

1<sup>er</sup> avril 2015

---

## **Instruction administrative**

### **Régime d'assurance médicale pour les fonctionnaires recrutés sur le plan local dans certains lieux d'affectation hors Siège**

Agissant en vertu du paragraphe 4.2 de la circulaire du Secrétaire général publiée sous la cote ST/SGB/2009/4<sup>1</sup> et aux fins de l'application de la disposition 6.6 du Règlement du personnel, le Secrétaire général adjoint à la gestion promulgue ce qui suit :

#### **Section 1 Dispositions générales**

1.1 Le Régime d'assurance maladie du personnel recruté localement est administré par l'Organisation des Nations Unies au bénéfice des agents des services généraux recrutés localement et des administrateurs recrutés sur le plan national en poste dans certains lieux d'affectation et des membres de leur famille remplissant les conditions requises, ainsi que des anciens fonctionnaires qui ont été en poste dans ces lieux d'affectation et des membres de leur famille remplissant les conditions requises. On trouvera à l'annexe II la liste des lieux d'affectation où le Régime n'est pas applicable.

1.2 Le Régime relève du système de sécurité sociale que le Secrétaire général a établi à l'intention des fonctionnaires en application de l'article 6.2 du Statut du personnel. Il aide les membres du personnel à faire face au coût élevé des soins de santé, y compris les soins préventifs, le traitement des maladies chroniques, les soins liés à la maternité et les soins nécessaires en cas d'accident entraînant une maladie ou des blessures graves. Il n'est toutefois pas destiné à couvrir tous les types de frais médicaux, ni à couvrir ces frais dans leur intégralité.

1.3 Le Régime est un régime d'assurance autonome. Tous les coûts y afférents, ainsi que les risques liés à la fourniture d'une assurance maladie, sont pris en charge par l'Organisation et par les assurés conformément à un accord de partage des coûts approuvé par l'Assemblée générale. Le coût du Régime est principalement fonction

---

\*\* Nouveau tirage pour raisons techniques (15 octobre 2015).

<sup>1</sup> Toute référence à un texte administratif renvoie également aux versions révisées, modifiées ou corrigées ainsi qu'aux textes qui les annulent et les remplacent.



des services médicaux fournis et dépend directement de la mesure dans laquelle les participants y ont recours.

1.4 La présente instruction administrative doit être lue à la lumière de la circulaire correspondante applicable pour la période considérée (la « circulaire applicable »), qui définit les procédures d'affiliation et de demande de remboursement, les taux de cotisation et le barème des prestations et contient d'autres informations utiles concernant le Régime. Cette circulaire est actualisée régulièrement selon qu'il convient.

1.5 Aux fins de la présente instruction administrative :

a) *Ancien fonctionnaire remplissant les conditions requises* s'entend de l'ancien fonctionnaire qui satisfait les critères d'admission au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service exposés à la section 7 (Assurance maladie après la cessation de service);

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

c) *Ayant droit* désigne le conjoint légitime de l'assuré et tous enfants à charge au sens de la disposition 3.6 a) iii) du Règlement du personnel admis au bénéfice du Régime. Aux fins du Régime, l'assuré ne peut avoir qu'un 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 peut être versée, 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;

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

e) *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 et/ou d'une autre prestation périodique versée au titre des dispositions de l'appendice D du Règlement du personnel;

f) *Bureau chargé d'administrer le Régime* s'entend du bureau chargé par l'Organisation de gérer les activités courantes du Régime (affiliations, perception des cotisations des fonctionnaires et anciens fonctionnaires, comptabilité des primes, etc.) dans un lieu d'affectation donné;

g) *Campagne annuelle d'affiliation* s'entend de la période annuelle durant laquelle le fonctionnaire peut affilier ou désaffilier un ayant droit, au-delà de la période de 31 jours qui suit l'événement motivant sa demande; la campagne annuelle se déroule chaque année pendant une période fixée par le Siège ou le bureau local concerné, la couverture prenant effet le 1<sup>er</sup> juillet de l'année en cours;

h) *Coassurance* s'entend de la part d'une dépense de santé couverte par le Régime 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 % des frais raisonnables et habituels correspondant à un service donné, le montant du ticket modérateur est équivalent aux 20 % restants;

i) *Coefficient de perte* s'entend du montant total des remboursements effectués, auquel viennent s'ajouter les dépenses d'administration (s'il existe un tiers administrateur), divisé par la somme des cotisations versées par les assurés et par l'Organisation pendant une période donnée. Un coefficient de 1,0 ou moins est souhaitable puisqu'il signifie que le montant total des cotisations suffit à couvrir le coût total du Régime. Un coefficient supérieur à 1,0 signifie au contraire que le montant total des cotisations ne suffit pas à couvrir le coût du Régime;

j) *Coordination des prestations* s'entend de la coordination du règlement des dépenses médicales remboursables lorsque l'assuré ou l'un de ses ayants droit relève de plusieurs régimes d'assurance maladie. La circulaire applicable indique quel est le régime principal et quel est le régime complémentaire et, s'il existe un tiers administrateur, ces informations figurent également dans le descriptif du plan;

k) *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 qui est retenu pour calculer la somme à rembourser;

l) *Informations médicales* s'entend de toutes informations recueillies par un professionnel de la santé, oralement ou par écrit, sur l'état physique ou mental d'une personne couverte par le Régime. Aux fins de l'examen et du traitement des demandes de remboursement, cette information peut comprendre, sans toutefois s'y limiter, tous diagnostics, rapports médicaux, résultats des tests diagnostiques, ordonnances et traitements prescrits;

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

n) *Membre de la famille affilié* s'entend de tout ayant droit du fonctionnaire affilié au Régime d'assurance maladie;

o) *Montant des frais restant à la charge* s'entend de la part non remboursée des dépenses médicales autorisées en coassurance prise en considération pour déterminer l'applicabilité de la clause de sauvegarde mentionnée à la section 4. On trouvera des informations détaillées sur les éléments pris en compte pour calculer le montant des frais restant à la charge du participant dans la circulaire applicable;

p) *Nécessité médicale* désigne tous soins et services médicaux (procédures, traitements, fournitures, appareils, matériel, installations ou médicaments) qu'un médecin exerçant un jugement clinique prudent dispenserait à un participant dans le but de prévenir, d'évaluer, de diagnostiquer ou de traiter une maladie, blessure, 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;

q) *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;

r) *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;

s) *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 de soins approuvé (par exemple, le lieu retenu pour les évacuations sanitaires ou la zone de soins régionale), tels qu'ils ont été déterminés par le tiers administrateur;

t) *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;

u) *Traitement de référence considéré aux fins du Régime* désigne le 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 sur la base du barème en vigueur le 1<sup>er</sup> 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. Dans 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;

v) *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 du fonctionnaire, majoré le cas échéant de la prime de connaissances linguistiques et de l'indemnité de non-résident, déduction faite de la retenue opérée au titre des contributions du personnel. Le montant de la rémunération est celui qui figure dans le barème des traitements applicable pour le mois concerné 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;

w) *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 préalable d'évacuation sanitaire soit nécessaire. Il s'agit généralement d'un pays ou d'une région voisin du lieu d'affectation du

fonctionnaire. Une zone de soins régionale n'est désignée que lorsque le lieu d'affectation ou le pays dans lequel l'intéressé se trouve ne dispose pas d'installations adéquates. Les dépenses médicales engagées dans une zone de soins régionale sont remboursées dans la limite des tarifs raisonnables et habituels pratiqués sur place.

