



2 avril 2015

Circulaire**

Circulaire du Contrôleur

Destinataires : Les fonctionnaires recrutés localement en poste dans certains lieux d'affectation hors siège

Objet : **Régime d'assurance médicale des fonctionnaires recrutés localement dans certains lieux d'affectation hors siège, applicable au 1^{er} avril 2015**

La présente circulaire a pour objet de faire connaître le Régime d'assurance médicale des fonctionnaires recrutés localement dans certains lieux d'affectation hors siège (ci-après dénommé le Régime) et de présenter la procédure d'affiliation, les taux de cotisation, le barème des prestations, la procédure de demande de remboursement et d'autres renseignements utiles pour l'utilisation du Régime. Elle complète l'instruction administrative [ST/AI/2015/3](#) (ci-après dénommée l'instruction administrative relative au Régime).

On trouvera à l'annexe I la définition des différents termes employés dans la présente circulaire.

Procédure d'affiliation

1. L'affiliation au Régime est obligatoire pour tous fonctionnaires de la catégorie des agents des services généraux ou de la catégorie des administrateurs recrutés sur le plan national qui sont en poste ailleurs qu'au siège des organismes intéressés, dans l'un des lieux d'affectation désignés.
2. Nonobstant le caractère obligatoire de la participation au Régime, le fonctionnaire est tenu de remplir une formule d'affiliation dans un délai de 31 jours à compter de son entrée en fonctions à l'Organisation. Il peut se procurer cette formule auprès du bureau des ressources humaines ou du service administratif local ou sur le site Web de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance-vie de l'ONU (www.un.org/insurance/forms). Dans les lieux d'affectation où le module Prestations/Assurance d'Umoja a été mis en service, l'affiliation se fait automatiquement à l'approbation d'une notification administrative par le bureau local des ressources humaines. Au moment de son affiliation, le fonctionnaire peut

* Nouveau tirage pour raisons techniques (23 juin 2015).

** La présente circulaire restera en vigueur jusqu'à nouvel ordre.



demander celle des membres de sa famille remplissant les conditions requises pour être admis au bénéfice du Régime. On se reportera aux dispositions de l'instruction administrative relative au Régime qui concernent la participation et l'admissibilité.

3. Le fonctionnaire qui, en raison d'un événement (mariage, naissance ou adoption ou bien divorce ou décès), souhaiterait affilier ou bien désaffilier d'autres ayants droit doit remplir une formule dans les 31 jours qui suivent l'événement motivant sa demande et le soumettre à son bureau local des ressources humaines. Faute de quoi, cette affiliation ou désaffiliation ne sera autorisée qu'au moment de la campagne annuelle d'adhésion aux régimes d'assurance maladie.

4. Le fonctionnaire qui, lorsqu'il cesse ses fonctions, remplit les conditions requises pour bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service est également tenu de remplir une formule d'affiliation pour signifier son intention de poursuivre sa participation au Régime. Il doit le faire dans le cadre des formalités de cessation de service. On trouvera à la section 7 de l'instruction administrative relative au Régime les dispositions de celui-ci concernant le programme d'assurance maladie après la cessation de service.

5. Il incombe au fonctionnaire en activité ou retraité d'informer le service administratif de toute modification de la liste de ses ayants droit en remplissant une nouvelle formule d'affiliation dans les 31 jours qui suivent ladite modification, afin que les nouveaux membres de sa famille qu'il souhaite assurer, s'ils peuvent être admis au bénéfice du Régime, soient effectivement couverts et qu'il ne continue pas de verser des cotisations pour des membres de sa famille qui ne remplissent plus les conditions requises.

6. Pour les modalités applicables lorsque le fonctionnaire est marié à un autre fonctionnaire, on se reportera à la section 2 de l'instruction administrative relative au Régime, qui concerne la participation et l'admissibilité.

7. Au moins une fois par mois, le bureau local des ressources humaines adresse au tiers administrateur, dans une liste d'affiliés transmise par la voie électronique, l'information relative aux fonctionnaires en activité, aux participants ayant cessé leurs fonctions et à leurs ayants droit couverts par le Régime. Dans le cas des bureaux qui ont mis en service le module Prestations/Assurance d'Umoja, la liste est transmise par le Siège. C'est à partir de cette liste que le tiers administrateur délivre les cartes d'affiliation, envoie les lettres de garantie aux hôpitaux et autres établissements de soins et traite les demandes de remboursement.

Cotisations de l'assuré

8. Le coût de la participation au Régime est couvert en partie par l'assuré et en partie par l'Organisation. La cotisation effectivement due par l'assuré est constituée par un pourcentage de la rémunération du fonctionnaire en activité ou de l'ancien fonctionnaire, ou d'un ayant droit survivant visé aux sections 6 et 7 de l'instruction administrative relative au Régime. Ce pourcentage varie en fonction du nombre d'ayants droit assurés, ce qui donne les catégories suivantes :

- a) Une personne assurée (assuré seul);
- b) Deux personnes assurées (assuré plus un ayant droit);
- c) Trois, quatre ou cinq personnes assurées (assuré plus deux, trois ou quatre ayants droit);
- d) Six personnes ou plus assurées (assuré et cinq ayants droit ou plus).

9. Le pourcentage retenu aux fins de la cotisation pour chacune des catégories est indiqué à l'annexe II de la présente circulaire. La fréquence et les modalités de perception de ces cotisations sont décrites aux sections 6 et 7 de l'instruction administrative relative au Régime.

Le tiers administrateur

10. Le tiers administrateur dont les services ont été retenus par l'Organisation pour gérer le Régime est le régime mondial d'assurance maladie Cigna, qui est chargé à ce titre des fonctions suivantes :

- a) Délivrance des cartes d'assurance conformément aux listes d'affiliés transmises par l'Organisation;
- b) Examen des demandes de lettres de garantie et envoi de ces dernières aux prestataires de soins médicaux en cas d'hospitalisation d'urgence ou programmée;
- c) Examen et approbation éventuelle des demandes de remboursement selon les règles fixées par l'Organisation;
- d) Mise en place d'un réseau de prestataires de soins médicaux et négociation d'accords de facturation directe et de tarifs préférentiels;
- e) Réponse aux demandes d'information des assurés, par téléphone et par courriel;
- f) Élaboration de matériaux de communication et d'information, et mise à jour du descriptif du Régime et du portail en ligne destiné aux assurés;
- g) Examen des recours, plaintes et doléances des assurés;
- h) Détection et investigation des cas de fraude et d'abus concernant les prestations du Régime, afin d'en saisir l'Organisation.

11. On trouvera des renseignements supplémentaires sur Cigna dans l'annexe III à la présente circulaire.

Prestations

Tarifs raisonnables et habituels

12. Le Régime couvre les prestations décrites ci-après, dans les conditions indiquées. En tant que tiers administrateur, Cigna est autorisé par l'Organisation à rembourser les dépenses correspondant à ces prestations dans la limite des tarifs raisonnables et habituels pratiqués dans le lieu d'affectation considéré. L'expression « raisonnables et habituels » renvoie à la tarification courante, déterminée raisonnablement par le tiers administrateur, des soins médicaux et autres soins de santé dispensés dans le lieu d'affectation.

13. Les dépenses engagées durant un voyage autorisé pour faire face à une urgence médicale ou en cas d'évacuation sanitaire approuvée dans le site autorisé ou de soins médicaux reçus dans une zone de soins régionale approuvée¹ sont

¹ On trouvera à l'annexe IV de la présente circulaire la liste approuvée des zones de soins régionales. Cette liste est examinée et actualisée périodiquement par la Division des services médicaux et la Section de l'assurance maladie et de l'assurance-vie avec le tiers administrateur.

remboursées sur la base des tarifs raisonnables et habituels pratiqués dans la zone ou dans le pays où les soins ont été prodigués.

14. Toutes dépenses engagées en dehors du pays du lieu d'affectation, hormis celles décrites ci-dessus au paragraphe 13, sont ajustées pour tenir compte des tarifs raisonnables et habituels pratiqués au lieu d'affectation dans lequel le fonctionnaire est en poste, à moins que la tarification raisonnable et habituelle de la zone ou du pays où les soins sont administrés soit moins élevée que celle du lieu d'affectation considéré. Lorsqu'il n'a pas été défini de tarification raisonnable et habituelle pour ce lieu d'affectation, un coefficient est appliqué au remboursement des dépenses qui tient compte du plus élevé des taux suivants : a) le coût des soins médicaux généraux (tarif de la consultation) dans le pays du lieu d'affectation par rapport à celui du pays où les services ont été reçus; b) le traitement de référence considéré aux fins du Régime, exprimé en dollars des États-Unis, correspondant au lieu d'affectation par rapport à celui du pays où les services ont été reçus. Il est également loisible au tiers administrateur de consulter son correspondant médical local, d'autres prestataires de soins du pays du lieu d'affectation ou le médecin local de l'Organisation.

Dépenses d'hospitalisation

15. Le taux de remboursement est de 100 % pour les soins hospitaliers et fournitures connexes dispensés durant l'hospitalisation, notamment les services d'un médecin qualifié, la chambre (autre qu'individuelle) et les repas, les soins en salles d'opération et de réveil, les soins intensifs, les soins infirmiers généraux et les médicaments administrés à l'hôpital. En cas d'hospitalisation en chambre à un seul lit, on retient parmi les deux taux de remboursement ci-après celui qui donne le montant le plus élevé : 70 % du coût de la chambre, des repas et des soins infirmiers généraux en chambre individuelle ou 100 % du même coût en chambre non individuelle. Les dépenses doivent être précertifiées pour toute hospitalisation envisagée ou programmée.

16. Le taux de remboursement est de 80 % pour le lit occupé par un adulte qui accompagne un ayant droit âgé de moins de 13 ans ou lorsque la législation locale exige que la personne hospitalisée soit accompagnée.

Services professionnels, appareils et médicaments

17. Hormis ceux énumérés au paragraphe 18, les services ci-après sont remboursés à 80 % pour tous les participants au Régime :

a) Services fournis par un médecin qualifié à un patient non hospitalisé, y compris les honoraires de chirurgien (pour les consultations pré et postopératoires et les actes chirurgicaux ambulatoires, par exemple) et autres services médicaux assurés dans un hôpital, un dispensaire ou dans une installation sanitaire;

b) Soins obstétricaux prodigués par un médecin agréé hors hospitalisation, ainsi que services de sage-femme;

c) Analyses de laboratoire et examens radiographiques effectués hors hospitalisation;

d) Médicaments, reconnus comme tels par les autorités sanitaires locales, prescrits sur la base d'un diagnostic par un médecin qualifié qui les juge nécessaires au traitement d'un état pathologique donné²;

e) Examen ophtalmologique de routine annuel, jusqu'à concurrence de 100 dollars;

f) Bilan de santé annuel pour les adultes d'au moins 20 ans;

g) Six examens périodiques par an pour les enfants de 0 à 1 an, deux par an pour les enfants de 2 et 3 ans, et un par an pour les enfants de 4 à 19 ans;

h) Appareils d'autosurveillance du diabète;

i) Contraceptifs, dont les dispositifs jugés médicalement nécessaires, exception faite des préservatifs;

j) Physiothérapie prescrite par un médecin, qui précise dans son ordonnance le nombre de séances et la durée effective du traitement. Lorsque cette durée est supérieure à six mois, le médecin traitant doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance. Les traitements nécessitant plus de 60 séances par année civile sont soumis à l'entente préalable du médecin-conseil de Cigna.

18. Les services ci-après sont pris en charge à 100 % pour tous les assurés :

a) Chimiothérapie et radiothérapie administrées en ambulatoire;

b) Deux tests de dépistage volontaires du VIH/sida et séances d'information et de conseil connexes par an;

c) Vaccinations des adultes et des enfants recommandées par les autorités sanitaires locales ou l'Organisation mondiale de la Santé.

Soins pour troubles mentaux ou nerveux et toxicomanie

19. Les soins psychiatriques pour troubles mentaux et nerveux – alcoolisme et toxicomanie y compris – sont remboursés de la même façon que les dépenses d'hospitalisation. La prise en charge du séjour en établissement de soins est limitée à 90 jours.

20. Les soins psychiatriques ambulatoires pour troubles mentaux et nerveux – alcoolisme et toxicomanie y compris – sont remboursés au taux de 80 % à concurrence d'un montant maximum (par patient remplissant les conditions requises) correspondant pour une année civile au traitement mensuel de référence considéré aux fins du Régime. Une dérogation à ce plafond peut toutefois être accordée pour les fonctionnaires en activité lorsque le chef du service médical de l'Organisation ou du lieu d'affectation en fait la demande.

21. Les soins doivent être dispensés par un psychiatre, psychanalyste ou psychologue diplômé ou par un agent du service social psychiatrique. Les soins ambulatoires pour alcoolisme et toxicomanie doivent être administrés dans un établissement agréé de désintoxication et de réadaptation.

² Les articles pharmaceutiques non remboursables figurent dans la liste des dépenses remboursables et non remboursables par le Régime, qui peut être consultée sur le site Web de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance-vie de l'Organisation et celui de Cigna.

Verres correcteurs et aides auditives

22. L'assuré ou l'ayant droit doit être affilié au Régime depuis plus d'un an pour pouvoir prétendre à ces prestations :

a) *Verres correcteurs ou lentilles de contact* : Sous réserve du délai de carence d'un an, le taux de remboursement est de 80 %, à concurrence de 75 dollars par verre ou lentille et d'un maximum de deux verres ou lentilles pendant une période de 12 mois (par patient), à condition qu'il y ait changement de prescription (voir l'exemple 1 de l'annexe V à la présente circulaire);

b) *Montures* : Sous réserve du délai de carence d'un an, le taux de remboursement est de 80 %, à concurrence de 50 dollars par monture et d'une monture par 24 mois (par patient remplissant les conditions requises);

c) *Appareils auditifs* : Sous réserve du délai de carence d'un an, le taux de remboursement est de 80 %, à concurrence de 300 dollars par appareil, y compris la consultation correspondante, et d'un appareil au maximum pendant une période de trois années civiles (par patient remplissant les conditions requises);

d) *Chirurgie au laser des yeux* : Le taux de remboursement est de 80 %, à concurrence de 150 dollars par œil, sous réserve d'une entente préalable et de la soumission d'un rapport médical.

