii) de l'annexe I à la présente circulaire;

c) À l'exception des modifications ci-dessus, les dispositions du plan restent les mêmes qu'en 1996.

2. Le plan Van Breda est un plan mondial qui couvre tous les fonctionnaires, où qu'ils résident dans le monde, à l'exception des États-Unis d'Amérique. Les dépenses annuelles du plan correspondent aux demandes de remboursement des frais d'hospitalisation et de traitement médical dans toutes les parties du monde, qui varient sensiblement d'un pays à l'autre. Si les demandes de remboursement au titre du plan et les frais d'hospitalisation et les frais médicaux connexes étaient comparables dans le monde entier, les coefficients de perte, c'est-à-dire le rapport entre les sommes remboursées et les cotisations acquittées, seraient plus ou moins les mêmes dans tous les lieux d'affectation

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

où se trouve un nombre important de participants. Cela n'est toutefois pas le cas, comme en témoignent notamment les coefficients de perte enregistrés au Chili.

3. Bien que dans l'ensemble, le plan ait connu une meilleure situation financière en 1996 que l'année précédente, ce qui explique que le relèvement global de la prime requis pour 1997 soit inférieur à celui opéré en 1996, le coût toujours aussi élevé des services médicaux au Chili s'est traduit par un coefficient de perte global pour les participants résidant au Chili très nettement supérieur au coefficient de perte enregistré pour le plan dans son ensemble. Une première mesure a été prise pour corriger ce déséquilibre : les participants résidant au Chili ont dû verser une prime supérieure de 15 % environ pendant la période de reconduction de 1996. Cet ajustement n'a toutefois pas suffi à faire face aux dépenses effectivement encourues au Chili en 1996. En conséquence, il a été décidé qu'en 1997, on opérerait un nouvel ajustement de la prime, plus important cette fois, afin d'aligner plus équitablement la structure des primes sur les frais médicaux au Chili. Ainsi, l'augmentation moyenne de 9,92 % de la prime qui s'avère nécessaire pour faire face aux dépenses prévues du plan pendant la période de reconduction sera obtenue en relevant de 41,56 % la prime à acquitter par les participants résidant au Chili, et de 5,64 % celle payable par les participants résidant dans tous les autres lieux d'affectation. Des majorations spéciales de la prime s'appliquent aussi aux petits groupes de participants résidant à Bonn et à Vienne.

4. Conformément à la méthode utilisée pour calculer les cotisations des fonctionnaires aux autres plans d'assurance de l'ONU, les cotisations au plan Van Breda sont calculées en pourcentage du traitement net considéré aux fins de l'assurance maladie, aux taux indiqués dans le paragraphe 5 ci-après. Ces taux de cotisation ont été fixés sur la base d'une prise en charge globale des frais à part égale par l'Organisation et les participants. Le traitement net considéré aux fins de l'assurance maladie correspond au traitement de base brut, majoré le cas échéant de la prime de connaissances linguistiques, de l'indemnité de résident et de l'indemnité de poste, déduction faite de la retenue au titre des contributions du personnel. En aucun cas les cotisations des fonctionnaires ne seront supérieures à 85 % des primes indiquées ci-après.

5. Le barème des primes qui prendra effet le 1er janvier 1997, ainsi que les taux correspondants de cotisation des fonctionnaires, sont indiqués ci-après :

Catégorie	Primes mensuelles (dollars É.-U.)		Pourcentage du traitement net considéré aux fins de l'assurance maladie	
	1996	Montant à compter du 1er janvier 1997	1996	Nouveau taux à compter du 1er janvier 1997
A. <u>Tous les lieux d'affectation (autres que le Chili)</u>				
Fonctionnaire seulement	97	102	1,36	1,44
Fonctionnaire et un membre de sa famille	204	216	2,20	2,26
Fonctionnaire et deux ou plusieurs membres de sa famille admis au bénéfice de l'assurance	337	356	3,49	3,60
B. <u>Chili</u>				
Fonctionnaire seulement	110	156	1,55	2,19
Fonctionnaire et un membre de sa famille	233	330	2,52	3,57
Fonctionnaire et deux ou plusieurs membres de sa famille admis au bénéfice de l'assurance	385	545	4,00	5,66

/...