## **Section 2**

### **Participation et admissibilité**

#### *Participation obligatoire*

2.1 Participent obligatoirement au Régime tous les fonctionnaires recrutés sur le plan local qui appartiennent aux catégories des agents des services généraux et des administrateurs recrutés sur le plan national et sont en poste dans un lieu d'affectation où le Régime est applicable, même s'ils sont également affiliés à un autre régime d'assurance maladie, auquel cas la coordination des prestations est effectuée conformément aux dispositions de la circulaire applicable.

2.2 Le traitement de tous les fonctionnaires est soumis à une retenue au titre de la participation au Régime, et ce, quelle que soit la durée du contrat de l'intéressé et à compter du jour de son engagement.

2.3 Nonobstant le caractère obligatoire de la participation au Régime, le fonctionnaire doit remplir et soumettre un formulaire d'affiliation qu'il peut se procurer auprès du bureau chargé d'administrer le Régime. Ce formulaire lui permet en outre, s'il le souhaite, d'affilier un ayant droit.

#### *Participation volontaire*

2.4 Compte tenu du coût des soins de santé, il est vivement recommandé au fonctionnaire de souscrire à une assurance maladie pour les membres de sa famille. Le fonctionnaire est donc encouragé à affilier ses ayants droit au Régime (voir par. 1.5), cette affiliation étant toutefois facultative. Il n'est pas possible d'affilier une personne indirectement à charge (père, mère, frère ou sœur).

2.5 Le fonctionnaire titulaire d'un engagement temporaire de moins de trois mois ne peut pas affilier les membres de sa famille. Si son engagement est prolongé pour une durée totale de trois mois ou plus, il peut toutefois assurer ses ayants droit à compter du premier jour de la prolongation de son contrat ou du premier jour du mois suivant.

2.6 Le fonctionnaire titulaire d'un engagement temporaire de trois mois ou plus peut affilier ses ayants droit à compter du premier jour de son engagement ou du premier jour du mois suivant.

2.7 Eu égard aux dispositions des paragraphes 2.4, 2.5 et 2.6, les ayant droit des fonctionnaires en activité doivent être affiliés 31 jours au plus tard à compter de la date à laquelle ils sont admis au bénéfice du Régime, c'est-à-dire :

- a) La date à laquelle le Régime est entré en vigueur dans le lieu d'affectation;
- b) La date à laquelle le fonctionnaire a été engagé ou rengagé;

c) Pour le conjoint légitime, la date du mariage avec le fonctionnaire, si elle est postérieure à l'entrée en fonctions de celui-ci;

d) Pour l'enfant né ou adopté après l'entrée en fonctions du fonctionnaire, la date de la naissance ou de l'adoption;

e) Pour les enfants du conjoint, la date à laquelle ils ont été reconnus par l'Organisation comme remplissant les conditions requises;

f) Pour le conjoint qui a perdu son emploi pour une raison indépendante de sa volonté, la date à laquelle il a cessé d'être couvert par son assurance. La demande d'affiliation doit être accompagnée d'une attestation de l'ancien employeur du conjoint précisant la période pendant laquelle celui-ci a été assuré.

2.8 Les ayants droit du fonctionnaire qui n'ont pas été affiliés au Régime dans les conditions énoncées au paragraphe 2.7 ne peuvent l'être que durant la période annuelle d'adhésion, la couverture prenant alors effet le 1<sup>er</sup> juillet de l'année en cours.

2.9 L'enfant d'un fonctionnaire peut être affilié au Régime jusqu'à la fin de l'année de son vingt-cinquième anniversaire, à condition qu'il ne soit pas marié et n'exerce pas d'activité professionnelle à plein temps.

2.10 Après consultation avec le Directeur du Service médical, la limite d'âge fixée à l'article 2.9 peut être levée dans le cas d'un enfant handicapé. L'enfant handicapé mental ou physique qui est incapable de subvenir à ses besoins peut être couvert par le Régime aussi longtemps que le handicap subsiste. Les justificatifs voulus doivent être fournis à l'Organisation à intervalles réguliers fixés par celle-ci. Le paiement d'une pension d'invalidité par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies peut constituer une preuve suffisante du handicap de l'enfant.

2.11 En cas de décès du fonctionnaire, le conjoint survivant ou, à défaut, l'aîné des enfants à charge, peut se substituer à lui et continuer à verser les cotisations ouvrant droit à la couverture choisie, ainsi qu'il est exposé à la section 7.

2.12 L'ancien fonctionnaire et ses ayants droit peuvent participer au Régime à titre volontaire. De même, le conjoint et les ayants droit d'un ancien fonctionnaire décédé peuvent continuer de participer au Régime à titre volontaire, ainsi qu'il est exposé à la section 7.

#### *Fonctionnaires mariés à un autre fonctionnaire*

2.13 Lorsque les conjoints sont tous deux des fonctionnaires recrutés sur le plan local, chacun doit être affilié au Régime à titre individuel. S'il existe une différence d'au moins deux échelons entre les intéressés, l'assurance des enfants doit être au nom de celui dont la rémunération est la plus élevée, sinon, elle peut indifféremment être souscrite par l'un ou l'autre parent.

2.14 Un fonctionnaire recruté sur le plan local marié à un fonctionnaire recruté sur le plan international doit souscrire une assurance individuelle. Le fonctionnaire recruté sur le plan international peut être autorisé à affilier son conjoint au Régime international. Les prestations sont alors coordonnées conformément aux dispositions de la circulaire applicable.

*Octroi d'une dérogation pour certains lieux d'affectation*

2.15 Dans certaines conditions et sur approbation du Siège, l'ensemble du personnel en poste dans un lieu d'affectation donné peut être exempté de participation au Régime. Les demandes de dérogation doivent être adressées au Chef du Service des assurances et des décaissements, qui a toute latitude pour se prononcer à leur sujet. Une dérogation peut être accordée à l'une des deux conditions suivantes :

a) L'administration ou le régime d'assurance maladie du pays concerné fournissent une assurance maladie comparable et suffisante;

b) Dans le lieu d'affectation concerné (voir annexe), les fonctionnaires sont affiliés à un régime d'assurance maladie autre que le Régime, mais néanmoins agréé par l'Organisation. Les fonctionnaires en poste dans un lieu d'affectation bénéficiant d'une dérogation peuvent collectivement demander que l'ensemble du personnel dudit lieu d'affectation soit affilié au Régime. Une fois pareille demande approuvée par le Siège, le lieu d'affectation concerné ne pourra toutefois plus bénéficier d'une dérogation.

