



31 mai 2024

Anglais et français seulement

## Circulaire\*

Circulaire du Contrôleur

Destinataires : Les membres du personnel et les participants au programme d'assurance maladie après la cessation de service

Objet : **Renouvellement du programme d'assurance maladie administré par le Siège de l'Organisation des Nations Unies, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2024<sup>1</sup>**

## Table des matières

	<i>Page</i>
Généralités . . . . .	3
Calcul du coût des régimes d'assurance maladie administrés par le Siège de l'Organisation des Nations Unies . . . . .	4
Campagne annuelle d'affiliation . . . . .	6
Coordination des remboursements . . . . .	7
Fraude et abus . . . . .	8
Règles et procédures d'admissibilité et d'affiliation . . . . .	8
Couples de fonctionnaires et fonctionnaires partageant la responsabilité d'un enfant remplissant les conditions requises . . . . .	10
Changements de situation survenant entre deux campagnes annuelles d'affiliation . . . . .	10
Congé spécial sans traitement . . . . .	12
Congé spécial à plein traitement ou à demi-traitement et travail à temps partiel . . . . .	13
Dispositions spéciales concernant le régime mondial de l'ONU . . . . .	13
Adresse du participant à des fins d'assurance . . . . .	14
Date effective de début et de fin de la couverture d'assurance maladie . . . . .	14

\* Date d'expiration : 30 juin 2025.

<sup>1</sup> Dans le présent document, le masculin à valeur générique a parfois été utilisé à la seule fin d'alléger le texte : il renvoie aussi bien aux femmes qu'aux hommes.



Maladie ou accident liés à l'emploi . . . . .	15
Transfert entre organisations ou lieux d'affectation, interruption de service et transfert à un organisme dont les états de paie sont gérés par un autre système . . . . .	15
Assistance médicale au cours des voyages effectués à titre personnel . . . . .	15
Cessation de l'affiliation d'un fonctionnaire ou de membres de sa famille . . . . .	16
Affiliation à l'assurance faisant suite à la perte d'emploi du conjoint . . . . .	16
Assurance maladie après la cessation de service . . . . .	17
Possibilité de conversion . . . . .	18
Délais de soumission des demandes de remboursement. . . . .	18
Remboursements par chèque . . . . .	18
Questions et litiges concernant les demandes de remboursement et les prestations . . . . .	18
Demandes de remboursement exceptionnel . . . . .	19
Documents à présenter en cas de demande de remboursement exceptionnel . . . . .	20
Sites Web de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance-vie et des tiers administrateurs . . . . .	20
<b>Annexes</b>	
I. Primes et taux de cotisation . . . . .	22
II. Prestations d'assurance médicale offertes par les régimes administrés aux États-Unis : tableau comparatif. . . . .	24
III. Anthem PPO . . . . .	28
IV. Aetna Open Choice PPO/POS II . . . . .	36
V. Health Insurance Plan of New York. . . . .	43
VI. Cigna US Dental PPO . . . . .	47
VII. UnitedHealthcare Global Assistance and Risk . . . . .	50
VIII. Programme de bien-être ActiveHealth. . . . .	54
IX. Régime mondial de l'ONU. . . . .	57
X. Annuaire des prestataires de soins de santé. . . . .	63
XI. Responsabilités essentielles des participants. . . . .	68
XII. Définitions . . . . .	70

## Généralités

1. La présente circulaire a pour objet de donner des informations sur les cinq régimes d'assurance maladie administrés par le Siège de l'Organisation des Nations Unies et d'annoncer les changements intervenant en 2024 sur le plan administratif et en ce qui concerne les régimes, notamment la modification des primes et des taux de cotisation.

2. Les modifications apportées aux primes et aux taux de cotisation prendront effet le 1<sup>er</sup> juillet 2024 pour les régimes d'assurance maladie suivants :

- a) Aetna PPO/POS : augmentation de 1,00 % ;
- b) Anthem (anciennement Empire Blue Cross) PPO : augmentation de 9,00 % ;
- c) Health Insurance Plan of New York : augmentation de 13,57 % ;
- d) régime mondial de l'ONU : pas d'augmentation ;
- e) Cigna US Dental PPO : pas d'augmentation.

Pour plus de précisions, on se reportera à l'annexe I.

3. À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2024, les prestations offertes par le régime Aetna PPO seront modifiées comme suit :

Prise en charge de la mammographie 3D.

4. À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2024, les prestations offertes par le régime Anthem PPO seront modifiées comme suit :

a) Augmentation de la part à la charge de l'assuré pour les soins d'urgence, qui passe de 75 dollars à 100 dollars ;

b) Réduction du taux de remboursement des prestataires hors réseau (à l'exception de la santé comportementale et de la kinésithérapie), qui passe de 275 % du taux Medicare à 200 %, afin que les pratiques de remboursement soient mieux alignées sur les normes en vigueur sur le marché<sup>2</sup> ;

c) Réduction du taux de remboursement de la kinésithérapie hors réseau, qui passe de 200 % du taux Medicare à 175 %, afin que les pratiques de remboursement soient mieux alignées sur les normes en vigueur sur le marché, Anthem devant confirmer la nécessité médicale.

5. À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2024, les prestations offertes par le régime mondial de l'ONU seront modifiées comme suit :

a) Augmentation du nombre maximal de tentatives de traitement de l'infertilité prises en charge, qui passe de trois à six ;

b) Augmentation de la prise en charge des vaccinations de 80 % + Assurance médicale gros risques (total combiné de 96 %) à 100 % (voir annexe IX) ;

c) Suppression du plafond de 5 000 dollars pour les soins palliatifs ;

d) Suppression de l'exigence d'affiliation de 12 mois au régime mondial de l'ONU avant de pouvoir bénéficier de la prise en charge des verres correcteurs (lunettes et lentilles) et de la chirurgie ophtalmologique corrective visant à modifier la dioptrie.

<sup>2</sup> Pour déterminer le montant des tarifs raisonnables et habituels dans le cadre du plan Anthem PPO pour les prestataires hors réseau, on se sert des informations communiquées par Medicare.

6. Il est rappelé aux fonctionnaires et aux retraités actuellement affiliés au régime mondial de l'ONU qui envisagent de faire couvrir ceux des membres de leur famille qui y ont droit et qui résident aux États-Unis d'Amérique ou qui comptent se faire soigner régulièrement dans ce pays qu'ils doivent s'affilier à l'un des régimes administrés aux États-Unis avant le 1<sup>er</sup> juillet 2024, étant donné que la prise en charge offerte par le régime mondial n'est pas adaptée à ce pays. Les personnes qui choisissent de rester affiliées au régime mondial de l'ONU seront soumises aux limites de remboursement et aux restrictions applicables aux dépenses engagées aux États-Unis qui sont entrées en vigueur. En outre, les membres du personnel ou les retraités résidant ou travaillant aux États-Unis ne peuvent pas adhérer au régime mondial de l'ONU. Pour plus de précisions, on se référera au paragraphe 47 de la section de la présente circulaire intitulée « Dispositions spéciales relatives au régime mondial de l'ONU ».

7. Un membre du personnel ou un retraité ne peut pas affilier les membres de sa famille remplissant les conditions requises à un autre régime d'assurance maladie que le sien. De plus, il n'est pas possible d'assurer uniquement les membres de la famille, d'être affilié à deux régimes subventionnés par l'ONU à la fois, ni d'être affilié en même temps au régime mondial de l'ONU et au régime d'assurance dentaire Cigna.

8. Les membres du personnel et les retraités participant au programme d'assurance maladie de l'ONU noteront que la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie intensifie sa communication en vue de les renseigner sur les prestations qui leur sont offertes et sur l'esprit des régimes d'assurance maladie proposés par l'Organisation, ce qui leur permettra d'être pleinement informés des exigences à respecter pour bénéficier des prestations d'assurance proposées. Il est appelé aux membres du personnel qu'ils doivent mettre à jour leur adresse postale dans le système Umoja de l'Organisation des Nations Unies, le système Quantum du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le système SAP du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ou le système « oneUNOPS » du Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets (UNOPS) ; les retraités sont priés d'informer la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie dès que leur adresse électronique ou leur adresse postale change.

#### **Calcul du coût des régimes d'assurance maladie administrés par le Siège de l'Organisation des Nations Unies**

9. Mis à part le Health Insurance Plan of New York, les régimes d'assurance maladie administrés par le Siège de l'ONU sont tous des régimes d'auto-assurance, autrement dit des régimes dans lesquels le risque financier n'est pas assumé par l'assureur. Le coût de ces régimes est déterminé avant tout par les soins médicaux reçus par les participants et le volume des remboursements accordés. Les cotisations annuelles versées par les assurés et la partie de la prime payée par les entités des Nations Unies participantes servent à couvrir le coût des prestations et les droits administratifs fixes à acquitter pour chaque assuré principal (fonctionnaire ou retraité), lesquels représentent moins de 4 % des dépenses totales pour les régimes administrés aux États-Unis et environ 8 % pour le régime mondial de l'ONU. Les coûts de l'assurance maladie sont supportés collectivement par les participants et par l'Organisation, selon les modalités suivantes :

a) Pour les régimes administrés aux États-Unis, l'Organisation prend en charge au maximum deux tiers des coûts, le reste étant à la charge des participants, selon la répartition approuvée par l'Assemblée générale ;

b) Pour le régime mondial de l'ONU, les coûts sont à la charge de l'Organisation et des participants à parts à peu près égales, selon la répartition approuvée par l'Assemblée générale ;

c) Ni la partie de la prime mensuelle acquittée par les participants ni celle subventionnée par l'Organisation n'est calculée au prorata. Le montant total de la prime mensuelle est perçu, quelle que soit la date à laquelle la couverture entre en vigueur ou prend fin au cours d'un mois.

10. Mis à part le Health Insurance Plan of New York, les régimes d'assurance maladie administrés par le Siège de l'ONU sont tous des régimes d'auto-assurance, de sorte que Aetna, Anthem et Cigna se bornent à fournir des services administratifs à l'Organisation, comme prévu dans les accords conclus avec l'ONU. Ces accords permettent à l'Organisation de mettre à profit les connaissances spécialisées de ces compagnies d'assurance en matière d'admissibilité et de traitement des demandes de remboursement, et de bénéficier des services de paiement direct et des tarifs réduits que celles-ci ont négociés avec les prestataires de soins de santé qui font partie de leur réseau.

11. À l'exception du régime Health Insurance Plan of New York, les régimes d'assurance maladie administrés par le Siège de l'Organisation sont tarifés selon les antécédents. Autrement dit, les primes annuelles sont calculées sur la base du coût des soins médicaux ou dentaires reçus par les participants au cours des années précédentes, de l'effet escompté de la croissance de la consommation de services de santé et de l'inflation des tarifs médicaux, et des droits administratifs à verser pour l'année à venir. Les éléments qui sous-tendent l'augmentation des coûts de l'assurance maladie pour les participants sont les suivants :

- a) la croissance continue de la consommation de soins de santé ;
- b) l'augmentation continue du prix des soins de santé ;
- c) les dépenses de santé faites dans des lieux où les soins coûtent cher.

12. Après une année de forte consommation de soins de santé, l'augmentation des primes est susceptible d'être relativement marquée. Inversement, si la consommation a été modérée, il est probable que les primes n'augmenteront que modestement. Le montant des primes annuelles est calculé de façon à couvrir les frais médicaux et les frais administratifs pendant la période de 12 mois à venir. Chaque année, le coût global escompté du programme est exprimé sous forme de primes, puis pris en charge collectivement par les participants et l'Organisation, selon la répartition établie par l'Assemblée générale et décrite au paragraphe 9 ci-dessus.

13. Pour contenir l'augmentation des primes, les participants aux régimes d'assurance maladie se doivent d'être des consommateurs avertis. Les dépenses doivent être engagées pour des services et des traitements médicalement nécessaires, et non pour la commodité du médecin ou du patient. On attend des participants qu'ils soient attentifs au coût des soins et des traitements qu'ils entendent recevoir et qu'ils en tiennent dûment compte dans leur choix, sans leur demander pour autant de sacrifier la qualité et l'efficacité des soins. Aux États-Unis, les montants remboursés sont limités, car calculés sur la base des tarifs raisonnables et habituels et non sur les frais effectivement facturés par le prestataire de soins de santé ; il faut donc que les participants s'efforcent dans toute la mesure possible de s'adresser à des prestataires faisant partie du réseau. Les prestataires hors réseau facturent des frais plus élevés et peuvent exposer les participants à un risque financier.

14. Le régime Health Insurance Plan of New York est un régime à tarification universalisée, ce qui signifie que les primes sont calculées sur la base du montant moyen des dépenses médicales de tous les employeurs qui acquièrent le même type de couverture dans le cadre du régime, et pas uniquement de celles des participants de l'ONU. Les primes des régimes à tarification universalisée, et donc celles du

régime Health Insurance Plan of New York, sont régies par le New York State Insurance Department.

15. Tous les régimes proposés dans le cadre du programme d'assurance maladie administré par le Siège de l'Organisation offrent une protection contre le coût élevé des services de santé, lesquels englobent aussi bien les soins préventifs que la gestion des maladies chroniques ou les traitements dispensés en cas de maladie grave ou d'accident. Les primes perçues sont mises en commun, et ce montant global sert à régler les demandes de remboursement. Pour que les régimes restent viables et d'un coût abordable, les participants sont censés acquitter régulièrement leurs cotisations, indépendamment de leur état de santé et de leur besoin de prise en charge. Des règles strictes d'affiliation et de résiliation ont été mises en place en vue d'éviter les abus et d'empêcher qu'une personne ne contracte une assurance que lorsqu'elle a besoin de services de santé. L'octroi de rabais aux personnes qui demandent peu de remboursements n'est pas autorisé.

16. Les initiatives favorisant le bien-être sont un autre moyen de maîtriser les coûts. Certains fonctionnaires, retraités et membres de leur famille concernés tirent avantage des solutions de gestion des maladies et de bien-être offertes par le programme ActiveHealth, proposé depuis décembre 2008 aux personnes affiliées aux régimes proposés par Aetna et Anthem, ce qui a déjà eu des effets positifs avérés sur leur état de santé et fait baisser les coûts. Afin de maximiser les bienfaits obtenus sur les plans de la santé et du bien-être tout en maîtrisant au mieux les coûts, les participants sont encouragés à tirer pleinement parti de ce programme, notamment en accédant au site Web MyActiveHealth.

17. Pour améliorer l'accès aux soins sans que leur viabilité financière soit menacée, les régimes d'assurance maladie administrés par le Siège de l'Organisation proposent des services de télémédecine, qui donnent à leurs participants accès à des consultations en temps réel, par téléphone ou en visioconférence, avec un prestataire de santé. Ces services sont offerts par l'intermédiaire de Teladoc (Aetna), LiveHealth Online (Anthem) ou Cigna Global Telehealth (régime mondial de l'ONU).

### **Campagne annuelle d'affiliation**

18. La campagne d'affiliation pour l'année 2024 se déroule du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2024 et ne concerne que les membres du personnel en activité. Pendant cette période, ceux-ci peuvent apporter les modifications voulues à leur couverture d'assurance maladie, autrement dit changer de régime ou affilier ou désaffilier un membre de leur famille, dans le portail Umoja-personnel. Les membres du personnel des organisations qui ne fonctionnent pas avec Umoja (PNUD, UNICEF et UNOPS, par exemple) doivent soumettre à leur organisation un formulaire à cet effet pendant la campagne d'affiliation. Ces démarches doivent être effectuées avant le 30 juin 2024 : le système mettra automatiquement fin à la campagne à cette date et tous les changements prendront effet le 1<sup>er</sup> juillet 2024. Après le 30 juin 2024, seuls les changements de situation professionnelle ou personnelle satisfaisant aux critères requis et énumérés dans la présente circulaire (voir par. 39 à 42) pourront donner lieu à une modification de la couverture d'assurance. On pourra obtenir un complément d'information et des réponses à des questions plus précises concernant les régimes d'assurance maladie administrés par le Siège de l'Organisation en s'adressant par courrier électronique ou en personne à la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie :

Salle FF-300, 304 East 45th Street, New York, New York 10017

Horaires d'ouverture : Le mardi de 9 heures à 12 h 30

Le jeudi de midi à 15 h 30

Adresse électronique : [HLIS@un.org](mailto:HLIS@un.org)

Site Web : [www.un.org/insurance](http://www.un.org/insurance)

19. La campagne d'affiliation de 2024 sera le seul moment avant la campagne suivante, en juin 2025, où les membres du personnel pourront a) s'affilier ou mettre fin à leur affiliation à un régime d'assurance administré par le Siège de l'ONU, b) changer de régime d'assurance ou c) affilier ou désaffilier des membres de leur famille, sachant toutefois que des dispositions spéciales prévoient que de tels changements peuvent être opérés entre les campagnes annuelles en cas d'événements précis – mariage, divorce, décès, naissance ou adoption d'un enfant ou transfert dans une autre entité des Nations Unies, par exemple. La liste de ces événements est donnée aux paragraphes 39 à 42 de la présente circulaire.

20. Les participants à l'assurance maladie après la cessation de service qui changent de pays de résidence principale après avoir cessé leurs fonctions peuvent opter pour un régime d'assurance qui correspond mieux à leur nouveau pays de résidence. Dans ce cas, le changement de régime prend effet le premier jour du mois suivant réception d'une notification écrite de l'assuré indiquant qu'il a changé de pays de résidence ou dès que possible après cette date. Les personnes qui sont affiliées, après la cessation de service, à des régimes d'assurance maladie administrés aux États-Unis (Aetna PPO/POS et Anthem PPO) ne peuvent changer de régime qu'après deux années d'affiliation.

21. Les nouvelles affiliations, changements de régime ou modifications de la couverture familiale demandés durant la campagne d'affiliation de 2024 prennent effet le 1<sup>er</sup> juillet 2024.

22. Les affiliés qui passent d'Aetna à Anthem ou vice-versa et qui ont acquitté tout ou partie de leur franchise annuelle durant les six premiers mois de l'année peuvent, sous certaines conditions, se voir créditer le montant correspondant dans le nouveau régime pour les six derniers mois de l'année. L'application de ce crédit n'étant pas automatique, l'intéressé doit obligatoirement :

- a) en faire officiellement la demande à l'aide du formulaire prévu à cet effet ;
- b) joindre à sa demande le relevé des prestations original attestant du montant de la franchise qu'il a déjà acquitté pour l'année civile pour lui-même et chaque personne à charge concernée.

23. Le formulaire de demande de transfert du montant acquitté au titre de la franchise est disponible sur le site Web de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie (<https://www.un.org/insurance/content/forms>). Afin de recevoir le crédit, les participants doivent envoyer le formulaire rempli assorti du relevé des prestations à la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie (et non à Aetna ou Anthem), par courrier électronique à l'adresse [HLIS@un.org](mailto:HLIS@un.org), au plus tard le 31 août 2024.

### **Coordination des remboursements**

24. Les régimes d'assurance maladie proposés par l'ONU ne remboursent pas le coût des services qui ont été ou devraient être remboursés par un autre régime d'assurance ou de protection sociale ou par un mécanisme similaire. Dans ce cas, les remboursements sont coordonnés de manière à être aussi généreux que possible sans toutefois dépasser les dépenses engagées. Les participants sont censés informer le tiers administrateur concerné (Aetna, Anthem ou Cigna) lorsqu'une demande de remboursement peut également être présentée à une autre compagnie d'assurance. Dans le cadre des services administratifs qu'elles fournissent à l'ONU, Aetna et

Anthem mènent des opérations de coordination des remboursements. Les remboursements sont coordonnés comme suit :

- a) Anthem envoie directement des questionnaires annuels aux participants ;
- b) Aetna fait appel aux services de la Rawlings Company.

