NATIONS
UNIES

ST

Secrétariat

ST/IC/1997/29
19 mai 1997

CIRCULAIRE

Circulaire du Contrôleur

Destinataires : Les fonctionnaires du Secrétariat en poste au Siège

Objet : AMÉLIORATION DU PLAN AETNA D'ASSURANCE MALADIE*

1. Se fondant sur l'avis émis à l'issue d'un examen détaillé de la question par le Comité des assurances maladies et de l'assurance-vie, ainsi que sur celui du Comité consultatif mixte, le Secrétaire général a approuvé une amplification appréciable du plan Aetna d'assurance maladie à compter du 1er juillet 1997. L'administration du nouveau plan sera suivie de près et passée en revue sous tous ses aspects dans le courant de l'année. La présente circulaire a pour objet de diffuser l'information voulue au sujet du plan Aetna **amélioré**, en prévision de la campagne annuelle d'adhésion aux plans d'assurance maladie qui se déroulera du 2 au 6 juin prochain. La circulaire distincte dont la campagne fera l'objet contiendra des indications complémentaires concernant les règles et procédures applicables et les prestations auxquelles ouvrent droit les plans Aetna, Blue Cross, HIP, Kaiser et GHI (soins dentaires), qui seront renouvelés avec effet au 1er juillet 1997.

2. Le plan Aetna amélioré offre davantage de choix aux assurés, tant par la gamme des prestations offertes que sur le plan du coût. Préféré par la plupart des fonctionnaires, tant en activité que retraités, depuis de nombreuses années, il présentera désormais pour avantage supplémentaire de donner accès à un réseau de prestataires de soins privilégiés. Les participants pourront choisir un praticien affilié, auquel cas ils ne paieront les soins que 10 dollars (pour les actes médicaux allant de la consultation à l'intervention chirurgicale), et n'auront pas à soumettre de demande de remboursement. S'ils le préfèrent, il leur sera loisible de s'adresser à un praticien non affilié et de se faire rembourser **comme à l'accoutumée**, après déduction de la franchise annuelle et du montant prévu au titre de la participation aux frais.

3. Dénommé "Open Choice", le réseau des praticiens auxquels pourront ainsi s'adresser les assurés s'étend au territoire des États-Unis dans son ensemble. Ayant répertorié les praticiens auxquels les fonctionnaires assurés, tant en activité que retraités, s'étaient adressés au cours de l'année écoulée, Aetna a

---

* Manuel d'administration du personnel, No 6171 de l'index.

constaté que **40 % des intéressés étaient déjà affiliés au réseau**. Il s'ensuit que nombre de participants pourront continuer de voir tel ou tel médecin traitant après le 30 juin prochain, et verseront 10 dollars seulement par consultation, plutôt que de se faire rembourser 80 % des "honoraires raisonnables et habituels". Pour ceux des participants dont le médecin n'est pas affilié au réseau, **les arrangements actuels demeureront inchangés**. Dans ce cas aussi, le plan sera légèrement amélioré, une majoration du montant des "honoraires raisonnables et habituels" étant prévue pour le 1er juillet.

4. Comme on l'a indiqué plus haut, les prestataires de soins privilégiés affiliés au plan Aetna (qui ont accepté par contrat de recevoir des honoraires d'un montant réduit, et auxquels le patient ne verse que 10 dollars au titre de la participation aux frais) constituent un vaste réseau. Des répertoires de prestataires établis pour chacun des États, par district et spécialité, seront mis à la disposition des assurés après le 1er juillet. Des exemplaires de référence de ces répertoires pourront jusqu'alors être consultés dans les bureaux de la Section des assurances et des demandes d'indemnisation, ainsi que dans ceux du Service médical, au Secrétariat.

5. Ayant appris ces dernières semaines qu'il était envisagé de modifier le plan Aetna, bon nombre de fonctionnaires ont exprimé des craintes injustifiées à ce sujet. Bien qu'il ait été répondu dans le Bulletin No 1338 du Comité du personnel, en date du 28 avril 1997, à certaines des questions qu'ils se posaient, plusieurs autres points méritent d'être élucidés ici :

a) L'accès au réseau des prestataires de soins privilégiés n'exclut aucunement que le participant s'adresse à un généraliste ou à un spécialiste non affilié de son choix;

b) Les assurés **ne seront pas tenus d'obtenir l'accord préalable** d'Aetna pour se faire rembourser les frais d'hospitalisation;

c) Le montant des primes applicables pour le plan amélioré prenant effet le 1er juillet sera égal à celui des primes actuelles. Compte tenu du volume des demandes de remboursement présentées au cours de la période d'assurance qui s'achève, ainsi que des prévisions relatives aux coûts de l'année à venir, les primes auraient dû être majorées de 14 % si le plan Aetna avait été renouvelé sans l'élément "prestataires de soins privilégiés". Celui-ci aura pour effet d'abaisser le coût du plan dans son ensemble, ce qui permet de **ne pas majorer le montant des primes**;

d) Au réseau de prestataires de soins privilégiés s'ajoutent plusieurs avantages que n'offrait pas jusqu'à présent le plan Aetna, y compris bilans de santé, traitement de la douleur chronique par un acuponcteur diplômé et programme élargi de soins ophtalmologiques.