2.16 De temps à autre, le Siège de l'Organisation peut examiner la dérogation accordée à tel ou tel lieu d'affectation et décider de la lever.

*Exceptions individuelles à la dérogation octroyée pour un lieu d'affectation*

2.17 Peut adhérer au Régime à titre individuel le fonctionnaire en poste dans un lieu d'affectation qui a obtenu une dérogation du fait que l'administration ou le régime d'assurance maladie du pays concerné propose un régime d'assurance ouvert aux fonctionnaires des Nations Unies mais dont sont néanmoins exclues certaines personnes (par exemple, celles qui ne sont pas ressortissantes du pays en question).

2.18 Les ayants droit ne peuvent adhérer au Régime que si le fonctionnaire y est lui-même affilié.

*Congé spécial sans traitement et congé administratif sans traitement*

2.19 Le fonctionnaire bénéficiant d'un congé sans traitement peut rester couvert par le Régime à condition qu'il s'acquitte, avant le début de son congé, de sa propre cotisation et de celle de l'Organisation, comme prévu à la section 6. Qu'il choisisse de rester couvert par le Régime durant son congé ou non, le fonctionnaire doit de nouveau s'affilier dès son retour, et ce, dans les mêmes conditions qu'avant son départ. Même si un congé spécial sans traitement ou un congé administratif sans traitement commence avant la fin du mois, la couverture continue jusqu'au dernier jour du mois, les cotisations étant versées au début de chaque mois pour le mois entier.

2.20 Le fonctionnaire en congé spécial sans traitement ou placé en congé administratif sans solde qui est marié à un autre fonctionnaire peut demander à être assuré par son conjoint, soit dans le cadre du Régime soit dans le cadre d'un régime d'assurance international du système des Nations Unies.

*Congé spécial à demi-traitement*

2.21 Le fonctionnaire en congé spécial à demi-traitement reste couvert par le Régime. Toutefois, l'Organisation ne cotise qu'à hauteur de la moitié du montant

qu'elle verserait si le fonctionnaire travaillait à plein temps. Le fonctionnaire s'acquitte donc, en plus de sa cotisation personnelle, de la moitié de la subvention de prime de l'Organisation, dont le montant est déduit de son traitement. Une fois que le fonctionnaire reprend le travail à temps plein, l'Organisation recommence à verser la deuxième moitié de sa subvention. Même si un congé spécial sans traitement commence avant la fin du mois, la couverture continue jusqu'au dernier jour du mois, les cotisations étant versées au début de chaque mois pour le mois entier.

#### *Cessation de l'affiliation*

2.22 Le fonctionnaire affilié au Régime reste couvert jusqu'au dernier jour du mois où il cesse le service. Toutefois, en cas de renvoi pour faute, le bénéfice de l'assurance prend immédiatement fin. Les retraités et les anciens fonctionnaires handicapés peuvent bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service, en application des dispositions de la section 7.

2.23 Les ayants droit peuvent bénéficier du Régime aussi longtemps que le fonctionnaire, sous réserve que la cotisation prévue soit acquittée et qu'ils continuent de remplir les conditions énoncées à la section 2. Les ayants droit d'un fonctionnaire décédé qui continuent de cotiser au Régime restent assurés jusqu'à ce qu'ils ne remplissent plus les conditions requises ou qu'ils demandent la résiliation de leur assurance, la couverture prenant fin dès que l'une de ces deux conditions se vérifie.

2.24 La résiliation de l'assurance d'un membre de la famille doit être demandée par écrit au bureau chargé d'administrer le Régime dans les 31 jours suivant :

- a) Le divorce, dans le cas d'un conjoint;
- b) Le décès, dans le cas d'une autre personne à charge;
- c) Le mariage ou le début de l'exercice d'une activité professionnelle à plein temps, dans le cas d'un enfant;
- d) Dans le cas d'un conjoint, la date à laquelle celui-ci est recruté par l'Organisation des Nations Unies ou une organisation apparentée dotée d'un régime d'assurance maladie auquel la participation est obligatoire. L'assurance des enfants, s'il y en a, doit alors être exclusivement à la charge de celui des fonctionnaires qui perçoit le traitement le plus élevé.

2.25 Sauf en cas de décès de l'intéressé, aucun ajustement rétroactif du montant de la cotisation ne sera accordé au fonctionnaire qui a résilié l'affiliation d'un ayant droit pour l'une des raisons exposées au paragraphe 2.24 s'il n'a pas informé l'Organisation en temps voulu du changement survenu.

2.26 L'affiliation des ayants droit peut également être résiliée pendant la période annuelle d'adhésion. L'ayant droit d'un fonctionnaire en activité dont l'affiliation a été résiliée doit attendre au moins deux ans avant de pouvoir de nouveau être affilié au Régime, étant entendu qu'il doit pour ce faire continuer de remplir les conditions exposées plus haut. Il ne peut s'affilier de nouveau au Régime que durant la période annuelle d'adhésion, et ce, pour autant que deux années soient révolues au 1<sup>er</sup> juillet de l'année en cours. Une fois désaffiliée, l'ayant droit d'un ancien fonctionnaire bénéficiant de l'assurance maladie après la cessation de service ne peut plus participer au Régime.



### **Section 3**

#### **Prestations**

3.1 L'assuré est uniquement remboursé pour les dépenses urgentes et non urgentes liées aux soins médicaux, dentaires, psychiatriques, psychologiques et optiques couverts par le Régime et jugés médicalement nécessaires, sous réserve des exclusions et au taux indiqués dans la circulaire applicable publiée par le Contrôleur, qui contient en annexe une liste détaillée des dépenses remboursables et des dépenses non remboursables. On trouvera également dans ladite circulaire des informations sur les éventuels changements apportés au Régime, le barème des prestations et les exclusions, ainsi que sur les moyens d'obtenir des renseignements complémentaires concernant la couverture offerte par le Régime. La circulaire peut être actualisée au gré du Service des assurances et des décaissements et est publiée un mois avant son entrée en vigueur.

#### *Plafond des remboursements*

3.2 Pour chaque assuré ou ayant droit, le remboursement des dépenses aux taux indiqués dans la circulaire applicable est assorti d'un plafond par année civile équivalant à six fois le traitement de référence aux fins du Régime en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier, le montant obtenu étant converti en dollars des États-Unis (au taux de change retenu pour les opérations des Nations Unies ou au taux de change spécial fixé par le Siège, selon le cas). Lorsqu'un barème des traitements complémentaire est appliqué dans le lieu d'affectation, le barème utilisé est celui qui donne le traitement de référence considéré aux fins du Régime le plus élevé.