Tarifs maxima d'hospitalisation

6. Le remboursement des frais journaliers d'hospitalisation au titre du plan continuera d'être plafonné selon les modalités ci-après instituées le 1er janvier 1996 :

a) Europe et Amérique du Nord. Le montant maximum des frais d'hospitalisation (chambre et repas) remboursables par jour en Europe et en Amérique du Nord est de 600 dollars. Les détails concernant l'application du plafond de 600 dollars par jour pour l'hospitalisation sont exposés à l'annexe II de la présente circulaire. L'hospitalisation en chambre à plusieurs lits est la norme en Europe et en Amérique du Nord. Ce n'est que dans les cas ci-après, sous réserve de la présentation de pièces justificatives convaincantes à l'assureur, que les frais d'hospitalisation en chambre individuelle seront remboursés intégralement jusqu'à concurrence de 600 dollars par jour :

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

b) Israël. Le tarif journalier maximum d'hospitalisation applicable en Israël est de 700 dollars. Ce plafond de remboursement est conforme au tarif d'hospitalisation en chambre à plusieurs lits en vigueur dans l'ensemble de ce pays;

c) Reste du monde. Le remboursement est plafonné à 330 dollars par jour dans tous les lieux autres que l'Europe, l'Amérique du Nord et Israël.

Soins psychiatriques ambulatoires

7. Depuis 1996, les honoraires raisonnables et habituels d'un psychiatre, d'un psychanalyste agréé, d'un psychologue agréé ou d'un service social psychiatrique agréé sont remboursés à 50 %, jusqu'à concurrence de 1 000 dollars par an, au titre des soins psychiatriques ambulatoires. Ces prestations demeurent valables pendant la période de reconduction de 1997.

II. CONDITIONS D'ADHÉSION ET DISPOSITIONS CONNEXES

Conditions requises pour l'adhésion au plan Van Breda

8. À l'exception des fonctionnaires en poste à New York, Genève ou Vienne et des fonctionnaires recrutés localement dans les lieux d'affectation où le Plan d'assurance médicale (PAM) s'applique, tous les fonctionnaires qui sont titulaires d'un engagement de trois mois au moins, régi par les dispositions 100 et suivantes du Règlement du personnel ou d'un mois au moins, régi par les

/...

dispositions 200 et suivantes, peuvent adhérer au plan Van Breda/ONU et assurer les membres de leur famille remplissant les conditions requises. Les fonctionnaires titulaires d'un engagement de durée limitée régi par les dispositions 300 et suivantes du Règlement du personnel, à l'exception de ceux qui perçoivent une somme mensuelle fixe en espèces destinée à couvrir le coût de l'assurance maladie, peuvent également adhérer au plan Van Breda conformément aux directives pertinentes de l'instruction administrative ST/AI/395 en date du 2 juin 1994.

9. Les fonctionnaires ne peuvent pas adhérer au plan Van Breda s'ils résident aux États-Unis ou si des personnes à leur charge, admises au bénéfice de l'assurance, résident dans ce pays. En outre, les fonctionnaires qui participaient au plan d'assurance Van Breda à l'occasion d'une affectation dans un bureau extérieur ou d'une mission ne sont plus couverts à leur retour au Siège. Dans ces cas, si le fonctionnaire avait adhéré à l'un des plans offerts au Siège avant son départ en mission, il sera de nouveau couvert par la même police d'assurance à son retour, tout du moins jusqu'à la période annuelle d'adhésion suivante. Les fonctionnaires qui, avant leur départ en mission, ne participaient pas à un plan offert au Siège mais qui étaient couverts par le plan Van Breda pendant la durée de leur mission doivent s'affilier à un plan d'assurance du Siège dans les 31 jours qui suivent la reprise de leurs fonctions au Siège s'ils veulent rester assurés sans interruption. Les fonctionnaires qui adhèrent à un plan au retour de leur mission sont couverts à partir du premier jour du mois suivant la reprise de leurs fonctions au Siège.