Soins dentaires

23. Les soins dentaires sont pris en charge à 80 %, comme suit :

a) Soins prophylactiques (détartrage), jusqu'à deux visites par année civile;

b) Soins préventifs et de routine, fausses dents, couronnes, bridges, implants et autres prothèses dentaires;

c) Orthopédie dento-faciale (appareil orthodontique, par exemple), à condition que le traitement soit commencé avant le quinzième anniversaire (sauf en cas d'accident); la prise en charge des soins n'excède pas quatre ans.

24. Les dispositions générales concernant les tarifs raisonnables et habituels, énoncées aux paragraphes 12 à 14 de la présente circulaire, s'appliquent également aux soins dentaires. Par exemple, la pose d'une dent en or ou d'un amalgame d'or ne pourrait pas être considérée comme une dépense raisonnable lorsque, pour le même état dentaire, il existe des soins moins coûteux.

25. Le montant des prestations pour soins dentaire est soumis à un plafond par année civile équivalant (pour chaque patient remplissant les conditions requises) à la moitié du traitement de référence considéré aux fins du Régime (voir l'exemple 2 de l'annexe V à la présente circulaire). En cas d'accident, le plafond pour chaque patient équivaut au traitement de référence, à condition que les soins commencent dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident et sous réserve d'une entente préalable.

Exclusions

26. Le Régime ne couvre pas ce qui suit :

a) Cures thermales, cures de rajeunissement, soins esthétiques;

- b) Conséquences d'un acte volontaire ou intentionnel du bénéficiaire (une rixe, par exemple), sauf en cas d'autodéfense;
- c) Accidents liés à des courses automobiles ou épreuves sportives dangereuses pour lesquelles des paris sont autorisés (les risques afférents aux épreuves sportives normales sont couverts);
- d) Toute partie du coût des fournitures et soins médicaux excédant le tarif normal et habituel;
- e) Aide-ménagère, aide familiale ou autre forme d'aide à domicile, et honoraires de personnes autres qu'un infirmier qualifié;
- f) Tous frais engagés pour des services ou fournitures ni prescrits ni approuvés par un médecin;
- g) Frais de téléphone, de télévision, ou de séjour de personnes autres que le patient, lors d'une hospitalisation;
- h) Traitements de la stérilité;
- i) Tout acte chirurgical non effectué pour des raisons médicales (procédures de chirurgie esthétique facultative, par exemple);
- j) Produits alimentaires et diététiques (autres que ceux normalement dispensés pendant l'hospitalisation), produits cosmétiques et articles de toilette;
- k) Frais de voyage et d'hébergement, à l'exception du coût des services ambulanciers professionnels utilisés pour transporter l'assuré entre le lieu où il a été accidenté ou est tombé malade et le premier hôpital où il est traité;
- l) Appareils d'autosurveillance, sauf pour le diabète.

27. Il convient de consulter le siège compétent en cas de doute quant au sens de l'une ou l'autre de ces exclusions ou au remboursement de dépenses non visées dans cette liste.

Liste détaillée des dépenses remboursables et non remboursables

28. Une liste détaillée des traitements, services et dépenses remboursables et non remboursables en vertu du Régime est donnée à l'annexe VI de la présente circulaire.

Montant maximum des remboursements

29. Le remboursement des dépenses aux divers taux indiqués plus haut est assorti, pour tout assuré ou ayant droit, d'un plafond par année civile équivalant à six fois le traitement de référence en vigueur au 1^{er} janvier, ce montant étant converti en dollars des États-Unis au taux de change opérationnel des Nations Unies. Lorsqu'un barème complémentaire est appliqué dans le lieu d'affectation, le barème à retenir est celui qui produit le traitement de référence le plus élevé.

Participation maximale aux frais

30. Dès lors que les frais restant à la charge de l'assuré et de ses ayants droit affiliés (c'est-à-dire les 20 % non couverts des dépenses raisonnables et habituelles) atteignent collectivement un montant égal à la moitié du traitement de base net

mensuel de l'assuré (traitement brut minoré de l'indemnité de poste), le Régime commence à prendre en charge à 80 % le solde non remboursé, c'est-à-dire la part non remboursée des dépenses raisonnables et habituelles. Aux fins de l'application de la présente disposition, les frais considérés comme restant à la charge de l'assuré comprennent toutes les dépenses relatives aux services professionnels, appareils et médicaments pris en charge par le Régime, mais pas les frais dentaires, les dépenses engagées pour traiter des troubles mentaux ou nerveux, les frais d'optique et les frais d'audition. Le plafond annuel des remboursements décrit au paragraphe 29 n'a pas besoin d'être atteint pour déclencher l'application de la disposition relative à la participation maximale aux frais.

31. Pour un retraité, cette disposition prend effet lorsque les frais restant à la charge de l'assuré atteignent au total la moitié de la base de rémunération utilisée pour calculer la cotisation (c'est-à-dire 25 % du traitement de base net mensuel à la date de cessation de service ajusté des augmentations au titre du coût de la vie accordées par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies).

Clause de sauvegarde

32. La clause de sauvegarde s'applique en cas de gros frais médicaux lorsque l'assuré ou un ayant droit doit faire face à des dépenses qui dépassent à ce point le plafond normalement remboursable en vertu du Régime qu'elles entraîneraient des difficultés financières excessives. On ne saurait considérer que l'assuré doit faire face à des difficultés financières excessives tant que le montant total des dépenses non remboursées (c'est-à-dire celles qui sont à sa charge) engagées pour des soins d'un coût raisonnable et habituel ne dépasse pas la moitié du traitement de base net mensuel (pour les fonctionnaires en activité) ou le quart du dernier traitement de base net mensuel ajusté des augmentations au titre du coût de la vie accordées par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies (pour les retraités).

33. La part non remboursée des frais dentaires, des frais d'optique et des frais d'audition n'est pas prise en compte pour déterminer l'applicabilité de la clause de sauvegarde, pas plus que les dépenses afférentes à des soins médicaux ou hospitaliers qui ne sont pas considérées remboursables (c'est-à-dire celles dont le montant dépasse le tarif raisonnable et habituel). Par exemple, la différence entre le coût d'une chambre partagée et celui d'une chambre individuelle à l'hôpital ne serait pas prise en considération.

34. Les dépenses restant à la charge de tous les ayants droit affiliés au Régime sont prises en compte aux fins de l'application de la clause de sauvegarde.

35. C'est au tiers administrateur qu'il incombe de soumettre directement pour approbation à la Section de l'assurance maladie et de l'assurance-vie les cas de charges excessives; l'assuré n'a pas à entreprendre de démarche pour bénéficier de cette disposition.

Coordination des prestations

36. Le Régime ne rembourse pas le coût de services qui ont été ou doivent être pris en charge par un autre régime d'assurance, de sécurité sociale ou autre arrangement analogue (public ou privé). Le participant est donc tenu de demander le remboursement des dépenses à tout régime qui lui est applicable et de présenter ensuite une demande de remboursement au titre du Régime pour le montant restant.

L'exemple 3 de l'annexe V à la présente circulaire illustre les avantages financiers qui en résultent pour le participant.

37. Aux fins de la coordination des prestations, le Régime sera considéré comme le régime principal dans les cas suivants :

- a) La personne affiliée est l'assuré ou la principale personne assurée par le Régime;
- b) L'autre régime d'assurance stipule qu'il est le régime complémentaire.

Le Régime peut ne pas être considéré comme régime principal lorsque la personne affiliée est couverte par un régime de sécurité sociale ou par un régime public obligatoire.

Procédure à suivre pour les demandes de remboursement et modalités de remboursement

Où et quand présenter la demande

38. Cigna est le tiers administrateur dont les services ont été retenus par l'Organisation pour examiner et traiter les demandes de remboursement au titre du Régime. L'assuré ou un ayant droit qui a engagé des frais pour des soins pris en charge par le Régime doit lui présenter une demande de remboursement, dès que possible après que le traitement ou les soins ont été administrés, normalement dans les 60 jours. Les demandes de remboursement qui ne sont pas présentées dans les 12 mois seront refusées. Lorsque plusieurs demandes pour le même patient portent sur des sommes peu importantes, elles peuvent être regroupées pour être présentées en même temps.

Formules et pièces justificatives

39. L'assuré remplit, signe et présente la formule de demande de remboursement établie par Cigna, qu'il peut se procurer auprès du bureau local des ressources humaines ou sur le portail Web de Cigna, dans les pages réservées aux assurés (voir annexe III de la présente circulaire). En signant la formule, il certifie la véracité et l'exactitude des renseignements qu'il donne. En application de la section de l'instruction administrative relative au Régime qui concerne la perte ou la suspension des droits à prestations, il sera tenu responsable et passible de mesures disciplinaires pour tout renseignement faux ou incorrect qu'il aura fourni.

40. Outre la formule de demande de remboursement au titre du Régime, l'assuré doit présenter les pièces justificatives voulues, à savoir :

- a) L'original des factures ou récépissés indiquant le nom du patient ainsi que le diagnostic, la nature, la date et le coût détaillé des services ou traitements prodigués. Un rapport médical indiquant le diagnostic établi par le médecin doit être transmis en cas d'hospitalisation. Les dates d'admission et de sortie du patient doivent y figurer. Lorsque les autorités centrales ou locales du pays considéré imposent certaines conditions concernant les reçus pour services fournis, ces conditions doivent être remplies pour présenter les demandes de remboursement au titre du Régime. Les récépissés indiquant un montant global ne sont pas acceptés;
- b) L'original des ordonnances et des récépissés détaillés concernant les médicaments, analyses de laboratoire, radiographies et examens d'imagerie

médicale, verres correcteurs et prothèses auditives, ainsi qu'un diagnostic détaillé. Les récépissés indiquant un montant global ne sont pas acceptés;

c) La copie de l'ordonnance ne peut être acceptée que dans le cas des maladies chroniques (diabète, par exemple), c'est-à-dire lorsque la prescription doit être renouvelée tous les six mois, ou bien lorsque les autorités locales prescrivent que l'original doit être conservé par la pharmacie.

Contrôle des demandes de remboursement

41. Il incombe à Cigna de contrôler les demandes de remboursement, de vérifier que les formules sont complètement et correctement remplies et de s'assurer que les demandes sont conformes aux conditions posées dans la présente circulaire et correspondent aux tarifs raisonnables et habituels visés plus haut, aux paragraphes 12 à 14. Cigna peut demander des pièces justificatives complémentaires ou solliciter des avis auprès de toute autre source lorsqu'une demande de remboursement semble excessive ou douteuse, que ce soit en raison de l'institution ou des services professionnels concernés, de la nature ou du traitement de la maladie ou des frais engagés. Les fonctionnaires donnent pleinement suite à ces demandes, sous peine de se voir refuser la prise en charge.

Renvoi des demandes au siège compétent

42. Cigna est autorisé à régler les demandes de remboursement de soins médicaux au titre du Régime. Il a néanmoins toute discrétion pour renvoyer une demande au siège compétent pour avis. Il peut également demander conseil en cas de doute sur l'interprétation des dispositions du régime.

43. Bien que le tiers administrateur soit autorisé à régler les demandes de remboursement jusqu'à concurrence du plafond annuel, les demandes dont le montant est supérieur à l'équivalent de six mois de traitement de référence doivent être signalées au Service des assurances et des décaissements de façon régulière pour approbation au titre de la clause de sauvegarde, le cas échéant.

Litiges et recours

44. Toutes les questions concernant les remboursements sont à adresser directement à Cigna. En cas de litige, l'assuré doit suivre la procédure de recours décrite dans le descriptif du régime, qu'il peut consulter sur le site Web de Cigna (section du portail consacrée aux assurés). Il doit épuiser toutes les voies de recours auprès de Cigna avant de demander l'assistance de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance-vie au Siège.

45. Seuls sont examinés les recours formés contre une décision finale de Cigna pour erreur manifeste commise dans l'application des dispositions du Régime. Les recours dans lesquels la décision de Cigna est contestée pour un autre motif et ceux qui portent sur la teneur des dispositions du Régime ne sont pas recevables.

46. Les recours valables peuvent être adressés à la Section de l'assurance maladie et de l'assurance-vie avec les pièces suivantes :

- a) La demande de remboursement à titre exceptionnel présentée par l'assuré;
- b) Une explication détaillée de l'affaire;

- c) La copie des relevés de prestations indiquant le refus du remboursement;
- d) La copie de toutes les lettres de recours adressées à Cigna par l'assuré;
- e) La copie de toutes les réponses reçues de Cigna par l'assuré;
- f) Les certificats du médecin indiquant le diagnostic, le pronostic, la justification des soins ou traitements administrés et le coût des services ou traitements médicaux nécessaires.

47. Les renseignements médicaux sont transmis au Service médical pour examen et recommandation quant à la nécessité médicale du traitement. La Section de l'assurance médicale et de l'assurance-vie notifie la recommandation à l'assuré dès qu'elle lui est communiquée. Lorsque le remboursement à titre exceptionnel est approuvé, la Section indique à Cigna les dispositions à prendre.

Assurance maladie après la cessation de service

48. Les conditions d'admission à l'assurance maladie après la cessation de service sont décrites à la section 7 de l'instruction administrative relative au Régime. Les taux de cotisations sont indiqués à l'annexe II de la présente circulaire. Le barème des prestations offertes aux retraités couverts par l'assurance maladie après la cessation de service est le même que celui applicable aux fonctionnaires en activité.