3.3 Si un assuré acquitte de sa poche, pour lui-même ou pour un ayant droit, des frais d'un montant atteignant la moitié de son traitement de base, la part des dépenses habituelles et raisonnables qui lui reviendrait normalement peut lui être en partie remboursée, aux conditions exposées dans le détail dans les dispositions pertinentes de la circulaire applicable. Dans le cas d'un retraité, le plafond est équivalent non plus à la moitié du traitement net de référence, mais au quart du traitement net de référence à la date de la cessation de service, modifié en fonction du taux d'ajustement au coût de la vie déterminé par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies.

3.4 Pour déterminer le montant total des dépenses remboursées au cours d'une année civile donnée, il est tenu compte de tous les remboursements correspondant à des dépenses engagées par l'assuré ou ses ayants droit pour les services répertoriés dans la circulaire applicable.

3.5 En cas de difficultés financières avérées, le montant des remboursements peut dépasser le plafond indiqué au paragraphe 3.2. Toute demande de remboursement complémentaire doit être soumise au Siège de l'Organisation, comme indiqué à l'article 4.

3.6 Lorsque le montant des dépenses remboursées pour un assuré ou ses ayants droit a atteint le plafond pour l'année civile établi dans les dispositions relatives aux gros frais médicaux, le tiers administrateur doit en informer le Siège.

## **Section 4**

### **Clause de sauvegarde**

#### *Définition*

4.1 La clause de sauvegarde s'applique lorsque l'assuré ou un de ses ayants droit doit faire face à des dépenses médicales qui dépassent à ce point le plafond fixé au paragraphe 3.2 qu'elles entraîneraient pour l'intéressé 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 un 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).

#### *Détermination du montant des dépenses non remboursées*

4.2 Ainsi qu'il est expliqué dans la circulaire applicable, la part non remboursée des dépenses relatives à des soins dentaires, optiques ou auditifs n'est pas prise en compte pour déterminer l'applicabilité de la clause de sauvegarde, non plus que les dépenses afférentes à des soins médicaux ou hospitaliers qui ne sont pas jugées remboursables (c'est-à-dire celles dont le montant dépasse le tarif raisonnable et habituel).

#### *Procédure de présentation d'une demande de remboursement au titre de la clause de sauvegarde*

4.3 Le tiers administrateur fournit les pièces et informations suivantes au Siège, pour examen :

- a) L'âge de l'assuré, son lien de parenté avec le patient, et la classe et l'échelon du poste qu'il occupait au 1<sup>er</sup> janvier de l'année pour laquelle la demande est présentée;
- b) Des informations complètes sur la nature et l'ampleur de la maladie, ainsi que sur le traitement reçu par le patient et celui qu'il lui est recommandé de poursuivre, des renseignements sur les dépenses déjà engagées et une estimation des dépenses à venir. Ces informations doivent être fournies par le médecin du patient. L'Organisation peut par ailleurs demander une recommandation au médecin désigné par ses soins;
- c) La liste de toutes les dépenses qui ont été remboursées à l'assuré pour lui-même et pour ses ayants droit pour l'année à laquelle la demande se rapporte.

#### *Approbation des demandes de remboursement présentées au titre de la clause de sauvegarde*

4.4 Le Siège de l'Organisation détermine le montant maximum des remboursements. Aux fins de l'examen des demandes de remboursement présentées au titre de la clause de sauvegarde, il tient uniquement compte des dépenses considérées comme raisonnables et habituelles pour le lieu d'affectation du fonctionnaire et peut consulter le Service médical pour obtenir son avis quant à la nécessité des soins reçus. Un tiers administrateur peut se voir déléguer les pouvoirs

nécessaires pour se prononcer sur une demande de remboursement présentée au titre de la clause de sauvegarde, à concurrence d'un plafond donné.

## **Section 5**

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

#### *Délais*

5.1 L'assuré doit présenter sa demande de remboursement au tiers administrateur dès que possible après que le traitement ou les soins remboursables ont été reçus. Toute demande présentée dans un délai de plus de 12 mois après la date du traitement ou des soins sera rejetée.

#### *Examen préliminaire des demandes*

5.2 Le tiers administrateur est chargé de vérifier que les formulaires de demande de remboursement sont dûment remplis, que les demandes satisfont les conditions énoncées dans la présente instruction administrative et que les tarifs pratiqués sont conformes au barème des prestations en vigueur au moment où les services ont été fournis et sont raisonnables et habituels au sens de la circulaire applicable. Il peut demander des justificatifs complémentaires ou solliciter l'avis d'une source tierce lorsqu'une demande de remboursement semble excessive ou douteuse, que ce soit en raison de l'institution ou des services concernés, de la nature ou du traitement de la maladie ou des dépenses engagées. Le fonctionnaire qui se voit demander un complément d'information par le tiers administrateur est tenu de coopérer pleinement avec ce dernier, faute de quoi il s'expose au rejet de sa demande.

#### *Renvoi de demandes au Siège de l'Organisation*

5.3 Le tiers administrateur est habilité à traiter les demandes de remboursement de frais médicaux présentées au titre du Régime et à régler les sommes dues. Il a cependant toute discrétion pour renvoyer une demande au Siège de l'Organisation pour avis. Il peut en outre demander conseil en cas de doute sur l'interprétation de la présente instruction administrative.

5.4 Les demandes de remboursement atteignant un montant supérieur à cinq fois le traitement de référence aux fins du Régime étant considérées comme méritant une attention particulière, le bureau chargé d'administrer le Régime s'attachera à les surveiller de plus près. Le bureau chargé d'administrer le Régime et le tiers administrateur sont autorisés à régler les demandes dont le montant n'excède pas le plafond annuel fixé pour le lieu d'affectation concerné, mais doivent régulièrement signaler les autres demandes au Siège.

#### *Traitement des demandes de remboursement et modalités de remboursement*

5.5 Si la demande est conforme aux conditions fixées dans la présente instruction administrative et aux dispositions de la circulaire applicable, le montant approprié est remboursé à l'assuré, qui reçoit une copie du relevé des prestations ou du formulaire de traitement de la demande.

5.6 Si la demande porte sur des frais supérieurs à ceux considérés comme raisonnables et habituels, le tiers administrateur calcule le montant à rembourser sur

la base des tarifs raisonnables et habituels pratiqués dans le lieu d'affectation, ce dont il informe l'assuré. Tout différend portant sur une demande présentée au tiers administrateur est traité conformément aux dispositions de la section 9.