Les participants sont tenus de remplir et de renvoyer les questionnaires qu'ils reçoivent des tiers administrateurs.

### **Fraude et abus**

25. C'est aux participants et non à l'Organisation qu'il revient de veiller à la bonne utilisation de l'assurance. Les tiers administrateurs sont chargés d'effectuer des opérations de contrôle et de conformité pour mettre en évidence les cas de fraude potentiels. Tout acte de fraude ou abus commis par un participant (membre du personnel en activité, retraité ou membre de leur famille couvert) entraînera :

- a) la résiliation immédiate de l'assurance du participant ou des personnes à charge, ou la suspension de toute subvention versée par l'Organisation, selon le cas ;
- b) la mise en recouvrement des prestations déjà versées par les tiers administrateurs ;
- c) l'imposition d'autres mesures administratives ou disciplinaires par application de la disposition 10.2 du Règlement du personnel, celles-ci pouvant aller jusqu'au renvoi pour faute ;
- d) la saisine des autorités nationales compétentes par l'Organisation.

26. Les actes de fraude ou abus commis par un prestataire seront gérés conformément aux procédures applicables des tiers administrateurs et les affaires correspondantes pourront être renvoyées aux autorités locales et à l'Organisation. Les participants sont tenus d'examiner attentivement le relevé des prestations qui leur a été envoyé pour s'assurer que le prestataire n'a facturé que les services qui ont été effectivement fournis. Il leur incombe également de signaler tout montant facturé douteux aux tiers administrateurs à des fins d'enquête.

### **Règles et procédures d'admissibilité et d'affiliation**

27. Toutes les personnes titulaires d'un engagement d'au moins trois mois peuvent s'affilier et affilier les membres de leur famille remplissant les conditions requises au programme d'assurance maladie de l'ONU. En outre, les personnes titulaires d'un engagement temporaire prolongé une ou plusieurs fois et dont la durée totale représente au moins trois mois de service continu peuvent s'affilier et affilier les membres de leur famille dès le début du contrat pendant lequel le seuil minimal de trois mois est atteint.

28. Les personnes titulaires d'un engagement temporaire de moins de trois mois peuvent s'affilier, à titre personnel uniquement, au régime d'assurance maladie de courte durée de l'ONU proposé par Cigna, en fonction des disponibilités. On trouvera des informations sur le programme d'assurance prévu pour les engagements temporaires de moins de trois mois sur le site Web de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie (<https://www.un.org/insurance>). Les membres du personnel affiliés au régime d'assurance maladie de courte durée peuvent s'affilier à l'un des régimes d'assurance maladie ordinaires et leur couverture au titre du régime de courte durée prend fin lorsque leur engagement temporaire est prolongé jusqu'à trois mois ou plus. Si l'engagement temporaire est prolongé jusqu'à trois mois ou plus, le membre du personnel ne peut pas être couvert par le régime d'assurance maladie de courte durée. La couverture des membres du personnel au titre du régime



de courte durée prend fin et ceux-ci peuvent s'affilier à un régime d'assurance maladie administré par l'ONU. Cette affiliation n'est pas automatique : il convient d'en faire la demande dans les 31 jours suivant la date de prorogation du contrat dans le portail Umoja-personnel ou, pour les membres du personnel dont le dossier n'est pas administré dans Umoja, en adressant au bureau des ressources humaines le formulaire prévu à cet effet.

29. Les personnes engagées en vertu d'un contrat-cadre n'ont pas droit au programme d'assurance maladie de l'ONU.

30. Conformément aux dispositions relatives à l'assurance maladie après la cessation de service, les retraités et les personnes à charge survivantes (conjoint ou enfants) couverts par l'assurance maladie après la cessation de service qui sont engagés ou réengagés par l'ONU ou toute autre organisation affiliée à la Caisse des pensions peuvent continuer de bénéficier de cette assurance, à moins que leur période de service exige qu'ils cotisent ou recommencent à cotiser à la Caisse, auquel cas ils doivent y renoncer et s'affilier à un régime d'assurance en tant que membres du personnel en activité. Pour ce faire, ils doivent soumettre un formulaire de demande d'affiliation à la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie pendant la période d'admissibilité. Ils peuvent alors choisir de conserver le même niveau de prise en charge ou le modifier. Ils seront de nouveau admis au bénéfice de l'assurance maladie après la cessation de service quand ils cesseront leurs fonctions, pourvu qu'ils présentent une nouvelle demande d'affiliation dans les 31 jours suivant la cessation de service. Le niveau de prise en charge alors assuré sera celui qui était procuré initialement, avant la période de service. S'ils ne présentent pas de nouvelle demande dans les 31 jours suivant la cessation de service, leur couverture d'assurance maladie sera interrompue, et la réaffiliation ne sera effectuée que lorsqu'ils se seront acquittés de l'intégralité des cotisations dues au titre de l'assurance maladie après la cessation de service.

31. Dans la présente circulaire, l'expression « membres de la famille remplissant les conditions requises » ne renvoie pas aux personnes indirectement à charge, aux membres de la famille des personnes titulaires d'un engagement temporaire de moins de trois mois ou aux membres de la famille des employés occasionnels. Elle désigne le conjoint légitime et l'enfant ou les enfants répondant aux critères énoncés au paragraphe 32 ci-dessous. Aux fins du programme d'assurance maladie de l'ONU, l'assuré ne peut avoir qu'un seul conjoint.

32. Remplit les conditions requises l'enfant non marié qui répond à la définition d'enfant à charge énoncée dans le Règlement du personnel. Un enfant qui répondrait à la définition d'enfant à charge donnée dans le Règlement du personnel, abstraction faite de l'âge limite jusqu'auquel il est considéré comme enfant à charge, et qui fait partie des membres du ménage enregistrés dans les systèmes Umoja (ONU), Quantum (PNUD), SAP (UNICEF) ou « oneUNOPS » (UNOPS) peut être affilié à un régime d'assurance 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. Tout enfant en situation de handicap peut conserver son affiliation au-delà de l'âge de 25 ans pourvu que son handicap soit attesté par la Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail, si le parent est un fonctionnaire en activité, ou par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, si le parent est retraité.

33. Les membres du personnel qui ne sont pas couverts par un des régimes d'assurance maladie proposés par l'ONU ou qui sont affiliés à l'assurance d'un membre de leur famille sont vivement encouragés à obtenir une couverture d'assurance maladie pour eux-mêmes et les membres de leur famille qui y ont droit pendant la campagne annuelle d'affiliation ou à la suite d'un événement ouvrant droit

à l'affiliation. Le coût élevé des soins médicaux peut en effet entraîner des difficultés financières pour les personnes qui ne disposent pas d'une telle couverture en cas de maladie ou d'accident. Les maladies et les accidents ne sont pas des événements ouvrant droit à l'affiliation au programme d'assurance maladie de l'ONU.

### **Couples de fonctionnaires et fonctionnaires partageant la responsabilité d'un enfant remplissant les conditions requises**

34. Si deux fonctionnaires de l'Organisation sont mariés, ils peuvent choisir d'être couverts soit séparément, à titre individuel, soit ensemble, auquel cas l'assurance, qu'elle ne les couvre que tous les deux ou couvre d'autres membres de leur famille, doit être souscrite par celui des deux qui perçoit le traitement le plus élevé. Le membre du personnel qui perçoit le traitement le moins élevé ne peut souscrire l'assurance que si celui qui perçoit le traitement le plus élevé est en congé spécial sans traitement et ce, uniquement pendant la durée du congé.

35. Pour savoir quel est le membre du personnel qui perçoit le traitement le plus élevé, on compare le traitement net considéré aux fins de l'assurance maladie des deux intéressés. Le traitement net considéré aux fins de l'assurance maladie correspond au traitement brut diminué de la contribution du personnel et augmenté de l'indemnité transitoire, de l'indemnité de parent isolé, de l'indemnité pour conjoint à charge, de la prime de connaissances linguistiques et de l'indemnité de non-résident, selon le cas. Si les deux fonctionnaires en poste dans le même lieu d'affectation appartiennent à la même catégorie et ont un poste de même classe, celui qui perçoit le traitement le plus élevé est celui qui a au moins deux échelons de plus que l'autre.

36. Lorsque deux membres du personnel ont chacun leur propre couverture et sont les parents d'un ou de plusieurs enfants remplissant les conditions requises au sens du paragraphe 32 ci-dessus, l'assurance doit être souscrite par celui qui perçoit l'indemnité pour charges de famille. Si l'enfant ou les enfants remplissant les conditions requises ont dépassé l'âge limite jusqu'auquel il sont considérés comme enfants à charge, l'assurance doit être souscrite par le membre du personnel qui aurait perçu l'indemnité pour charges de famille pour l'enfant ou les enfants abstraction faite de la limite d'âge.

37. Seule exception aux dispositions énoncées au paragraphe 34 ci-dessus, lorsqu'une personne titulaire d'un engagement temporaire est mariée à un membre du personnel titulaire d'un engagement à durée déterminée, d'un engagement continu ou d'un engagement à titre permanent et appartenant à la même catégorie, c'est le membre du personnel dont l'engagement n'est pas temporaire qui doit souscrire l'assurance pour les deux conjoints ou la famille.

38. Il convient de noter que, pour les retraités n'ayant pas opté pour une couverture individuelle, si l'un des conjoints prend sa retraite avant l'autre, le conjoint encore en activité doit devenir le titulaire de l'assurance, même si le conjoint retraité l'était jusqu'à la date de son départ à la retraite et remplit par ailleurs les conditions requises pour bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service. Le fonctionnaire qui part à la retraite doit néanmoins faire une demande d'affiliation à l'assurance maladie après la cessation de service auprès de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie afin de préserver son droit de bénéficier de cette prestation plus tard.

### **Changements de situation survenant entre deux campagnes annuelles d'affiliation**

39. En dehors des campagnes annuelles d'affiliation, les fonctionnaires et les membres de leur famille remplissant les conditions requises ne peuvent s'affilier à un

régime d'assurance maladie administré par le Siège de l'ONU que si au moins l'un des événements ci-après se produit, pour autant que l'affiliation soit demandée dans les 31 jours sur le portail Umoja-personnel, pour le personnel de l'ONU, ou au moyen d'un formulaire à cet effet dûment rempli et adressé au bureau des ressources humaines, pour le personnel des entités des Nations Unies qui participent au programme d'assurance maladie de l'ONU :

a) Pour l'assurance maladie : obtention d'un engagement initial de durée déterminée ou temporaire d'au moins trois mois au Siège de l'ONU ou, dans le cas d'un engagement temporaire, atteinte d'un seuil de trois mois d'emploi continu à mi-temps au minimum ;

b) Pour l'assurance dentaire : obtention d'un premier engagement de durée déterminée ou temporaire d'au moins trois mois au Siège de l'ONU ;

c) Transfert ou affectation dans un autre lieu d'affectation, même à titre temporaire. La date de l'événement ouvrant droit à l'affiliation est la date indiquée dans la notification administrative et non la date du voyage. Lorsque les membres de la famille concernés résident dans un autre lieu, le fonctionnaire doit demander leur affiliation soit pendant la campagne d'affiliation, dans le portail Umoja-personnel, soit dans les 31 jours suivant la date du premier voyage remboursé par l'ONU effectué aux fins de leur installation dans le nouveau lieu d'affectation ;

d) Réintégration, conformément à la disposition 4,17 du Règlement du personnel ;

e) Retour de congé spécial sans traitement, si l'affiliation a été suspendue pendant le congé : l'intéressé est alors automatiquement affilié au même régime d'assurance maladie et bénéficie du même type de couverture qu'avant le congé (autrement dit, il ne peut pas affilier les membres de sa famille si ceux-ci n'étaient pas couverts avant le congé, à moins que les événements visés aux alinéas f), g), i) et j) ci-dessous se soient produits pendant le congé) ;

f) Mariage ou équivalent, reconnu par l'organisation concernée, pourvu que le conjoint qui est membre du personnel soit déjà affilié ;

g) Naissance, adoption légale ou reconnaissance du handicap, conformément au paragraphe 32 ci-dessus, d'un ou de plusieurs enfants, pourvu que le parent qui est membre du personnel soit déjà affilié ;

h) Divorce ou perte de l'emploi à temps plein d'un ou de plusieurs enfants remplissant les conditions requises, pourvu que le parent qui est membre du personnel soit déjà affilié ;

i) Perte de la couverture offerte par le régime d'assurance du conjoint, conformément au paragraphe 64 ci-dessous ;

j) Absence en voyage officiel ou congé officiel (congé annuel, congé de maladie ou congé spécial, par exemple) pendant toute la durée de la campagne annuelle. L'affiliation doit être effectuée dans les 31 jours suivant le retour dans le lieu d'affectation, soit sur le portail Umoja-personnel, pour le personnel de l'ONU, soit au moyen d'un formulaire de demande dûment rempli et adressé au bureau des ressources humaines, pour le personnel des entités des Nations Unies participant au programme d'assurance maladie.

40. Les fonctionnaires doivent demander par écrit à la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie de mettre fin à l'affiliation de membres de leur famille aux régimes d'assurance maladie administrés par le Siège de l'ONU lorsque l'un des événements suivants se produit :

- a) Divorce (désaffiliation du conjoint) ;
- b) Décès d'un membre de la famille couvert ;
- c) Mariage d'un enfant couvert ;
- d) Emploi à plein temps d'un enfant couvert ;

e) Engagement non temporaire du conjoint au Secrétariat ou dans un organisme des Nations Unies, pour autant que celui-ci perçoive le traitement le plus élevé et n'opte pas pour une couverture individuelle.

Lorsque deux fonctionnaires sont mariés, ils peuvent choisir d'être couverts soit séparément, à titre individuel, soit ensemble, auquel cas l'assurance, qu'elle ne les couvre que tous les deux ou couvre d'autres membres de leur famille, doit être souscrite par celui des deux qui perçoit le traitement le plus élevé.

41. La couverture prend fin le premier jour du mois suivant la date de l'évènement justifiant la résiliation, après quoi le fonctionnaire assume toutes les dépenses de santé engagées pour le membre de la famille ne remplissant plus les conditions requises.

42. Au retour d'un congé spécial sans traitement, si l'affiliation a été suspendue durant le congé, l'intéressé est automatiquement affilié au même régime d'assurance maladie et bénéficie du même type de couverture qu'avant le congé, mais il peut aussi décider de résilier son assurance dans les 31 jours suivant son retour de congé.

43. Dans tous les cas cités dans les paragraphes 39 à 42 ci-dessus, l'affiliation, la réaffiliation ou la résiliation doivent être effectuées dans les 31 jours suivant l'évènement justifiant la mesure. En dehors des campagnes annuelles, toute affiliation motivée par une circonstance non énumérée aux paragraphes 39 à 42 ci-dessus ou non demandée dans le portail Umoja-personnel dans les 31 jours suivant l'évènement qui y ouvre droit sera rejetée. Les membres du personnel qui, pour quelque raison que ce soit, ne sont pas certains de pouvoir rester couverts par un régime d'assurance extérieur sont exhortés à envisager de s'affilier à un régime proposé par l'ONU pendant la campagne en cours.

#### **Congé spécial sans traitement**

44. Les fonctionnaires bénéficiant d'un congé spécial sans traitement peuvent choisir de conserver leur couverture d'assurance maladie ou de la suspendre pendant la durée du congé, dans les conditions suivantes :

a) **Maintien de la couverture d'assurance pendant le congé spécial sans traitement.** Si l'intéressé décide de rester assuré pendant la période de congé spécial sans traitement, il doit en informer par écrit la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie au moins 31 jours avant le début du congé. La Section exigera alors un justificatif de l'approbation du congé, ainsi qu'un versement correspondant au montant total du coût de l'assurance (c'est-à-dire la cotisation du membre du personnel et la part de l'Organisation, étant donné qu'aucune subvention n'est versée pendant ce type de congé). Si le congé est d'une durée supérieure à six mois, les primes peuvent être payées en plusieurs versements semestriels. Si l'intéressé n'acquiesce pas à l'avance le montant dû, son assurance sera résiliée sans préavis. Si le congé est d'une durée d'au moins six mois, le membre du personnel peut être autorisé à opter pour un régime d'assurance maladie plus adapté au lieu où il résidera pendant son congé. Les personnes affiliées au régime mondial de l'ONU qui résideront aux États-Unis pendant leur congé spécial, quelle qu'en soit la durée, peuvent toutefois s'affilier à un des régimes proposés par Aetna ou Anthem ou au régime d'assurance dentaire Cigna ;

b) **Résiliation de la couverture d'assurance pendant le congé spécial sans traitement.** Si l'intéressé décide de ne pas rester assuré pendant la période de congé spécial sans traitement, il doit en informer la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie dès le début du congé :

- i) S'il est marié à un autre membre du personnel, il peut être couvert par la police de son conjoint, pour autant que celui-ci reste en activité ;
- ii) Il ne pourra pas se réaffilier avant de reprendre ses fonctions ;

c) **Réaffiliation après un congé spécial sans traitement.** Lorsque l'intéressé reprend ses fonctions à l'issue du congé spécial sans traitement, Umoja rétablit automatiquement les conditions d'assurance maladie qui prévalaient avant le congé (affiliation au même régime d'assurance maladie et octroi du même type de couverture). Dans les autres organismes des Nations Unies, la réaffiliation doit se faire par l'intermédiaire du bureau des ressources humaines dont dépend l'intéressé. Si un membre du personnel de l'ONU souhaite renoncer à son assurance après un congé spécial sans traitement, il doit en demander la résiliation dans les 31 jours suivant la date de son retour, faute de quoi il devra attendre la campagne annuelle d'affiliation suivante ou un événement justifiant un tel changement.

#### **Congé spécial à plein traitement ou à demi-traitement et travail à temps partiel**

45. Les membres du personnel en congé spécial à plein traitement ou à demi-traitement continuent d'être couverts par le régime d'assurance maladie auquel ils étaient affiliés avant le congé.

46. Pour les personnes travaillant à temps partiel pendant au moins un mois complet, l'Organisation subventionne un montant proportionnel au temps partiel des membres du personnel. Les membres du personnel doivent acquitter la différence entre leurs propres contributions et celles de l'Organisation et le montant qui aurait été payé s'ils avaient été employés à plein temps.

#### **Dispositions spéciales concernant le régime mondial de l'ONU**

47. Le régime mondial de l'ONU ne couvre que les membres du personnel en poste dans un pays autre que les États-Unis et les anciens fonctionnaires résidant et ayant une adresse postale dans un pays autre que les États-Unis. Ceux qui résident aux États-Unis, de même que les membres de leur famille, ne peuvent pas s'y affilier, la couverture proposée n'étant pas adaptée au coût des soins de santé dans ce pays.

48. Toutefois, le régime mondial de l'ONU pourrait être adapté au cas des enfants à charge qui vont à l'école ou à l'université aux États-Unis et qui sont tenus de s'affilier au régime d'assurance maladie de leur établissement. Dans pareil cas, le régime d'assurance maladie auquel l'enfant sera affilié par l'intermédiaire de son école ou de son université sera considéré comme son assurance principale et le régime mondial de l'ONU comme son assurance complémentaire.