Annexe I

Définitions

Les définitions ci-après ont pour but de clarifier certains des termes fréquemment employés dans la présente circulaire :

Accident s'entend de l'action soudaine d'une force extérieure provoquant une atteinte corporelle;

Ancien fonctionnaire remplissant les conditions requises s'entend de l'ancien fonctionnaire qui remplit les critères d'admission au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service exposés à la section 7 de l'instruction administrative relative au Régime;

Assuré s'entend d'un fonctionnaire en activité, d'un ancien fonctionnaire affilié au Régime ou, en cas de décès d'un fonctionnaire assuré, du conjoint survivant ou, à défaut, de l'aîné des enfants admis au bénéfice de l'assurance;

Ayant droit s'entend du conjoint légitime de l'assuré et de tout enfant à charge au sens de l'alinéa iii) du paragraphe a) de la disposition 3.6 du Règlement du personnel. Aux fins du régime, l'assuré ne peut avoir qu'un seul conjoint légitime. L'enfant qui remplit les conditions requises pour être considéré comme enfant à charge au sens de la disposition susmentionnée mais pour lequel le fonctionnaire ne perçoit pas d'indemnité pour charges de famille en raison des restrictions fixées dans son lieu d'affectation quant au nombre d'enfants pour lesquels pareille indemnité est payable peut également être considéré comme ayant droit aux fins de l'affiliation au régime. Dans le cas d'un bénéficiaire de l'assurance maladie après la cessation de service, sont considérés comme ayants droit le conjoint et les enfants déjà assurés à la date de la cessation de service, ainsi que les enfants nés dans les 300 jours suivant cette date. Qu'ils soient ou non considérés comme personnes indirectement à charge, le père, la mère et les frères et sœurs d'un fonctionnaire ne sont pas des ayants droit;

Ayant droit survivant s'entend d'un ayant droit qui survit à l'assuré;

Bénéficiaire de l'assurance maladie après la cessation de service s'entend des retraités et de leurs ayants droit survivants, ainsi que des bénéficiaires d'une pension d'invalidité versée par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ou d'une pension périodique versée en vertu des dispositions de l'appendice D du Règlement du personnel;

Bureau chargé d'administrer le régime s'entend du bureau chargé d'assurer la gestion courante du régime (affiliations, perception des cotisations des fonctionnaires et anciens fonctionnaires, comptabilité des primes, etc.) dans un lieu d'affectation donné;

Campagne annuelle s'entend de la période de l'année durant laquelle un assuré peut affilier ou désaffilier un ayant droit, au-delà de la période initiale de 31 jours qui suit l'événement motivant sa demande; la campagne annuelle se déroule chaque année pendant une période déterminée, la prise en charge prenant effet le 1^{er} juillet;

Coordination des prestations s'entend de la coordination du règlement des frais médicaux remboursables lorsque l'assuré ou l'un de ses ayants droit relève de plusieurs régimes d'assurance maladie; les cas dans lesquels le Régime est considéré comme le régime principal sont décrits aux paragraphes 34 et 35 de la présente circulaire;

Dépense remboursable s'entend d'une dépense de santé dont le remboursement est demandé, sous réserve qu'elle soit considérée comme raisonnable et habituelle dans le lieu d'affectation du fonctionnaire ou le lieu où les soins sont dispensés lorsque l'intéressé est soigné dans une autre localité du pays du lieu d'affectation, dans le lieu retenu aux fins des évacuations sanitaires ou dans la zone de soins régionale. S'il est établi que le montant de la demande de remboursement est supérieur à celui des dépenses jugées raisonnables et habituelles par le tiers administrateur, c'est ce dernier montant qui est considéré comme dépense remboursable et retenu pour calculer la somme à rembourser;

Diagnostic s'entend de la détermination d'un état pathologique ou de la nature d'une maladie par un médecin autorisé à exercer;

Hôpital s'entend d'une institution agréée par les pouvoirs publics pour administrer des soins médicaux et chirurgicaux et des soins infirmiers à des malades ou des blessés. Du fait que les soins nécessitent habituellement une hospitalisation (ou qu'ils sont dispensés en ambulatoire), ces institutions doivent disposer de lits d'hospitalisation et offrir des services continus de médecin et d'infirmier sous la supervision de professionnels autorisés à exercer. Elles peuvent également administrer des traitements de jour (soins ambulatoires);

Information médicale désigne toute information obtenue par le personnel médical, soit oralement soit par écrit, sur l'état physique ou mental d'une personne couverte par le Régime. Aux fins du bon examen et de la bonne administration des demandes de remboursement, cette information peut comprendre, sans toutefois s'y limiter, le diagnostic, les rapports médicaux du médecin, les résultats des tests diagnostiques, les plans de traitement, les ordonnances, etc.;

Liste des assurés s'entend de la liste que le bureau local des ressources humaines ou le Siège (lorsque le module Prestations d'Umoja a été mis en service dans le lieu d'affectation) adresse chaque mois par la voie électronique au tiers administrateur et qui contient les renseignements relatifs à tous les fonctionnaires actifs ou retraités et à leurs ayants droit affiliés au Régime; cette liste forme la base sur laquelle le tiers administrateur détermine l'admission au bénéfice du Régime;

Médecin s'entend d'une personne autorisée à pratiquer la médecine par les autorités compétentes dans la juridiction où elle exerce;

Membre de la famille affilié s'entend de tout ayant droit du fonctionnaire affilié au Régime;

Montant des frais restant à la charge du participant s'entend de la part non remboursée des dépenses médicales autorisées (ou coassurance) qui est prise en considération pour déterminer l'applicabilité de la clause de sauvegarde;

Nécessité médicale (ou *médicalement nécessaire*) s'entend de tous les soins et services de santé (procédures, traitements, fournitures, appareils, matériels, installations ou médicaments) qu'un médecin, exerçant un jugement clinique prudent, dispenserait à un assuré dans le but de prévenir, d'évaluer, de diagnostiquer ou de soigner une maladie, blessure ou affection ou ses symptômes, et : i) qui sont conformes aux normes médicales reconnues; ii) dont le type, la fréquence, la portée, la durée et le lieu sont indiqués pour traiter les troubles dont souffre l'intéressé; iii) qui ne sont pas fournis en premier lieu pour la commodité de l'assuré, du médecin ou du prestataire de soins; iv) qui ne sont pas plus onéreux que d'autres services susceptibles d'être au moins aussi efficaces sur le plan diagnostique ou thérapeutique;

Part restant à la charge s'entend de la quote-part d'une dépense de santé qui est laissée à la charge de l'assuré; elle correspond habituellement à un pourcentage du coût autorisé du service fourni. Par exemple, si le Régime couvre 80 % du tarif raisonnable et habituel d'un service donné, la part restant à la charge de l'assuré équivaut aux 20 % restants;

Pronostic s'entend de la description donnée par un médecin du cours probable d'une maladie ou d'un état pathologique, avec les chances de rétablissement du patient;

Relevé des prestations désigne le relevé adressé à l'assuré par le tiers administrateur et sur lequel sont indiquées les dépenses de santé dont le remboursement a été demandé et les sommes remboursées au titre du Régime, ainsi que tout solde à la charge de l'assuré. Le relevé des prestations peut être envoyé par courrier ou courriel ou encore être téléchargé depuis le site Web du tiers administrateur;

Soins dentaires s'entend des soins dispensés par un stomatologue ou dentiste habilité à pratiquer la dentisterie dans le pays où il exerce sa profession;

Soins médicaux d'urgence s'entend des soins dispensés comme suite à une maladie ou un accident imprévu, grave et soudain et qui, pour des raisons médicales, ne peuvent être reportés à une date ultérieure;

Soins/procédures ambulatoires désignent les services prodigués dans un dispensaire, une salle des urgences, un hôpital, un centre médical ou chirurgical ou d'autres installations et ne prévoient pas que le patient passe la nuit dans cet établissement. Le patient reçoit les soins dans la journée et rentre à son domicile;

Soins/traitements hospitaliers s'entend des services prodigués à une personne admise dans un hôpital où elle séjournera au moins une nuit;

Tarifs raisonnables et habituels s'entend des tarifs correspondant aux honoraires habituellement pratiqués par les professionnels de la santé dans le lieu d'affectation du fonctionnaire ou tout autre lieu approuvé (par exemple, le lieu retenu pour les évacuations sanitaires ou la zone de soins régionale) où les soins ont été dispensés;

Tiers administrateur s'entend de l'entité extérieure chargée par l'organisme des Nations Unies concerné de traiter les demandes de remboursement soumises au titre du régime et de régler les sommes dues;

Traitement de référence considéré aux fins du Régime ou *traitement de référence* s'entend du traitement de base mensuel net à l'échelon supérieur de la classe normale la plus élevée du barème des traitements des agents des services généraux en vigueur dans le lieu d'affectation considéré. Ne sont pas prises en compte pour le déterminer les classes supplémentaires de la catégorie des services généraux ou de la catégorie des administrateurs recrutés sur le plan national, non plus que les échelons d'ancienneté. Le traitement de référence est déterminé en fonction du barème en vigueur le 1^{er} janvier de chaque année et n'est pas modifié lors des révisions ultérieures de celui-ci, sauf si la date d'entrée en vigueur du barème révisé est antérieure à la date de référence. Pour les lieux d'affectation dans lesquels un barème des traitements préservant les droits acquis est appliqué, le barème des quotes-parts retenu est celui en application duquel le traitement de référence est le plus élevé;

Traitement net considéré aux fins de l'assurance maladie s'entend de la rémunération qui sert à calculer le montant des cotisations du fonctionnaire. Il correspond au traitement brut, majoré le cas échéant de la prime de connaissances linguistiques et de l'indemnité de non-résident. Le montant de la rémunération est celui qui figure dans le barème des traitements applicable pour le mois considéré et pour la classe et l'échelon de l'intéressé et comprend l'indemnité de fonctions versée à tout fonctionnaire appelé à assumer à titre temporaire des fonctions correspondant à un grade plus élevé que le sien;

Zone de soins régionale désigne le pays ou la région d'un pays où l'Organisation a expressément autorisé l'assuré et ses ayants droit affiliés à se faire soigner sans qu'une autorisation d'évacuation sanitaire soit nécessaire. Elle est généralement voisine du lieu d'affectation du fonctionnaire. Une zone de soins régionale n'est désignée que lorsque le lieu d'affectation ou le pays de celui-ci ne dispose pas d'installations adéquates. Les dépenses médicales qui y sont engagées sont remboursées dans la limite des tarifs raisonnables et habituels pratiqués sur place.

Annexe II

Cotisations et montant total de la prime au 1^{er} septembre 2015 (en pourcentage du traitement net applicable)*

<i>Catégorie de couverture</i>	<i>Cotisation à la charge de l'assuré</i>	<i>Cotisation à la charge de l'Organisation</i>	<i>Prime (montant total)</i>
A. Fonctionnaire à plein temps ou fonctionnaire à la retraite			
Une seule personne (l'assuré)	1,05	3,15	4,20
Deux personnes (l'assuré et un ayant droit)	1,35	3,95	5,30
Trois, quatre ou cinq personnes (l'assuré et deux, trois ou quatre ayants droit)	1,85	7,35	9,20
Six personnes ou davantage (l'assuré et cinq ayants droit ou davantage)	2,40	9,55	11,95
B. Fonctionnaire en congé spécial sans traitement			
Un assuré	4,20	0,00	4,20
Deux assurés	5,30	0,00	5,30
Trois, quatre ou cinq assurés	9,20	0,00	9,20
Six assurés ou davantage	11,95	0,00	11,95
C. Fonctionnaire en congé spécial à traitement partiel			
Un assuré	2,62	1,58	4,20
Deux assurés	3,32	1,98	5,30
Trois, quatre ou cinq assurés	5,52	3,68	9,20
Six assurés ou davantage	7,17	4,78	11,95

* Il est expliqué à la section 7 (Assurance maladie après la cessation de service) de l'instruction administrative relative au Régime que le montant de la rémunération retenu est ajusté aux fins du calcul des cotisations des anciens fonctionnaires et de leurs ayants droit survivants.





Annexe III

Tiers administrateur du Régime

Cigna

L'assuré obtiendra des renseignements détaillés sur le Régime dans le descriptif du régime qu'il peut se procurer à la Section de l'assurance maladie et de l'assurance-vie (www.un.org/insurance/circulars) ou sur le site Web de Cigna (<https://www.cignahealthbenefits.com/fr>).

Cigna peut être contacté 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, toute l'année. En cas d'urgence ou s'il a simplement une question à poser, l'assuré dispose de plusieurs moyens pour se mettre en rapport avec l'équipe multilingue de Cigna. Les coordonnées de Cigna figurent également dans son espace personnel en ligne ainsi que sur sa carte d'affiliation.

Votre région	Europe, Communauté d'États indépendants, Moyen-Orient et Algérie, Égypte, Libye, Maroc, Tunisie et Sahara occidental	Afrique subsaharienne (pays d'Afrique autres que l'Algérie, l'Égypte, la Libye, le Maroc, la Tunisie et le Sahara occidental)	Asie et Pacifique	Amérique latine et Caraïbes
Cigna office	Belgique	Kenya	Malaisie	États-Unis d'Amérique (Floride)
	www.cignahealthbenefits.com			
	un.mip@cigna.com			
	32 3 217 65 72	32 3 217 65 72	60 3 2032 53 33	1 305 908 9170
	Cigna P.O. Box 69 2140 Anvers Belgique	Cigna – UN Gigiri complex Commercial Operations Unit P.O. Box 14678-00100 Nairobi Kenya	Cigna P.O. Box 10612 50718 Kuala Lumpur Malaisie	Cigna P.O. Box 260790 33126 Miami, Florida États-Unis d'Amérique

Numéro d'appel gratuit

Le cas échéant, l'assuré peut contacter Cigna en utilisant un numéro d'appel gratuit. Lorsqu'il n'existe pas de numéro gratuit pour appeler depuis le pays où il séjourne, il peut utiliser le numéro réservé au personnel de l'Organisation qui figure également sur sa carte d'affiliation. L'assuré trouvera la liste complète par pays des numéros d'appel gratuits dans l'espace personnel qui lui est réservé sur le site Web de Cigna.

Espace personnel en ligne

Les assurés sont vivement engagés à créer un compte personnel sur le site Web de Cigna, en choisissant un identifiant et un mot de passe. Une fois connecté, l'assuré ou son ayant droit pourra obtenir des renseignements sur l'état de ses demandes de remboursement, consulter les relevés des prestations, demander une carte d'affiliation et imprimer une carte temporaire, etc.

Dès lors que l'adresse électronique d'un assuré est indiquée dans la liste que le bureau local des ressources humaines lui soumet tous les mois, Cigna envoie par courriel des instructions pour la connexion au site Web à l'aide d'un mot de passe provisoire. Sinon, l'assuré reçoit un courrier contenant ces instructions.

Des instructions détaillées sur la connexion aux pages Web de Cigna et une rubrique consacrée aux questions fréquemment posées peuvent être consultées à l'adresse suivante : <https://www.cignahealthbenefits.com/fr>.