5.7 Les dépenses relatives aux services et médicaments fournis en dehors du pays où se trouve le lieu d'affectation de l'assuré sont remboursées sur la base des tarifs raisonnables et habituels pratiqués dans le lieu d'affectation, à l'exception :

a) Des soins médicaux d'urgence au sens du paragraphe 1.5 h) reçus par le fonctionnaire à l'occasion d'un voyage effectué dans le cadre de ses fonctions;

b) Des évacuations sanitaires approuvées et effectuées vers le lieu retenu à cet effet, conformément à l'instruction administrative ST/AI/2000/10 et à la circulaire ST/IC/2000/70 et à tout amendement apporté à ces textes;

c) Des traitements suivis dans la zone de soins régionale correspondant au lieu d'affectation, le cas échéant, conformément aux dispositions de la circulaire applicable.

Dans les situations susmentionnées, le montant du remboursement repose sur les tarifs frais raisonnables et habituels pratiqués dans le lieu où les soins sont prodigués, sauf si l'assuré choisit de se faire soigner dans un lieu autre que celui retenu par l'Organisation pour les évacuations sanitaires, auquel cas le montant du remboursement repose sur les tarifs pratiqués dans le lieu retenu aux fins des évacuations médicales. Les dépenses supplémentaires ne sont pas remboursées.

#### *Monnaie de remboursement*

5.8 La monnaie de remboursement est la même que celle dans laquelle l'assuré verse ses cotisations au Régime (voir par. 6.2 et 7.17). Si les dépenses médicales sont réglées dans une autre monnaie, le remboursement est quand même effectué dans la monnaie de cotisation, le taux de change retenu étant alors celui appliqué à l'Organisation ou le taux le plus favorable pouvant être utilisé par le tiers administrateur pour la date à laquelle les dépenses ont été engagées. Si le barème des traitements applicable est exprimé dans une monnaie autre que la monnaie locale, le remboursement est également effectué dans la monnaie dans laquelle les dépenses ont été engagées.

## **Section 6**

### **Financement**

#### *Caractère participatif du Régime*

6.1 Le Régime est financé par primes. Comme pour tout régime d'assurance maladie du système des Nations Unies, compte tenu du coût des dépenses médicales, tous les assurés sont tenus de cotiser pour pouvoir bénéficier d'une couverture suffisante, l'Organisation participant également au financement des primes. Chaque participant acquitte une cotisation dont le montant représente un pourcentage de sa rémunération. Le taux de cotisation correspondant à chaque catégorie de couverture est défini dans la circulaire applicable.

*Rémunération de référence aux fins du calcul des cotisations*

6.2 Les cotisations des participants sont calculées en fonction du traitement net considéré aux fins de l'assurance maladie [voir par. 1.5 n)]. Dans le cas des fonctionnaires en activité, le taux de cotisation est appliqué à l'intégralité de la rémunération. Dans le cas des anciens fonctionnaires, il est appliqué suivant les modalités définies à la section 7.

6.3 Le montant mensuel des cotisations et subventions n'est pas proportionnel au nombre de jours pendant lesquels le participant est couvert. Il est dû dans son intégralité quelle que soit la date à laquelle la couverture prend effet. En cas de cessation de service, le montant mensuel de la cotisation est perçu dans son intégralité même si le fonctionnaire cesse le service avant le dernier jour du mois, l'intéressé restant toutefois assuré jusqu'à ce jour.

*Perception des cotisations*

6.4 Les cotisations des fonctionnaires, c'est-à-dire le montant qu'ils acquittent pour contribuer au financement du Régime, sont perçues par prélèvement automatique sur leur traitement mensuel. Les cotisations des fonctionnaires en congé spécial sans traitement qui choisissent de rester assurés sont prélevées dans leur totalité avant le début de la période de congé. Lorsque la durée du congé dépasse trois mois, le bureau chargé d'administrer le Régime peut exiger le paiement de la cotisation du fonctionnaire un mois à l'avance pour le trimestre à venir. Tout retard de paiement entraînant l'interruption immédiate de la couverture du fonctionnaire, il incombe à celui-ci de s'acquitter du paiement de ses cotisations dans les délais.

*Examen du montant des cotisations*

6.5 Le taux de cotisation des participants et le taux de contribution de l'Organisation sont fonction de l'historique des remboursements demandés. Ils sont initialement déterminés sur la base d'une estimation du total des dépenses médicales à rembourser au titre du Régime, tous lieux d'affectation applicables confondus. Les demandes de remboursement font l'objet d'examen réguliers dans le cadre desquels les dépenses effectives sont comparées aux estimations, ce qui permet de calculer le coefficient de perte correspondant à chaque pays ou lieu d'affectation. À l'issue de ces examens, l'Organisation peut ajuster les taux de cotisation, notamment pour tel ou tel lieu d'affectation, pays ou région, et établir en tant que de besoin différentes tranches de cotisation, chaque pays ou lieu d'affectation étant placé dans une tranche donnée en fonction du coefficient de perte observé.

**Section 7****Assurance maladie après la cessation de service***Généralités*

7.1 Peuvent bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service, aux conditions énoncées ci-après, les anciens fonctionnaires recrutés sur le plan local dans certains lieux d'affectation qui étaient affiliés au Régime à la date où ils ont cessé d'exercer leurs fonctions, ainsi que leur ayants droit également affiliés au Régime à cette date.

7.2 L'affiliation à l'assurance maladie après la cessation de service est facultative et n'est possible qu'à titre de prolongation de l'affiliation du fonctionnaire en activité à un régime d'assurance maladie de l'Organisation. Les personnes indirectement à charge au sens de la disposition 3.6 a) v) du Règlement du personnel ne sont pas admises au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service.

#### *Admissibilité*

7.3 Sont admis au bénéfice de l'assurance médicale après la cessation de service les anciens fonctionnaires appartenant aux catégories suivantes et leur ayants droit :

a) Les anciens fonctionnaires entrés en fonctions avant le 1<sup>er</sup> juillet 2007 qui, à la date ou de leur départ à la retraite anticipé à l'âge de 55 ans ou plus ou de leur départ à la retraite à l'âge normal, étaient titulaires d'un engagement de durée déterminée ou d'un engagement continu et avaient cotisé au moins cinq ans au Régime ou à un autre régime agréé par l'Organisation et qui peuvent prétendre à une pension de retraite, une pension de retraite anticipée ou une pension de retraite différée en vertu des Statuts de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies et ont décidé de la percevoir;

b) Ces anciens fonctionnaires peuvent bénéficier du subventionnement de leur prime par l'Organisation à condition d'avoir cotisé au moins 10 ans au Régime, à un autre régime d'assurance maladie agréé par l'Organisation ou à une combinaison des deux. L'ancien fonctionnaire ayant cotisé moins de 10 ans n'a droit à une subvention de prime que s'il s'acquitte de la totalité des cotisations qui restent à verser jusqu'à la période d'affiliation atteigne 10 ans;

c) Les anciens fonctionnaires entrés en fonctions à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007 qui, à la date de leur départ à la retraite anticipé à l'âge de 55 ans ou plus ou de leur départ à la retraite à l'âge normal, étaient titulaires d'un engagement de durée déterminée ou d'un engagement continu et avaient cotisé au moins 10 ans au Régime ou à un autre régime d'assurance maladie agréé par l'Organisation et qui peuvent prétendre à une pension de retraite, une pension de retraite anticipée ou une pension de retraite différée en vertu des Statuts de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies et ont décidé de la percevoir;