10. Ceux qui souhaitent adhérer au plan Van Breda lors de leur engagement initial doivent présenter leur demande dans les 31 jours qui suivent leur date d'entrée en fonctions. Les fonctionnaires sont tenus de présenter, à cet effet, comme preuve d'admissibilité au bénéfice de l'assurance, un certificat de l'administrateur du personnel ou du fonctionnaire d'administration dont ils relèvent, attestant leur statut contractuel. Pour pouvoir assurer les membres de leur famille remplissant les conditions requises, les fonctionnaires doivent fournir une pièce attestant leur situation de famille. Dans la plupart des cas, la formule de notification administrative contient tous les éléments nécessaires à cet égard.

Membres de la famille admis au bénéfice de l'assurance

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

Adhésion après la date d'entrée en fonctions

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

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

14. Les fonctionnaires admis au bénéfice de l'assurance qui sont titulaires d'un engagement de durée limitée régi par les dispositions 300 et suivantes du Règlement du personnel qui n'ont pas adhéré d'eux-mêmes au plan Van Breda lors de leur engagement initial parce qu'ils étaient assurés auprès d'une autre compagnie ont la possibilité de le faire tous les ans à la date correspondant à leur entrée en fonctions.

15. En dehors des périodes annuelles prévues à cet effet aux paragraphes 8 à 10 ci-dessus, les fonctionnaires titulaires d'un engagement régi par les dispositions 100 et suivantes ou 200 et suivantes du Règlement du personnel et les membres de leur famille remplissant les conditions requises ne peuvent adhérer au plan Van Breda QUE s'ils remplissent l'une au moins des conditions ci-après et présentent leur demande d'adhésion dans les 31 jours suivant la date à laquelle cette condition s'est trouvée remplie :

- a) Mutation d'un lieu d'affectation à un autre;
- b) Expiration d'un congé spécial sans traitement (voir plus loin, par. 19);
- c) Affectation à une mission, dans certaines conditions (voir plus loin, par. 20);
- d) Mariage, ou naissance ou adoption légale d'un enfant, auquel cas l'intéressé peut faire assurer son conjoint ou son enfant.

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

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

Fonctionnaires mutés à un autre lieu d'affectation

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

Fonctionnaires en congé spécial sans traitement

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

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

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

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

Fonctionnaires affectés à une mission

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

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

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

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

Couples de fonctionnaires

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

Participants ayant des personnes à charge résidant aux États-Unis

22. Il est rappelé aux fonctionnaires que le plan Van Breda est conçu pour offrir une assurance maladie, hospitalisation et soins dentaires à des participants appelés à résider en dehors des États-Unis. Il est donc conseillé aux fonctionnaires résidant actuellement en dehors des États-Unis mais qui ont des personnes à charge résidant dans ce pays d'adhérer à un des plans d'assurance maladie offerts au Siège. Il convient de noter qu'au Siège, les soins dentaires relèvent d'un plan différent auquel il convient de s'affilier séparément.

Radiation d'ayants droit

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

Assurance maladie après la cessation de service

24. Les dispositions en vigueur concernant les conditions requises pour bénéficier du régime d'assurance maladie de l'ONU après la cessation de service et les procédures administratives correspondantes sont décrites dans l'instruction administrative ST/AI/394 en date du 19 mai 1994. 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 du fonctionnaire. Enfin, il est rappelé aux anciens fonctionnaires qui résident aux États-Unis qu'ils ne peuvent rester affiliés au plan Van Breda : ils doivent adhérer à l'un

des régimes du Siège dans un délai de 31 jours après avoir élu domicile aux États-Unis.