Annexe IV

Zones de soins régionales approuvées

Les zones de soins régionales approuvées au 1^{er} avril 2015 sont les suivantes :

<i>Pays du lieu d'affectation</i>	<i>Zone de soins régionale</i>
Afghanistan	Pakistan et Inde
Bhoutan	Inde
Guinée-Bissau	Sénégal
Haïti	République dominicaine
Iraq	Jordanie
Kosovo	Albanie, Bosnie, Croatie, Macédoine, Monténégro, Serbie, Slovénie
Lesotho	Afrique du Sud
Libéria	Ghana
Mali	Sénégal
Myanmar	Thaïlande Les plafonds de dépenses raisonnables et habituelles applicables en Thaïlande s'appliquent strictement pour le remboursement des soins dispensés à l'hôpital Bumrungrad. Les participants prennent à leur charge tous les frais excédant ces plafonds.
République centrafricaine	Cameroun
République démocratique du Congo (pour les participants résidant près de la frontière orientale du pays)	Burundi, Rwanda et Ouganda
République démocratique populaire lao	Thaïlande (provinces de Nong Khai et Udon Thani) Les plafonds de dépenses raisonnables et habituelles applicables en Thaïlande s'appliquent strictement pour le remboursement des soins dispensés à l'hôpital Bumrungrad. Les participants prennent à leur charge tous les frais excédant ces plafonds.
Sierra Leone	Ghana
Somali	Kenya
Soudan	Égypte
Soudan du Sud	Ouganda
Swaziland	Afrique du Sud
Timor-Leste	Australie (Darwin uniquement)
Zimbabwe	Afrique du Sud

Annexe V

Exemples illustrant certaines dispositions du Régime

Les exemples présentés dans la présente annexe ont pour but de clarifier certaines dispositions du Régime et ont uniquement valeur d'illustration.

Exemple 1 : montant maximum des dépenses

Soit un lieu d'affectation où l'échelon XV de la classe G-7 représente le grade le plus élevé pour les agents de la catégorie des services généraux. Le traitement annuel net correspondant s'élève à 24 500 birr éthiopiens. Conformément à la définition donnée dans l'instruction administrative relative au Régime, le traitement de référence considéré aux fins du Régime s'élève dans ce cas à 2 042 birr. Le montant maximum des remboursements pour tout assuré ou ayant droit affilié s'établira donc à 12 252 birr par personne et par an, soit six fois le traitement de référence.

Exemple 2 : application de la clause de participation maximale aux frais

En juin 2014, M^{me} Diallo a dû subir un traitement médical d'un coût de 4 075 dollars, correspondant au tarif raisonnable et habituel pratiqué dans le lieu d'affectation considéré. Le Régime a couvert 80 % des frais, laissant à la charge de l'intéressée les 20 % restants, soit 815 dollars, qui ont été déduits du montant de la participation maximale de M^{me} Diallo aux frais.

Le traitement de base net mensuel de M^{me} Diallo, à l'échelon IV de la classe G-4, s'élève à 1 630 dollars. Les frais de 815 dollars à sa charge représentent la moitié de son traitement de base net mensuel.

En août 2014, M^{me} Diallo a subi un autre traitement médical, d'un coût de 500 dollars, correspondant au tarif raisonnable et habituel pratiqué dans le lieu d'affectation considéré. Elle bénéficiera d'un remboursement de 400 % (80 % de 500 dollars). Pour ces frais, le montant restant à sa charge est de 100 dollars.

Puisque le montant total des frais restant à sa charge avant ce nouveau traitement avait déjà atteint la moitié de son traitement de base net mensuel, M^{me} Diallo bénéficiera d'un remboursement supplémentaire de 80 dollars, représentant 80 % du solde de 100 dollars qui n'est pas normalement pris en charge. Le montant total pris en charge pour ce traitement sera donc de 480 dollars (soit le remboursement normal de 400 dollars auquel s'ajoute le remboursement de 80 dollars résultant de l'application de la clause relative à la participation maximale aux frais).

Toutes les autres dépenses considérées comme remboursables pour l'année seront prises en charge au taux supplémentaire prévu dans la clause relative à la participation maximale aux frais.

Exemple 3 : application de la clause de sauvegarde

M. Patel a été traité sans hospitalisation pour une affection grave. Le coût total de cette série de soins s'est élevé à 500 000 roupies, soit un tarif raisonnable et habituel pour le lieu d'affectation considéré.

Compte tenu des demandes antérieures de prise en charge de frais d'hospitalisation, de consultations médicales hors hospitalisation et de médicaments délivrés sur ordonnance, les dépenses remboursées à ce jour à M. Patel se montent au total à 800 000 roupies et les frais restant à sa charge à 25 000 roupies.

Le montant maximum annuel des remboursements pour le lieu d'affectation est de 891 600 roupies, soit six fois le traitement de référence considéré aux fins du Régime, tandis que le traitement de base net mensuel de M. Patel s'élève à 56 840 roupies.

Sur les dépenses afférentes au nouveau traitement, qui s'élèvent à 500 000 roupies, le Régime remboursera normalement 400 000 roupies (80 %) et M. Patel aura à sa charge un montant additionnel de 100 000 roupies.

Sur les 400 000 roupies, un montant de 91 600 roupies sera déduit du solde du plafond des remboursements annuel (soit 891 600 roupies moins les 800 000 roupies déjà versées par le Régime). Le montant restant de 308 400 roupies sera pris en charge en vertu de la clause de sauvegarde, dès lors que le Siège de l'Organisation en aura approuvé le principe.

Par ailleurs, M. Patel devrait normalement s'acquitter des 100 000 roupies restant à sa charge (20 % des dépenses de 500 000 dollars). Or, les dépenses payées de sa poche jusqu'ici atteignent déjà 25 000 roupies. Par conséquent, seuls 3 420 roupies sur les 100 000 seront à sa charge en vertu de la clause de sauvegarde. Le solde de 96 580 roupies sera remboursé par le Régime.

Le montant total des remboursements pour ce traitement de 500 000 roupies s'élèvera à 496 580 roupies (soit 400 000 roupies plus les 96 580 roupies payables au titre de la clause de sauvegarde).

Le montant total des remboursements par le Régime atteindra alors 1 296 580 roupies (800 000 roupies déjà versées avant le nouveau traitement plus 496 580 roupies remboursées en vertu de la clause de sauvegarde).

Le montant total à la charge de M. Patel aura été de 28 420 roupies (soit le montant de 25 000 roupies déjà acquitté avant le nouveau traitement plus le montant de 3 420 roupies correspondant au nouveau traitement).

Puisque M. Patel s'est déjà acquitté du plafond représentant la moitié de son traitement de base net mensuel au titre de sa participation aux frais et que l'application de la clause de sauvegarde a été approuvée, toutes les futures dépenses remboursables de l'année seront intégralement prises en charge par le Régime.

Exemple 4 : remboursement des dépenses raisonnables et habituelles

M. Uhuru a consulté un médecin cardiologue dans son lieu d'affectation et payé cette consultation 12 000 shillings. Or, le tarif habituellement pratiqué pour ce type de consultation dans son lieu d'affectation n'est que de 9 000 shillings. La somme de 7 200 shillings (correspondant à 80 % du tarif raisonnable et habituel de 9 000 shillings) sera donc remboursée à M. Uhuru, qui aura à sa charge la somme de 4 800 shillings.

Trois mois plus tard, au cours d'un stage de formation en Afrique du Sud, M. Uhuru a décidé de se faire faire une couronne par un dentiste local. Il ne s'agit donc pas d'un traitement reçu en urgence. Le coût de ces soins s'est élevé à

4 000 rand, soit l'équivalent de 35 000 shillings dans la monnaie du lieu d'affectation. M. Uhuru ayant présenté à son retour une demande de remboursement, il a été déterminé que cette même couronne n'aurait coûté que 22 000 shillings si elle avait été faite dans le lieu d'affectation. M. Uhuru sera donc remboursé de 17 600 shillings (80 % de 22 000 shillings) seulement.

Exemple 5 : verres correcteurs

M. Mbongo est affilié au Régime depuis moins d'un an. En septembre, il a acheté une paire de lunettes d'un coût total de 235 dollars se décomposant comme suit : 75 dollars pour la monture et 80 dollars pour chacun des deux verres.

Le Régime lui a remboursé le montant plafond de 50 dollars pour la monture, car le montant équivalent à 80 % (60 dollars) du coût de la monture (75 dollars) est supérieur au plafond admissible pour les montures. Il lui a également remboursé 64 dollars pour chacun des verres (80 % de 80 dollars). Le montant total du remboursement s'élève donc à 170 dollars. Le solde de 65 dollars (coût total de 235 dollars minoré du remboursement de 170 dollars) est à la charge de M. Mbongo.

Exemple 6 : soins dentaires

Soit un lieu d'affectation où l'échelon IX de la classe G-7 représente le grade le plus élevé du barème applicable (hors échelons d'ancienneté) aux agents de la catégorie des services généraux. Le traitement annuel net correspondant s'élève à 688 000 pesos. Par conséquent, le traitement net mensuel au grade le plus élevé s'élève à 57 333,30 pesos, et le montant maximum de la prestation à laquelle un participant au Régime a droit à titre de remboursement des soins dentaires, au cours d'une année civile, s'élève à 28 666,65 pesos par personne assurée.

Exemple 7 : coordination des prestations

M^{me} Khan a été traitée par un médecin pour un ulcère bénin qui ne nécessitait pas d'intervention chirurgicale. La facture s'élevant au total à 2 500 roupies, M^{me} Khan a été remboursée de 1 500 roupies par son régime national d'assurance maladie. Le tiers administrateur a déterminé que la facture de 2 500 roupies était d'un montant raisonnable et habituel et qu'il aurait normalement remboursé à M^{me} Khan 2 000 roupies (80 % de 2 500 roupies). M^{me} Khan, qui avait été remboursée de 1 500 roupies par son régime national d'assurance maladie, a demandé au Régime le remboursement du solde, soit 1 000 roupies. Ce solde n'excédant pas le plafond des dépenses raisonnables et habituelles, elle a reçu un remboursement de 800 roupies (80 % de 1 000 roupies). Au total, elle a été remboursée de 2 300 roupies.

En combinant les deux régimes d'assurance auxquels elle était affiliée (le régime national d'assurance maladie et le Régime), M^{me} Khan a bénéficié d'un remboursement plus élevé du montant total de sa facture.

Exemple 8 : cotisations d'un assuré retraité

M^{me} Nantakarn a pris sa retraite de l'Organisation à l'âge de 62 ans en 2010, alors qu'elle avait atteint l'échelon IX de la classe G-5. Son traitement net mensuel était à l'époque de 118 500 baht. Elle est désormais affiliée avec son mari au régime

d'assurance maladie après la cessation de service du Régime. Sa cotisation mensuelle actuelle doit être calculée en retenant la moitié (50 %) du traitement de 118 500 baht ajusté des augmentations au titre du coût de la vie accordées par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies (soit 2,9 % pour 2011, 2 % pour 2012 et 3 % pour 2013) et en multipliant le montant obtenu par le taux de cotisation de 1,40 % applicable pour deux personnes assurées.

Ce qui donne le calcul suivant :

$118\,500 \text{ baht} \times 50 \% \times 1,029 \times 1,02 \times 1,03 \times 1,40 \% = 897 \text{ baht}$ (montant arrondi).

La cotisation trimestrielle de M^{me} Nantakarn s'élèvera ainsi à 2 691 baht, soit 897 baht par mois pendant 3 mois.

Exemple 8 : cotisations d'un fonctionnaire retraité n'ayant pas été affilié au Régime pendant au moins 10 ans pour pouvoir bénéficier d'une subvention

M. Buendia est entré à l'Organisation le 1^{er} octobre 2004 et a pris sa retraite le 31 décembre 2012 à l'âge de 62 ans, après avoir cotisé pendant 8 ans et 3 mois au Régime. Auparavant, il avait cotisé pendant un an à un régime d'assurance maladie agréé d'un autre organisme des Nations Unies. À sa retraite, il avait donc cotisé au total pendant 9 ans et 3 mois à des régimes ouvrant droit à prestations, soit 9 mois de moins que les 10 années d'affiliation nécessaires pour être admis au bénéfice d'une subvention de la part de l'Organisation. Il devra donc s'acquitter du montant intégral de la prime (part de l'assuré plus part de l'Organisation) pendant les trois premiers trimestres de son affiliation au régime d'assurance maladie après la cessation de service, c'est-à-dire jusqu'à la fin des 10 années d'affiliation requises. Passé ce délai, il bénéficiera de la subvention applicable de l'Organisation.

Exemple 9 : cotisations d'un assuré retraité et de son conjoint survivant

M^{me} Perez a pris sa retraite de l'Organisation à 55 ans après plus de 10 années d'affiliation au Régime. Elle s'est affiliée au programme d'assurance maladie après la cessation de service avec son mari et son fils. Au moment de sa retraite, elle avait atteint l'échelon X de la classe G-6 et percevait un traitement net mensuel de 40 000 pesos. La Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies n'a accordé aucune augmentation au titre du coût de la vie après son départ à la retraite. Le taux de cotisation de l'assuré pour l'affiliation de trois personnes est de 1,90 %. La cotisation de M^{me} Perez est calculée comme suit :

$40\,000 \text{ pesos} \times 50 \% \times 1,90 \% = 380 \text{ pesos}$ par mois, soit 1 140 pesos par trimestre.

M^{me} Perez est décédée deux ans plus tard. Elle payait alors une cotisation mensuelle de 380 pesos puisque la Caisse des pensions n'avait pas octroyé d'augmentations.

Un mois après le décès de son épouse, M. Perez s'est rendu au bureau de l'Organisation pour confirmer sa participation et celle de son fils au Régime. Le fonctionnaire d'administration l'a informé que sa cotisation mensuelle serait désormais moindre car la cotisation du conjoint et des enfants survivants représentait la moitié de celle que versait l'ancien fonctionnaire lorsqu'il assurait sa

famille (soit un quart (25 %) du traitement de base net mensuel de l'ancien fonctionnaire au moment de son départ à la retraite, ajusté conformément au paragraphe 7.17 de l'instruction administrative relative au Régime). Qui plus est, deux personnes au lieu de trois seraient désormais couvertes, avec un taux de cotisation de 1,40 %. La cotisation de M. Perez sera donc calculée comme suit :

$40\,000 \text{ pesos} \times 25 \% \times 1,40 \% = 140 \text{ pesos par mois, soit } 420 \text{ pesos par trimestre.}$

L'année suivante, la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies a adopté un taux d'ajustement des pensions au titre du coût de la vie de 3,0 %. La nouvelle cotisation sera calculée ainsi :

$40\,000 \text{ pesos} \times 25 \% \times 1,03 \times 1,40 \% = 144 \text{ pesos par mois (montant arrondi).}$

L'Organisation informera M. Perez que le montant de la cotisation mensuelle passera à 144 pesos, soit 432 pesos par trimestre.