d) Les anciens fonctionnaires qui ont droit à une pension d'invalidité de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ou à une autre prestation périodique au titre de l'appendice D du Règlement du personnel des Nations Unies (qui régit l'indemnisation en cas de maladie, d'accident ou de décès imputables au service) et étaient affiliés au Régime à la date de la cessation de service. L'obligation d'avoir été affilié pendant deux ans ou cinq ans pendant le service ne s'applique pas à ces personnes;

e) Le conjoint et les enfants à charge d'un ancien fonctionnaire qui étaient affiliés au Régime à la date à laquelle le fonctionnaire a cessé ses fonctions. Les ayants droit des anciens fonctionnaires entrés en fonctions à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007 ne peuvent être admis au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service que s'ils ont été affiliés au Régime pendant cinq ans minimum (ou deux ans, si le conjoint était assuré par un autre employeur ou par un régime d'assurance national) et l'étaient toujours à la date à laquelle l'ancien fonctionnaire a cessé le service. Cette dernière condition ne s'applique pas au conjoint et aux enfants

devenus membres de la famille du fonctionnaire juste avant la cessation de service, pour autant qu'ils aient été affiliés au Régime dans les 31 jours suivant la date à laquelle ils ont acquis le statut de personne à charge du fonctionnaire;

f) Le conjoint et les enfants survivants d'un ancien fonctionnaire décédé après avoir quitté le service et qui était couvert par l'assurance ou d'un ancien fonctionnaire décédé, quel que soit son âge, alors qu'il était au service de l'Organisation, à condition qu'ils aient été affiliés à la date du décès et puissent prétendre à une prestation périodique au titre des Statuts de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ou de l'appendice D du Règlement du personnel, ou des deux;

g) Lorsqu'un fonctionnaire marié à un autre fonctionnaire prend sa retraite, l'assurance, qu'elle couvre les conjoints uniquement ou les conjoints et un ou plusieurs enfants, doit nécessairement être souscrite par le fonctionnaire toujours en activité. Le fonctionnaire partant à la retraite peut néanmoins, s'il le souhaite, bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service, les enfants devant toutefois être assurés au nom du conjoint toujours en activité, même s'ils étaient précédemment assurés au nom de l'autre parent.

7.4 Aux fins de la détermination de l'admissibilité au sens des paragraphes 7.3 a) et b) et 7.16, le fonctionnaire est considéré comme étant entré en fonctions avant le 1<sup>er</sup> juillet 2007 si le contrat dont il était titulaire à la date de la cessation de service est entré en vigueur avant le 1<sup>er</sup> juillet 2007 et il a été au service de l'Organisation sans interruption depuis cette date.

7.5 L'enfant d'un fonctionnaire peut être couvert par l'assurance maladie après la cessation de service jusqu'à la fin de l'année de son vingt-cinquième anniversaire, excepté dans les cas exposés au paragraphe 7.9, à condition qu'il ne soit pas marié et n'exerce pas d'activité professionnelle à plein temps. Le nombre d'enfants pouvant bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service n'est pas limité, mais il faut néanmoins, pour être assuré, que l'enfant ait été reconnu par l'Organisation comme étant à la charge du fonctionnaire avant la date de la cessation de service.

7.6 L'enfant non adopté d'un ancien fonctionnaire né dans les 300 jours suivant la date de la cessation de service de celui-ci peut être couvert par l'assurance s'il est reconnu par l'Organisation comme enfant à charge et affilié dans les 31 jours qui suivent sa naissance. L'enfant adopté après la cessation de service ne peut pas bénéficier de l'assurance après la cessation de service.

7.7 L'enfant non adopté d'un fonctionnaire décédé alors qu'il était toujours en activité né dans les 300 jours suivant la date du décès du fonctionnaire peut être couvert par l'assurance après la cessation de service s'il est affilié par le parent survivant dans les 31 jours qui suivent sa naissance, est reconnu par l'Organisation comme enfant à charge et peut prétendre à une prestation périodique au titre des Statuts de la Caisse, de l'appendice D du Règlement du personnel ou des deux.

7.8 L'enfant non adopté d'un fonctionnaire décédé en activité qui naît dans les 300 jours suivant la date du décès du fonctionnaire peut bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service même s'il n'a pas de parent survivant s'il est affilié dans les 31 jours qui suivent sa naissance, est reconnu par l'Organisation comme enfant à charge et a droit à une prestation périodique au titre des Statuts de la Caisse, de l'appendice D du Règlement du personnel ou des deux.

7.9 L'enfant handicapé mental ou physique qui est incapable de subvenir à ses propres besoins peut être couvert par l'assurance maladie après la cessation de service aussi longtemps que le handicap subsiste. Des justificatifs satisfaisants doivent être fournis à l'Organisation à intervalles réguliers fixés par celle-ci. Le paiement d'une pension d'invalidité par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies peut constituer une preuve suffisante du handicap de l'enfant.

7.10 Si, avant d'entrer au service de l'Organisation, l'ancien fonctionnaire avait été affilié à l'un quelconque des autres régimes d'assurance maladie financés par cotisations du système des Nations Unies, les périodes pendant lesquelles il était affilié à ce régime sont prises en compte pour déterminer s'il a cotisé pendant le nombre d'années requises alors qu'il était en activité. L'affiliation ne doit pas nécessairement avoir été continue. Toutefois, lorsqu'au moins deux périodes d'affiliation sont interrompues, les périodes concernées n'entrent pas dans le calcul de la période totale d'affiliation.

7.11 L'ancien fonctionnaire peut mettre fin à l'affiliation des membres de sa famille à tout moment sur présentation d'une demande écrite adressée au bureau chargé d'administrer le Régime. Une fois leur assurance résiliée, ces personnes ne pourront toutefois plus être couvertes par le Régime.

#### *Procédures et délais d'affiliation à l'assurance maladie après la cessation de service*

7.12 Pour demander à bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service, il convient d'envoyer le formulaire d'affiliation au Régime dûment rempli au bureau chargé d'administrer le Régime. Une fois la demande approuvée, l'intéressé sera informé du montant et des modalités de versement de la cotisation.

7.13 L'ancien fonctionnaire qui remplit les conditions requises pour bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service doit s'affilier dans les 31 jours qui suivent son départ de l'Organisation. Passé ce délai, ni lui ni ses ayants droit ne pourront être affiliés au Régime.

7.14 En cas de décès d'un ancien fonctionnaire assuré, le conjoint survivant ou, à défaut, l'aîné des enfants remplissant les conditions requises, peut se substituer à lui et continuer à verser les cotisations correspondant à la catégorie de couverture appropriée. Les ayants droit survivants doivent prendre toutes dispositions en ce sens dans les deux mois qui suivent le décès de l'ancien fonctionnaire.