Droit à conversion

25. Les participants qui quittent le service de l'Organisation et qui ne sont pas admis au bénéfice du régime d'assurance maladie après la cessation de service peuvent souscrire une ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE auprès de Van Breda, à condition d'en faire la demande dans les 31 jours suivant la date à laquelle cesse leur participation au plan. Ce droit de conversion étant prévu dans le contrat d'assurance-groupe que l'Organisation a passé avec Van Breda, l'assureur ne peut refuser d'assurer les intéressés et aucun certificat médical n'est requis. Toutefois, cela ne signifie pas que, dans le cas des contrats d'assurance individuels, le montant des primes ou le barème des prestations seront identiques à ceux que prévoit l'assurance-groupe de l'ONU. Il est rappelé aux participants souhaitant exercer cette prérogative que les personnes à leur charge ne seront couvertes que s'ils en font la demande au moment où ils souscrivent à une assurance individuelle lors de leur cessation de service. Le conjoint d'un fonctionnaire qui n'est plus couvert par l'assurance-groupe de l'ONU par suite d'un divorce peut souscrire une assurance maladie auprès de Van Breda dans les conditions exposées ci-avant, à condition d'en faire la demande dans les 31 jours suivant la date à laquelle cesse sa participation au plan. On pourra obtenir plus de détails sur les modalités de conversion en une police d'assurance individuelle en s'adressant directement à Van Breda à l'adresse suivante :

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

Numéro de télex : BREDCO B 31788
Numéro de télécopie : 00 323 271 02 47
Numéro de téléphone : 00 323 217 51 11

III. DEMANDES DE REMBOURSEMENT ET DE RENSEIGNEMENTS

Conditions régissant les remboursements en dollars des États-Unis

26. Les remboursements sont faits en dollars des États-Unis sur la base des débours en monnaie locale correspondant aux frais hospitaliers, médicaux et dentaires. Les remboursements en dollars des États-Unis sont calculés d'après le taux de change pratiqué pour les opérations de l'ONU à la date où les frais médicaux ou dentaires ont été acquittés et, dans le cas des dépenses d'hospitalisation, à la date d'établissement de la facture de l'hôpital.

Adresse à laquelle les demandes de remboursement et de renseignements doivent être faites

27. Le personnel de la Section des assurances et des demandes d'indemnisation est à la disposition des fonctionnaires pour tous les aspects administratifs de l'adhésion au plan Van Breda, mais les fonctionnaires doivent en premier lieu s'adresser directement à la compagnie d'assurance concernée pour tout ce qui a

/...

trait aux demandes de remboursement. L'adresse ainsi que les numéros de téléphone, de télex et de télécopie de Van Breda figurent au paragraphe 25 ci-dessus.

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

29. L'annexe II récapitule les dispositions relatives à l'hospitalisation aux États-Unis.

30. L'annexe III donne des précisions au sujet des 16 interventions chirurgicales pour lesquelles les dépenses liées à l'obtention d'un deuxième avis médical seront intégralement remboursées.

ANNEXE I

Plan d'assurance Van Breda

1. Le plan d'assurance Van Breda prévoit le remboursement des frais médicaux, hospitaliers et dentaires, jusqu'à concurrence de 250 000 dollars par assuré et par année civile. Outre le montant maximum remboursable par année civile, certains maxima par traitement, intervention ou service peuvent également être fixés sur la base de ce que l'on peut considérer comme des frais "raisonnables et habituels" pour la prestation dans le lieu concerné. Les honoraires acquittés pour un traitement, une intervention ou un service que Van Breda considérera comme excessifs par rapport aux honoraires couramment pratiqués seront remboursés à concurrence du montant raisonnable et habituel facturé pour les soins médicaux en question dans la région géographique où ces soins ont été dispensés.

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

a) Au titre du plan de base, les soins médicaux prescrits par des médecins qualifiés sont remboursés, y compris les honoraires, à 80 %;

b) L'assurance gros frais médicaux prend en charge 80 % du solde non remboursé, sous réserve d'une franchise de 200 dollars par assuré et de 600 dollars par famille;

c) Les exemples ci-après illustrent les modalités de remboursement au titre du plan de base et de l'assurance gros frais médicaux :