Exemple 10 : évacuation sanitaire

Le Service médical a approuvé l'évacuation sanitaire à Amman (Jordanie) – où se trouve le centre médical régional agréé le plus proche selon la circulaire [ST/IC/2000/70](#) – du fils de M. Ahmed dont l'état pathologique, susceptible de mettre sa vie en danger, ne pouvait être traité dans le lieu d'affectation considéré.

Étant donné qu'il s'agit d'une évacuation médicale autorisée, le Régime prendra en charge tous les frais d'hospitalisation dans la limite des tarifs raisonnables et ordinaires pratiqués à Amman et non dans le lieu d'affectation.

Cependant, M. Ahmed a choisi de faire transporter son fils à Beyrouth, bien que l'évacuation ait été approuvée pour Amman. Tous les frais d'hospitalisation seront réglés par le Régime compte tenu des tarifs raisonnables et habituels pratiqués à Amman, lieu approuvé de l'évacuation, et non à Beyrouth. Tous les frais excédant ces tarifs seront à la charge de M. Ahmed.

Exemple 11 : zone de soins régionale

M. Ali, fonctionnaire recruté localement en Somalie, a besoin de soins médicaux qu'il ne peut se procurer dans son lieu d'affectation. Son état ne justifie pas l'autorisation d'une évacuation sanitaire par l'Organisation.

Cependant, le Kenya ayant été désigné comme zone de soins régionale pour la Somalie, M. Ali peut s'y rendre pour se faire soigner sans avoir besoin de l'autorisation de l'Organisation. Ses frais médicaux au Kenya seront remboursés dans la limite des tarifs raisonnables et habituels pratiqués dans cette zone et non sur la base de ceux pratiqués dans son lieu d'affectation. Les frais de voyage au Kenya seront à la charge de M. Ali et ne pourront pas être remboursés par le Régime.

Si M. Ali choisit de se rendre aux Émirats arabes unis plutôt qu'au Kenya, les dépenses qu'il y engagera seront remboursées sur la base des tarifs raisonnables et habituels pratiqués dans son lieu d'affectation car les Émirats arabes unis n'ont pas été désignés comme zone de soins régionale pour la Somalie.

Annexe VI

Liste des dépenses remboursables et non remboursables au titre du Régime^a

Au 1^{er} avril 2015

Toutes les dépenses remboursables doivent être médicalement nécessaires compte tenu de l'état du patient et rester raisonnables et habituelles, conformément aux paragraphes 12 à 14 de la présente circulaire; elles sont soumises aux restrictions et exclusions prévues par le Régime.

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Traitement de l'acné	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Dermatologie
Acupuncture	<p>Remboursable à 80 % pour le traitement des douleurs chroniques, dans les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Le traitement est validé par les autorités sanitaires compétentes du pays; b) Le traitement est administré par un médecin qualifié ou un acupuncteur diplômé. <p>L'ordonnance délivrée par le médecin traitant précise :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Le type de traitement à administrer; b) Le nombre de séances; c) La durée effective du traitement. <p>Lorsque cette durée est supérieure à trois mois, le médecin traitant doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance. Voir Médecines alternatives</p> <p>Les diagnostics autorisés pour la prise en charge de l'acupuncture sont les suivants : céphalée de tension, migraine, psychalgie, névralgie, dorsalgie, lumbago, spasmes musculaires et bursite.</p> <p>L'acupuncture est également prise en charge lorsqu'elle remplace l'anesthésie.</p>
Traitement des addictions	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Toxicomanie
Médecine des adolescents	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime

^a Si un traitement, service ou article n'est pas énuméré dans la liste et en cas de doute quant à sa prise en charge, l'assuré doit demander conseil à Cigna.

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Traitement anti-sida	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Médicaments
Climatiseur	Non remboursable
Purificateur d'air	Non remboursable
Traitement de l'alcoolisme	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Toxicomanie
Dépistage et traitement des allergies	Remboursable à 80 %
Médecines alternatives	<p>Non remboursable habituellement. Seuls certains traitements ou thérapies visés dans le présent document sont remboursables à 80 %, dans les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) L'état pathologique requiert un traitement; b) Le traitement est administré par un médecin qualifié dans le pays où il exerce; c) Le traitement est validé par les autorités sanitaires compétentes du pays où il est administré. <p>Si un traitement ou une thérapie n'est pas visé dans le présent document et en cas de doute quant à sa prise en charge, l'assuré se renseignera auprès de Cigna.</p>
Alvéolectomie	Voir Chirurgie buccale
Ambulance	<p>Voie terrestre</p> <p>Remboursable à 80 % sous réserve que les services ambulanciers professionnels servent au transport du patient depuis le lieu où il a été blessé ou est tombé malade jusqu'au premier hôpital où il est traité</p>
<p>Voie aérienne</p> <p>Non remboursable par le Régime. Voir les dispositions relatives aux évacuations sanitaires de l'instruction administrative ST/AI/2000/10 et de la circulaire ST/IC/2000/70</p>	
Amniocentèse	Remboursable à 80 %
Anesthésiologie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Services hospitaliers et fournitures connexes
Médicaments antirétroviraux	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Médicaments
Apicoectomie	Voir Endodontie

Objet de la dépense	S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?
Médicaments coupe-faim	Habituellement non remboursable, sauf en cas d'obésité morbide, lorsque la prescription d'un médicament coupe-faim est médicalement nécessaire ou adaptée. Le médecin traitant doit préciser dans son ordonnance la durée du traitement. Lorsque celle-ci est supérieure à trois mois, il doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance.
Kinésiologie appliquée	Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Aromathérapie	Non remboursable
Odeur, plaisir, hygiène Thérapeutique	Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Traitement de l'arthrite	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Membre artificiel	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Prothèses
Bras Oreille Sein Main Articulation coxofémorale Larynx Jambe Nez	
Insémination artificielle	Non remboursable. Voir aussi Traitement de la stérilité
Écllosion assistée (fécondation <i>in vitro</i>)	Non remboursable. Voir Traitement de la stérilité
Microfécondation assistée	Non remboursable. Voir Traitement de la stérilité et Injection intracytoplasmique de spermatozoïdes
Auriculothérapie (acupuncture de l'oreille)	Remboursable uniquement en cas de traitement d'une douleur chronique, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Acupuncture
Médecine ayurvédique	Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Thérapie bioénergétique	Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Biofeedback	Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Transfert embryonnaire au stade blastocyste	Non remboursable. Voir aussi Traitement de la stérilité
Blépharoplastie	Non remboursable. Voir Chirurgie plastique
Sang et produits et dérivés sanguins	Remboursable sur prescription du médecin traitant : a) À 80 %, hors hospitalisation; b) À 100 % en cas d'hospitalisation

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>	
Appareil d'autosurveillance glycémique	Remboursable à 80 % sur prescription du médecin traitant pour la gestion du diabète, y compris les lecteurs de glycémie utilisés par les personnes déclarées aveugles. Le coût des bandelettes d'autosurveillance glycémique est également pris en charge.	
Tensiomètre	Remboursable à 80 % sur prescription du médecin traitant pour surveiller un état chronique. L'ordonnance doit indiquer l'état pathologique pour lequel l'appareil est nécessaire.	
Transplantation de moelle épinière	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Services hospitaliers et fournitures connexes	
Appareil orthodontique	Voir Orthodontie	
Chirurgie plastique du sein	Voir Chirurgie plastique. Les actes chirurgicaux consécutifs à une mastectomie pratiquée pour cause de maladie sont remboursables.	
Augmentation ou réduction mammaire	<p>Pour améliorer, modifier ou renforcer l'apparence</p> <p>Pour améliorer le fonctionnement d'une partie du corps</p>	<p>Non remboursable, que l'opération soit ou non pratiquée pour des motifs d'ordre psychologique ou émotionnel</p> <p>Habituellement remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Les procédures doivent être soumises à Cigna pour examen et approbation.</p>
Reconstruction mammaire	Voir Chirurgie plastique. Les actes chirurgicaux consécutifs à une mastectomie pratiquée pour cause de maladie sont remboursables.	
Bridges	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Prothèses dentaires	
Traitement chirurgical de l'hallux valgus	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Podologie	
Calcium	<p>Habituellement non remboursable, sauf sur prescription du médecin traitant pour le traitement d'un état pathologique (ostéoporose, par exemple) :</p> <p>a) À 80 %, hors hospitalisation;</p> <p>b) À 100 % en cas d'hospitalisation</p> <p>Le médecin traitant doit indiquer l'affection pour laquelle le traitement est demandé et la durée du traitement. Lorsque celle-ci est supérieure à trois mois, il doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance. Les résultats d'analyses doivent être joints à la demande de remboursement.</p>	
Carboxythérapie	Non remboursable	

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Électrophysiologie cardiaque	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Cardiologie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Chirurgie cardiovasculaire	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Traitement cardiovasculaire	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Traitement chirurgical du syndrome du canal carpien	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Services hospitaliers et fournitures connexes
Pharmacodépendance	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Toxicomanie
Chimiothérapie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Médecine chinoise	Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Taoïsme chinois	Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Chiropractie	Remboursable à 80 % dans les conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> a) L'état pathologique requiert un traitement; b) Le traitement est administré par un médecin qualifié ou un chiropracteur diplômé; c) Le traitement est validé par les autorités sanitaires compétentes du pays. L'ordonnance délivrée par le médecin traitant doit préciser : <ul style="list-style-type: none"> a) Le type de traitement à administrer; b) Le nombre de séances; c) La durée effective du traitement. Lorsque cette durée est supérieure à trois mois, le médecin traitant doit réévaluer l'état pathologique et délivrer une nouvelle ordonnance. Voir Médecines alternatives
Chiropraxie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Podologie
Circoncision	Remboursable
Thérapie d'induction du collagène	Non remboursable
Irrigation du côlon	Remboursable à 80 % sur prescription du médecin traitant pour le traitement d'un état pathologique. L'ordonnance doit indiquer l'affection nécessitant l'irrigation du côlon.

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Dépistage du cancer du côlon, notamment par les méthodes suivantes : sigmoïdoscopie, radiographie avec lavement baryté et coloscopie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Services hospitaliers et fournitures connexes
Colostomie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Services hospitaliers et fournitures connexes
Poche de colostomie	Remboursable à 80 %, sur prescription du médecin traitant pour soigner un état pathologique. L'ordonnance doit indiquer l'état pathologique nécessitant l'utilisation d'une poche de colostomie.
Tomodensitométrie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Scanographie
Solution pour lentilles de contact	Non remboursable
Contraception orale et dispositifs contraceptifs	Remboursable à 80 %, sauf les préservatifs
Pontage coronarien	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Services hospitaliers et fournitures connexes
Correction des troubles de la réfraction oculaire	Voir Traitement au laser de la myopie et de l'astigmatisme
Talonnettes de compensation	Voir Talonnettes orthopédiques
Verres correcteurs (lentilles de contact, lentilles jetables, verres bifocaux, trifocaux ou progressifs ou tous autres verres correcteurs)	Remboursable à 80 %, sous réserve d'un délai de carence d'un an à compter de la date d'achat, à concurrence de 75 dollars par verre et de deux verres par an (et par patient remplissant les conditions requises), à condition qu'il y ait un changement de prescription. La périodicité des remboursements n'est pas réduite en cas de remplacement de verres perdus, volés ou cassés.
Chaussures correctives	Chaussures orthopédiques
Chirurgie esthétique	Non remboursable, y compris les procédures d'augmentation et de réduction mammaire. Voir Chirurgie plastiques
Services d'information et de conseil	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="373 1438 617 1470">Deuil <li data-bbox="373 1480 617 1512">Carrière <li data-bbox="373 1522 617 1554">Enfant <li data-bbox="373 1564 617 1596">Famille <li data-bbox="373 1606 617 1638">Finances <li data-bbox="373 1648 617 1680">Conseils juridiques <li data-bbox="373 1690 617 1722">Aumônerie <li data-bbox="373 1732 617 1793">Adaptation sociale

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Thérapie craniosacrée	Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Soins intensifs	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Traitement de la maladie de Crohn	Remboursable à 80 %
Couronnes	Voir Services de prothèse dentaire
Béquilles	Remboursable à 80 % sur prescription du médecin traitant qui l'estime médicalement nécessaire. Voir Matériel médical durable
Soins de garde	Non remboursable
Lotions et shampooings antipelliculaires	Non remboursable. Voir Parapharmacie et Shampooings et lotions capillaires
Déshumidificateur	Non remboursable
Prothèses dentaires	Remboursable à 80 %, à concurrence d'un plafond pour soins dentaires par année civile, c'est-à-dire la moitié du traitement de référence considéré aux fins du Régime pour chaque patient remplissant les conditions requises. Sont également pris en charge : <ul style="list-style-type: none"> a) Les remplacements en cas d'usure, de dommage ou de changement de l'état ou de la morphologie du patient; b) Les frais raisonnables de réparation, d'appareillage, d'entretien et d'ajustement des prothèses et appareils.
Restauration dentaire (obturation)	Remboursable à 80 %, à concurrence d'un plafond pour soins dentaires par année civile, équivalant à la moitié du traitement de référence considéré aux fins du Régime pour chaque patient remplissant les conditions requises
Fil dentaire	Non remboursable
Orthopédie dento-faciale	Remboursable à 80 % à condition que le traitement soit commencé avant le quinzième anniversaire; la prise en charge est limitée à quatre années. Exception : en cas d'accident et de traitement commencé dans les 12 mois suivant l'accident. Voir Orthodontie
Dentier	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Services de prothèse dentaire
Dermatologie	Remboursable à 80 % lorsqu'il s'agit de traiter des affections de la peau. Le traitement doit être administré par un médecin qualifié.
Retard de développement	Les frais concernant les tests de compétence, la formation ou les traitements ne sont pas remboursables.