#### *Cotisations*

7.15 L'assurance maladie après la cessation de service est financée par des cotisations versées pour partie par l'Organisation et pour partie par les participants, sauf dans le cas des personnes visées au paragraphe suivant, qui doivent acquitter la totalité de la cotisation (c'est-à-dire leur part et celle de l'Organisation).

7.16 Ainsi qu'il est exposé au paragraphe 7.3 b), l'ancien fonctionnaire qui est admis au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service mais a cotisé pendant moins de 10 ans à un régime d'assurance maladie financé par cotisations du système des Nations Unies doit acquitter l'intégralité du coût de sa participation à l'assurance jusqu'à ce qu'il ait cotisé pendant 10 ans, après quoi l'Organisation commence à verser une subvention de prime.



7.17 Le montant de la cotisation due par l'ancien fonctionnaire est calculé en appliquant le pourcentage fixé dans la circulaire applicable à un montant représentant 50 % du traitement de base net mensuel correspondant à la classe et à l'échelon qu'avait atteints l'intéressé à la date de la cessation de service, régulièrement ajusté des augmentations au titre du coût de la vie accordées par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies. L'ajustement accordé au titre de l'augmentation du coût de la vie s'applique au montant de la pension en dollars.

7.18 Le montant des cotisations des ayants droit représente la moitié de celui acquitté par l'ancien fonctionnaire lorsqu'il assurait sa famille. Il est calculé en appliquant le pourcentage défini dans la circulaire applicable à un montant représentant 25 % du traitement de base net mensuel correspondant à la classe et à l'échelon qu'avait atteints le fonctionnaire à la date de la cessation de service et est modifié régulièrement en fonction du taux d'ajustement au coût de la vie déterminé par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies.

7.19 Le montant des cotisations des anciens fonctionnaires affiliés à l'assurance maladie après la cessation de service est calculé en appliquant le pourcentage fixé dans la circulaire applicable pour le niveau de couverture souhaité au traitement de base net mensuel de l'intéressé à la date de la cessation de service. Les pourcentages applicables sont régulièrement examinés et peuvent être modifiés en tant que de besoin.

#### *Modalités et fréquence de versement des cotisations*

7.20 Les personnes remplissant les conditions requises qui souhaitent bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service aux conditions énoncées ci-dessus sont tenues de verser leurs cotisations un mois à l'avance sous forme de versements trimestriels. Les cotisations doivent être acquittées dans une monnaie acceptée par l'Organisation des Nations Unies et, en règle générale, dans la monnaie du pays de résidence de l'assuré. L'assurance prend effet le premier jour du mois qui suit la date de la cessation de service.

#### *Changement de pays de résidence*

7.21 L'ancien fonctionnaire admis au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service qui change de pays de résidence après avoir cessé ses fonctions est tenu d'informer l'entité des Nations Unies compétente dans son nouveau pays de résidence. Sa couverture est maintenue, mais le montant des remboursements reste fonction des tarifs pratiqués dans le lieu d'affectation dans lequel il travaillait lorsqu'il a quitté l'Organisation. Il continue d'acquitter ses cotisations au taux en vigueur dans ce lieu d'affectation, le montant dû étant calculé sur la base du taux de change appliqué par les Nations Unies à la date du versement.

7.22 En principe, les cotisations sont versées dans la monnaie du nouveau pays de résidence. Le bureau chargé d'administrer le Régime dans ce pays s'assure que l'assuré était à jour dans le versement des cotisations ouvrant droit à l'assurance maladie après la cessation de service dans son ancien pays de résidence.

7.23 Si aucune entité des Nations Unies participant au Régime n'est présente dans le nouveau pays de résidence de l'ancien fonctionnaire, le Siège de l'Organisation

indique à l'ancien fonctionnaire un régime d'assurance maladie après la cessation de service comparable et détermine le montant de la cotisation à verser.

7.24 Nonobstant les dispositions du paragraphe 7.23, le fait d'avoir changé de pays de résidence n'autorise pas l'ancien fonctionnaire et ses ayants droit affiliés à l'assurance maladie après la cessation de service à participer à un régime d'assurance maladie international des Nations Unies.

#### *Types de prestations et de monnaie de remboursement*

7.25 Les prestations fournies au titre du Régime d'assurance maladie après la cessation de service sont les mêmes que celles dont bénéficient les affiliés au Régime d'assurance maladie destiné aux fonctionnaires en activité.

7.26 La monnaie de remboursement est déterminée conformément aux dispositions du paragraphe 5.8.

#### *Cessation de l'affiliation*

7.27 L'affiliation d'un ancien fonctionnaire à l'assurance maladie après la cessation de service prend fin : a) au décès de l'intéressé; b) en cas de défaut de versement des cotisations dans les délais; c) sur notification écrite à cet effet adressée par l'assuré à l'entité des Nations Unies dont il relève; d) lorsque l'assuré cesse de percevoir des prestations périodiques d'invalidité ou des indemnités périodiques (à moins qu'il reprenne le service ou qu'il ne remplisse les conditions requises pour être admis au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service).

7.28 Lorsqu'un ancien fonctionnaire est rengagé et participe donc de nouveau à la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, il cesse d'être affilié à l'assurance maladie après la cessation de service et se remet à cotiser au Régime d'assurance maladie en tant qu'actif. La couverture au titre de l'assurance maladie après la cessation de service reprend quand le fonctionnaire cesse à nouveau ses fonctions, pourvu qu'il présente une nouvelle demande d'affiliation dans les 31 jours suivant la cessation de service.

7.29 L'ayant droit cesse d'être affilié au Régime d'assurance maladie après la cessation de service :

- a) À son décès;
- b) En cas de divorce de l'ancien fonctionnaire, s'il s'agit du conjoint;
- c) À la fin de l'année où il atteint l'âge de 25 ans, s'il s'agit d'un enfant;
- d) Lorsqu'il se marie ou commence à exercer une activité professionnelle à plein temps, s'il s'agit d'un enfant;
- e) En cas de remariage, s'il s'agit du conjoint survivant;
- f) Lorsqu'il ne peut plus prétendre à la pension d'enfant qui lui était versée par la Caisse commune des pensions, s'il s'agit d'un enfant survivant assuré à son propre nom.

7.30 La participation à l'assurance maladie après la cessation de service cesse également pour défaut de versement des cotisations dans les délais requis ou sur notification écrite de résiliation adressée au bureau des ressources humaines local.

## **Section 8**

### **Confidentialité**

8.1 La confidentialité des informations médicales des participants est un élément fondamental du Régime. L'Organisation et le tiers administrateur prennent toutes les mesures raisonnables qui s'imposent pour la garantir et ne divulguent aucune information de nature médicale concernant un participant sans l'autorisation expresse de l'intéressé, sauf lorsque la vie de celui-ci est en danger ou dans les situations indiquées ci-après.

