



Secrétariat

ST/IC/1997/91  
31 décembre 1997

---

CIRCULAIRE\*

Circulaire du Contrôleur

Destinataires : Les fonctionnaires en poste dans les bureaux extérieurs

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

I. DISPOSITIONS CONCERNANT LA RECONDUCTION DU PLAN EN 1998

1. La présente circulaire a pour objet d'énoncer les dispositions concernant la reconduction, avec effet au 1er janvier 1998, du plan Van Breda d'assurance maladie, hospitalisation et soins dentaires pour les fonctionnaires en poste dans les bureaux extérieurs.

2. La circulaire annuelle dans laquelle étaient jusqu'à présent indiqués le montant des primes et les taux de cotisation applicables pour le plan Van Breda, et récapitulées les prestations offertes par le plan, comprenait également une section consacrée aux conditions d'adhésion et dispositions connexes. Par les circulaires ST/SGB/1997/1 et ST/SGB/1997/2 du 28 mai 1997, le Secrétaire général a institué un nouveau système de promulgation des textes administratifs en application duquel les conditions d'admission et dispositions connexes ont été omises de la présente circulaire. Une instruction administrative distincte sera publiée en temps opportun, dans laquelle seront exposées les conditions d'admission et règles et procédures régissant tous les plans d'assurance maladie financés par cotisations auxquels peuvent souscrire les fonctionnaires de l'ONU. Les conditions d'adhésion et dispositions connexes qu'établissait la circulaire ST/IC/1996/78 du 23 décembre 1996 (par. 8 à 24) demeureront en vigueur jusqu'à ce que paraisse la nouvelle instruction administrative.

---

\* Date d'expiration : 31 décembre 1998.

\*\* Manuel d'administration du personnel, No 6191 de l'Index.

3. Les éléments marquants de la reconduction pour 1998 sont les suivants :

a) Montant des primes

L'équilibre financier du plan ayant été favorable en 1997, le montant des primes est réduit de 15 % pour la période de reconduction de 12 mois commençant le 1er janvier 1998;

b) Prestations

- i) À compter du 1er janvier 1998, les frais de traitement radiologique, qui n'étaient jusqu'à présent remboursés qu'à 80 %, au titre du plan de base, le seront également au titre de l'assurance gros frais médicaux;
- ii) Le taux de remboursement du coût des soins psychiatriques ambulatoires passe de 50 % à 80 % du montant des frais raisonnables et habituels. Le plafond par période de 12 mois demeure de 1 000 dollars par assuré;
- iii) À l'exception des modifications ci-dessus, les dispositions du plan restent les mêmes qu'en 1997.

4. 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 où se trouve un nombre important de participants.

5. Dans la circulaire ST/IC/1996/78, concernant la reconduction du plan Van Breda en 1997, il avait été annoncé que le coefficient de perte enregistré au Chili demeurant élevé, la prime payable par les participants résidant dans ce pays, qui avait déjà été relevée en 1996, devrait l'être à nouveau pour la période de reconduction. Conjugués aux initiatives prises pour contenir le coût des services médicaux au Chili, les ajustements spéciaux opérés en 1996 et 1997 ont conduit à une diminution du coefficient de perte. La réduction de 15 % du montant des primes valant pour le plan Van Breda dans son ensemble en 1998 s'applique donc également dans le cas du Chili.

6. 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 au paragraphe 7 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.

7. Le barème des primes qui prendra effet le 1er janvier 1998, 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	
	1997	Montant à compter du 1er janvier 1998	1997	Nouveau taux à compter du 1er janvier 1998
<b>A. <u>Tous les lieux d'affectation</u> (autres que le Chili)</b>				
Fonctionnaire seulement	102,00	87,00	1,44	1,30
Fonctionnaire et un membre de sa famille	216,00	184,00	2,26	2,03
Fonctionnaire et deux ou plusieurs membres de sa famille admis au bénéfice de l'assurance	356,00	303,00	3,60	3,24
<b>B. <u>Chili</u></b>				
Fonctionnaire seulement	156,00	133,00	2,19	1,97
Fonctionnaire et un membre de sa famille	330,00	281,00	3,57	3,21
Fonctionnaire et deux ou plusieurs membres de sa famille admis au bénéfice de l'assurance	545,00	463,00	5,66	5,09

#### Tarifs maxima d'hospitalisation

8. 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.

## II. DROIT À CONVERSION

9. 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

10. 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

11. Le personnel de la Section des assurances est à la disposition des fonctionnaires pour tous les aspects administratifs de l'adhésion au plan Van Breda, mais les fonctionnaires doivent en premier lieu s'adresser directement à la compagnie d'assurance concernée pour tout ce qui a trait aux demandes de remboursement. L'adresse ainsi que les numéros de téléphone, de télex et de télécopie de Van Breda figurent au paragraphe 9 ci-dessus.

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

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

14. 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 :

	<u>Dollars des</u> <u>États-Unis</u>
i) Plan de base	
Coût des soins médicaux (si raisonnable et habituel)	3 200
Montant remboursable au titre du plan de base (80 %)	<u>2 560</u>
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)	<u>200</u>
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	2 912
----------------------------	-------

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) Depuis le 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. À compter du 1er janvier 1998, les frais supportés à ce titre par l'assuré sont remboursables à 80 % du montant des frais raisonnables et habituels, ce 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) À compter du 1er janvier 1998, les frais de traitement radiologique sont remboursables à 80 % du montant des frais raisonnables et habituels, au titre du plan de base, et à 80 % du solde, au titre de l'assurance gros frais médicaux, ce dans les cas uniquement où 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 hémorroïdes
6. Réduction d'une hernie inguinale	Réduction d'une hernie scrotale
7. Hystérectomie	Ablation de l'utérus
8. Opération du genou	—
9. Laminectomie	Résection de l'arc postérieur d'une vertèbre
10. Mastectomie partielle ou totale	Ablation partielle ou totale de tissus mammaires
11. Prostatectomie	Ablation de la prostate

<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

-----