<i>Objet de la dépense</i>		<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Traitement du diabète		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Services d'analyses diagnostiques		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Analyses de laboratoire
Dialyse		Voir Hémodialyse rénale et Dialyse péritonéale
Aliments diététiques		Non remboursable. Voir Parapharmacie
Diététicien		Remboursable uniquement sur prescription du médecin traitant pour le traitement d'un état pathologique (diabète, par exemple) : a) À 80 %, hors hospitalisation; b) À 100 % en cas d'hospitalisation Le médecin traitant doit indiquer l'affection à traiter et la durée du traitement.
Abus des drogues		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Toxicomanie
Médicaments disponibles en vente libre		Remboursable à 80 % lorsque le traitement est prescrit par un médecin pour soigner une affection diagnostiquée. Non remboursable dans les autres cas
Médicaments dispensés sur ordonnance	Salle des urgences	Remboursable : a) 100 % lorsque le médicament est prescrit pour un soin urgent ou pour être pris à l'hôpital; b) À 80 % lorsque le médicament n'est pas prescrit pour un soin urgent ou pour être pris à l'hôpital Voir Soins en salle des urgences et fournitures connexes
	Hospitalisation	Remboursable à 100 % dès lors que le médicament est prescrit par le médecin traitant pour être administré à l'hôpital
	Hors hospitalisation	Remboursable à 80 % sur prescription du médecin traitant, qui précise la durée du traitement. L'ordonnance peut porter sur un traitement ou un usage allant jusqu'à un an, à condition que le médecin traitant indique clairement et expressément que le traitement est prescrit pour l'année entière. La prise en charge est limitée à trois mois de traitement à la fois. Lorsque la durée du traitement est supérieure à un an, le médecin traitant doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance.
	Remplacement par suite de perte, de vol ou de casse	Non remboursable

Objet de la dépense	S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?
Matériel médical durable	Le Régime rembourse à 80 % la location (ou l'achat quand il est plus économique ou si la location n'est pas possible) du matériel prescrit par le médecin traitant qui l'estime médicalement nécessaire. L'ordonnance doit indiquer l'état pathologique pour lequel le matériel est nécessaire. Si le matériel ne figure pas dans la présente liste et en cas de doute quant à son remboursement, l'assuré se renseignera auprès de Cigna.
Traitement de l'eczéma	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Maladies de peau
Brosse à dent électrique	Non remboursable
Coculture embryonnaire	Non remboursable. Voir Traitement de la stérilité
Cryoconservation d'embryons (cryogénéisation)	Non remboursable. Voir Traitement de la stérilité
Visite médicale pour l'emploi	Non remboursable
Endocrinologie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Endodontie	Remboursable à 80 %, à concurrence d'un plafond pour soins dentaire par année civile, équivalant à la moitié du traitement de référence considéré aux fins du Régime par patient remplissant les conditions requises
Thérapie enzymatique	Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Ponction épидидymaire	Non remboursable. Voir Traitement de la stérilité
Évacuation	Non remboursable par le Régime. Voir les dispositions relatives aux évacuations sanitaires de l'instruction administrative ST/AI/2000/10 et de la circulaire ST/IC/2000/70 . Seuls les frais médicaux liés à l'évacuation peuvent être pris en charge.
Matériel d'exercice	Non remboursable
Traitement expérimental	<ul style="list-style-type: none"> Produits biologiques Dispositifs Médicaments Procédures Technologie Traitement
Examen oculaire	<ul style="list-style-type: none"> Examen périodique obligatoire pour les chauffeurs

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Examen de routine	Remboursable à 80 %, à raison d'un examen tous les 12 mois (par patient remplissant les conditions), à concurrence de 100 dollars. L'examen doit être pratiqué par un ophtalmologue.
Traitement d'une blessure Traitement d'un état pathologique	Remboursable à 80 %. L'examen doit être pratiqué par un ophtalmologue.
Monture de lunettes	Remboursable à 80 %, sous réserve d'un délai de carence d'un an à compte de la date d'achat, à concurrence de 50 dollars par monture et d'une monture tous les 24 mois (par patient remplissant les conditions requises)
Lifting	Non remboursable. Voir Chirurgie plastique et Rhytidectomie
Peeling facial chimique	Non remboursable
Thérapie faciale au collagène	Non remboursable
Fausses dents	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Services de prothèse dentaire
Planification de la famille – visite en cabinet, y compris les tests et services d'information et de conseil	Remboursable à 80 %
Programmes de conditionnement physique	Non remboursable
Soins des pieds	Non remboursable
Cors	
Durillons	
Ongles d'orteils	
Compléments alimentaires	<p>Habituellement non remboursable, sauf sur prescription du médecin pour soigner un état pathologique (anémie, par exemple) :</p> <p>a) À 80 %, hors hospitalisation;</p> <p>b) À 100 % en cas d'hospitalisation</p> <p>Le médecin traitant doit indiquer l'affection à traiter et la durée du traitement. Lorsque celle-ci est supérieure à trois mois, il doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance. Les analyses de laboratoire doivent être jointes à la demande de remboursement.</p>
Orthétique du pied	Habituellement remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Orthèses (appareillage orthopédique)
Chirurgie plastique du pied	Voir Chirurgie plastique et Services hospitaliers et fournitures connexes

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Rééducation fonctionnelle	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Physiothérapie
Gastroentérologie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Thérapie d'harmonisation des chakras par les pierres gemmes ou les cristaux	Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Gériatrie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Transfert intratubaire de gamètes	Non remboursable. Voir Traitement de la stérilité
Gynécologie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Examens gynécologiques	Remboursable à 80 %. Voir Examens de routine
Hématologie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Traitements capillaires	Implants Greffes Non remboursable
Shampoings et lotions capillaires	Ordinaires Médicamenteux/dispensés sur ordonnance Non remboursable. Voir Parapharmacie Remboursable à 80 % uniquement en cas de prescription par le médecin traitant pour soigner un état pathologique (dermatite séborrhéique, par exemple) et à condition que la lotion ou le shampoing ne soit pas en vente libre sans ordonnance. Le médecin traitant doit indiquer l'affection à traiter et la durée du traitement. Lorsque celle-ci est supérieure à trois mois, il doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance.
Chirurgie plastique de la main	Voir Chirurgie plastique et Services hospitaliers et fournitures connexes
Aides/appareils auditifs	Remboursable à 80 %, sous réserve d'un délai de carence d'un an à compter de la date d'achat, à concurrence de 300 dollars par période de trois années civile et par appareil (un pour chaque oreille, le cas échéant), par patient remplissant les conditions. Un audiogramme doit être joint aux ordonnances. La périodicité de la prise en charge n'est pas réduite en cas de remplacement des appareils perdus, volés ou cassés.
Évaluation de l'ouïe et examen audiométrique	Remboursable à 80 %, à concurrence d'un examen tous les trois ans, qui doit être pratiqué par un otorhinolaryngologue ou par un audiologiste certifié
Thérapie de l'audition	Remboursable à 80 % lorsque la thérapie est nécessaire pour améliorer ou rétablir une fonction auditive perdue ou altérée par la maladie, une blessure ou une malformation congénitale.

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
	<p>La prise en charge ne s'étend pas aux thérapies d'entretien visant à prévenir la détérioration de la fonction auditive.</p> <p>Le médecin traitant précise dans son ordonnance :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Le type de traitement à administrer; b) Le nombre de séances; c) La durée effective du traitement. <p>Lorsque cette durée est supérieure à trois mois, le médecin doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance.</p>
Remplacement chirurgical des valves cardiaques	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Services hospitaliers et fournitures connexes
Coussins chauffants	Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Hépatite	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Médicaments
Phytothérapie	<p>Remboursable à 80 % dans les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) L'état pathologique nécessite un traitement; b) Le traitement est validé par les autorités sanitaires compétentes du pays; c) Le traitement est administré par un médecin qualifié <p>Voir Médecines alternatives</p>
Traitement de l'herpès	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Maladies de la peau
Chirurgie de la hanche	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Services hospitaliers et fournitures connexes
Dépistage du VIH	Remboursable à 100 %, à raison de deux analyses sanguines volontaires et séances de conseil correspondantes par an et par ayant droit. Aucune ordonnance de médecin n'est nécessaire, sauf pour les tests supplémentaires pratiqués au cours de la même année.
Dépistage du VIH/sida et services de conseil	Voir Dépistage du VIH
Soins à domicile	<p>Remboursable à 80 % lorsque les soins constituent une nécessité médicale pour le médecin qui les prescrit et lorsqu'ils remplacent l'hospitalisation ou un séjour dans une maison de cure. Le médecin traitant indique dans son ordonnance :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) L'état pathologique qui nécessite les soins à domicile;

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
	<p>b) Le plan de traitement (type et durée).</p> <p>Lorsque la durée du traitement est supérieure à 3 mois, le médecin doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance.</p> <p>Les soins doivent être administrés par un infirmier diplômé ou le personnel d'un organisme agréé de soins à domicile. La prise en charge ne couvre pas les frais engagés pour une personne qui vit habituellement chez le patient ou pour un membre de la famille du patient ou de son conjoint.</p>
Homéopathie	<p>Remboursable à 80 %, dans les conditions suivantes :</p> <p>a) Il existe un état pathologique qui nécessite un traitement;</p> <p>b) Le traitement est validé par les autorités sanitaires compétentes du pays;</p> <p>c) Le traitement est administré par un médecin qualifié.</p> <p>Voir Médecines alternatives</p>
Produits homéopathiques	<p>Remboursable à 80 % dès lors que :</p> <p>a) Les produits sont prescrits pour soigner un état pathologique;</p> <p>b) Les produits sont prescrits par un médecin qualifié;</p> <p>c) Le traitement par ces produits est validé par les autorités sanitaires compétentes du pays</p> <p>Voir Médecines alternatives</p>
Soins en salle des urgences et fournitures connexes	<p>Soins urgents</p> <p>Remboursable à 100 % lorsque l'état pathologique, dont l'apparition est soudaine, se manifeste par des symptômes de gravité (douleurs intenses, notamment) d'une telle intensité qu'un néophyte exerçant un jugement prudent et possédant des connaissances médicales et sanitaires moyennement avancées pourra raisonnablement escompter que l'absence de soins médicaux immédiats aura notamment pour effet de :</p> <p>a) Mettre gravement en danger la santé de la personne en détresse;</p> <p>b) Mettre gravement en danger la santé d'une personne présentant des troubles comportementaux;</p> <p>c) Altérer gravement les fonctions corporelles de la personne considérée;</p> <p>d) Causer le grave dysfonctionnement d'un organe;</p> <p>e) Défigurer gravement la personne en détresse</p>

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Soins non urgents	Remboursable à 80 % dès lors que, par exemple, les soins sont prodigués en salle des urgences : a) En raison de l'heure tardive et sans que la nécessité du traitement soit soudaine ou impérieuse; b) Parce que le patient n'a pas de médecin traitant
Services hospitaliers et fournitures connexes fournis durant l'hospitalisation, en consultation externe ou lors de procédures chirurgicales de jour	Remboursable aux taux suivants : a) En chambre partagée (par deux patients ou plus) : 100 %; b) En chambre individuelle : le plus élevé de 70 % du taux applicable aux chambres partagés ou de 100 % de ce taux. Sous réserve que les justificatifs fournis donnent satisfaction à Cigna, et uniquement dans les conditions énoncées ci-après, la chambre individuelle est intégralement prise en charge : i) Lorsque la nature et la gravité de la maladie exigent l'hospitalisation en chambre individuelle et que le médecin traitant l'atteste expressément; 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, et ce uniquement jusqu'à ce qu'une chambre à plusieurs lits devienne disponible; 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
Médicaments	Remboursable à 100 % dès lors qu'ils doivent être pris à l'hôpital
Soins infirmiers généraux	Remboursable à 100 %
Salle de soins intensifs	
Analyses de laboratoire	
Matériel médical	
Salle d'opération/bloc opératoire	
Salle de réveil	
Radiographies	
Honoraires d'anesthésiste	Remboursable à 100 %
Honoraires de médecin (spécialiste et généraliste)	
Honoraires de chirurgien	

<i>Objet de la dépense</i>		<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Lit supplémentaire		Remboursable à 80 % pour un adulte accompagnant durant l'hospitalisation d'un ayant droit âgé de moins de 13 ans ou lorsque la législation locale exige que la personne hospitalisée soit accompagnée. Non remboursable dans les autres cas
Repas des personnes autres que le patient		Non remboursable
Téléphone et télécopie		
Téléviseur		
Lit médicalisé		Le Régime rembourse la location (ou l'achat quand il est plus économique) au taux de 80 %, sur prescription du médecin qui l'estime médicalement nécessaire. L'ordonnance doit préciser l'état pathologique nécessitant le lit médicalisé. Voir Matériel médical durable
Bouillotte		Non remboursable
Hypnose		Non remboursable.
Immunisation	Adultes et enfants	Remboursable à 100 % lorsque l'immunisation est recommandée par les autorités sanitaires locales ou l'Organisation mondiale de la Santé
	Déplacements personnels	Non remboursable
	Déplacements officiels	Non remboursable. Le coût des vaccins nécessaires pour les déplacements officiels est considéré comme faisant partie des frais de voyages et n'est donc pas pris en charge par le Régime. Les fonctionnaires doivent soumettre ces dépenses dans leur demande de remboursement des frais de voyage lorsque les vaccinations ne sont pas effectuées gratuitement par le service médical du lieu d'affectation.
Immunologie		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Impuissance sexuelle/dysfonctionnement érectile		<p>Les médicaments à effet provisoire (Viagra, Levitra, etc., par exemple) sont remboursables uniquement lorsqu'ils sont prescrits par un médecin dans les cas suivants :</p> <p>a) Prostatectomie (ablation chirurgicale, totale ou partielle, de la prostate);</p> <p>b) Neuropathie diabétique (lésion nerveuse due à une hyperglycémie).</p> <p>L'ordonnance doit indiquer le diagnostic. La prise en charge maximale est de 6 comprimés par mois.</p> <p>Les médicaments pris pour traiter une impuissance sexuelle ou un dysfonctionnement érectile attribuable à l'âge ou une impuissance psychogène ne sont pas remboursables.</p>