8.2 Le remboursement des frais médicaux supposant l'existence d'une nécessité médicale, l'impératif de confidentialité n'empêche pas le tiers administrateur de demander à se voir communiquer des informations de nature médicale concernant tel ou tel participant aux fins de l'examen et du traitement d'une demande de remboursement. Le participant qui refuse de communiquer les informations demandées verra sa demande de remboursement rejetée.

8.3 Sauf autorisation écrite de l'intéressé, les informations médicales fournies par le participant dans le cadre d'une demande de remboursement ne peuvent pas être utilisées à d'autres fins que l'examen de la demande. Le tiers administrateur doit obtenir l'autorisation écrite du participant avant de communiquer à l'Organisation toutes données médicales le concernant ou informations relatives aux demandes de remboursement qu'il a présentées.

8.4 Nonobstant les paragraphes qui précèdent, si le participant communique des informations médicales à une entité ou un fonctionnaire des Nations Unies, oralement ou par écrit, dans le cadre d'une demande de réexamen d'une demande de remboursement, d'un recours, d'une réclamation ou d'une plainte, il consent de fait à la communication desdites informations.

8.5 En cas de fraude ou d'abus présumé, les informations médicales de l'assuré peuvent être utilisées sans le consentement de celui-ci, soit à des fins d'enquête ou de poursuites judiciaires, soit pour des raisons administratives.

## **Section 9**

### **Différends et voies de recours**

9.1 Toutes questions concernant les remboursements sont à adresser directement au tiers administrateur. En cas de différend, l'assuré doit suivre la procédure de recours décrite dans le descriptif du Régime fourni par le tiers administrateur, qui prévoit notamment un examen externe indépendant. L'assuré doit épuiser toutes les voies de recours auprès du tiers administrateur avant de former un appel auprès du Siège.

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

9.3 On trouvera des informations détaillées concernant la procédure de recours et les documents à fournir aux fins des appels dans la circulaire d'information

applicable. Tous recours portant sur la nécessité médicale d'un service ou l'issue de l'examen d'informations médicales sont examinés en consultation avec le Service médical. Si le remboursement est finalement approuvé, le Siège indique au tiers administrateur comment l'effectuer.

## **Section 10**

### **Perte ou suspension des droits à prestations**

10.1 Le fonctionnaire et les membres de sa famille affiliés au Régime sont tenus de se conformer pleinement à la présente instruction administrative et aux dispositions du descriptif du Régime fourni par le tiers administrateur. Étant donné que ses ayants droit sont assurés à sa demande, le fonctionnaire ou ancien fonctionnaire est tenu de veiller à ce que tous les formulaires de demande de remboursement, y compris ceux concernant des services fournis à son conjoint ou ses enfants à charge, soient dûment remplis et conformes aux règles régissant le Régime. Le fonctionnaire ou ancien fonctionnaire sera donc tenu responsable en dernier ressort de toute tentative commise par un membre de sa famille affilié au Régime pour obtenir frauduleusement des prestations auxquelles il n'a pas droit.

10.2 Lorsque le tiers administrateur a des raisons de penser qu'une demande est frauduleuse, le Service des assurances et des décaissements est autorisé à en refuser le remboursement.

10.3 Le Service des assurances et des décaissements peut renvoyer toute demande présumée frauduleuse au Bureau des services de contrôle interne, qui mènera une enquête plus approfondie et prendra toutes mesures disciplinaires qui s'imposent. Il en va de même en cas de fraude présumée de la part d'un ancien fonctionnaire ou de ses ayants droit. Le refus de coopérer à une enquête peut entraîner l'imposition des mesures disciplinaires ou administratives énoncées au paragraphe 10.4.

10.4 S'il est établi à l'issue d'une enquête que l'assuré ou un de ses ayants droit affilié a méconnu le règlement régissant le Régime ou tenté d'obtenir frauduleusement des prestations auxquelles il n'avait pas droit, l'intéressé s'expose à l'une ou plusieurs des mesures suivantes :

a) L'ouverture d'une procédure disciplinaire et l'imposition de mesures disciplinaires pour faute professionnelle, comme prévu par le Statut et le Règlement du personnel, s'il s'agit d'un fonctionnaire en activité;

b) Le recouvrement des montants indûment versés, qui pourront notamment être déduits de futurs remboursements;

c) La suspension partielle ou totale de la subvention de prime de l'Organisation, temporairement ou indéfiniment;

d) La suspension de la participation au Régime, temporairement ou indéfiniment.

10.5 En outre, l'Organisation peut renvoyer toute affaire de fraude concernant un fonctionnaire ou un ancien fonctionnaire ou un de leurs ayants droit affilié au Régime aux autorités nationales compétentes.

## **Section 11**

### **Divers**

#### *Accidents du travail*

11.1 En cas de maladie ou d'accident imputable à l'exercice de fonctions officielles, les frais médicaux correspondants et les dépenses connexes sont remboursables au titre de l'appendice D du Règlement du personnel (dispositions régissant le paiement d'indemnités en cas de décès, d'accident ou de décès imputables à l'exercice de fonctions officielles au service de l'Organisation des Nations Unies). Les dépenses médicales peuvent dans un premier temps être réglées au titre du Régime, sous réserve du recouvrement ultérieur des montants payables au titre des dispositions de l'appendice D du Règlement du personnel.

#### *Renseignements complémentaires*

11.2 On trouvera des renseignements complémentaires concernant les divers types de prestations payables au titre du Régime, le barème des cotisations et des remboursements et les procédures d'adhésion dans la circulaire applicable, ainsi qu'auprès des bureaux des ressources humaines locaux, de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie au Siège et du tiers administrateur.

## **Section 12**

### **Dispositions finales**

12.1 La présente instruction entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2015.

12.2 L'instruction administrative ST/AI/343 du 31 juillet 1987 est annulée.

Le Secrétaire général adjoint à la gestion  
(*Signé*) Yukio **Takasu**

## Annexe

### **Lieux d'affectation dans lesquels le Régime n'est pas applicable**

Le Régime d'assurance médicale n'est pas applicable dans les lieux d'affectation ci-après<sup>a</sup> :

- a) Beyrouth (Commission économique et sociale pour l'Asie occidentale);
  - b) Genève;
  - c) La Haye;
  - d) Londres;
  - e) Mexico (Centre d'information des Nations Unies et Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes);
  - f) New York;
  - g) Paris;
  - h) Rome;
  - i) Santiago (Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes);
  - j) Vienne;
  - k) Washington.
- 

---

<sup>a</sup> Toutes demandes de dérogation présentées au titre du paragraphe 2.17 (Octroi d'une dérogation pour certains lieux d'affectation) doivent être adressées au siège compétent. Les autres organismes des Nations Unies établissent leur propre liste de lieux d'affectation bénéficiant d'une dérogation.