49. Il est déconseillé aux bénéficiaires du régime mondial de l'ONU de recevoir des soins de santé aux États-Unis, car ce régime n'y offre pas une couverture adéquate, la limite de remboursement étant plafonnée à 250 000 dollars et les tarifs élevés pratiqués dans ce pays n'étant pas pris en compte dans le calcul des primes d'assurance. Les participants qui reçoivent régulièrement des soins médicaux ne relevant pas de la médecine d'urgence aux États-Unis sont tenus de s'affilier à un régime administré dans ce pays durant la campagne annuelle d'affiliation.

50. Les conditions de soins aux États-Unis sont celles prévues dans le régime mondial de l'ONU, au titre desquelles les participants sont redevables de toute somme excédant le montant maximum remboursable pour les soins concernés ou le plafond

annuel de prise en charge. Les participants doivent acquitter une franchise annuelle de 5 000 dollars par personne ou 15 000 dollars par famille, après quoi les soins de santé reçus dans le pays sont pris en charge par le régime. Par ailleurs, ces dépenses ne sont pas prises en charge par l'Assurance médicale gros risques. Les participants qui souhaitent recevoir des soins aux États-Unis doivent obligatoirement solliciter une autorisation préalable, ce qui permet au tiers administrateur du régime mondial de proposer d'autres solutions et de négocier des rabais importants. Les fonctionnaires et les membres de leur famille concernés doivent impérativement être couverts par le même régime d'assurance maladie.

51. Les dépenses de santé que rembourse le régime mondial de l'ONU sont engagées dans le monde entier, si bien que leur montant varie en fonction du lieu où elles sont contractées. Pour que le montant des primes soit globalement proportionnel au montant total attendu des demandes de remboursement dans tel ou tel lieu d'affectation, trois groupes tarifaires ont été établis. Le groupe tarifaire auquel appartient un fonctionnaire dépend du lieu d'affectation auquel il est rattaché, même si les membres de sa famille couverts n'y résident pas ou les soins sont obtenus principalement en dehors de celui-ci. Pour les retraités, c'est l'adresse postale qui est prise en compte pour déterminer le groupe tarifaire applicable. Ni l'adresse postale ni le lieu d'affectation ne peuvent se trouver aux États-Unis.

#### **Adresse du participant à des fins d'assurance**

52. Il incombe au fonctionnaire ou au retraité de s'assurer que l'adresse postale sauvegardée dans le système d'enregistrement de son organisation (Umoja pour l'ONU, Quantum pour le PNUD, SAP pour l'UNICEF et oneUNOPS pour l'UNOPS) est correcte, complète et à jour. L'adresse faisant partie des données personnelles de chaque fonctionnaire, les membres du personnel de l'ONU doivent la mettre à jour dans le portail Umoja-personnel, et ceux du PNUD, de l'UNICEF et de l'UNOPS doivent pour ce faire contacter leurs centres de services respectifs. Les retraités doivent signaler tout changement d'adresse par courrier ordinaire (adressé à la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie, Salle FF-300, 304 East 45th Street, New York, NY 10017) ou par courrier électronique (à l'adresse [ashi@un.org](mailto:ashi@un.org)). Les tiers administrateurs ne prennent en compte que les adresses qui leur sont transmises électroniquement au moyen des systèmes susmentionnés. Pour les personnes résidant aux États-Unis, l'adresse doit impérativement comporter l'abréviation du nom de l'État de résidence (NY pour New York et NJ pour New Jersey, par exemple) et le code postal. Si l'adresse est incomplète, les données ne seront pas enregistrées par le tiers administrateur, le courrier sera mal acheminé et le participant ne recevra pas les correspondances importantes envoyées à son intention, ses cartes d'assurance ou ses chèques de remboursement.

#### **Date effective de début et de fin de la couverture d'assurance maladie**

53. Pour autant qu'il se soit affilié dans le délai prescrit de 31 jours, tout nouveau participant est couvert par son régime d'assurance maladie dès le premier jour d'un contrat ouvrant droit à cet avantage ou le premier jour du mois suivant. Lorsqu'un contrat prend fin avant le dernier jour d'un mois, la couverture reste valable jusqu'au dernier jour de ce mois. Comme indiqué plus haut, les primes ne sont pas calculées au prorata.

54. Toute dépense engagée après l'expiration de la couverture, même dans le cadre d'un traitement médical en cours, ne sera pas couverte par le programme d'assurance maladie de l'ONU.

### **Maladie ou accident liés à l'emploi**

55. En cas de maladie ou d'accident imputables à l'exercice de fonctions officielles, les frais médicaux et connexes qui en découlent sont payables au titre de l'appendice D du Règlement du personnel (dispositions régissant le paiement d'indemnités en cas de maladie, de blessure ou de décès imputables à l'exercice de fonctions officielles au service de l'Organisation des Nations Unies). Les frais médicaux sont alors payés tout d'abord par le régime d'assurance maladie du fonctionnaire concerné, l'ONU remboursant ultérieurement tout montant dû au titre des dispositions de l'appendice D.

Les fonctionnaires sont néanmoins tenus de présenter une demande de remboursement au Secrétaire du Comité consultatif pour les demandes d'indemnisation et au Comité pour les demandes d'indemnisation.

### **Transfert entre organisations ou lieux d'affectation, interruption de service et transfert à un organisme dont les états de paie sont gérés par un autre système**

56. La couverture est résiliée automatiquement mais n'est pas rétablie automatiquement dans les cas suivants :

- a) Cessation de service, sauf en cas de réaffectation sans interruption de service ;
- b) Affectation dans un autre organisme dans le cadre d'un accord de prêt, de transfert ou de détachement (ONU, PNUD et UNICEF, par exemple) ;
- c) Réengagement avec interruption de service, à la suite d'un changement de contrat de travail ou d'une nomination ;
- d) Transfert dans un lieu d'affectation situé aux États-Unis, si le régime d'assurance maladie précédent n'était pas administré dans ce pays ;
- e) Transfert dans un organisme dont les états de paie ne sont pas gérés par Umoja.

57. La plupart des employés quittent le régime commun des Nations Unies lorsque leur engagement prend fin. Certains sont toutefois réengagés ou transférés dans un autre organisme participant au programme d'assurance maladie administré par le Siège de l'ONU. Ces derniers doivent présenter une nouvelle demande d'affiliation à l'assurance maladie dans les 31 jours suivant la date d'entrée en vigueur du nouvel engagement ou du transfert. Il convient de se conformer strictement à cette exigence pour éviter toute interruption dans la prise en charge car, comme indiqué ci-dessus, l'assurance de toute personne cessant ses services est automatiquement résiliée à la fin du mois. Les fonctionnaires qui sont transférés dans un autre organisme doivent également veiller à ce que celui-ci enregistre le nom des membres de leur famille et leur adresse postale dans sa base de données afin que la couverture puisse être rétablie.

### **Assistance médicale au cours des voyages effectués à titre personnel**

58. Les régimes d'assurance maladie administrés par le Siège de l'ONU remboursent les frais médicaux des membres du personnel lorsque ceux-ci se trouvent en dehors de leur lieu d'affectation, y compris lorsqu'ils voyagent à titre personnel. Quand ils se trouvent à au moins 160 kilomètres (100 miles) de leur domicile, les fonctionnaires basés aux États-Unis et affiliés aux régimes Aetna ou Anthem reçoivent une assistance médicale d'urgence de UnitedHealthcare Global Assistance and Risk.



59. Il est rappelé aux fonctionnaires et aux retraités qu'en cas de voyage effectué à titre personnel, les frais de rapatriement et d'évacuation ne sont couverts ni par les régimes d'assurance maladie administrés par le Siège de l'ONU ni par UnitedHealthcare Global Assistance and Risk, et qu'ils devraient donc envisager de souscrire à leurs frais une assurance voyage offrant de telles garanties.

60. Les participants qui ont besoin d'une attestation d'assurance, exigée par exemple par certains pays pour la délivrance d'un visa, peuvent en faire la demande à l'adresse [HLIS@un.org](mailto:HLIS@un.org), au moins 10 jours ouvrables avant le voyage. Certains pays n'acceptent pas les attestations fournies par l'ONU et peuvent imposer aux intéressés de souscrire une assurance voyage.

### **Cessation de l'affiliation d'un fonctionnaire ou de membres de sa famille**

61. Lorsqu'un membre de sa famille cesse d'être admis au bénéfice de l'assurance maladie du fait d'un changement de situation – un conjoint en cas de divorce ou un enfant atteignant l'âge de 25 ans qui se marie ou prend un emploi à plein temps, par exemple –, le fonctionnaire est tenu d'en informer immédiatement la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie. C'est au fonctionnaire qu'il revient de prendre l'initiative du changement de couverture (par exemple, passage d'une prise en charge des deux conjoints à une prise en charge individuelle ou d'une prise en charge familiale à une prise en charge des deux conjoints) et d'en aviser sur-le-champ la Section. Le fonctionnaire assume alors toutes les dépenses de santé engagées pour le membre de la famille ne remplissant plus les conditions requises.

62. Le titulaire d'une police d'assurance (membre du personnel, retraité, personne à charge survivante ou représentant légal du titulaire, par exemple) qui souhaite résilier son affiliation ou celle d'un membre de sa famille doit en informer par écrit la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie, dans les 31 jours suivant l'événement à l'origine de ce changement, et ce, même si la mesure administrative connexe n'a pas encore été approuvée. Il est dans l'intérêt des fonctionnaires et des retraités de procéder rapidement aux changements voulus afin de pouvoir bénéficier de la baisse du montant de la cotisation qui doit en résulter. Les membres de la famille qui n'ont plus droit au régime d'assurance maladie cessent d'être couverts le premier jour du mois suivant la date à laquelle leur admissibilité prend fin, quelle que soit la date à laquelle le changement de situation est traité ou notifié. Aucun ajustement rétroactif du montant de la prime ne sera accordé si l'intéressé n'a pas avisé en temps voulu la Section du changement survenu.

63. Tout enfant handicapé âgé de plus de 25 ans cesse de pouvoir prétendre à l'assurance maladie dès que le certificat d'invalidité qui lui a été délivré par la Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail vient à expiration ou dès qu'il cesse de percevoir une pension ou une indemnité. Il incombe au membre du personnel ou au retraité de s'assurer que le certificat d'invalidité de son ou ses enfants en situation de handicap est à jour. Les enfants concernés n'étant pas autorisés à rester couverts par l'assurance maladie pendant que la demande de délivrance d'un certificat d'invalidité est en cours de traitement, le titulaire de l'assurance devra assumer toutes les dépenses de santé contractées pendant la période où le certificat n'est pas à jour.

### **Affiliation à l'assurance faisant suite à un divorce, à un décès ou à la perte d'emploi du conjoint**

64. Un fonctionnaire qui n'est plus couvert par l'assurance maladie de son conjoint parce que celui-ci a perdu son emploi ou du fait d'un divorce ou du décès du conjoint peut s'affilier et affilier les membres de sa famille concernés à un régime d'assurance maladie administré par le Siège de l'ONU, pour autant qu'il remplisse les conditions



requis pour en bénéficier. La demande d'affiliation doit être faite dans les 31 jours suivant la date du décès du conjoint, du divorce ou de la perte d'emploi du conjoint. En cas de perte d'emploi, la demande doit être assortie d'une lettre officielle de l'employeur du conjoint indiquant la raison de la cessation d'emploi ainsi que les dates de début et de fin d'affiliation de l'intéressé à l'assurance maladie et le type de couverture dont celui-ci bénéficiait. En cas de décès du conjoint ou de divorce, le fonctionnaire doit informer le Bureau des ressources humaines dont il dépend et soumettre la demande d'affiliation à un régime d'assurance proposé par l'ONU dans les 31 jours suivant la date du décès ou du divorce.

### **Assurance maladie après la cessation de service**

65. Il est rappelé aux membres du personnel que, pour pouvoir bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service, ils doivent, entre autres conditions, être affiliés à un régime proposé par l'ONU au moment où ils cessent leurs fonctions. L'affiliation au régime d'assurance maladie après la cessation de service n'est pas automatique. La demande d'affiliation doit être faite dans les 31 jours précédant ou suivant la date de cessation de service. Les conditions d'admissibilité et les procédures administratives relatives au régime d'assurance après la cessation de service sont décrites en détail dans l'instruction administrative [ST/AI/2007/3](#) (Assurance maladie après la cessation de service). Il est également rappelé que si des arriérés sont accumulés parce que les cotisations à l'assurance maladie après la cessation de service commencent à être déduites de la pension de retraite plus tard que prévu, un montant pouvant aller jusqu'à 70 % du montant mensuel de la pension est prélevé sur cette dernière jusqu'à ce que les sommes dues soient intégralement recouvrées.

66. On trouvera dans l'instruction administrative [ST/AI/2007/3](#) des informations sur le maintien de l'affiliation du conjoint survivant ou des enfants à charge en cas de décès d'un membre du personnel.

67. Dans le cas des personnes affiliées à l'assurance maladie après la cessation de service qui : a) choisissent de différer le versement de leur pension de retraite et qui n'ont pas encore atteint l'âge normal de la retraite prévu par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, ou b) reçoivent une pension de retraite mensuelle insuffisante pour couvrir la prime mensuelle d'assurance maladie, les cotisations doivent être payées d'avance pour le trimestre, le semestre ou l'année à venir. Ces dernières doivent être versées dans une monnaie acceptée par l'Organisation pour le régime d'assurance choisi. Dans le cas des régimes administrés au Siège, seul le dollar des États-Unis est accepté. Si la pension de retraite mensuelle est suffisante pour couvrir la prime mensuelle d'assurance maladie, le montant de la cotisation à payer est déduit de celle-ci.

68. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, l'ONU exige des anciens fonctionnaires et des membres de leur famille (y compris les membres de la famille survivants) résidant aux États-Unis qui sont affiliés à l'assurance maladie après la cessation de service et remplissent les conditions requises qu'ils souscrivent au volet B du programme Medicare. À défaut, leurs demandes de remboursement seront traitées comme s'ils y avaient souscrit : l'assurance maladie de l'ONU devient leur assurance complémentaire et la part du montant de leurs demandes qui sera prise en compte à des fins de remboursement sera limitée à 20 %. Cette exigence et la disposition concernant la décision y relative ne s'appliquent pas aux participants à l'assurance maladie après la cessation de service qui étaient âgés de 75 ans ou plus avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

**Possibilité de conversion**

69. Comme suite à l'adoption de l'*Affordable Care Act* aux États-Unis, qui donne accès à des bourses d'assurance maladie au niveau des États ou à l'échelon fédéral, la « possibilité de conversion » n'a plus cours, autrement dit les régimes administrés aux États-Unis n'offrent plus de contrats d'assurance privés. Il est proposé aux assurés qui cessent d'être employés par l'ONU et qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service, ainsi qu'aux conjoints ou enfants anciennement couverts, de souscrire une assurance à titre personnel par l'intermédiaire des bourses gérées par leur État de résidence ou par le Gouvernement fédéral.

70. Pour s'affilier à un régime d'assurance maladie proposé par une bourse d'assurance, il n'est pas demandé de présenter un certificat médical. L'intéressé est orienté vers tel ou tel régime en fonction de ses besoins. La Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie ne connaît pas les régimes proposés dans les différentes bourses et ne peut donner de conseils sur ceux qui conviennent le mieux à tel ou tel fonctionnaire ou membre de sa famille. Il incombe à l'intéressé de faire sa propre évaluation. Ces régimes ne sont proposés qu'aux personnes qui résident aux États-Unis.

71. Les fonctionnaires et les membres de leur famille qui cessent d'être couverts par le régime mondial de l'ONU peuvent contacter directement Cigna International pour se renseigner sur les régimes auxquels ils pourraient s'affilier à titre personnel. Ils doivent prendre contact avec la compagnie d'assurance dès que leur affiliation prend fin (normalement dans les 31 jours suivant la résiliation). Ils demanderont des précisions sur les plans disponibles directement auprès de Cigna International.

**Délais de soumission des demandes de remboursement**

72. Les demandes de remboursement soumises par les participants aux régimes proposés par Aetna (soins dispensés par les prestataires du réseau uniquement) et Anthem ou au régime mondial de l'ONU doivent parvenir aux administrateurs des régimes concernés au plus tard deux ans après la date à laquelle les dépenses ont été faites. Les demandes soumises par les participants au régime Cigna US Dental (soins dentaires) et celles destinées à Aetna concernant des soins de santé prodigués par des prestataires hors réseau doivent être envoyées au plus tard un an après la date à laquelle les frais ont été engagés. Les demandes reçues par les tiers administrateurs après les périodes de grâce susmentionnées ne donneront lieu à aucun remboursement.

**Remboursements par chèque**

73. Il appartient aux assurés qui reçoivent des chèques de remboursement de les encaisser en temps voulu. Ni les tiers administrateurs ni la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie ne rémettront les chèques non encaissés datant de plus de deux ans.

**Questions et litiges concernant les demandes de remboursement et les prestations**

74. Les questions concernant telle ou telle demande de remboursement doivent être adressées directement aux tiers administrateurs concernés. Le membre du personnel qui conteste le rejet d'une demande ne peut solliciter l'aide de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie que s'il n'a pas obtenu gain de cause après avoir suivi toutes les étapes de la procédure de recours prévue par le tiers administrateur. Cette procédure est décrite dans le relevé des prestations ou la lettre de refus envoyée par le tiers administrateur et dans la brochure du régime en question. Les participants doivent respecter strictement les délais de soumission des recours

aux tiers administrateurs. Les adresses et numéros de téléphone des tiers administrateurs sont donnés dans l'annexe X de la présente circulaire. La Section n'examinera pas les recours relatifs à des dépenses dont le montant est supérieur aux tarifs raisonnables et habituels ou aux plafonds de remboursement fixés par le régime ou concernant les services d'un prestataire hors réseau dans le cas des régimes administrés aux États-Unis, pas plus que ceux présentés parce qu'une demande n'a pas été soumise au tiers administrateur ou parce que le recours n'a pas été introduit dans les délais impartis.

75. On trouvera des informations sur les régimes proposés dans les annexes de la présente circulaire et dans les brochures disponibles sur le site Web de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie ([www.un.org/insurance/content/policy-documents](http://www.un.org/insurance/content/policy-documents)). Il incombe aux membres du personnel de prendre connaissance des conditions applicables au régime auquel ils décident de s'affilier. Les prestations offertes par les différents régimes relevant du programme d'assurance maladie administré par le Siège de l'ONU, y compris la plupart des exclusions et restrictions, sont exposées en détail dans les brochures disponibles sur le site Web de la Section. En cas de demande de remboursement contestée, le différend sera réglé conformément aux conditions de la police ou du contrat en question. La décision finale revient à la compagnie d'assurance (dans le cas du régime Health Insurance Plan of New York).

#### **Demandes de remboursement exceptionnel**

76. Les demandes de remboursement exceptionnel dans le cadre des régimes d'assurance maladie administrés par le Siège de l'ONU sont traitées selon un protocole standard. Les régimes prévoient un plafond annuel de prise en charge ou d'autres limitations particulières pour divers problèmes de santé. Les demandes de remboursement dont le montant est inférieur au plafond et obéit aux limitations sont traitées conformément au protocole standard. Celles dont le montant est supérieur au plafond et n'obéit pas aux limitations ou qui concernent des services et des traitements couverts qui sont rejetés par le tiers administrateur peuvent être soumises à l'ONU, pour qu'elle procède, selon une procédure précise, à une analyse supplémentaire et recommande éventuellement une approbation exceptionnelle.

77. Dans tous les cas, cependant, la couverture offerte dans le cadre du programme repose sur le principe selon lequel les services reçus doivent être médicalement nécessaires et faire partie des prestations couvertes par le régime en question. Il convient de noter que toute demande concernant des services et des traitements non couverts par le régime d'assurance maladie n'est pas prise en charge dans le cadre de cette procédure.