Objet de la dépense	S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?
Traitement de la stérilité	Le Régime ne prend pas en charge les procédures de procréation assistée, dont : transfert embryonnaire au stade blastocyste; transfert intratubaire de gamètes; fécondation <i>in vitro</i> ; injection intracytoplasmique de spermatozoïdes; insémination intra-utérine; ponction transcutanée du sperme épидидymaire; extraction testiculaire du sperme; prélèvement du sperme testiculaire; transfert intratubaire des embryons; transfert intrafallopéen de zygotes.
Lampe à infrarouge	Remboursable à 80 % sur prescription du médecin traitant pour soigner un état pathologique. Celui-ci doit être indiqué dans l'ordonnance correspondante.
Insuline	Remboursable lorsque le traitement est prescrit par le médecin traitant : a) À 80 % hors hospitalisation; b) À 100 % en cas d'hospitalisation
Insuline	Remboursable à 80 %, sur prescription du médecin traitant pour gérer un diabète
Cartouches à utiliser par les aveugles déclarés Dispositifs pour infusion Aides pour l'injection Pompes et accessoires Seringues	
Accidents/blessures intentionnels	Non remboursable. Voir Automutilation/accident provoqué volontairement
Médecine interne	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Injection intracytoplasmique de spermatozoïdes, fécondation assistée par micro-injection	Non remboursable. Voir Traitement de la stérilité
Insémination intra-utérine	Non remboursable. Voir Traitement de la stérilité
Traitement antioxydant par voie intraveineuse	Non remboursable
Médecine expérimentale	Non remboursable
Produits biologiques Dispositifs Médicaments Procédures Technologies Traitements	
Fécondation <i>in vitro</i> (FIV)	Non remboursable. Voir Traitement de la stérilité

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Iridologie	Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Karaté	Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Insuffisance rénale nécessitant une : Hémodialyse Dialyse péritonéale	Le Régime couvre le traitement administré à domicile, en hôpital ou dans une structure indépendante. En cas de traitement à domicile, il rembourse à 80 % la location (ou l'achat quand il est plus économique ou si la location n'est pas possible) du matériel et toutes les fournitures nécessaires pour effectuer une dialyse prescrite par un médecin. La prise en charge ne couvre toutefois pas ce qui suit : a) Articles de mobilier; b) Installations électriques, sanitaires et autres; c) Aide professionnelle nécessaire pour effectuer la dialyse à domicile.
Attelle de genou	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Orthèses (appareillage orthopédique)
Freinectomie labiale	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Chirurgie buccale
Analyses de laboratoire	Salle des urgences Remboursable : a) À 100 % pour un soin urgent; b) À 80 % pour un soin non urgent Voir Soins en salle des urgences et fournitures connexes Hospitalisation Remboursable à 100 % Hors hospitalisation Remboursable à 80 % sur prescription du médecin traitant
Traitement au laser de la myopie et de l'astigmatisme	Remboursable à 80 %, jusqu'à concurrence de 150 dollars par œil et par patient, et sous réserve d'un délai de carence d'un an et d'une entente préalable
Épilation au laser	Non remboursable
Détatouage au laser	Non remboursable
Troubles d'apprentissage	Les frais concernant les tests de compétence, la formation ou les traitements ne sont pas remboursables.
Lentilles	Voir Verres correcteurs
Freinectomie linguale	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Chirurgie buccale
Liposuccion	Non remboursable. Voir Chirurgie esthétique et Lipoplastie (élimination des surcharges graisseuses).
Magnétothérapie	Non remboursable. Voir Médecines alternatives

<i>Objet de la dépense</i>		<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Imagerie par résonance magnétique (IRM)		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues. Voir Scanographie
Mammographie		Remboursable à 80 %. Voir Examens de routine
Chirurgie de la mandibule		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues. Voir Chirurgie buccale
Appareils de massage		Non remboursable
Massothérapie		Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Maternité		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues. Voir Services hospitaliers.
Chirurgie du maxillaire		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues. Voir Chirurgie buccale
Chirurgie maxillo-faciale		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues. Voir Chirurgie buccale
Médicaments disponibles en vente libre		Non remboursable
Vins médicinaux		Non remboursable. Voir Parapharmacie
Méditation thérapeutique		Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Mégavitamines		Non remboursable
Santé mentale et traitement des troubles nerveux	Hospitalisation	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues. Voir Services hospitaliers et fournitures connexes Le taux de remboursement de 80 % hors hospitalisation – à concurrence du montant d'un traitement de référence considéré aux fins du Régime par année civile et par patient remplissant les conditions requises – ne s'applique pas.
	Hors hospitalisation	Remboursable à 80 % à concurrence du montant d'un traitement de référence par année civile et par patient remplissant les conditions requises Les soins doivent être prodigués par un psychiatre, psychanalyste ou psychologue diplômé ou par un agent agréé du service social psychiatrique. Voir Psychiatrie, Psychologie et Psychothérapie
Services de sage-femme		Remboursable à 80 %
Accidents/blessures liés au service militaire en temps de guerre		Non remboursable
Thérapie psychocorporelle		Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Eaux minérales		Non remboursable. Voir Parapharmacie
Bain de bouche		Non remboursable

<i>Objet de la dépense</i>		<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Traitement de la sclérose en plaques		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues
Musicothérapie		Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Naturopathie		Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Nébuliseur		Remboursable à 80 % sur prescription du médecin traitant pour soigner un état pathologique. Celui-ci doit être indiqué dans l'ordonnance correspondante
Médecine néonatale (néonatalogie)		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Néphrologie		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Neurologie		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Neurochirurgie		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Services hospitaliers et fournitures connexes.
Sevrage tabagique		Non remboursable
Lifting non chirurgical		Non remboursable
Médecine nucléaire		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Imagerie nucléaire		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Radiologie
Soins infirmiers	Soins infirmiers généraux en hôpital	Remboursable à 100 %
	Soins infirmiers privés en hôpital	Non remboursable
	Soins infirmiers privés à domicile	Remboursable à 80 % quand les soins sont prescrits par le médecin traitant qui les considère médicalement nécessaires. L'ordonnance doit indiquer : a) L'état pathologique nécessitant les soins à domicile; b) Le plan du traitement, y compris le type et la durée. Lorsque cette durée est supérieure à trois mois, le médecin traitant doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance. Les soins doivent être administrés pour un infirmier diplômé. La prise en charge ne couvre pas les frais engagés pour une personne qui vit habituellement chez le patient ou qui est membre de la famille du patient ou de son conjoint.

<i>Objet de la dépense</i>		<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Compléments nutritifs		Non remboursable habituellement, sauf en cas de prescription par le médecin traitant pour soigner un état pathologique (anémie, par exemple) : a) À 80 %, hors hospitalisation; b) À 100 % en cas d'hospitalisation Le médecin traitant doit indiquer l'état pathologique à soigner et la durée du traitement. Lorsque celle-ci est supérieure à trois mois, il doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance. Les analyses de laboratoire doivent être jointes à la demande de remboursement.
Traitement de l'obésité		Remboursable à 80 % sur prescription du médecin traitant qui l'estime médicalement nécessaire
Obstétrique	Fonctionnaire ou son épouse	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
	Enfant ayant droit de moins de 25 ans	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime, uniquement lorsque l'enfant ayant droit de moins de 25 ans ^b vit avec le fonctionnaire. Le nouveau-né de cet enfant N'EST PAS pris en charge.
Ergothérapie		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Physiothérapie.
Oncologie		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Ophtalmologie		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Thérapie orthomoléculaire		Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Traitement de l'ostéoporose		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Otolaryngologie		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Otologie		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Otorhinolaryngologie		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Biopsie buccale et analyse de tissu buccal		Voir Chirurgie buccale
Ablation d'un kyste de la cavité buccale		Voir Chirurgie buccale

^b L'enfant ayant droit est couvert par le Régime jusqu'au dernier jour de l'année durant laquelle il/elle atteint l'âge de 25 ans.

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Extraction dentaire	Voir Chirurgie buccale
Incision buccale et drainage d'abcès	Voir Chirurgie buccale
Hydropropulseur (hygiène buccale)	Non remboursable
Chirurgie buccale	<p>Habituellement remboursable à 80 %, à concurrence du montant plafond des soins dentaires par année civile, c'est-à-dire la moitié du traitement de référence considéré aux fins du Régime pour chaque patient remplissant les conditions requises</p> <p>Seuls ne sont pas soumis au montant plafond des soins dentaires les actes chirurgicaux pratiqués pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Traiter une fracture, une dislocation ou une blessure; b) Extraire : <ul style="list-style-type: none"> i) Une dent partiellement ou totalement incluse dans l'os du maxillaire; ii) Une dent qui ne perce pas la gencive; iii) Une dent qui ne peut être enlevée sans ouvrir l'os; iv) Des racines, sans retirer toute la dent; v) Un kyste, une tumeur ou d'autres tissus malades; c) Ouvrir la gencive ou le tissu buccal. Cet acte n'est couvert que lorsqu'il n'est pas effectué à l'occasion de l'extraction, du remplacement ou de la réparation d'une dent; d) Modifier le maxillaire et les mandibules et rétablir une bonne occlusion dentaire, lorsqu'un appareillage ne peut pas apporter seul une amélioration fonctionnelle; e) Extraire une dent incluse abîmée lors d'un accident, le traitement devant intervenir dans les 12 mois qui suivent l'accident. La dent considérée doit être : non cariée ou bien réparée et fermement attachée au maxillaire au moment de l'accident. <p>En cas de doute quant à la prise en charge au-delà du plafond des soins dentaires remboursables, l'assuré se renseignera auprès de Cigna.</p>
Jet dentaire	Non remboursable.
Orthodontie	Remboursable à 80 %, à condition que le traitement soit commencé avant le quinzième anniversaire, sauf en cas d'accident grave, à concurrence du montant plafond des frais dentaires par année civile, c'est-à-dire la moitié du traitement de référence par patient remplissant les conditions requises. La prise en charge est limitée à quatre ans.
Orthopédie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime

Appareils et articles orthopédiques	<p>Habituellement remboursable à 80 % sur prescription du médecin traitant qui l'estime médicalement nécessaire pour traiter un état pathologique. Celui-ci doit être indiqué sur l'ordonnance correspondante. Si l'appareil ou l'article nécessaire ne figure pas sur la liste et en cas de doute quant au remboursement, l'assuré se renseignera auprès de Cigna.</p> <p>Le Régime couvre :</p> <p>a) Le remplacement d'appareils ou articles achetés sur prescription du médecin traitant en cas d'usure ou d'endommagement ou de changement de l'état ou de la morphologie du patient, lorsque ce remplacement est moins onéreux qu'une réparation;</p> <p>b) Les dépenses raisonnables de réparation, d'appareillage, d'entretien et d'ajustement.</p>
Talonnettes ou chaussures orthopédiques	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir appareils et articles orthopédiques
Orthèses (appareillage orthopédique)	<p>Habituellement remboursable à 80 % sur prescription du médecin traitant qui l'estime médicalement nécessaire pour assurer le soutien total ou partiel d'une fonction ou d'un organe. L'ordonnance doit indiquer l'état pathologique nécessitant l'appareil ou l'article. Si celui-ci ne figure pas sur la liste et en cas de doute quant à sa prise en charge, l'assuré se renseignera auprès de Cigna.</p> <p>Le Régime couvre :</p> <p>a) Le remplacement d'appareils ou articles achetés sur prescription du médecin traitant en cas d'usure ou d'endommagement ou de changement de l'état ou de la morphologie du patient, lorsque ce remplacement est moins onéreux qu'une réparation;</p> <p>b) Les dépenses raisonnables de réparation, d'appareillage, d'entretien et d'ajustement.</p>
Prise en charge des médicaments en vente libre	Voir Médicaments disponibles en vente libre
Thérapie antioxydant	Voir Thérapie antioxydant intraveineuse.
Matériel à oxygène	<p>Le Régime rembourse à 80 % la location (ou l'achat quand il est plus économique ou si la location n'est pas possible) lorsque le matériel est prescrit par le médecin traitant qui l'estime médicalement nécessaire. L'ordonnance doit</p> <p>indiquer l'état pathologique nécessitant le matériel à oxygène. Voir Matériel médical durable</p>

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Stimulateur cardiaque	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Implantation chirurgicale d'un stimulateur cardiaque	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Services hospitaliers et fournitures connexes
Préparation à l'accouchement	Remboursable à 80 %
Frottis cervico-utérin	Remboursable à 80 %. Voir Examens de routine
Parapharmacie	Non remboursable
Pathologie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Orthèses pédiatriques	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Orthèses (appareillage orthopédique)
Pédiatrie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Ponction transcutanée du sperme épидидymaire	Non remboursable. Voir Traitement de la stérilité
Médecine périnatale (périnatologie)	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Périodontie	Remboursable à 80 %, à concurrence du montant plafond des frais dentaire par année civile, c'est-à-dire la moitié du traitement de référence pour chaque patient remplissant les conditions requises
Maquillage permanent (eyeliner, sourcils, contour des lèvres, par exemple)	Non remboursable
Physiatrie et rééducation physique	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Physiothérapie
Physiothérapie	<p>Remboursable à 80 % lorsque la physiothérapie vise à renforcer ou rétablir des fonctions corporelles qui ont été perdues ou altérées par suite d'une maladie, d'une blessure ou d'une malformation congénitale. La prise en charge ne s'étend pas à la thérapie d'entretien visant à prévenir la dégradation des fonctions corporelles.</p> <p>Le médecin traitant doit indiquer dans son ordonnance :</p> <ol style="list-style-type: none"> La fonction corporelle à renforcer ou rétablir; Le type de traitement; Le nombre de séances; La durée effective du traitement. <p>Lorsque cette durée est supérieure à trois mois, le médecin traitant doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle</p>