6. On trouvera à l'annexe ci-après un aperçu général du nouveau plan Aetna, comparé à l'ancien prestation par prestation. Bien que celui-ci soit repris dans la circulaire relative à la campagne annuelle d'adhésion qui sera distribuée sous peu, les fonctionnaires sont dès à présent invités à examiner avec soin les éléments d'information qui y sont présentés. À moins qu'ils ne décident de souscrire à l'un des autres plans d'assurance offerts au Siège lors de la campagne annuelle d'adhésion qui se déroulera pendant la semaine du 2 au 6 juin prochain, tous les assurés qui adhèrent actuellement au plan Aetna seront automatiquement affiliés au nouveau plan "Open Choice".

ANNEXE

Résumé des prestations auxquelles ouvrent droit le nouveau plan "Open Choice" et l'actuel plan Aetna

Éléments du plan	Prestation praticiens affiliés	Prestation praticiens non affiliés	Prestation actuelle Hospitalization/Major Medical
Franchise	Aucune (fonctionnaire seul)	125 dollars (fonctionnaire seul)	125 dollars (fonctionnaire seul)
	Aucune (famille)	375 dollars (famille)	375 dollars (famille)
Coassurance maximum	1 000 dollars (fonctionnaire seul)		1 000 dollars (fonctionnaire seul)
	3 000 dollars (famille)		3 000 dollars (famille)
Montant global remboursable sa vie durant à l'assuré	Non plafonné	Non plafonné	Non plafonné
Soins dispensés par un médecin (à l'exclusion du traitement de maladies mentales, de l'alcoolisme ou de la toxicomanie)			
Consultation au cabinet d'un généraliste (hors chirurgie)	100 % après déduction des 10 dollars de participation aux frais	80 % après déduction de la franchise	80 % après déduction de la franchise
Consultation au cabinet d'un spécialiste	100 % après déduction des 10 dollars de participation aux frais	80 % après déduction de la franchise	80 % après déduction de la franchise
Bilans/vaccinations Médecine préventive, vaccinations comprises, pour les enfants jusqu'à 7 ans; 1 visite tous les deux ans et vaccinations de 7 à 19 ans.	100 %	100 %	100 %
Bilans/vaccinations Enfants de 19 ans et adultes : bilan tous les deux ans (tous les ans à partir de 65 ans), vaccinations comprises	100 % après déduction des 10 dollars de participation aux frais	80 % après déduction de la franchise	Non couverts
Mammographie de routine (sans limite d'âge)	100 %	80 % après déduction de la franchise; 100 % en cas d'hospitalisation ou dans un service de consultation externe	80 % après déduction de la franchise; 100 % en cas d'hospitalisation ou dans un service de consultation externe
Bilan obstétrical/ gynécologique (un bilan par année civile, y compris un frottis de cytodétection et frais connexes)	100 % après déduction des 10 dollars de participation aux frais	80 % après déduction de la franchise	80 % après déduction de la franchise
Chirurgie	100 %	80 % après déduction de la franchise	80 % après déduction de la franchise
Soins médicaux administrés à l'hôpital	100 %	80 % après déduction de la franchise	80 % après déduction de la franchise