78. Les demandes de remboursement exceptionnel doivent être soumises à la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie, à l'adresse [HLIS@un.org](mailto:HLIS@un.org).

79. Lorsqu'ils sont saisis d'une demande de remboursement exceptionnel, le tiers administrateur et la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie vérifient si le service concerné fait partie des prestations couvertes par le régime en question.

80. Lorsqu'il est établi que le service fait partie des prestations couvertes par le régime, les experts médicaux compétents des tiers administrateurs sont chargés d'en confirmer la nécessité médicale. Le dossier est ensuite transmis à la Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail pour qu'elle procède à un examen et se prononce elle aussi sur la nécessité médicale du traitement. Si la Division établit que celui-ci n'est pas médicalement nécessaire, la demande de remboursement exceptionnel sera rejetée. Si elle établit que celui-ci est médicalement

nécessaire, la demande d'approbation exceptionnelle est soumise au Comité des assurances maladie et de l'assurance vie pour recommandation.

81. Si le Comité des assurances maladie et de l'assurance vie émet une recommandation positive, la demande est soumise au Contrôleur pour approbation.

82. Le Comité et le Contrôleur examinent la demande sans connaître l'identité du participant concerné. Les approbations exceptionnelles ne sont accordées que pour certaines dépenses médicales.

83. Une fois la demande approuvée par le Contrôleur, la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie demande au tiers administrateur de procéder au remboursement.

84. Tous les paiements liés à l'assurance doivent être effectués par les tiers administrateurs : le bureau du Contrôleur ni aucun autre service de l'ONU ne peut procéder au versement.

### **Documents à présenter en cas de demande de remboursement exceptionnel**

85. Les participants qui demandent un remboursement exceptionnel sont tenus de présenter les documents suivants :

- une lettre précisant la demande et présentant le dossier ;
- le relevé des prestations fourni par le tiers administrateur qui refuse le remboursement ;
- la ou les lettres de recours qui ont été envoyées au tiers administrateur ;
- les documents délivrés par le prestataire de soins de santé et précisant les éléments suivants :
  - o le diagnostic ;
  - o le pronostic ;
  - o une justification des services médicaux fournis ;
  - o le coût des services médicaux fournis ;
- la réponse à la lettre d'appel qui a été reçue du tiers administrateur.

86. Les dossiers médicaux doivent être soumis à la Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail ([OSH@un.org](mailto:OSH@un.org)).

### **Sites Web de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie et des tiers administrateurs**

87. Le site Web de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie est accessible à l'adresse suivante : [www.un.org/insurance](http://www.un.org/insurance) . On y trouve des informations sur le programme d'assurance maladie administré par le Siège de l'ONU, ainsi que les formulaires utiles. Il contient également les descriptifs détaillés des plans proposés par Aetna, Anthem, Cigna US Dental, le régime mondial de l'ONU et ActiveHealth.

88. Chaque tiers administrateur du programme d'assurance maladie de l'ONU dispose de son propre site Web, qui réunit toute une série de renseignements sur le régime proposé, notamment :

- a) les prestataires de soins de santé ;
- b) les médecins ;
- c) les hôpitaux ;

- d) les pharmacies ;
- e) les vendeurs de prothèses, d'orthèses, de matériel médical durable et de fournitures médicales ;
- f) les dentistes ;
- g) des supports pédagogiques sur la santé ;
- h) les services couverts ;
- i) la marche à suivre pour obtenir une nouvelle carte d'assurance ;
- j) le relevé des prestations ou le récapitulatif des demandes de remboursement traitées ;
- k) des applications mobiles pouvant être téléchargées sur le smartphone du participant.

On trouvera dans l'annuaire des prestataires figurant à l'annexe X l'adresse du site Web de chaque prestataire et des instructions connexes.

## Annexe I

## Primes et taux de cotisation

## Régimes d'assurance médicale et dentaire administrés par le Siège : primes\* et taux de cotisation\*\* mensuels

(À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2024)

(Le montant des primes est exprimé en dollars des États-Unis.)

Type de couverture	Aetna Open Choice PPO/POS II		Anthem PPO		Health Insurance Plan of New York <sup>a</sup>		Cigna US Dental PPO avec Aetna, Anthem ou Health Insurance Plan of New York		Cigna US Dental PPO uniquement
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2024
<b>Membre du personnel seulement</b>									
Montant de la prime	1 205,33	1 217,38	986,52	1 075,31	1 457,07	1 654,79	65,63	65,63	65,63
Taux de cotisation (pourcentage)	6,11	5,69	4,25	4,21	25,60	19,68	0,28	0,25	0,36
<b>Membre du personnel et un enfant</b>									
Montant de la prime	2 407,11	2 431,18	1 969,12	2 146,34	2 660,59	3 021,63	131,26	131,26	131,26
Taux de cotisation (pourcentage)	10,68	9,94	7,53	7,45	39,14	30,10	0,50	0,45	0,63
<b>Membre du personnel et conjoint</b>									
Montant de la prime	2 407,11	2 431,18	1 969,12	2 146,34	2 660,59	3 021,63	131,26	131,26	131,26
Taux de cotisation (pourcentage)	10,68	9,94	7,53	7,45	39,14	30,10	0,50	0,45	0,63
<b>Couverture familiale<sup>b</sup></b>									
Montant de la prime	3 011,58	3 041,70	2 859,27	3 116,60	4 235,72	4 810,51	211,95	211,95	211,95
Taux de cotisation (pourcentage)	11,93	11,10	9,60	9,50	54,92	42,23	0,76	0,68	1,07

<sup>a</sup> Le régime Health Insurance Plan of New York n'admet plus de nouveaux affiliés (membres du personnel ou retraités) depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013. Les personnes actuellement couvertes peuvent rester assurées, et tout changement concernant les membres de leur famille concernés sera accepté. Celles qui optent pour un autre régime administré aux États-Unis pendant la campagne d'affiliation de 2024 ne seront toutefois pas autorisées à se réaffilier au régime Health Insurance Plan of New York à l'occasion d'une prochaine campagne.

<sup>b</sup> Couverture familiale s'entend de la couverture d'un membre du personnel et d'au moins deux membres de la famille remplissant les conditions requises.

\* Le coût des régimes d'assurance médicale et dentaire proposés au Siège est pris en charge collectivement par les participants et l'Organisation.

\*\* Les membres du personnel peuvent calculer le montant exact de leur cotisation en multipliant leur traitement net considéré aux fins de l'assurance maladie par le taux de cotisation applicable indiqué ci-dessus. Le traitement net considéré aux fins de l'assurance maladie correspond au traitement brut diminué de la contribution du personnel et augmenté de l'indemnité transitoire, de l'indemnité de parent isolé, de l'indemnité pour conjoint à charge (le cas échéant), de la prime de connaissances linguistiques et de l'indemnité de non-résident. Le montant effectif des cotisations est plafonné à 85 % du montant de la prime.

## Régime mondial d'assurance maladie de l'ONU : primes\*\*\* et taux de cotisation\*\*\*\* mensuels

(À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2024)

Type de couverture	Prime mensuelle (dollars des États-Unis)		Taux de cotisation (pourcentage)	
	Montant effectif		Montant effectif	
	Juillet 2023	Juillet 2024	Juillet 2023	Juillet 2024
<b>Groupe tarifaire 1<sup>a</sup></b>				
Membre du personnel seulement	171,70	171,70	1,48	1,30
Membre du personnel et un membre de la famille	365,62	365,62	2,29	2,01
Couverture familiale <sup>b</sup>	602,97	602,97	3,60	3,16
<b>Groupe tarifaire 2<sup>c</sup></b>				
Membre du personnel seulement	294,92	294,92	2,27	1,99
Membre du personnel et un membre de la famille	621,15	621,15	3,66	3,21
Couverture familiale	1 026,16	1 026,16	5,75	5,05
<b>Groupe tarifaire 3<sup>d</sup></b>				
Membre du personnel seulement	283,81	283,81	2,36	2,07
Membre du personnel et un membre de la famille	597,92	597,92	3,81	3,34
Couverture familiale	983,74	983,74	5,99	5,26

<sup>a</sup> Le groupe tarifaire 1 comprend tous les lieux situés en dehors des États-Unis d'Amérique qui ne font pas partie des groupes tarifaires 2 et 3.

<sup>b</sup> Couverture familiale s'entend de la couverture d'un membre du personnel et d'au moins deux membres de la famille remplissant les conditions requises.

<sup>c</sup> Le groupe tarifaire 2 comprend le Chili et le Mexique.

<sup>d</sup> Le groupe tarifaire 3 comprend : Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Pays-Bas (Royaume des), Portugal, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint-Marin, Suède et Suisse.

\*\*\* Le coût est pris en charge collectivement par l'Organisation et les participants.

\*\*\*\* Les membres du personnel peuvent calculer le montant exact de leur cotisation en multipliant leur traitement net considéré aux fins de l'assurance maladie par le taux de cotisation applicable indiqué ci-dessus. Le traitement net correspond au traitement brut diminué de la contribution du personnel et augmenté de l'indemnité transitoire, de l'indemnité de parent isolé, de l'indemnité pour conjoint à charge (le cas échéant), de la prime de connaissances linguistiques et de l'indemnité de non-résident, selon le cas. Le groupe tarifaire applicable est fonction du lieu d'affectation du membre du personnel. Le montant effectif des cotisations est plafonné à 85 % du montant de la prime.

## Annexe II

## Prestations d'assurance médicale offertes par les régimes administrés aux États-Unis : tableau comparatif\*

Prestations	Prestataires du réseau			Prestataires hors réseau	
	Health Insurance Plan of New York (prestataires du réseau uniquement)	Aetna	Anthem	Aetna	Anthem
<b>Franchise annuelle</b>	0 dollar	0 dollar	0 dollar	Couverture individuelle : 250 dollars Couverture familiale : 750 dollars	Couverture individuelle : 250 dollars Couverture familiale : 750 dollars
<b>Prise en charge par l'assurance</b>	100 %	100 %	100 %	80 % après franchise	80 % après franchise
<b>Montant maximum annuel à la charge du participant</b>	Sans objet	Couverture individuelle : 1 000 dollars Couverture familiale : 3 000 dollars	Sans objet	Couverture individuelle : 1 500 dollars Couverture familiale : 4 500 dollars (avec franchise)	Couverture individuelle : 1 250 dollars Couverture familiale : 3 750 dollars (avec franchise)
<b>Montant maximum pris en charge à vie</b>	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité
<b>Responsable de la soumission des demandes de remboursement</b>	Prestataire	Prestataire	Prestataire	Participant	Participant
<b>Prestations hospitalières</b>					
<b>Hospitalisation (enregistrement préalable obligatoire)</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	États-Unis : 80 % après franchise Autres pays : 100 %
<b>Soins ambulatoires</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	États-Unis : 80 % après franchise Autres pays : 100 %

\* On trouvera un récapitulatif plus détaillé des prestations offertes par chaque régime dans les annexes suivantes et dans les descriptifs disponibles à l'adresse [www.un.org/insurance/content/policy-documents](http://www.un.org/insurance/content/policy-documents).



Prestations	Prestataires du réseau			Prestataires hors réseau	
	Health Insurance Plan of New York (prestataires du réseau uniquement)	Aetna	Anthem	Aetna	Anthem
<b>Service des urgences (visite initiale)</b>	100 % (blessures accidentelles et problèmes médicaux soudains et graves)	100 % après ticket modérateur de 75 dollars (non appliqué en cas d'admission dans les 24 heures)	100 % après ticket modérateur de 100 dollars (non appliqué en cas d'admission dans les 24 heures)	100 % après ticket modérateur de 75 dollars (non appliqué en cas d'admission dans les 24 heures)	100 % après ticket modérateur de 100 dollars (non appliqué en cas d'admission dans les 24 heures)
<b>Service des urgences (soins ne relevant pas de la médecine d'urgence)</b>	Soins non couverts, mais prise en charge à 100 % après ticket modérateur de 0 dollar/ 35 dollars dans les centres de soins d'urgence aux États-Unis	Soins non couverts	Soins non couverts	Soins non couverts	Soins non couverts
<b>Prestations médicales</b>					
<b>Consultation médicale au cabinet ou à domicile</b>	100 %	100 % après ticket modérateur (généraliste : 15 dollars ; spécialiste : 20 dollars)	100 % après ticket modérateur (généraliste : 15 dollars ; spécialiste : 20 dollars)	80 % après franchise	80 % après franchise
<b>Examen médical périodique</b>	100 % une fois tous les 12 mois	100 % après ticket modérateur de 15 dollars une fois tous les 12 mois	100 % après ticket modérateur de 15 dollars une fois tous les 12 mois	80 % après franchise une fois tous les 12 mois	80 % après franchise une fois tous les 12 mois
<b>Chirurgie</b>	100 %	100 %	100 %	80 % après franchise	80 % après franchise
<b>Médicaments délivrés sur ordonnance</b>					
<b>En pharmacie</b>	5 dollars pour 30 jours de traitement (médicament générique ou princeps)	Ticket modérateur de 20 %, jusqu'à concurrence de 20 dollars, pour 30 jours de traitement (médicament générique)	Ticket modérateur de 20 %, jusqu'à concurrence de 20 dollars, pour 30 jours de traitement (médicament générique)	États-Unis : 60 % après franchise Autres pays : 80 % après franchise	États-Unis : 60 % après franchise Autres pays : 80 % après franchise

Prestations	Prestataires du réseau			Prestataires hors réseau	
	Health Insurance Plan of New York (prestataires du réseau uniquement)	Aetna	Anthem	Aetna	Anthem
<b>Par correspondance</b>	2,50 dollars pour 30 jours de traitement (médicament générique ou princeps)	Ticket modérateur de 25 %, jusqu'à concurrence de 30 dollars, pour 30 jours de traitement (médicament princeps) 100 % après ticket modérateur de 15 dollars, pour 90 jours de traitement	Ticket modérateur de 25 %, jusqu'à concurrence de 30 dollars, pour 30 jours de traitement (médicament princeps) 100 % après ticket modérateur de 15 dollars, pour 90 jours de traitement	Sans objet	Sans objet
<b>Soins de santé comportementale (autorisation préalable obligatoire ; montant maximum remboursable, que les soins soient dispensés par des prestataires du réseau ou par des prestataires hors réseau)</b>					
<b>Soins de santé mentale – hospitalisation</b>	100 %	100 %	100 %	100 % après franchise	80 % après franchise
<b>Soins de santé mentale – soins ambulatoires</b>	100 %	100 %	100 %	80 % après franchise	80 % après franchise
<b>Alcoolisme et usage de substance – hospitalisation</b>	100 %	100 %	100 %	100 % après franchise	80 % après franchise
<b>Alcoolisme et usage de substance – soins ambulatoires</b>	100 %	100 %	100 %	80 % après franchise	80 % après franchise
<b>Soins optiques</b>					
<b>Examen ophtalmologique</b>	100 %	100 % après ticket modérateur de 20 dollars	100 % après ticket modérateur de 15 dollars	80 %	Allocation de 40 dollars
	1 examen tous les 12 mois	1 examen tous les 12 mois	1 examen tous les 12 mois	1 examen tous les 12 mois	1 examen tous les 12 mois
<b>Montures et verres correcteurs</b>	45 dollars tous les 24 mois pour une monture et des verres choisis dans un	Allocation de 100 dollars, puis jusqu'à 35 % de réduction dans les centres participants	Allocation de 130 dollars, puis 20 % de réduction sur le montant restant à payer pour la monture, et	80 % jusqu'à concurrence de 100 dollars par an	45 dollars pour les montures 25 dollars par paire de verres unifocaux

Prestations	Prestataires du réseau		Prestataires hors réseau		
	Health Insurance Plan of New York (prestataires du réseau uniquement)	Aetna	Anthem	Aetna	Anthem
	assortiment donné		ticket modérateur de 10 dollars pour les verres correcteurs		40 dollars par paire de verres bifocaux 55 dollars par paire de verres trifocaux  (les montants indiqués correspondent aux prestations offertes par l'assurance)
<b>Prestations diverses</b>					
<b>Kinésithérapie et traitements divers – hospitalisation</b>	100 %	100 %	100 %	80 %	80 % après franchise
	90 séances		60 séances		60 séances
<b>Kinésithérapie et traitements divers – soins ambulatoires</b>	100 %	100 %	100 % après ticket modérateur de 20 dollars	80 % après franchise	80 % après franchise
	90 séances		60 séances		60 séances
<b>Matériel médical durable</b>	100 %	100 %	100 %	80 %	Non couvert

## Annexe III

### Anthem PPO

#### Vue d'ensemble du régime

Le régime Anthem PPO couvre dans le monde entier les frais d'hospitalisation et de chirurgie, les frais médicaux, les frais d'optique et frais afférents aux médicaments délivrés sur ordonnance. Il permet aux participants de bénéficier, en cas de maladie ou de blessure couverte, d'un traitement médicalement nécessaire dans un hôpital ou auprès d'un médecin de leur choix, que le prestataire fasse partie du réseau ou non.

On trouvera dans la présente annexe un tableau récapitulatif global des prestations offertes dans le cadre du régime. Pour de plus amples informations, consulter le descriptif du régime, disponible sur le site Web de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance-vie ([www.un.org/insurance](http://www.un.org/insurance)).

L'affiliation au régime Anthem donne également accès à UnitedHealthcare Global Assistance and Risk et à ActiveHealth.

Les participants qui voyagent ou résident en dehors des États-Unis d'Amérique sont couverts par Blue Cross Blue Shield Global Core.