<i>Objet de la dépense</i>		<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
		ordonnance. Le traitement doit être administré par un médecin qualifié ou un physiothérapeute diplômé.
Soins dispensés par un médecin – généraliste ou spécialiste (à l'exception du traitement de troubles mentaux et de la toxicomanie)	Visite à domicile	Remboursable à 80 %
	Consultation à l'hôpital	Remboursable à 100 % en cas d'hospitalisation. Voir Consultation au cabinet (quand il n'y a pas d'hospitalisation)
	Consultation au cabinet	Remboursable à 80 %
	Actes chirurgicaux	Remboursable à 100 % en cas d'hospitalisation
Chirurgie plastique du visage		Voir Chirurgie plastique
Chirurgie plastique	Esthétique : amélioration, modification ou renforcement de l'apparence	Non remboursable, y compris lorsque la procédure n'est pas motivée par des considérations d'ordre psychologique ou émotionnel
	Reconstructrice ou réparatrice : amélioration fonctionnelle d'une partie du corps	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime, en cas de malformation : a) Résultant d'une importante anomalie congénitale : fente labio-palatine (bec de lièvre), syndactylie (palmure des doigts et orteils), par exemple; b) Résultant directement d'une maladie ou d'un acte chirurgical pratiqué pour soigner une maladie ou une blessure
	Reconstructrice ou réparatrice : après blessure	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Services hospitaliers et fournitures connexes
Podologie		Remboursable à 80 % lorsque le soin est prescrit pour soigner des troubles du pied. Le traitement doit être administré par un médecin qualifié.
Tomographie par émission de positons (TEP)		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Scanographie
Test de grossesse		Non remboursable
Examen prénuptial		Non remboursable
Thérapie primale		Non remboursable
Proctologie		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Prophylaxie dentaire (détartrage)	Remboursable à 80 %, à concurrence de deux séances par année civile (par patient remplissant les conditions requises) et du montant plafond des frais dentaires par année civile, c'est-à-dire la moitié du traitement de référence pour chaque patient remplissant les conditions requises
Dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA)	Remboursable à 80 %. Voir Examens de routine
Prothèses	<p>Habituellement remboursable à 80 % sur prescription du médecin traitant qui l'estime médicalement nécessaire pour soutenir en tout ou partie une fonction ou un organe corporel. L'ordonnance doit indiquer l'état médical nécessitant la prothèse. Si celle-ci ne figure pas sur la liste et en cas de doute quant à sa prise en charge, l'assuré se renseignera auprès de Cigna :</p> <p>Le Régime couvre :</p> <p>a) Le remplacement d'appareils ou articles achetés sur prescription du médecin traitant, en cas d'usure ou d'endommagement ou bien de changement de l'état ou de la morphologie du patient, lorsque ce traitement est moins onéreux qu'une réparation;</p> <p>b) Les dépenses raisonnables de réparation, d'appareillage, d'entretien et d'ajustement.</p>
Prothèses dentaires	Remboursable à 80 %, à concurrence du montant plafond des frais dentaires par année civile, c'est-à-dire la moitié du traitement de référence pour chaque patient remplissant les conditions requises
Protéines	<p>Habituellement non remboursable, sauf sur prescription du médecin pour soigner un état pathologique (anémie, par exemple) :</p> <p>a) À 80 %, hors hospitalisation;</p> <p>b) À 100 % en cas d'hospitalisation</p> <p>Le médecin prescripteur doit indiquer l'affectation à traiter et la durée du traitement. Lorsque celle-ci est supérieure à trois mois, il doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance. Les analyses de laboratoire doivent être jointes à la demande de remboursement.</p>
Psychiatrie/soins psychiatriques ambulatoires pour le traitement des troubles mentaux et nerveux – alcoolisme et toxicomanie y compris	<p>Remboursable à 80 %, à concurrence du montant plafond des frais de traitement des troubles mentaux et nerveux, soit un mois de traitement de référence pour toute année civile (par patient remplissant les conditions requises). La prise en charge de l'hospitalisation est limitée à 90 jours. Une dérogation peut être obtenue pour les fonctionnaires en</p> <p>activité sur demande du Directeur du Service médical de</p>

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
	l'Organisation ou du médecin-chef du lieu d'affectation.
Psychodrame thérapeutique	Non remboursable
Psychologie	Remboursable à 80 %, à concurrence du montant plafond des frais de traitement des troubles mentaux et nerveux, soit un mois de traitement de référence pour toute année civile (par patient remplissant les conditions requises). Le médecin traitant doit indiquer l'état pathologique à traiter et la durée du traitement. Lorsque celle-ci est supérieure à trois mois, il doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance.
Psychothérapie	Remboursable à 80 %, à concurrence du montant plafond des frais de traitement des troubles mentaux et nerveux, soit un mois de traitement de référence pour toute année civile (par patient remplissant les conditions requises). Le médecin traitant doit indiquer l'état pathologique à traiter et la durée du traitement. Lorsque celle-ci est supérieure à trois mois, il doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance.
Pulpotomie	Voir Endodontie
Pneumopathie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Radio-oncologie	Remboursable à 100 % pour tous les participants au Régime hors hospitalisation
Traitement radiologique	Remboursable à 100 % pour tous les participants au Régime hors hospitalisation
Scintigraphie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Scanographie
Chirurgie reconstructrice	Voir Chirurgie plastique et Services hospitaliers et fournitures accessoires
Réflexologie	Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Réflexothérapie	Non remboursable
Cure de rajeunissement	Non remboursable
Élimination des poches sous les yeux	Non remboursable. Voir Chirurgie esthétique et Blépharoplastie.
Élimination	Non remboursable. Voir Chirurgie esthétique
Tatouages	
Excès de peau et des surcharges graisseuses de l'abdomen	

<i>Objet de la dépense</i>		<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Hallux valgus		Remboursable à 80 %, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Cure de repos		Non remboursable
Remodelage du nez		Voir Chirurgie plastique et Rhinoplastie
Inversion de la ligature des trompes (stérilisation chirurgicale)		Non remboursable
Inversion de la vasectomie (Vasovasostomie)		Non remboursable
Rhumatologie		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Rhinoplastie		Voir Chirurgie plastique
Rhytidectomie		Non remboursable. Voir Chirurgie esthétique et Lifting
Rolfing		Non remboursable
Dévitalisation dentaire		Voir Endodontie
Examens de routine ^c	Enfants (vaccinations comprises)	Remboursable à 100 %, avec les restrictions suivantes : De la naissance à 1 an : tous les 2 mois; De 2 ans à 3 ans : tous les 6 mois; De 4 ans à 19 ans : tous les ans
	Hommes	Un bilan urologique par an, avec un dosage de l'antigène spécifique de la prostate, remboursable à 80 %
	Femmes	Un bilan gynécologique par an, avec un frottis et une mammographie, remboursable à 80 %
Bilan de santé		Remboursable à 80 % à raison d'un bilan annuel pour les adultes âgés d'au moins 20 ans
Salpingectomie (stérilisation chirurgicale)		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime (voir Inversion de la ligature des trompes – non remboursable)
Scanographie	Tomodensitométrie (CT)	Remboursable sur prescription du médecin traitant :
	Imagerie par résonance magnétique (IRM)	a) À 80 %, hors hospitalisation; b) À 100 % en cas d'hospitalisation
	Tomographie par émission de positons (TEP)	
	Scintigraphie	
	Échographie ultrasonore	

^c Un examen de routine est pratiqué par un médecin dans un but autre que le diagnostic ou le traitement d'une blessure ou d'une maladie présumée ou connue.

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
Second avis en cas d'intervention chirurgicale	Remboursable à 80 %
Automutilation/accident provoqué volontairement	Non remboursable
Cryoconservation du sperme (cryogénisation)	Non remboursable. Voir Traitement de la stérilité et Cryoconservation d'embryons
Traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST)	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Shampoings et lotions capillaires	Ordinaires Médicamenteux/délivrés sur ordonnance
	Non remboursable. Voir Parapharmacie
	Remboursable à 80 % uniquement en cas de prescription par le médecin traitant pour soigner un état pathologique (dermatite séborrhéique, par exemple) et à condition que la lotion ou le shampoing ne soit pas disponible en vente libre sans ordonnance. Le médecin prescripteur doit indiquer l'affection à traiter et la durée du traitement. Lorsque celle-ci est supérieure à trois mois, il doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance.
Shiatsu	Non remboursable. Voir Médecines alternatives
Cours de langue des signes	Non remboursable
Soins d'infirmier qualifié	Voir Soins infirmiers
Maladies de peau	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Crème nourrissante pour la peau	Non remboursable. Voir Parapharmacie
Cures de sommeil	Non remboursable
Aide ou médicament pour le sevrage tabagique	Non remboursable
Cures thermales	Non remboursable
Orthophonie	Remboursable à 80 % lorsqu'elle vise à renforcer ou rétablir une fonction langagière (aptitude à exprimer des pensées, à dire des mots et à former des phrases) qui a été perdue ou altérée par suite d'une maladie, d'une blessure ou d'une malformation congénitale. La prise en charge ne s'étend pas à la thérapie d'entretien visant à prévenir la dégradation de fonctions langagières. Le médecin traitant doit indiquer dans son ordonnance : <ul style="list-style-type: none"> a) Le type de traitement; b) Le nombre de séances; c) La durée effective du traitement.

<i>Objet de la dépense</i>		<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>
		Lorsque cette durée est supérieure à trois mois, le médecin traitant doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance.
Orthèses dorsales		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Orthèses (appareillage orthopédique).
Accidents/blessures liés à une pratique sportive	Épreuves sportives dangereuse ou violentes, par exemple : sports motorisés, parachutisme, vol à voile, boxe ou arts martiaux	Non remboursable
	Activités sportives normale, par exemple : ski, natation	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Traitement de l'ulcère gastrique		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime
Toxicomanie	Hospitalisation pour désintoxication et réadaptation	Remboursable à 80 %, à concurrence du montant plafond des frais de traitement des troubles mentaux et nerveux, soit un mois de traitement de référence pour toute année civile (par patient remplissant les conditions requises). Le médecin traitant doit indiquer l'état médical à traiter et la durée du traitement. Lorsque celle-ci est supérieure à trois mois, il doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance.
	Services ambulatoires d'information et de conseil à des fins du diagnostiques ou thérapeutiques	Remboursable à 80 %, à concurrence du montant plafond des frais de traitement des troubles mentaux et nerveux, soit un mois de traitement de référence pour toute année civile (par patient remplissant les conditions requises). Le médecin traitant doit indiquer l'état pathologique à traiter et la durée du traitement. Lorsque celle-ci est supérieure à trois mois, il doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance.
Lipectomie par succion		Non remboursable. Voir Chirurgie esthétique, Liposuction et Lipoplastie (élimination des surcharges graisseuses)
Comprimés sans sucre		Non remboursable
Écran solaire		Non remboursable
Lunettes de soleil	Sur ordonnance	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Verres correcteurs
	Sans ordonnance	Non remboursable
Bas de contention pour varices		Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime

<i>Objet de la dépense</i>	<i>S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?</i>	
Chirurgie	Voir Services hospitaliers	
Tai Chi	Non remboursable. Voir Médecines alternatives	
Systèmes d'alerte téléphonique	Non remboursable	
Chirurgie de l'articulation temporo-mandibulaire	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Chirurgie buccale	
Prélèvement du sperme testiculaire	Non remboursable. Voir Traitement de la stérilité	
Extraction testiculaire du sperme	Non remboursable. Voir Traitement de la stérilité	
Toucher thérapeutique	Non remboursable. Voir Médecines alternatives	
Thermomètre	Non remboursable	
Articles de toilette	Non remboursable	
Restauration de dents	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir ^{Restauration dentaire (obturation)}	
Brosse à dent	Non remboursable	
Dentifrice	Ordinaire Médicamenteux/délivré sur ordonnance	Non remboursable Remboursable à 80 % uniquement sur prescription du dentiste qui l'estime nécessaire pour soigner un état pathologique et à condition que le dentifrice ne soit pas disponible en vente libre. Le dentiste doit indiquer l'affection à traiter et la durée du traitement. Lorsque celle-ci est supérieure à trois mois, le dentiste doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance.
Médecine traditionnelle	Voir Médecines alternatives	
Ligature des trompes (stérilisation chirurgicale)	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Salpingectomie	
Imagerie ultrasonore	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Scanographie	
Urologie	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime	
Vaccins	Voir Immunisations	
Chirurgie des varices	Remboursable à 80 % sur prescription du médecin traitant qui estime la procédure médicalement nécessaire	
Vasectomie (stérilisation chirurgicale)	Remboursable (voir Inversion de la vasectomie – non remboursable)	
Viagra	Voir Impuissance sexuelle/dysfonctionnement érectile	
Exercices de perception visuelle	Non remboursable	

Objet de la dépense	S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?	
Thérapie visuelle	<p>Remboursable à 80 % lorsque la thérapie vise à renforcer ou rétablir une fonction visuelle qui a été perdue ou altérée par suite d'une maladie, d'une blessure ou d'une malformation congénitale. La prise en charge ne s'étend pas à la thérapie d'entretien visant à prévenir la dégradation de fonctions visuelles.</p> <p>Le médecin traitant doit indiquer dans son ordonnance :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Le type de traitement; b) Le nombre de séances; c) La durée effective du traitement. <p>Lorsque cette durée est supérieure à trois mois, le médecin traitant doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance.</p>	
Vitamines et minéraux	<p>Remboursable uniquement sur prescription du médecin pour soigner un état pathologique (anémie, par exemple) :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) À 80 %, hors hospitalisation; b) À 100 % en cas d'hospitalisation <p>Le médecin prescripteur doit indiquer l'état pathologique à soigner et la durée du traitement. Lorsque celle-ci est supérieure à trois mois, il doit réévaluer le traitement et délivrer une nouvelle ordonnance. Les analyses de laboratoire doivent être jointes à la demande de remboursement.</p>	
Accidents/blessures intentionnels	Non remboursable. Voir Automutilation/accidents provoqués intentionnellement	
Canne	Remboursable à 80 % sur prescription du médecin traitant qui l'estime médicalement nécessaire. Voir Matériel médical durable	
Chaise roulante	Le Régime à 80 % rembourse la location (ou l'achat quand il est plus économique ou si la location n'est pas possible) lorsque le médecin prescripteur l'estime médicalement nécessaire. L'ordonnance doit indiquer l'état pathologique nécessitant la chaise roulante. Voir Matériel médical durable	
Traitement de la mycose vaginale	Remboursable, sous réserve des restrictions et exclusions prévues par le Régime. Voir Médicaments	
Yoga	Non remboursable. Voir Médecines alternatives	
Radiographie	Salle des urgences	<p>Remboursable :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) À 100 % pour les soins urgents; b) À 80 % pour les soins non urgents <p>Voir Soins en salle des urgences et fournitures connexes</p>
	Hospitalisation	Remboursable à 100 %

Objet de la dépense

S'agit-il d'une dépense remboursable ou non remboursable?

Hors hospitalisation

Remboursable à 80 % sur prescription du médecin traitant

Transfert intrafallopéen de zygotes

Non remboursable. Voir Traitement de la stérilité