Dollars des États-Unis

i) Plan de base	
Coût des soins médicaux (si raisonnable et habituel)	3 200
Montant remboursable au titre du plan de base (80 %)	2 560
Solde non remboursé (20 %)	640
ii) Assurance gros frais médicaux	
Base de la prise en charge par l'assurance gros frais médicaux (solde de 20 % non couvert par le plan de base)	640
Franchise annuelle (année civile)	200
Base de la prise en charge pour l'assurance gros frais médicaux (déduction faite de la franchise)	440
Montant remboursable au titre de l'assurance gros frais médicaux : 80 % des dépenses après déduction de la franchise (440 X 80 %)	352

Dollars des États-Unis

iii) Montant total remboursable [(rubriques i) et ii)]	
Plan de base	2 560
Assurance gros frais médicaux	352
Montant total remboursable	<u>2 912</u>
Montant total des frais restant à la charge du participant	288

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

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

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

e) À compter du 1er janvier 1996, le remboursement des frais journaliers d'hospitalisation est plafonné comme suit :

- i) Europe et Amérique du Nord. Le montant maximum de frais d'hospitalisation (chambre et repas) remboursable par jour en Europe et en Amérique du Nord est de 600 dollars;
- ii) Israël. Le tarif journalier maximum d'hospitalisation applicable en Israël est de 700 dollars;
- iii) Reste du monde. Le remboursement est plafonné à 330 dollars par jour dans tous les lieux autres que l'Europe, l'Amérique du Nord et Israël;

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

g) La police couvre le coût des soins psychiatriques ambulatoires auprès d'un psychiatre, ainsi que les services d'un psychologue diplômé ou d'un agent agréé du service social psychiatrique. Les frais supportés à ce titre par l'assuré sont remboursables à 50 %, et à concurrence de 1 000 dollars par assuré par période de 12 mois;

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

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

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

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

ii) Verres correcteurs – remboursement à 80 % (seulement au titre du plan de base, et non au titre de l'assurance gros frais médicaux) à concurrence de 30 dollars par verre et de deux verres au cours d'une même période de deux ans. Les maxima s'appliqueront aussi aux traitements chirurgicaux ou au laser visant à corriger la réfraction oculaire en cas de myopie;

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

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

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

a) Les examens médicaux préventifs effectués périodiquement;

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

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

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

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

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

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

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

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

j) La fécondation in vitro.

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

5. Il est rappelé aux participants que les demandes de remboursement doivent être soumises à Van Breda dans les deux ans qui suivent la date à laquelle les dépenses ont été engagées. LES DEMANDES REÇUES PAR VAN BREDA PLUS DE DEUX ANS APRÈS CETTE DATE NE SERONT PAS ACCEPTÉES.

ANNEXE II

Dispositions concernant l'hospitalisation aux États-Unis

1. Un participant peut se faire admettre dans l'hôpital de son choix aux États-Unis sans en aviser Van Breda, mais le remboursement des frais d'hospitalisation sera plafonné à 600 dollars au titre du coût journalier d'une chambre à plusieurs lits. Donc si le tarif journalier pour une chambre de cette catégorie excède 600 dollars, les frais supplémentaires seront entièrement à sa charge. Aucun changement n'est prévu pour le remboursement des autres services. Il convient de noter à cet égard que les frais d'hospitalisation, qui varient considérablement d'un établissement à l'autre aux États-Unis, peuvent excéder le plafond de 600 dollars, notamment dans certaines régions de Californie, de Floride, du Massachusetts, de l'État de New York, du Texas et de Washington, D. C., où certains hôpitaux pratiquent des tarifs beaucoup plus élevés.

2. Le PLAFOND DE 600 DOLLARS NE S'APPLIQUERA PAS à l'hospitalisation en chambre à plusieurs lits dans trois cas précis :

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

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

c) Dans les cas où le traitement médical nécessaire ne peut être dispensé que dans un hôpital où le tarif journalier pour une chambre à plusieurs lits excède 600 dollars. Pour éviter d'avoir à déboursier les frais excédentaires, il faudra obtenir la confirmation de Van Breda avant l'hospitalisation.

ANNEXE III

Deuxième avis médical en cas d'intervention chirurgicale

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

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

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

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