#### Récapitulatif des prestations offertes par Anthem PPO

<i>Prestations</i>	<i>Prestataires du réseau</i>	<i>Prestataires hors réseau</i>
<b>Franchise annuelle</b>		
Couverture individuelle	0 dollar	250 dollars
Couverture familiale	0 dollar	750 dollars
<b>Taux de prise en charge par l'assurance</b>	100 %	80 %
<b>Montant maximum annuel à la charge du participant</b>		
Couverture individuelle	0 dollar	1 250 dollars
Couverture familiale	0 dollar	3 750 dollars (franchise annuelle comprise ; les tickets modérateurs applicables aux soins assurés par les prestataires du réseau et aux médicaments délivrés sur ordonnance ne sont pas déduits du montant maximum à la charge du participant)
<b>Montant maximum pris en charge à vie</b>	Illimité	
<b>Responsable de la soumission des demandes de remboursement</b>	Prestataire	Participant

Prestations

Prestataires du réseau

Prestataires hors réseau

**Services hospitaliers et soins connexes****Hospitalisation<sup>b</sup>**

- |   |       |                                     |
|---|-------|-------------------------------------|
| – Nombre de jours illimité – chambre semi-privée avec pension 100 % | 100 % | 80 % après franchise aux États-Unis |
| – Services hospitaliers   |       | 100 % dans les autres pays          |
| – Soins infirmiers courants   |       |                                     |

**Soins ambulatoires**

- |   |       |                                     |
|---|-------|-------------------------------------|
| – Chirurgie et chirurgie ambulatoire <sup>b</sup>   | 100 % | 80 % après franchise aux États-Unis |
| – Examens préopératoires (effectués dans les sept jours précédant l'intervention chirurgicale prévue) |       | 100 % dans les autres pays          |
| – Bilan sanguin   |       |                                     |
| – Chimiothérapie et radiothérapie   |       |                                     |
| – Mammographie et dépistage du cancer du col de l'utérus  |       |                                     |

**Enregistrement préalable obligatoire<sup>b</sup>****(tél. : 1 855 519 9537)**

Incombe au participant

Incombe au participant

**(En cas d'admission d'urgence, appeler dans les 48 heures ou le jour ouvrable suivant si l'admission a lieu le week-end)****Service des urgences<sup>c</sup>  
(visite initiale)**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| – Blessure accidentelle                 | 100 %, honoraires de médecin compris, après ticket modérateur de 100 dollars (non appliqué en cas d'admission dans les 24 heures) | 100 %, honoraires de médecin compris, après ticket modérateur de 100 dollars (non appliqué en cas d'admission dans les 24 heures) |
| – Problèmes médicaux soudains et graves |   |   |

**Les visites au service des urgences pour des soins ne relevant pas de la médecine d'urgence ne sont pas prises en charge****Soins relevant de la médecine d'urgence**

100 % après ticket modérateur de 15 ou 20 dollars

Franchise et coassurance applicables

**Services d'ambulance**

100 % jusqu'à concurrence du montant autorisé

**Services d'ambulance aérienne (jusqu'à l'hôpital de soins intensifs le plus proche en cas d'hospitalisation d'urgence)**

100 %

<i>Prestations</i>	<i>Prestataires du réseau</i>	<i>Prestataires hors réseau</i>
<b>Soins de santé à domicile<sup>b, d</sup></b>		
– Jusqu’à 200 visites par année civile	100 %	80 % après franchise aux États-Unis 100 % dans les autres pays
– Perfusion à domicile	100 %	Prestataires du réseau uniquement
<b>Dialyse rénale en ambulatoire</b>		
Traitement à domicile, en milieu hospitalier ou dans un établissement autonome	100 %	80 % après franchise
<b>Établissement de soins infirmiers spécialisés<sup>b</sup></b>		
Jusqu’à 120 jours par année civile	100 %	Prestataires du réseau uniquement aux États-Unis 80 % après franchise dans les autres pays
<b>Centre de soins palliatifs<sup>b</sup></b>		
Le nombre de jours autorisé est illimité si l’espérance de vie est inférieure ou égale à 12 mois et le traitement de fond est maintenu pendant le séjour	100 %	Prestataires du réseau uniquement
<b>Soins dispensés par un médecin et autres prestations médicales (hors soins de santé comportementale et traitement de l’usage de substance)</b>		
<b>Consultations au cabinet ou à domicile</b>	100 % après ticket modérateur (généraliste : 15 dollars ; spécialiste : 20 dollars)	80 % après franchise
<b>Télémédecine (LiveHealth Online) – prestataires du réseau uniquement</b>	100 % après ticket modérateur de 15 dollars	Prestataires du réseau uniquement
<b>Chirurgie</b>	100 %	80 % après franchise
<b>Services d’assistant en chirurgie</b>	100 %	80 % après franchise
<b>Anesthésie</b>	100 %	80 % après franchise
<b>Visites ou consultations en cours d’hospitalisation</b>	100 %	80 % après franchise
<b>Soins obstétricaux</b>	100 % après la première visite	80 % après franchise
<b>Radiographies</b>	100 %	80 % après franchise
<b>Analyses médicales</b>	100 %	80 % après franchise
<b>Chimiothérapie et radiothérapie</b>	100 %	80 % après franchise
Soins ambulatoires (hôpital ou cabinet médical)		

<i>Prestations</i>	<i>Prestataires du réseau</i>	<i>Prestataires hors réseau</i>
<b>IRM/ARM, TEP/ tomodensitogrammes et cardiologie nucléaire<sup>b</sup></b>	100 %	80 % après franchise
<b>Réadaptation cardiaque</b>	100 % après ticket modérateur de 20 dollars	80 % après franchise
<b>Deuxième avis médical (chirurgie)<sup>e</sup></b>	100 % après ticket modérateur de 20 dollars	80 % après franchise
<b>Deuxième avis médical (cancer)</b>	100 % après ticket modérateur de 20 dollars	80 % après franchise <sup>f</sup>
<b>Bilan allergologique et traitement des allergies</b>	100 % après ticket modérateur de 20 dollars pour les consultations à des fins de bilan allergologique 100 % pour les consultations à des fins de traitement	80 % après franchise
<b>Prothèses, orthèses et matériel médical durable<sup>g</sup></b>	100 %	Prestataires du réseau uniquement
<b>Fournitures médicales</b>	100 %	100 % jusqu'à concurrence du montant autorisé
<b>Soins préventifs</b>		
<b>Examen médical annuel</b>	100 % après ticket modérateur de 15 dollars	80 % après franchise
<b>Tests de dépistage</b>	100 %	80 % après franchise
<b>Test de l'antigène prostatique spécifique</b>	100 %	80 % après franchise
<b>Soins gynécologiques</b>	100 % après ticket modérateur de 15 dollars	80 % après franchise
<b>Mammographie</b>	100 %	80 % après franchise
<b>Soins aux enfants en bas âge (y compris vaccins recommandés)<sup>d</sup></b>		
– De 0 à 1 an : 7 consultations	100 %	100 %
– De 1 à 4 ans : 7 consultations		
– De 5 à 11 ans : 7 consultations		
– De 12 à 17 ans : 6 consultations		
– 18 ans (jusqu'à la date du 19 <sup>e</sup> anniversaire) : 2 consultations		

**Kinésithérapie et autres traitements spécialisés****Kinésithérapie<sup>b</sup>**

– 60 séances en cours d'hospitalisation, et	100 %	80 % après franchise
– 60 séances à domicile, au cabinet ou dans un établissement de soins ambulatoires	100 % après ticket modérateur de 20 dollars	80 % après franchise Autorisation préalable non obligatoire

**Ergothérapie, orthophonie, thérapie visuelle<sup>b</sup>**

60 séances à domicile, au cabinet ou dans un établissement de soins ambulatoires	100 % après ticket modérateur de 20 dollars	80 % après franchise
--	---	----------------------

**Soins de santé comportementale et traitement de l'usage de substance<sup>h</sup>**

<b>Soins de santé mentale en milieu hospitalier, y compris en établissement</b>	100 %	80 % après franchise
---	-------	----------------------

<b>Soins de santé mentale – soins ambulatoires</b>	100 % (service LiveHealth Online, prise en charge dans le réseau uniquement)	80 % après franchise
--	--	----------------------

<b>Alcoolisme et usage de substance – hospitalisation</b>	100 %	80 % après franchise
---	-------	----------------------

<b>Alcoolisme et usage de substance – soins ambulatoires</b>	100 %	80 % après franchise
--	-------	----------------------

**Talkiatry**

Talkiatry est un prestataire du réseau qui propose des services psychiatriques de qualité à distance, grâce à la télémédecine. Il permet à des psychiatres de voir régulièrement leurs patients afin de choisir la modalité de traitement, la durée et la fréquence des séances et les médicaments les plus adaptés à leurs besoins. Les psychiatres de Talkiatry n'imposent pas de restrictions, mais donnent des outils. Les quatre étapes du programme sont les suivantes :

1) Évaluation : le participant répond à un questionnaire qui fait office de diagnostic préliminaire gratuit. Sur la base des réponses données, l'algorithme propriétaire détermine le type de traitement nécessaire et propose au participant quelques psychiatres qui correspondent à ses besoins de traitement.

2) Choix du psychiatre : le participant passe en revue les psychiatres retenus par l'algorithme et choisit celui avec lequel il souhaite travailler. Il peut alors prendre facilement son premier rendez-vous en ligne.

3) Traitement régulier : dans le cadre de séances régulières, le psychiatre travaille en étroite collaboration avec le participant à chaque étape du processus afin d'élaborer un plan de traitement personnalisé efficace. Du diagnostic à la prescription de médicaments, le participant s'assure de recevoir les meilleurs soins psychiatriques.

4) Suivi des progrès : Talkiatry suit les progrès accomplis au fil du traitement grâce à l'utilisation continue d'échelles d'évaluation reposant sur des données factuelles. Des évaluations régulières permettent à Talkiatry de s'assurer que le participant reçoit toujours les soins dont il a besoin.



Prestations

Prestataires du réseau

Prestataires hors réseau

**Médicaments délivrés sur ordonnance****Programme Anthem Pharmacy  
– 30 jours de traitement – retrait  
en pharmacie****(Pharmacy Member Services)  
(tél. : 1 833 271 2374)**Médicaments génériques : ticket  
modérateur de 20 %, avec un  
minimum de 5 dollars et jusqu'à  
concurrence de 20 dollars par  
ordonnanceMédicaments princeps : ticket  
modérateur de 25 %, jusqu'à  
concurrence de 30 dollars par  
ordonnanceÉtats-Unis : 60 % après franchise  
Autres pays : 80 % après franchise  
(formulaire de demande de  
remboursement de CarelonRx à  
remplir pour un remboursement  
aux États-Unis ; formulaire de  
demande de remboursement  
d'Anthem à remplir pour un  
remboursement en dehors des  
États-Unis)La coassurance ne sera pas déduite  
du montant maximum à la charge  
du participant (1 250 ou 3 750  
dollars)**CarelonRx****(Pharmacy Member Services)  
(tél. : 1 833 271 2374)**100 % après ticket modérateur de 15 dollars pour 90 jours de traitement  
(médicament obtenu auprès d'un prestataire de vente par correspondance  
affilié)

Lorsqu'un médicament princeps est délivré alors qu'un générique équivalent est disponible, le participant paie le ticket modérateur de niveau 2 plus la différence de prix entre les deux médicaments.

Pour les médicaments de prise régulière, les participants peuvent choisir la livraison à domicile ou renoncer à cette option au profit du retrait en pharmacie. Ils sont informés de ce choix dans leur pharmacie, puis dans une lettre qui leur est envoyée lorsqu'ils ont obtenu tous les médicaments de convenance qui pouvaient leur être délivrés en pharmacie. Aucune pénalité n'est appliquée s'ils décident de renoncer à la livraison à domicile et de continuer à fréquenter leur pharmacie de détail.

Les participants peuvent également choisir d'obtenir, dans n'importe quelle pharmacie CVS, une quantité suffisante pour 90 jours de traitement d'un grand nombre de médicaments d'entretien et d'autres médicaments figurant sur la liste de médicaments couverts, au même prix que s'ils avaient opté pour la livraison à domicile.

Pour toute question ou pour renoncer à la livraison à domicile, les participants doivent appeler le numéro des services de pharmacie qui figure sur leur carte d'assurance.

**Programme de soins optiques****Blue View Vision****866 723 0515****(Eye Med dans le New Jersey)****Examen ophtalmologique  
périodique (une fois tous les  
12 mois)**

Ticket modérateur de 15 dollars

Allocation de 40 dollars

**Montures de lunettes (une fois tous  
les 12 mois)**Allocation de 130 dollars, puis 20 %  
du montant restant

Allocation de 45 dollars

**Verres correcteurs**

Verres unifocaux

Ticket modérateur de 10 dollars,  
puis prise en charge complète

Allocation de 25 dollars

<i>Prestations</i>	<i>Prestataires du réseau</i>	<i>Prestataires hors réseau</i>
Verres bifocaux	Ticket modérateur de 10 dollars, puis prise en charge complète	Allocation de 40 dollars
Verres trifocaux	Ticket modérateur de 10 dollars, puis prise en charge complète	Allocation de 55 dollars
<b>Options supplémentaires</b>		
Traitement anti-UV	Ticket modérateur de 15 dollars	Non pris en charge
Verres teintés (unis et dégradés)	Ticket modérateur de 15 dollars	Non pris en charge
Traitement antirayures standard	Ticket modérateur de 15 dollars	Non pris en charge
Verres standard en polycarbonate	Ticket modérateur de 40 dollars	Non pris en charge
Verres progressifs standard	Ticket modérateur de 65 dollars	Non pris en charge
Traitement antireflet	Ticket modérateur de 45 dollars	Non pris en charge
Autres options et services	20 % du prix de détail	Non pris en charge
<b>Lentilles de contact</b>		
Lentilles non médicalement nécessaires classiques	Allocation de 130 dollars, puis 15 % du montant restant	Allocation de 105 dollars
Lentilles non médicalement nécessaires à usage unique	Allocation de 130 dollars	Allocation de 105 dollars
Lentilles médicalement nécessaires	100 %	Allocation de 210 dollars
<b>Adaptation</b>		
Adaptation standard	Jusqu'à concurrence de 55 dollars	Non prise en charge
Adaptation haut de gamme	10 % du prix de détail	Non prise en charge
<p>En outre, Blue View Vision prend en charge 40 % du prix d'une paire de lunettes complète supplémentaire, 15 % du prix de détail de lentilles de contact classiques et 20 % du prix de détail d'accessoires de lunetterie (certaines lunettes de soleil sans ordonnance, produits de nettoyage des verres, solutions pour lentilles de contact et étuis à lunettes).</p>		
<b>Soins de santé divers</b>		
<b>Acupuncture</b>	100 % après ticket modérateur de 20 dollars	80 % après franchise
<p>Remboursement plafonné à 1 000 dollars par an, que les soins soient dispensés par des prestataires du réseau ou hors réseau</p>		
<b>Soins chiropratiques</b>	100 % après ticket modérateur de 20 dollars	80 % après franchise
<p>Remboursement plafonné à 1 000 dollars par an, que les soins soient dispensés par des prestataires du réseau ou hors réseau</p>		

<i>Prestations</i>	<i>Prestataires du réseau</i>	<i>Prestataires hors réseau</i>
<b>Examen auditif (tous les trois ans)</b>	100 % après ticket modérateur de 20 dollars	80 % après franchise
<b>Appareil auditif</b>	100 % jusqu'à concurrence de 750 dollars par oreille tous les trois ans	80 % après franchise, jusqu'à concurrence de 750 dollars par oreille tous les trois ans

<sup>a</sup> Les soins dispensés par les prestataires du réseau (sauf les soins de santé mentale ou le traitement de l'alcoolisme et de l'usage de substance) sont les services assurés par les prestataires affiliés au régime Anthem ou à un autre régime de Blue Cross Blue Shield par l'intermédiaire du programme BlueCard, ou par les prestataires affiliés à un autre régime de Blue Cross Blue Shield qui n'a pas de réseau PPO et qui accepte des tarifs négociés.

<sup>b</sup> Les soins doivent être préapprouvés par le Medical Management Program (programme de gestion des soins médicaux), faute de quoi le montant du remboursement sera réduit de 50 % et plafonné à 2 500 dollars.

<sup>c</sup> En cas d'admission, il convient de prendre contact avec le Medical Management Program dans les 24 heures ou dès que cela est raisonnablement possible.

<sup>d</sup> Nombre maximum de consultations, tous prestataires confondus.

<sup>e</sup> Le participant n'a rien à payer si le rendez-vous pour le deuxième avis est pris par l'intermédiaire du Medical Management Program.

<sup>f</sup> S'ils sont organisés par l'intermédiaire du Medical Management Program, les soins prodigués par un spécialiste hors réseau sont couverts comme s'ils étaient dispensés par un prestataire du réseau (c'est-à-dire avec paiement du ticket modérateur).

<sup>g</sup> Le prestataire du réseau doit prendre contact avec le Medical Management Program pour obtenir une autorisation préalable.

<sup>h</sup> Les soins doivent être préapprouvés par les Behavioral Health Services d'Anthem, faute de quoi le montant du remboursement sera réduit de 50 % et plafonné à 2 500 dollars. L'obtention d'une autorisation préalable n'est pas nécessaire pour les soins de santé mentale dispensés par un prestataire hors réseau, mais elle l'est pour le traitement ambulatoire de l'alcoolisme et de l'usage de substance. Les prestataires de santé mentale du réseau sont ceux qui sont membres des Behavioral Health Services d'Anthem.

## Annexe IV

### Aetna Open Choice PPO/POS II

#### Vue d'ensemble du régime

Le régime Aetna Open Choice PPO/Aetna Choice POS II couvre dans le monde entier les frais d'hospitalisation et de chirurgie, les frais médicaux, les frais d'optique et les frais afférents aux médicaments délivrés sur ordonnance. Il permet aux participants de bénéficier, en cas de maladie ou de blessure couverte, d'un traitement médicalement nécessaire dans un hôpital ou auprès d'un médecin de leur choix, que le prestataire fasse partie du réseau ou non.

Les membres du personnel en poste et les retraités ayant une adresse postale dans un autre pays que les États-Unis d'Amérique sont automatiquement affiliés au programme Aetna International. Toute la correspondance relative au programme (cartes d'assurance, relevés des prestations, chèques de remboursement et tout autre document) continuera d'être envoyée à l'adresse postale enregistrée dans le système de gestion du personnel.

Le programme Aetna International permet l'admission, selon le principe du paiement direct, des participants dans certains hôpitaux situés en dehors des États-Unis avec lesquels un accord a été négocié. Plus de 600 hôpitaux sont actuellement inscrits sur la liste, qui ne cesse de s'allonger. Ces hôpitaux ont conclu avec Aetna International un accord de paiement direct, qui dispense les participants de verser un acompte à l'admission et d'acquitter, à la sortie de l'hôpital, d'autres frais que la franchise et l'éventuelle coassurance. Actuellement, les honoraires de médecin doivent être réglés directement et les factures remises à Aetna International pour remboursement.

Les participants qui ne veulent pas faire appel aux services d'un prestataire sous contrat avec Aetna International peuvent s'adresser à l'établissement ou au professionnel de santé de leur choix, sachant toutefois que dans ce cas, le paiement direct peut ne pas être disponible.

On trouvera dans la présente annexe un tableau récapitulatif global des prestations offertes dans le cadre du régime. Pour de plus amples informations, consulter le descriptif du régime Aetna Open Choice PPO/POS II, disponible à l'adresse [www.un.org/insurance](http://www.un.org/insurance).

L'affiliation au régime proposé par Aetna donne également accès à UnitedHealthcare Global Assistance and Risk et à ActiveHealth.