Éléments du plan	Prestation praticiens affiliés	Prestation praticiens non affiliés	Prestation actuelle Hospitalization/Major Medical
Analyses et traitements allergologiques (par un médecin)	100 % après déduction des 10 dollars de participation aux frais	80 % après déduction de la franchise	80 % après déduction de la franchise
Injections d'allergènes (par un non-médecin)	100 %	80 % après déduction de la franchise	80 % après déduction de la franchise
Autres services de médecin	100 %	80 % après déduction de la franchise	80 % après déduction de la franchise
Radiographie de dépistage et laboratoire (autres qu'au cabinet du médecin)	100 %	80 % après déduction de la franchise	80 % après déduction de la franchise
Services hospitaliers			
Hospitalisation	100 %	100 %	100 %
Consultation externe	100 %	100 %	100 %
Salle des urgences (admission sur la base de symptômes)	100 % Maladie couverte dans les 12 heures; chirurgie, accident dans les 72 heures	100 % Maladie couverte dans les 12 heures; chirurgie, accident dans les 72 heures	100 % Maladie couverte dans les 12 heures; chirurgie, accident dans les 72 heures
Soins autres que d'urgence en salle des urgences (irruption cutanée, inflammation de l'oreille, bronchite, etc.)	80 %	80 % après déduction de la franchise	80 % après déduction de la franchise
Acuponcture* (pour le traitement de douleurs chroniques seulement, les soins étant dispensés par un médecin ou un acuponcteur diplômé)	100 % après déduction des 10 dollars de participation aux frais, à concurrence de 1 000 dollars	80 % après déduction de la franchise, à concurrence de 1 000 dollars	Non couverte
Chiropractie de la colonne vertébrale*	100 % après déduction des 10 dollars de participation aux frais, à concurrence de 1 000 dollars	80 % après déduction de la franchise, à concurrence de 1 000 dollars	80 % après déduction de la franchise, à concurrence de 1 000 dollars

* Montant maximum des prestations : 1 000 dollars par an, soins dispensés par des praticiens affiliés et non affiliés combinés.

Éléments du plan	Prestation praticiens affiliés	Prestation praticiens non affiliés	Prestation actuelle Hospitalization/Major Medical
Soins de santé mentale			
Hospitalisation	100 %	100 % après déduction de la franchise	100 % pour les premiers 30 jours; 80 % après déduction de la franchise pour les 30 jours suivants
	90 jours au maximum par année civile*	90 jours au maximum par année civile*	60 jours au maximum par année civile
Consultation externe	100 %, à concurrence de 3 216 dollars par année civile*	80 % après déduction de la franchise, à concurrence de 3 216 dollars par année civile* 134 dollars par consultation	80 % après déduction de la franchise, à concurrence de 3 216 dollars par année civile* 134 dollars par consultation
Intervention en situation de crise	100 % Jusqu'à trois interventions par année civile*	80 % après déduction de la franchise Jusqu'à trois interventions par année civile*	80 % après déduction de la franchise Jusqu'à trois interventions par année civile
Alcoolisme/toxicomanie			
Hospitalisation	100 %	100 % après déduction de la franchise	100 % pour les premiers 30 jours; 80 % après déduction de la franchise pour les 30 jours suivants
Maximum	60 jours par année civile*	60 jours par année civile*	60 jours par année civile
Maximum, la vie durant	Deux internements*	Deux internements*	Deux internements
Consultation externe	100 % Jusqu'à 60 consultations par année civile* (y compris 20 consultations de conseil*)	80 % après déduction de la franchise Jusqu'à 60 consultations par année civile* (y compris 20 consultations de conseil*)	80 % après déduction de la franchise Jusqu'à 60 consultations par année civile (y compris 20 consultations de conseil)
Maternité (stérilisation et avortement volontaires compris)	100 % après déduction des 10 dollars de participation aux frais 100 % pour la stérilisation volontaire s'il y a hospitalisation ou dans un service de consultation	80 % après déduction de la franchise 100 % pour la stérilisation volontaire s'il y a hospitalisation ou dans un service de consultation	80 % après déduction de la franchise 100 % pour la stérilisation volontaire s'il y a hospitalisation ou dans un service de consultation
Médicaments délivrés sur ordonnance	100 % après déduction d'un montant maximum de 15 dollars au titre de la participation de 15 % aux frais 100 % après déduction des 10 dollars de participation aux frais Provision pour un maximum de 90 jours achetable auprès d'une société de vente par correspondance affiliée; si telle ou telle marque est demandée, et à moins que l'indication "Dispense as Written" ou "DAW" (délivré tel que prescrit) ne figure sur l'ordonnance, l'assuré est tenu de participer aux frais et de verser la différence entre le prix de la spécialité et celui du médicament générique	80 % après déduction de la franchise	Praticiens affiliés : 100 % après déduction d'un montant maximum de 15 dollars au titre de la participation de 15 % aux frais Délivrance d'une provision de 30 jours maximum par les pharmacies affiliées 100 % après déduction des 10 dollars de participation aux frais Provision pour un maximum de 90 jours achetable auprès d'une société de vente par correspondance affiliée; si telle ou telle marque est demandée, et à moins que l'indication "Dispense as Written" ou "DAW" (délivré tel que prescrit) ne figure sur l'ordonnance, l'assuré est tenu de participer aux frais et de verser la différence entre le prix de la spécialité et celui du médicament générique Praticiens non affiliés : 80 % après déduction de la franchise

* Soins dispensés par des praticiens affiliés, non affiliés ou affiliés et non affiliés combinés.