#### Récapitulatif des prestations offertes par le régime Aetna Open Choice PPO/POS II

<i>Prestations</i>	<i>Prestataires du réseau</i>	<i>Prestataires hors réseau</i>
<b>Franchise annuelle</b>		
Couverture individuelle	0 dollar	250 dollars (dépenses engagées aux États-Unis)
Couverture familiale	0 dollar	750 dollars (dépenses engagées aux États-Unis)

<i>Prestations</i>	<i>Prestataires du réseau</i>	<i>Prestataires hors réseau</i>
<b>Prise en charge par l'assurance</b>		
Taux de prise en charge par l'assurance	100 %, sauf indication contraire	100 % pour les dépenses hospitalières ; 80 % pour les autres dépenses, sauf indication contraire
<b>Montant maximum annuel à la charge du participant</b>		
Couverture individuelle	1 000 dollars (dépenses engagées aux États-Unis et à l'étranger)	1 500 dollars (dépenses engagées aux États-Unis et à l'étranger)
Couverture familiale	3 000 dollars (dépenses engagées aux États-Unis et à l'étranger)	4 500 dollars (dépenses engagées aux États-Unis et à l'étranger) (franchise annuelle comprise ; les tickets modérateurs applicables aux soins assurés par des prestataires du réseau et aux médicaments délivrés sur ordonnance ne sont pas déduits du montant maximum à la charge du participant)
<b>Montant maximum pris en charge à vie</b>	Illimité	Illimité
<b>Responsable de la soumission des demandes de remboursement</b>	Prestataire	Participant
<b>Services hospitaliers et soins connexes<sup>a</sup></b>		
Soins aux malades hospitalisés	100 %	100 %
Soins ambulatoires	100 %	100 %
<b>Autorisation ou enregistrement préalable obligatoire<sup>a</sup> (tél. : 1 888 632 3862)</b>	Incombe au prestataire	Incombe au participant ou au prestataire. En l'absence d'autorisation préalable, pénalité de 2 500 dollars (dépenses engagées aux États-Unis)
Obligatoire pour les hospitalisations uniquement. Vivement recommandé pour les séjours dans un établissement de soins infirmiers spécialisés, les soins de santé à domicile, les soins palliatifs et les soins infirmiers privés (pas de pénalité)		
(En cas d'admission d'urgence, appeler dans les 48 heures ou le jour ouvrable suivant si l'admission a lieu le week-end)		
<b>Service des urgences</b>		
Lorsque le pronostic vital semble être engagé	100 %, honoraires de médecin compris, après ticket modérateur de 75 dollars  (non appliqué en cas d'admission dans les 24 heures)	100 %, honoraires de médecin compris, après ticket modérateur de 75 dollars  (non appliqué en cas d'admission dans les 24 heures)

<i>Prestations</i>	<i>Prestataires du réseau</i>	<i>Prestataires hors réseau</i>
<b>Service des urgences</b> Soins ne relevant pas de la médecine d'urgence (éruption cutanée, otite, bronchite, etc.)	Soins non couverts	Soins non couverts
<b>Services d'ambulance [le réseau ne compte actuellement pas de prestataires pour ces services]</b>	100 %	
<b>Établissement de soins infirmiers spécialisés</b>	100 % Jusqu'à 365 jours par an pour les soins de rétablissement, selon la nécessité médicale	
<b>Soins infirmiers privés (à domicile uniquement)</b>	100 %, sous réserve d'une limite annuelle de 5 000 dollars et de 70 périodes de travail, ainsi que d'un montant maximum pris en charge à vie de 10 000 dollars  Les soins doivent être jugés médicalement nécessaires et faire l'objet d'une ordonnance ou d'un rapport établi par un médecin. L'obtention d'une autorisation préalable est vivement recommandée	
<b>Soins de santé à domicile<sup>a</sup></b> Jusqu'à 200 visites par an	100 %  Les soins doivent être jugés médicalement nécessaires et faire l'objet d'une ordonnance ou d'un rapport établi par un médecin. L'obtention d'une autorisation préalable est vivement recommandée.	
<b>Centre de soins palliatifs<sup>a</sup></b> (210 jours) Plus 5 jours de conseil en gestion du deuil	100 %, franchise non applicable	
<b>Soins dispensés par un médecin</b>		
<b>Consultation au cabinet</b> Pour le traitement (non chirurgical) d'une maladie ou d'une blessure	100 % après ticket modérateur (généraliste : 15 dollars ; spécialiste : 20 dollars)	80 % après franchise
<b>Télémédecine</b>	100 % après ticket modérateur de 15 dollars	80 % après franchise
<b>Maternité</b> (y compris la stérilisation volontaire et l'avortement volontaire ; voir la section Planification familiale)	100 % après ticket modérateur de 15 dollars	80 % après franchise
<b>Soins dispensés par un médecin en milieu hospitalier</b>	100 %	80 % après franchise
<b>Autres soins dispensés par un médecin en milieu hospitalier</b> (par exemple, soins dispensés par un médecin traitant ou indépendant qui ne fait pas facturer ses services par l'hôpital)	100 %	80 % après franchise
<b>Chirurgie</b> (en milieu hospitalier ou au cabinet)	100 %	80 % après franchise

<i>Prestations</i>	<i>Prestataires du réseau</i>	<i>Prestataires hors réseau</i>
<b>Deuxième avis médical (chirurgie)</b>	100 %	100 % après franchise
<b>Anesthésie</b>	100 % (s'il s'agit d'un hôpital affilié)	80 % après franchise
<b>Bilan allergologique et traitement des allergies</b> (effectués par un médecin)	100 % après ticket modérateur de 20 dollars	80 % après franchise
<b>Injections contre les allergies</b> (non effectuées par un médecin)	100 %	80 % après franchise
<b>Soins préventifs</b>		
<b>Examens médicaux périodiques et vaccins</b>	100 % après ticket modérateur de 15 dollars	80 % après franchise
– Enfants de plus de 7 ans et adultes :		
1 examen tous les 12 mois		
<b>Soins pédiatriques et vaccins</b>	100 %	
Soins pédiatriques jusqu'à l'âge de 7 ans :		
– De 0 à 1 an : 6 consultations par an		
– De 1 à 2 ans : 2 consultations par an		
– De 2 à 7 ans : 1 consultation par an		
<b>Examen gynécologique périodique</b>	100 % après ticket modérateur de 15 dollars	80 % après franchise
1 examen par année civile, y compris 1 frottis vaginal		
<b>Planification familiale</b>		
– Consultations au cabinet, y compris analyses et accompagnement psychologique	100 % après ticket modérateur de 20 dollars	80 % après franchise
– Vasectomie ou ligature des trompes (hors inversions)	100 %	80 % (franchise non appliquée)
<b>Traitement de l'infertilité</b>		
– Consultations au cabinet, y compris analyses et accompagnement psychologique	100 % après ticket modérateur de 20 dollars	80 % après franchise
– Insémination artificielle, sous réserve d'un maximum de tentatives dans la vie de l'assurée	100 %	80 % après franchise
– Techniques avancées d'assistance à la procréation, sous réserve d'un maximum de 25 000 dollars	100 %	80 % après franchise

<i>Prestations</i>	<i>Prestataires du réseau</i>	<i>Prestataires hors réseau</i>
pour les frais médicaux et 10 000 dollars pour les frais de pharmacie dans la vie de l'assurée		
<b>Mammographie périodique</b> (sans limite d'âge)	100 %	80 % après franchise 100 % si la mammographie est effectuée durant une hospitalisation ou dans le service de consultation externe d'un hôpital
<b>Examen urologique annuel effectué par un urologue</b>	100 %	80 % après franchise
<b>Services de santé comportementale et de traitement de l'usage de substance</b>		
<b>Services de santé mentale – hospitalisation</b> (tél. : 1 800 424 4047)	100 %	100 % après franchise
<b>Soins aux patients hospitalisés<sup>a</sup></b>		
Ces services sont assurés par Aetna Behavioural Health. En cas d'hospitalisation, l'enregistrement préalable est obligatoire. L'enregistrement préalable est effectué par le prestataire si celui-ci fait partie du réseau, et par le médecin ou le participant pour les services hors réseau, sachant qu'une pénalité peut s'appliquer si ces derniers manquent à cette obligation <sup>b</sup>		
<b>Soins ambulatoires</b>	100 %	80 % après franchise
<b>Intervention en cas de crise</b>	100 %	80 % après franchise
<b>Autisme et analyse appliquée du comportement</b>	100 %	80 % après franchise
<b>Alcoolisme et usage de substance</b>		
<b>Soins aux patients hospitalisés<sup>a</sup></b>	100 %	100 % après franchise
<b>Soins ambulatoires</b>	100 %	80 % après franchise
<b>Médicaments délivrés sur ordonnance</b>		
<b>Aetna Retail Rx</b> (tél. : 1 800 238 6279)	Médicaments génériques : 80 %, avec ticket modérateur de 5 à 20 dollars par ordonnance ; puis 100 % par quantité suffisante pour un mois Médicaments princeps : 75 %, avec ticket modérateur de 5 à 20 dollars par ordonnance ; puis 100 % par quantité suffisante pour un mois	États-Unis : 60 % après franchise Autres pays : 80 %, franchise non applicable La coassurance ne sera pas déduite du montant maximum à la charge du participant (1 250 ou 3 750 dollars)
<b>Aetna International Retail Rx</b> (tél. : 1 800 231 7729) Obtention en pharmacie d'un traitement de 30 jours		
<b>Aetna Mail Order Rx</b> (tél. : 1 888 792 3862)		
<b>Aetna International Mail Order Rx</b> (tél. : 1 800 231 7729) Obtention par correspondance d'un traitement de 90 jours	100 % après ticket modérateur de 15 dollars pour 90 jours de traitement (médicament obtenu auprès d'un prestataire de vente par correspondance affilié)	



## Prestations

## Prestataires du réseau

## Prestataires hors réseau

Ordonnances pour la vente au détail ou par correspondance : lorsqu'un médicament princeps est délivré alors qu'un générique équivalent est disponible, le participant paiera le ticket modérateur plus la différence de prix entre les deux médicaments, à moins que le médecin ne demande expressément que le médicament princeps soit utilisé en inscrivant « DAW » ou « Dispense as written » sur l'ordonnance, auquel cas le participant ne paie que le ticket modérateur

**Soins optiques et auditifs**

**Examen ophtalmologique** (une fois tous les 12 mois) 100 % 80 %, franchise non applicable

**Lunettes et lentilles de contact** 100 dollars maximum par période de 12 mois

**Programme de réductions Aetna Vision Discount** (tél. : 1 800 793 8616) Possibilité d'économiser jusqu'à 35 % sur les montures et environ 15 % sur les lentilles de contact non jetables dans les centres EyeMed participants. Réductions disponibles pour la chirurgie au laser

**Informations sur les réductions disponibles pour la chirurgie au laser (tél. : 1 800 422 6600)**

**Examen auditif** 100 % après ticket modérateur de 20 dollars 80 % après franchise (remboursement limité à 100 dollars pour 1 examen tous les trois ans, obligatoirement effectué par un oto-rhino-laryngologiste ou un audiologiste agréé)  
Évaluation et examen audiométrique (1 examen tous les trois ans, obligatoirement effectué par un oto-rhino-laryngologiste ou un audiologiste agréé)

**Appareil auditif [le réseau ne compte actuellement pas de prestataires pour ce service]** 80 % (franchise non applicable), jusqu'à concurrence de 750 dollars par oreille tous les trois ans

**Soins de santé divers**

**Kinésithérapie et ergothérapie** 100 % 80 % après franchise

**Analyses médicales et radiographies** 100 % 80 % après franchise

**Orthophonie** 80 % après franchise pour les prestataires hors réseau (100 % après ticket modérateur de 20 dollars pour les prestataires du réseau)

**Programme ambulatoire d'éducation à l'autogestion du diabète** 80 %, franchise non applicable  
Si les services sont assurés dans un hôpital, ils sont remboursés à 100 %, sans ticket modérateur. S'ils sont assurés dans un cabinet médical du réseau, ils sont remboursés à 100 % après ticket modérateur de 20 dollars

**Matériel médical durable** 80 %, franchise non applicable

Si les services sont assurés par un prestataire du réseau ou en milieu hospitalier, ils sont remboursés à 100 %, sans ticket modérateur

**Acupuncture** 100 % après ticket modérateur de 20 dollars, jusqu'à concurrence de 1 000 dollars par an 80 % après franchise, jusqu'à concurrence de 1 000 dollars par an

Remboursement plafonné à 1 000 dollars par année civile, que les soins soient dispensés par des prestataires du réseau ou hors réseau

<i>Prestations</i>	<i>Prestataires du réseau</i>	<i>Prestataires hors réseau</i>
<b>Soins chiropratiques</b>	100 % après ticket modérateur de 20 dollars, jusqu'à concurrence de 1 000 dollars par an	80 % après franchise, jusqu'à concurrence de 1 000 dollars par an
	Remboursement plafonné à 1 000 dollars par année civile, que les soins soient dispensés par des prestataires du réseau ou hors réseau	

<sup>a</sup> Les soins doivent être préapprouvés par le Medical Management Program (programme de gestion des soins médicaux), faute de quoi le montant du remboursement sera réduit de 50 % et plafonné à 2 500 dollars. En cas d'admission, il convient de prendre contact avec le Medical Management Program dans les 24 heures ou dès que cela est raisonnablement possible.

<sup>b</sup> En cas de recours à un prestataire hors réseau, le Medical Management Program doit préapprouver les services hospitaliers. Il incombe au participant d'obtenir l'autorisation préalable d'Aetna pour tout service hospitalier. À défaut, une pénalité de 2 500 dollars s'applique. Pour obtenir une autorisation préalable, composer le numéro de téléphone figurant sur la carte d'assurance.

<i>Prestations</i>	<i>Remise offerte par Aetna Vision Discount</i>
<b>Montures</b>	
Prix de détail inférieur ou égal à 60,99 dollars	35 % du prix de détail
Prix de détail compris entre 61,00 et 80,99 dollars	35 % du prix de détail
Prix de détail compris entre 81,00 et 100,99 dollars	35 % du prix de détail
Prix de détail supérieur ou égal à 101,00 dollars	35 % du prix de détail
<b>Verres correcteurs : par paire (plastique non traité)</b>	
Verres unifocaux	40 dollars
Verres bifocaux	60 dollars
Verres trifocaux	80 dollars
Verres progressifs standard (bifocaux sans ligne de démarcation)	125 dollars
<b>Options supplémentaires, par paire de verres (à ajouter aux prix des verres indiqués ci-dessus) :</b>	
Polycarbonate	40 dollars
Traitement anti-rayures	15 dollars
Traitement anti-UV	15 dollars
Verres teintés (unis ou dégradés)	15 dollars
Verres en verre	20 % du prix de détail
Verres photochromiques	20 % du prix de détail
Traitement antireflet	45 dollars

## Annexe V

### Health Insurance Plan of New York

#### Vue d'ensemble du régime

Le régime Health Insurance Plan of New York repose sur un réseau de soins coordonné et fonctionne selon le principe du prépaiement intégral des soins hospitaliers et médicaux. L'assuré n'a ainsi aucun frais à assumer pour les soins qui lui sont prodigués dans le cadre d'un des nombreux groupes médicaux affiliés de l'agglomération new-yorkaise.

Le régime prend également en charge les médicaments délivrés sur ordonnance (moyennant un ticket modérateur de 5 dollars) et les appareils médicaux (à 100 %) si ceux-ci sont achetés dans les pharmacies participantes et prescrits par un médecin affilié ou par n'importe quel médecin en cas d'urgence médicale couverte.

On trouvera dans la présente annexe un tableau récapitulatif global des prestations offertes dans le cadre du régime. Pour de plus amples informations, consulter le descriptif du régime Health Insurance Plan of New York, disponible à l'adresse [www.un.org/insurance](http://www.un.org/insurance).

Le régime Health Insurance Plan of New York n'admet plus de nouveaux affiliés (membres du personnel ou retraités) depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013. Les personnes actuellement couvertes peuvent rester assurées, et tout changement concernant les membres de leur famille concernés sera accepté. Celles qui optent pour un autre plan administré aux États-Unis d'Amérique pendant la campagne d'affiliation de 2024 ne seront toutefois pas autorisées à se réaffilier au régime Health Insurance Plan of New York à l'occasion d'une prochaine campagne.

#### Récapitulatif des prestations offertes par le régime Health Insurance Plan of New York

<i>Prestations</i>	<i>Prise en charge</i>
<b>Services hospitaliers et soins connexes</b>	
<b>Hospitalisation</b>	100 %
– Nombre de jours illimité, en chambre semi-privée avec pension	
– Services hospitaliers	
– Soins infirmiers courants	
<b>Soins ambulatoires</b>	100 %
– Chirurgie et chirurgie ambulatoire	
– Examens préopératoires (effectués dans les sept jours précédant l'intervention chirurgicale prévue)	
– Chimiothérapie et radiothérapie	
– Mammographie et dépistage du cancer du col de l'utérus	
<b>Service des urgences ou centre de soins d'urgence (visite initiale)</b>	100 %
– Blessure accidentelle	
– Problèmes médicaux soudains et graves	
<b>Services d'ambulance</b>	100 %

**Soins de santé à domicile**

– Jusqu'à 200 visites par année civile	100 %
– Perfusion à domicile	100 %

**Dialyse rénale en ambulatoire**

Traitement à domicile, en milieu hospitalier ou dans un établissement autonome	100 % après ticket modérateur de 10 dollars
--	---

**Établissement de soins infirmiers spécialisés**

Nombre de jours illimité par année civile	100 %
---	-------

**Centre de soins palliatifs**

Jusqu'à 210 jours	100 %
-------------------	-------

**Soins dispensés par un médecin**

Consultations au cabinet ou à domicile	100 %
Chirurgie	100 %
Services d'assistant en chirurgie	100 %
Anesthésie	100 %
Visites ou consultations en cours d'hospitalisation	100 %
Soins obstétricaux	100 %
Insémination artificielle – nombre de procédures conforme aux prescriptions de l'État de New York	100 %
Radiographies, IRM et tomodensitogrammes	100 %
Analyses médicales	100 %
Soins infirmiers privés en cours d'hospitalisation	100 %
Réadaptation cardiaque	100 %
Deuxième avis médical (chirurgie)	100 %
Deuxième avis médical (cancer)	100 %
Bilan allergologique et traitement des allergies	100 %
Prothèses, orthèses et matériel médical durable	100 %
Fournitures médicales	100 %

**Soins préventifs**

<b>Examen médical annuel</b>	100 %
------------------------------	-------

<b>Tests de dépistage</b>	100 %
---------------------------	-------

<b>Test de l'antigène prostatique spécifique</b>	100 %
--	-------

<b>Soins gynécologiques (ordonnance du médecin traitant non nécessaire)</b>	100 %
---	-------

<b>Mammographie et frottis vaginal</b>	100 %
--	-------

<i>Prestations</i>	<i>Prise en charge</i>
<b>Soins pédiatriques (y compris vaccins recommandés)</b>	100 %
– Soins néonataux	1 examen en milieu hospitalier à la naissance
– De la naissance à l'âge de 1 an	6 consultations
– De 1 à 2 ans	3 consultations
– De 3 à 6 ans	4 consultations
– 7 ans à 18 ans (jusqu'à la date du 19 <sup>e</sup> anniversaire)	6 consultations
<b>Kinésithérapie et autres traitements spécialisés</b>	
<b>Kinésithérapie</b>	
Jusqu'à 90 jours par année civile en cours d'hospitalisation	100 %
<b>Kinésithérapie (prestation combinée avec l'ergothérapie, la thérapie respiratoire et l'orthophonie)</b>	
– 90 séances en cours d'hospitalisation	100 %
– 90 séances en ambulatoire	100 %
<b>Ergothérapie, thérapie respiratoire et orthophonie (prestation combinée avec la kinésithérapie)</b>	
– 90 séances en cours d'hospitalisation	100 %
– 90 séances en ambulatoire	100 %
<b>Services de santé comportementale et de traitement de l'usage de substance</b>	
<b>Soins de santé mentale</b>	100 %
<b>Alcoolisme et usage de substance – soins ambulatoires</b>	100 %
<b>Traitement de l'alcoolisme et de l'usage de substance/désintoxication – hospitalisation</b>	100 %
<b>Médicaments délivrés sur ordonnance</b>	
<b>En pharmacie</b>	100 % après ticket modérateur de 5 dollars pour 30 jours de traitement (médicament générique ou princeps)
<b>Par correspondance</b>	100 % après ticket modérateur de 2,50 dollars pour 30 jours de traitement (médicament générique ou princeps)
<b>Programme de soins optiques</b>	
<b>Soins dispensés par un groupe de prestataires désigné</b>	100 % pour un examen ophtalmologique une fois tous les 12 mois
	100 % après ticket modérateur de 35 dollars pour des verres correcteurs standard et allocation de 80 dollars pour une monture standard sélectionnée dans un

*Prestations*

*Prise en charge*

---

**Soins de santé divers**

assortiment donné tous les  
24 mois

**Acupuncture/yoga/massage**

Tarifs réduits

**Soins chiropratiques (ordonnance du médecin traitant non nécessaire)**

100 %

---

## Annexe VI

### Cigna US Dental PPO

#### Vue d'ensemble du régime

Le régime d'assurance dentaire Cigna US Dental PPO donne accès à un vaste réseau de prestataires participants dans l'agglomération new-yorkaise et au niveau national. Tout comme dans les autres réseaux de prestataires de soins privilégiés, les dentistes qui participent au régime Cigna US Dental PPO acceptent d'être rémunérés selon un barème d'honoraires négocié avec Cigna. Lorsque les services couverts sont assurés par un prestataire du réseau, Cigna rembourse ce dernier selon le barème et le participant n'a normalement aucun frais à assumer.

On trouvera dans la présente annexe un tableau récapitulatif global des prestations offertes dans le cadre du régime. Pour de plus amples informations, consulter le descriptif du régime Cigna US Dental PPO, disponible à l'adresse [www.un.org/insurance](http://www.un.org/insurance).

#### Récapitulatif des prestations offertes par Cigna US Dental PPO

<i>Prestations</i>	<i>Prestataires du réseau</i>	<i>Prestataires hors réseau</i>
Plafond annuel de prise en charge – 1 <sup>er</sup> juillet 2023-30 juin 2024 (dépenses de classe II et III et dépenses de classe I pour les soins assurés hors réseau uniquement)	Année 1 : 2 250 dollars	Année 1 : 2 250 dollars
	Année 2 : 2 350 dollars	Année 2 : 2 350 dollars
	Année 3 : 2 450 dollars	Année 3 : 2 450 dollars
	Année 4 : 2 550 dollars	Année 4 : 2 550 dollars
Le plafond de prise en charge des années 2 à 4 dépend des services de classe I reçus		
Franchise annuelle – 1 <sup>er</sup> juillet 2023-30 juin 2024	0 dollar	Couverture individuelle : 50 dollars Couverture familiale : 150 dollars
Montants remboursés	Calculés sur la base de tarifs réduits négociés	Calculés sur la base des tarifs raisonnables et habituels

	<i>Montant pris en charge par le régime</i>	<i>Montant à la charge du participant</i>	<i>Montant pris en charge par le régime</i>	<i>Montant à la charge du participant</i>
Classe I – Soins préventifs et examens diagnostiques	100 %	0 %	90 %	10 %
Examens buccaux et nettoyages périodiques				
Radiographies de la bouche complète				
Radiographies interproximales				
Radiographies panoramiques				
Radiographies périapicales				
Application de fluor				
Résines de scellement et mainteneurs d'espace				
Soins d'urgence destinés à soulager la douleur				
Examens anatomopathologiques				
Classe II – Restaurations de base	100 %	0 %	80 %	20 %
Obturations/dévitalisation dentaire/endodontie				
Chirurgie osseuse				
Détartrage parodontal et surfaçage radiculaire				
Ajustement et réparation de prothèses dentaires				
Chirurgie buccale – extractions simples				
Chirurgie buccale – autres extractions				
Anesthésie pour extraction chirurgicale				
Réparation de bridges, de couronnes et d'inlays				
Classe III – Restaurations majeures	100 %	0 %	80 %	20 %
Couronnes				
Implants				
Prothèses dentaires				
Bridges, inlays et onlays				
Prothèse implanto-portée				



	<i>Montant pris en charge par le régime</i>	<i>Montant à la charge du participant</i>	<i>Montant pris en charge par le régime</i>	<i>Montant à la charge du participant</i>
Classe IV – Orthodontie – montant maximum pris en charge à vie	100 % 2 250 dollars pour les enfants à charge jusqu'à l'âge de 19 ans	0 %	70 % 2 250 dollars pour les enfants à charge jusqu'à l'âge de 19 ans	30 %

*Note* : Le présent récapitulatif met en évidence certaines des prestations offertes dans le cadre du régime proposé. On trouvera la description de toutes les conditions de prise en charge, exclusions et restrictions, y compris les prestations prévues par la loi, dans l'attestation d'assurance ou le descriptif du régime. Les prestations sont assurées ou administrées par la Connecticut General Life Insurance Company. Cigna Dental renvoie aux filiales suivantes de Cigna Corporation : Connecticut General Life Insurance Company et Cigna Dental Health et ses filiales et sociétés affiliées. Le régime Cigna Dental Care est proposé par Cigna Dental Health Plan of Arizona, Cigna Dental Health of California, Cigna Dental Health of Colorado, Cigna Dental Health of Delaware, Cigna Dental Health of Florida, une organisation de prestation de services de santé limités prépayés autorisée en vertu du chapitre 636 des Florida Statutes, Cigna Dental Health of Kansas (Kansas et Nebraska), Cigna Dental Health of Kentucky, Cigna Dental Health of Maryland, Cigna Dental Health of Missouri, Cigna Dental Health of New Jersey, Cigna Dental Health of North Carolina, Cigna Dental Health of Ohio, Cigna Dental Health of Pennsylvania, Cigna Dental Health of Texas et Cigna Dental Health of Virginia. Dans les autres États, il est assuré par Connecticut General Life Insurance Company ou Cigna HealthCare of Connecticut, et administré par Cigna Dental Health. Le régime Cigna Dental PPO est assuré ou administré par Connecticut General Life Insurance Company, les services de gestion du réseau étant fournis par Cigna Dental Health. Le régime est connu sous le nom de CG Dental PPO en Arizona et en Louisiane, et de Cigna Dental Choice au Texas. Le régime Cigna Dental Traditional est assuré ou administré par la Connecticut General Life Insurance Company. En Arizona et en Louisiane, ce régime est connu sous le nom de CG Traditional.

## Annexe VII

### UnitedHealthcare Global Assistance and Risk

UnitedHealthcare Global Assistance and Risk est un service offert aux assurés d'Aetna et d'Anthem. Son coût mensuel, qui s'établit à 0,24 dollar par personne pour 2024, est pris en compte dans le barème des primes, qui figure à l'annexe I de la présente circulaire.

UnitedHealthcare Global Assistance and Risk assure des services de gestion de l'assistance médicale d'urgence, notamment de coordination des évacuations et des rapatriements d'urgence, et d'autres services d'assistance en voyage lorsque le membre du personnel concerné se trouve à au moins 160 km (100 miles) de son domicile. On trouvera ci-après un récapitulatif des services offerts.

#### Services d'assistance médicale

*Mise en relation avec des prestataires de soins dans le monde entier :* UnitedHealthcare Global Assistance and Risk communique au participant les coordonnées de médecins et dentistes du monde entier pour que celui-ci sache où obtenir le traitement ou les soins dont il a besoin.

*Suivi du traitement :* les coordonnateurs de UnitedHealthcare Global Assistance and Risk assurent un suivi continu du dossier et les médecins-conseils affiliés offrent au participant des services de consultation et de conseil, y compris l'examen et l'analyse de la qualité des soins médicaux reçus.

*Facilitation du paiement des services hospitaliers :* après avoir obtenu le paiement ou une garantie de remboursement, UnitedHealthcare Global Assistance and Risk envoie les fonds ou verse les acomptes voulus à l'admission d'urgence à l'hôpital.

*Communication des informations liées à l'assurance aux prestataires de soins :* UnitedHealthcare Global Assistance and Risk aide le participant à effectuer les formalités d'admission à l'hôpital, par exemple en transmettant les informations relatives aux prestations d'assurance auxquelles celui-ci a droit, afin d'éviter que les soins soient retardés ou refusés. UnitedHealthcare Global Assistance and Risk aide également à planifier la sortie de l'hôpital.

*Acheminement de médicaments et de vaccins :* si des médicaments ou des vaccins ne sont pas disponibles localement, ou si un médicament délivré sur ordonnance est perdu ou volé, UnitedHealthcare Global Assistance and Risk en coordonne la livraison au participant après autorisation du médecin prescripteur, si la législation le permet.

*Remplacement de verres correcteurs et d'appareils médicaux :* UnitedHealthcare Global Assistance and Risk coordonne le remplacement de tout verre correcteur ou appareil médical perdu, volé ou cassé pendant le voyage.

*Envoi de médecins ou de spécialistes :* en cas d'urgence, lorsqu'il est impossible de déterminer par téléphone si l'état du participant justifie une évacuation, ou que celui-ci ne peut pas être déplacé, et qu'aucun traitement n'est disponible localement, UnitedHealthcare Global Assistance and Risk dépêche un médecin compétent auprès de l'intéressé.

*Transfert du dossier médical :* avec le consentement du participant, UnitedHealthcare Global Assistance and Risk aide à communiquer les informations médicales et le dossier médical à l'intéressé ou au médecin traitant.

*Communication permanente avec la famille, l'employeur et le médecin* : avec l'accord du participant, UnitedHealthcare Global Assistance and Risk fait régulièrement le point avec les personnes chargées de tenir la famille, l'employeur et les médecins informés de l'évolution de la situation.

*Réservation d'hôtel pour la convalescence* : UnitedHealthcare Global Assistance and Risk aide à organiser les séjours à l'hôtel et à réserver une chambre répondant aux besoins avant et après l'hospitalisation.

Bien que ne relevant pas de l'assurance maladie, les services ci-après sont prévus dans la cotisation mensuelle acquittée par les participants aux régimes proposés par Aetna et Anthem.

### **Services d'assistance voyage**

*Réservations en cas d'urgence* : UnitedHealthcare Global Assistance and Risk effectue de nouvelles réservations (vols, hôtel et autres services de voyage) en cas de maladie ou de blessure.

*Transfert de fonds* : UnitedHealthcare Global Assistance and Risk fournit une avance en espèces en cas d'urgence à condition d'avoir obtenu au préalable les fonds du ou des participants.

*Remplacement des documents de voyage perdus ou volés* : UnitedHealthcare Global Assistance and Risk aide à accomplir les formalités nécessaires pour remplacer passeports, billets et autres documents de voyage importants.

*Service d'orientation juridique* : en cas de besoin, UnitedHealthcare Global Assistance and Risk oriente le participant vers un avocat qui l'aidera à obtenir une caution.

*Services d'interprétation* : en cas d'urgence, les coordonnateurs d'assistance multilingue de UnitedHealthcare Global Assistance and Risk mettent immédiatement à la disposition du participant des services d'interprétation dans plusieurs langues ; à défaut, UnitedHealthcare Global Assistance and Risk oriente le participant vers des interprètes locaux.

*Envoi de messages* : grâce au centre d'intervention d'urgence de UnitedHealthcare Global Assistance and Risk, le participant peut, en cas d'urgence, envoyer et recevoir des messages gratuitement, 24 heures sur 24.

### **Services en ligne**

**Global Intelligence Centre** : les participants ont accès à l'espace membres de UnitedHealthcare Global Assistance and Risk, qui donne des informations détaillées sur le programme ainsi que des renseignements sur les services médicaux et les conditions de sécurité dans plus de 230 pays et territoires dans le monde. Pour activer son compte sur l'espace membres :

1. Se rendre à l'adresse [worldwatch.uhcglobal.com](http://worldwatch.uhcglobal.com).
2. Cliquer sur « Login/Register ».
3. Cliquer sur « Create One Healthcare ID ».
4. Saisir les informations requises sur la page d'inscription et sélectionner « I Agree ».
5. Saisir le numéro d'identification UnitedHealthcare Global réservé à l'ONU (33211).

**Medical Intelligence Reports** : les participants ont accès en ligne à des informations à jour sur la situation sanitaire des différentes destinations, par exemple sur les vaccins nécessaires, les problèmes sanitaires régionaux et les exigences d'entrée et de sortie du territoire, ainsi que des renseignements sur les transports. Chaque pays se voit attribuer une cote de risque, qui est fonction de l'importance du risque sanitaire, de la qualité des soins, de l'accès aux soins et des obstacles culturels.

**World Watch** : les participants ont accès en ligne aux dernières informations faisant autorité et à des conseils en matière de sécurité pour plus de 170 pays et 280 villes. Les informations communiquées comprennent les dernières nouvelles, les alertes, les évaluations des risques et un large éventail d'informations sur les différentes destinations, notamment la criminalité, le terrorisme, les hôpitaux locaux, les numéros de téléphone d'urgence, la culture, la météo, les informations sur les transports, les conditions d'entrée et de sortie et la monnaie.

Les bases de données mondiales de UnitedHealthcare Global Assistance and Risk sur la situation en matière de sécurité et les conditions sanitaires sont continuellement mises à jour et rassemblent des renseignements provenant de milliers de sources du monde entier. Les participants peuvent également appeler le centre d'intervention d'urgence de UnitedHealthcare Global Assistance and Risk pour obtenir ces informations.

**Rapports personnalisés** : les outils de renseignement en ligne Medical Intelligence Reports et World Watch permettent aux participants de créer et d'imprimer des évaluations personnalisées de la situation sanitaire et des conditions de sécurité pour chaque destination.

**Alertes de voyage sur les zones de tension** : sur inscription dans l'espace membres, les participants reçoivent gratuitement par courriel, en semaine, un bulletin sur les problèmes de sécurité dans le monde, qui passe rapidement en revue, en les classant par région et par destination, les événements qui pourraient avoir des conséquences importantes pour les voyageurs et indique le niveau de menace par pays et les dates à retenir.

### **Conditions et restrictions**

Les services susvisés ne sont disponibles que pendant la période d'affiliation et lorsque le participant se trouve à au moins 160 km (100 miles) de son lieu de résidence.

### **Accès aux services de UnitedHealthcare Global Assistance and Risk 24 heures sur 24**

En cas de problème médical, les participants doivent composer le numéro gratuit du pays dans lequel ils se trouvent (voir la liste ci-dessous) ou appeler le centre d'intervention d'urgence de UnitedHealthcare Global Assistance and Risk, disponible 24 heures sur 24 à Baltimore (Maryland) :

Téléphone : 1 410 453 6330

Site Web : [www.uhcglobal.com](http://www.uhcglobal.com)

Courriel: [Assistance@uhcglobal.com](mailto:Assistance@uhcglobal.com)

Un coordonnateur d'assistance multilingue vous demandera votre nom, le nom de votre entité ou de votre groupe, le numéro d'identification UnitedHealthcare Global Assistance and Risk réservé à l'ONU (33211) et une description de votre situation.

S'il s'agit d'une urgence, rendez-vous immédiatement chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche, puis contactez le centre d'intervention d'urgence de UnitedHealthcare Global Assistance and Risk, qui prendra alors les mesures qui s'imposent pour vous prêter assistance et assurer le suivi des soins dispensés.

En Italie, composez le 170 pour passer un appel assisté par un opérateur international.

Au Mexique, si vous appelez d'un publiphone, veillez à ce que celui-ci soit un publiphone La Date.

En Chine, veuillez composer les numéros suivants :

*Régions du nord* – composez d'abord le 10888, puis attendez un instant. Une fois connecté, composez le reste du numéro.

*Régions du sud* – composez d'abord le 10811, puis attendez un instant. Une fois connecté, composez le reste du numéro.

En Égypte, veuillez composer les numéros suivants :

Le Caire intramuros – composez d'abord le 510 0200, puis attendez un instant. Une fois connecté, composez le reste du numéro.

En dehors du Caire – composez d'abord le 02 510 0200, puis attendez un instant. Une fois connecté, composez le reste du numéro.

### **S'il est impossible de passer un appel gratuit à UnitedHealthcare Global Assistance and Risk**

Nombreux sont les opérateurs téléphoniques qui font payer ou interdisent tout bonnement les appels gratuits passés sur leurs réseaux à partir de téléphones mobiles, de téléphones publics et d'autres types de téléphones. Les intéressés doivent alors appeler directement le centre mondial d'intervention d'urgence de UnitedHealthcare. Cet appel peut donner lieu à des frais, mais si le participant lui donne son numéro de téléphone, le centre d'intervention d'urgence le rappellera immédiatement afin de lui éviter tous frais supplémentaires.

## Annexe VIII

### Programme de bien-être ActiveHealth

Le programme de bien-être ActiveHealth offre, en toute confidentialité, un soutien en matière de santé et de bien-être aux personnes affiliées aux régimes d'assurance maladie proposés par Aetna et Anthem en mettant à leur disposition toute une gamme d'outils et de ressources destinés à les aider à atteindre leurs objectifs de santé. Il est possible qu'ActiveHealth contacte les participants pour les inviter à participer, mais ceux-ci peuvent aussi prendre l'initiative en se rendant sur le site [www.myactivehealth.com/unitednations](http://www.myactivehealth.com/unitednations) ou en appelant le 800 778 8351.

#### Caractéristiques du programme

##### Site Web pour la promotion de la santé individuelle

La plateforme de mobilisation pour le bien-être, disponible à l'adresse [www.myactivehealth.com/unitednations](http://www.myactivehealth.com/unitednations), peut aider les participants à mieux s'alimenter, à être plus actifs et à gérer plus efficacement un problème de santé. Elle permet aux utilisateurs de suivre leur état de santé et de faire des recherches sur leurs symptômes et propose des recettes santé. Elle offre les outils et ressources suivants :

- Bilan de santé : vous aide à dresser un tableau de votre état de santé général ;
- Votre dossier de santé personnel : présente vos données médicales, vos demandes de remboursement, vos résultats d'examens, etc. ;
- Coaching numérique : vous permet de travailler sur vos objectifs de santé 24 heures sur 24 ;
- Défis : vous propose des aventures thématiques divertissantes pour vous motiver à atteindre vos objectifs de santé ;
- Ressources : vous donne accès à un large éventail d'informations ;
- Communautés sociales : vous permet de vous mettre en relation avec d'autres personnes ayant des problèmes de santé similaires ;
- Outil de suivi : se connecte à vos applications et dispositifs de santé préférés, puis synchronise vos données.

Pour télécharger l'application mobile ActiveHealth, saisir « ActiveHealth » dans le champ de recherche. Que vous utilisiez l'application mobile ou que vous vous connectiez à l'aide d'un ordinateur de bureau, ActiveHealth synchronise vos données.

##### Des « Actions santé » personnalisées

Le système breveté CareEngine d'ActiveHealth prend en compte un grand nombre de données, allant des demandes de remboursement aux résultats d'analyses en passant par les informations données par le participant dans le bilan de santé. Il compare les données à des milliers de règles de décision clinique fondées sur les dernières informations médicales et directives thérapeutiques en date de façon à trouver des solutions susceptibles d'améliorer l'état de santé de l'intéressé. Il propose ainsi des recommandations, baptisées « Actions santé », qui sont toutes examinées par les meilleurs enseignants cliniciens de la faculté de médecine de Harvard.

Les participants ont accès à une liste hiérarchisée de leurs Actions santé sur la page d'accueil de la plateforme de mobilisation pour le bien-être. Il peut s'agir de simples rappels à des fins de prévention ou de notifications concernant des problèmes graves, tels qu'une éventuelle interaction médicamenteuse. ActiveHealth enverra

également des Actions santé par courrier pour signaler d'éventuelles mesures à prendre d'urgence – analyses non effectuées ou nécessité de remédier à une interaction médicamenteuse, par exemple. Il les enverra également par courrier ou par télécopie aux prestataires de soins de santé concernés. L'objectif d'ActiveHealth est d'informer les prestataires de soins et les patients des moyens d'améliorer l'état de santé de ces derniers. Ce sont toutefois le participant et le prestataire de soins qui prennent les décisions finales en ce qui concerne les soins et les traitements nécessaires.