Éléments du plan	Prestation praticiens affiliés	Prestation praticiens non affiliés	Prestation actuelle Hospitalization/Major Medical

AUTRES PRESTATIONS			
Soins infirmiers spécialisés dispensés dans un établissement	100 % jusqu'à 365 jours par année civile		100 % jusqu'à 365 jours par année civile
Soins à domicile	100 % 320 visites par année civile (hospitalisation préalable non nécessaire)	100 % pour les premières 200 visites, 80 % après déduction de la franchise pour les 120 visites suivantes par année civile (hospitalisation préalable non nécessaire)	Dans les 7 jours suivant la sortie de l'hôpital, 100 % pour les premières 200 visites, 80 % après déduction de la franchise pour les 120 visites suivantes par année civile. S'il n'y a pas eu d'hospitalisation préalable, 80 % après déduction de la franchise pour 80 visites par année civile.
Ambulance*	100 %		100 %
Soins infirmiers privés (prestation restreinte pour les consultations externes)	100 % jusqu'à 70 postes de huit heures par année civile	80 % après déduction de la franchise jusqu'à 70 postes de huit heures par année civile	80 % après déduction de la franchise jusqu'à 70 postes de huit heures par année civile
Hospice Séjour et consultations	100 % jusqu'à 210 jours pour les services de séjour et services de consultation		100 % jusqu'à 210 jours pour les services de séjour et services de consultation
Conseils après un deuil	100 %, jusqu'à 5 visites		100 %, jusqu'à 5 visites
Réadaptation de courte durée			
Kinésithérapie, ergothérapie	100 %	80 % après déduction de la franchise	80 % après déduction de la franchise
Orthophonie	80 %, franchise non applicable**		
Prothèses auditives*	80 %, franchise non applicable 750 dollars maximum, une prothèse par oreille tous les trois ans		80 % après déduction de la franchise 750 dollars maximum, une prothèse par oreille tous les trois ans
Évaluation de prothèse et examen audiométrique	100 % après déduction des 10 dollars de participation aux frais	Maximum de 100 dollars, un examen tous les trois ans, effectué par un spécialiste oto-rhino-laryngologiste ou par un audioprothésiste diplômé	Maximum de 100 dollars, un examen tous les trois ans, effectué par un spécialiste oto-rhino-laryngologiste ou par un audioprothésiste diplômé

* Il n'existe pas actuellement de prestataires de soins privilégiés.

** Remboursement à 100 % lorsque les soins sont dispensés par un prestataire privilégié.

Éléments du plan	Prestation praticiens affiliés	Prestation praticiens non affiliés	Prestation actuelle Hospitalization/Major Medical
Programmes d'apprentissage de l'autothérapie du diabète en consultation externe	80 %, franchise non applicable*		Remboursable au même titre que toute autre dépense couverte
Appareils médicaux durables	80 %, franchise non applicable**		80 % après déduction de la franchise
Ophtalmologie			
Verres correcteurs (lentilles de contact comprises)	80 %, franchise non applicable Maximum de 60 dollars pour deux verres par période de 24 mois		80 % après déduction de la franchise maximum de 60 dollars pour deux verres par période de 24 mois
Programme "Vision one"	Remise pouvant atteindre 65 % sur les montures, 50 % sur les verres et 20 % environ sur les lentilles de contact dans les centres "Cole Vision" affiliés. Voir prospectus pour plus de détails.		Non couvert
Formalités d'hospitalisation	Le prestataire de soins en prend l'initiative	Non nécessaires	Non prévues
Évaluation du traitement psychiatrique proposé Pénalité pour non-obtention de l'accord préalable d'Aetna en cas d'hospitalisation	Aucune	100 dollars par cas d'espèce	400 dollars par cas d'espèce
Second avis en cas d'intervention chirurgicale	Non obligatoire mais couvert à 100 % après déduction des 10 dollars de participation aux frais	Non obligatoire mais couvert à 100 % après déduction des 10 dollars de participation aux frais	100 % après déduction de la franchise
Demandes de remboursement	Soumises par le prestataire	Soumises par l'assuré	Soumises par l'assuré

* Remboursement à 100 %, sans participation aux frais, si les soins sont dispensés dans un hôpital. S'ils sont dispensés au cabinet d'un médecin affilié, remboursement à 100 % avec participation aux frais de 10 dollars.

** Remboursement à 100 %, sans participation aux frais, si les soins sont dispensés par un prestataire affilié ou dans un établissement hospitalier.

- - - - -