### **Coaching pour la gestion des maladies chroniques**

ActiveHealth propose divers outils destinés à permettre aux participants de mieux faire face à un diagnostic ou gérer une maladie chronique, à savoir :

- Coaching numérique : travaillez sur vos objectifs de santé à tout moment et où vous le voulez, grâce à des activités quotidiennes amusantes qui vous permettent d'avancer ;
- Coaching collectif : des coachs expérimentés animent des séances interactives de coaching collectif en ligne, dans lesquelles vous œuvrez à votre santé avec d'autres personnes qui ont des objectifs similaires ;
- Coaching individuel : contactez par téléphone un coach de confiance qui est en mesure de vous aider à gérer votre maladie. Vous en apprendrez davantage sur votre état de santé et sur la façon de tirer le meilleur parti du temps passé avec votre prestataire de soins. Votre coach saura vous motiver à prendre votre santé en main.

Le programme offre un accompagnement pour 19 pathologies principales :

- Asthme<sup>1</sup>
- Maux de dos et douleurs cervicales
- Hépatite chronique (B et C)
- Néphropathie chronique
- Bronchopneumopathie chronique obstructive
- Maladie coronarienne
- Dépression<sup>2</sup>
- Diabète sucré<sup>1</sup>
- Maladie rénale en phase terminale
- Insuffisance cardiaque
- Hypertension artérielle<sup>1</sup>
- Taux élevé de cholestérol
- Migraines
- Arthrose
- Polyarthrite rhumatoïde
- Crises épileptiques
- Lupus érythémateux systémique
- Colite ulcéreuse/syndrome du côlon irritable/  
maladie de Crohn
- Gestion du poids<sup>1</sup>

Une fois inscrit au programme, vous commencez à travailler main dans la main avec votre coach pour prendre de nouvelles habitudes qui peuvent avoir un effet positif sur votre maladie – gestion du stress et activité physique, par exemple.

<sup>1</sup> Programmes pour adultes et pour enfants.

<sup>2</sup> Considérée comme un trouble comorbide.

**Ligne téléphonique d'assistance infirmière disponible 24 heures sur 24**

Des infirmiers agréés sont joignables par téléphone 24 heures sur 24 au numéro de téléphone suivant : 1 800 556 1555. Ils offrent un soutien sur des milliers de sujets – affections courantes, problèmes spécifiques au genre et à l'âge, soins dentaires, santé mentale, perte de poids et bien d'autres. Ils peuvent orienter le participant vers le programme de gestion des maladies et d'autres modalités de soutien prévues par les programmes proposés par l'ONU.



## Annexe IX

### Régime mondial de l'ONU

#### Récapitulatif des prestations

Administré par Cigna International Health Services, le régime mondial de l'ONU prend en charge, dans les limites prévues, les frais raisonnables et habituels afférents aux soins médicaux, hospitaliers et dentaires dispensés en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Il couvre également certains soins préventifs. Le montant total remboursable pour l'ensemble des dépenses couvertes par le régime qui sont engagées par l'assuré est limité à 250 000 dollars par année civile. Il est tenu compte de cette restriction dans les dispositions ci-après. En outre, le remboursement est plafonné pour certains traitements, procédures, fournitures ou autres.

On trouvera dans la présente annexe un tableau récapitulatif global des prestations offertes dans le cadre du régime. Pour de plus amples informations, consulter le descriptif des prestations sur le site Web de l'ONU ([www.un.org/insurance](http://www.un.org/insurance)) ou celui du régime ([www.cignahealthbenefits.com](http://www.cignahealthbenefits.com)).

#### Prise en charge générale – soins ambulatoires

	<i>Plan général d'assurance maladie</i>	<i>Plan général d'assurance maladie + Assurance médicale gros risques</i>
Dépenses afférentes aux soins ambulatoires énumérés ci-après	80 % (voir ci-après les restrictions pour les soins dispensés aux États-Unis)	Assurance médicale gros risques applicable
Honoraires de médecin (généralistes et spécialistes)	80 %	96 % (après franchise annuelle de 200 dollars par personne ou de 600 dollars par famille, uniquement pour les soins dispensés en dehors des États-Unis)
Soins paramédicaux	80 % – 60 séances par an au maximum	
Pharmacie	80 %	
Analyses médicales et imagerie médicale	80 %	
Santé mentale	80 % – Après 30 séances, les soins de santé mentale doivent faire l'objet d'une autorisation préalable	
Traitements de fertilité	80 %	Maximum de 6 tentatives dans la vie de la personne assurée
Soins ambulatoires aux États-Unis	80 % (franchise annuelle de 5 000 dollars par personne ou de 15 000 dollars par famille)	Assurance médicale gros risques non applicable

*Note* : Certains traitements doivent faire l'objet d'une autorisation préalable. Pour de plus amples informations, consulter le descriptif des prestations à l'adresse [www.cignahealthbenefits.com](http://www.cignahealthbenefits.com).

**Traitements particuliers**

	<i>Prestations</i>	<i>Observations</i>
Chimiothérapie	100 %	Honoraires de médecin remboursés à 80 % et Assurance médicale gros risques applicable
Radiothérapie	100 %	Honoraires de médecin remboursés à 80 % et Assurance médicale gros risques applicable
Hémodialyse	100 %	Honoraires de médecin remboursés à 80 % et Assurance médicale gros risques applicable

**Prise en charge générale – hospitalisation (sous réserve d’approbation préalable)**

	<i>Prestations</i>	<i>Observations</i>
Chambre avec pension	100 % jusqu’à concurrence d’un montant donné par jour	Le montant maximum par jour varie en fonction de la région  Prise en charge limitée à 100 % des dépenses en chambre semi-privée (deux patients) ou en chambre commune (plus de deux patients) dans certains lieux  Pour plus de précisions, vois le descriptif des prestations
Autres dépenses hospitalières	100 %	
Honoraires de médecin	80 % et Assurance médicale gros risques applicable	
Dépenses personnelles	Non prises en charge	

**Dépenses couvertes engagées aux États-Unis d’Amérique**

	<i>Prestations</i>	<i>Observations</i>
<b>Franchise</b>	Couverture individuelle : 5 000 dollars par année civile Couverture familiale : 15 000 dollars par année civile	Assurance médicale gros risques non applicable
<b>Approbation préalable impérative pour les services suivants :</b>	80 % (franchise annuelle de 5 000 dollars par personne ou de 15 000 dollars par famille)	Assurance médicale gros risques non applicable
– Hospitalisation prévue		
– Certains traitements ambulatoires (chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse)		

Pour de plus amples informations, consulter le site Web.

**Prise en charge générale – prestations plafonnées**

	<i>Prestations</i>	<i>Montant maximum remboursable</i>
Soins dentaires	80 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 1 000 dollars par personne et par année civile</li> <li>– Report du solde de l'année précédente</li> <li>– Les soins orthodontiques doivent commencer avant le 15<sup>e</sup> anniversaire du patient. La période de soins maximale couverte est de 4 ans. Soins non remboursables pour les adultes de plus de 18 ans à moins qu'ils ne soient nécessaires à la suite d'un accident.</li> <li>– Les soins dentaires et orthodontiques reconstructifs dispensés à la suite d'un accident sont couverts à 80 % et ne sont pas soumis au plafond annuel applicable aux soins dentaires, l'Assurance médicale gros risques est applicable. Une autorisation préalable doit être obtenue.</li> </ul>
Soins optiques	80 %	250 dollars par période de 24 mois (à compter de la date d'achat).
Examen médical/soins préventifs	100 %	1 050 dollars par personne et par année civile
Hospitalisation à domicile	100 %	5 000 dollars par maladie

**Exclusions**

- Les participants qui sont mobilisés ou se portent volontaires pour prodiguer des soins en temps de guerre
- Les blessures résultant de courses de véhicules à moteur ou de compétitions dangereuses pour lesquelles les paris sont autorisés (les compétitions sportives normales sont couvertes)
- Les conséquences d'insurrections ou d'émeutes si, en y prenant part, le participant a enfreint les lois applicables, et les conséquences de rixes, sauf en cas de légitime défense
- Les dépenses afférentes à des soins non médicaux, notamment les cures thermales, les cures de rajeunissement ou les traitements esthétiques (la chirurgie reconstructive est couverte lorsqu'elle est nécessaire à la suite d'une maladie ou d'un accident pris en charge)
- Les résultats directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur ou de radiations produits par la transmutation du noyau atomique ou la radioactivité ou résultant du rayonnement produit par l'accélération artificielle de particules nucléaires
- Les dépenses dont le montant dépasse la limite raisonnable et habituelle pour la région dans laquelle elles sont engagées
- Les soins préventifs autres que les examens médicaux et certains vaccins
- Les frais de voyage ou de transport (à l'exception des dépenses afférentes aux services professionnels d'ambulance nécessaires au transport jusqu'à l'hôpital le plus proche où des soins adéquats peuvent être prodigués en cas d'urgence)

- Les soins médicaux qui ne sont pas médicalement nécessaires
- Les soins médicaux qui ne sont pas médicalement reconnus comme faisant partie du traitement correspondant au diagnostic posé
- Soins de longue durée
- Les produits dont l'efficacité n'a pas été suffisamment prouvée scientifiquement et qui ne sont pas généralement reconnus dans le monde médical (par exemple, les produits contenant de la glucosamine ou du sulfate de chondroïtine)
- La chirurgie non urgente ne résultant pas d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité

### **Services de santé et de bien-être proposés par Cigna**

Forte de plus de 20 ans d'expérience dans le domaine de la santé et du bien-être, Cigna propose des solutions de santé et de bien-être personnalisées, motivantes, souples et globales qui peuvent favoriser la performance personnelle et être utiles à des organisations mondiales telles que l'ONU.

Ces solutions s'articulent autour des trois « piliers » de la santé que sont l'accès aux soins, la gestion des soins et l'adoption de nouvelles habitudes de vie et de nouveaux comportements.

### **Application Cigna Wellbeing**

L'application Cigna Wellbeing permet aux participants d'envisager leur santé sous un nouvel angle. S'inscrivant dans la stratégie de Cigna et de l'Organisation en faveur des participants au régime mondial de l'ONU, elle vise à prévenir les maladies en proposant aux assurés des services favorisant la santé et le bien-être.

L'application Cigna Wellbeing donne accès à des consultations par téléphone ou en visioconférence avec un médecin, assurées par Cigna Global Telehealth, ainsi qu'à un programme de coaching destiné à aider les participants à prendre leur santé en main, qui est mis au point à l'issue d'une évaluation en ligne consistant notamment en un questionnaire de personnalité.

Tous les participants âgés de plus de 18 ans peuvent accéder à ces services par l'intermédiaire d'un compte sécurisé et personnalisé.

L'application Cigna Wellbeing peut être téléchargée gratuitement sur l'App Store (iOS) et Google Play (Android).

### **Global Telehealth**

Le service Global Telehealth de Cigna met en relation, par téléphone ou en visioconférence, les participants ayant un problème de santé ne relevant pas de la médecine d'urgence avec des médecins agréés du monde entier. Accessible 24 heures sur 24, il garantit un rendez-vous avec un médecin généraliste dans les 48 heures. Dans les cinq jours suivant la consultation initiale, le médecin généraliste peut, si nécessaire, fixer un rendez-vous pour une consultation de suivi avec un spécialiste.

Le médecin de Global Telehealth est sélectionné en fonction du fuseau horaire dans lequel se trouve le participant, de la langue qu'il parle et du moment où il souhaite avoir son rendez-vous. À l'heure actuelle, les langues dans lesquelles les consultations sont offertes sont les suivantes : anglais et espagnol pour les consultations par visioconférence, et anglais, espagnol, français, allemand, portugais, chinois mandarin, japonais, hindi et arabe pour les consultations par téléphone.

Pour réduire au minimum le temps d'attente du patient entre deux rendez-vous, celui-ci peut être orienté vers un médecin différent à chaque consultation. Tous les médecins auront néanmoins accès aux notes prises lors des consultations précédentes, ce qui permettra de constituer un dossier commun contenant des informations complètes sur le patient, d'assurer la cohérence et de faire en sorte que tous les utilisateurs reçoivent des soins optimaux.

#### *Quelle aide peut vous apporter Global Telehealth ?*

Les médecins de Global Telehealth seront à l'écoute de vos préoccupations et vous donneront des conseils clairs sur les meilleures mesures à prendre. Vous pourrez leur montrer des documents et des images pour mieux expliquer vos symptômes et votre maladie. Ils pourront également vous aider à comprendre le fonctionnement du système de santé local, et vous diront comment vous y prendre pour organiser les éventuels rendez-vous suivants.

#### *Quels sont les services fournis par Global Telehealth ?*

Global Telehealth donne accès, par téléphone ou en visioconférence, à des conseils cliniques dispensés par des médecins. Grâce à ce service, vous pourrez :

- consulter un médecin de confiance, y compris un spécialiste, même si vous vous trouvez dans une région reculée ;
- discuter de certains symptômes pressants, comme une fièvre, une éruption cutanée ou une douleur ;
- recevoir un diagnostic fonctionnel si le médecin dispose de suffisamment d'informations médicales sur votre situation ;
- discuter d'un rapport médical, des résultats d'une analyse ou d'un programme thérapeutique ;
- vous préparer pour une consultation, un traitement ou une hospitalisation à venir ;
- recevoir des informations qui vous permettront de mieux comprendre le fonctionnement du système de santé local.

#### *Que faire en cas d'urgence ?*

Le service Global Telehealth de Cigna n'est pas destiné aux urgences médicales. En cas d'urgence, il est recommandé aux participants de contacter le service des urgences le plus proche.

### **Services cliniques**

Ayant à cœur d'assurer aux personnes affiliées au régime mondial de l'ONU l'accompagnement et le soutien dont elles ont besoin en cas de problème médical grave, Cigna leur donne accès aux services cliniques suivants :

### **Gestion des cas cliniques**

Les infirmiers professionnels de Cigna prendront contact avec les patients pour assurer un suivi régulier pendant leur traitement et pour veiller à leur bien-être ou à celui de leurs proches en cas d'hospitalisation longue ou lorsqu'ils sont atteints de certaines pathologies.

### **Aide à la décision**

Le programme Cigna Decision Support aide les participants à obtenir un diagnostic fiable et à prendre des décisions éclairées sur les traitements envisageables, en dispensant des conseils médicaux indépendants inspirés des avis d'éminents médecins du monde entier. Il est utilisé dans le diagnostic de problèmes de santé comme le cancer du sein, de la prostate ou du côlon, les tumeurs cérébrales ou les douleurs de dos, de hanche ou de genou susceptibles de nécessiter une intervention chirurgicale.

### **Gestion des maladies chroniques**

Cigna a mis en place un programme volontaire de gestion des maladies chroniques, dans le cadre duquel des infirmiers conseillent les personnes atteintes de diabète ou d'une maladie cardiovasculaire afin qu'elles reçoivent les soins dont elles ont besoin.

## Annexe X

### Annuaire des prestataires de soins de santé

#### Sites Web

*Prestataires de soins de santé*

*Instructions*

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>1. Aetna (membres du personnel en poste et retraités résidant aux États-Unis)</b></p> <p><b>Aetna International (membres du personnel en poste et retraités résidant en dehors des États-Unis)</b></p> | <p><a href="http://www.aetna.com/docfind/index.html">www.aetna.com/docfind/index.html</a></p> <p><a href="http://www.aetnainternational.com/members/login.do">www.aetnainternational.com/members/login.do</a></p> <p>a) Connectez-vous à l'aide de votre numéro d'identification et de votre mot de passe ;</p> <p>b) Cliquez sur le lien « Find healthcare » dans la partie gauche de l'écran ;</p> <p>c) Cliquez sur le lieu de votre choix ;</p> <p>d) Lancez la recherche.</p> |
| <p><b>2. Anthem</b></p> <p><b>Global Core Services</b></p>   | <p><a href="http://www.anthem.com/login/">www.anthem.com/login/</a> ou téléchargez l'application mobile Sydney Health</p> <p><a href="http://bcbsglobalcore.com">http://bcbsglobalcore.com</a></p> <p>a) Acceptez les conditions générales d'utilisation du site ;</p> <p>b) Saisissez « U9N » dans le champ de saisie situé en dessous des conditions générales ;</p> <p>c) Cliquez sur « Login ».</p>  |
| <p><b>3. Health Insurance Plan of New York (Emblem)</b></p>  | <p><a href="https://my.emblemhealth.com/member/s/find-care-services">https://my.emblemhealth.com/member/s/find-care-services</a></p>   |
| <p><b>4. Cigna Dental</b></p>  | <p><a href="http://www.cigna.com/web/public/hepdirectory">www.cigna.com/web/public/hepdirectory</a></p>  |
| <p><b>5. Régime mondial de l'ONU</b></p>   | <p><a href="http://www.cignahealthbenefits.com">www.cignahealthbenefits.com</a></p> <p>a) Connectez-vous à l'aide de votre numéro de référence personnel et de votre mot de passe ;</p> <p>b) Cliquez sur « Provider search ».</p>   |

*Note* : Les membres du personnel sont vivement encouragés à créer un compte sur les sites Web des tiers administrateurs, car ils pourront ainsi obtenir des informations sur l'état de leurs demandes de remboursement, consulter les prestations auxquelles ils ont droit, demander à recevoir une carte d'assurance, imprimer une carte temporaire, etc.

#### Tiers administrateurs implantés aux États-Unis : adresses et numéros de téléphone à utiliser pour les demandes de remboursement et les questions concernant les prestations

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <p><b>I. Aetna PPO/POS II</b></p> | <p>Aetna Inc.<br/>P.O. Box 981106<br/>El Paso, TX 79998-1106</p>  |
| <p>Tél.: 800 784 3991</p>         | <p>Services réservés aux assurés (questions sur les prestations offertes et les demandes de remboursement)</p>    |
| <p>Tél.: 800 333 4432</p>         | <p>Enregistrement ou autorisation préalable pour services dispensés en milieu hospitalier ou en établissement</p> |
| <p>Tél.: 800 872 3862</p>         | <p>Membres Aetna PPO/POS II – prise en charge en voyage</p>   |

Tél.: 800 272 3531	Aetna Maternity Management (gestion de la maternité)
Tél.: 800 238 6279	Orientation vers une pharmacie participante
Tél.: 888 792 3862	Aetna Rx Home Delivery (vente de médicaments par correspondance) P.O. Box 417019, Kansas City, MO 64179-9892
Tél.: 888 792 3862	Renouvellement d'ordonnance automatisé pour les médicaments d'entretien (avec carte de crédit)
Tél.: 800 424 4047	Aetna Behavioral Health (santé comportementale)
Tél.: 800 793 8616	Informations sur les rabais offerts pour les lunettes et lentilles de contact (EyeMed)
Tél.: 800 422 6600	Informations sur les rabais offerts pour la chirurgie oculaire LASIK
Tél.: 866 344 7756	Informations sur les rabais offerts pour les services auditifs (Hearing Care Solutions)

**II. Aetna International PPO**

	Aetna International/Aetna P.O. Box 981543 El Paso, TX 79998-1543, United States
Tél. : 1 800 231 7729 ou 1 813 775 0190 (appel en PCV depuis un autre pays que les États-Unis)	Services réservés aux assurés (questions sur les prestations offertes et les demandes de remboursement)
Tél. : 1 800 231 7729 ou 1 813 775 0190 (appel en PCV depuis un autre pays que les États-Unis)	Enregistrement préalable pour services dispensés en milieu hospitalier ou en établissement
Tél. : 1 800 231 7729 ou 1 813 775 0190 (appel en PCV depuis un autre pays que les États-Unis)	Orientation vers une pharmacie participante

Autres numéros de téléphone

Voir ci-dessus, numéros à utiliser pour le régime Aetna PPO/POS II

**III. Anthem PPO**

	Anthem PPO Member Services P.O. Box 1407 Church Street Station New York, NY 10008-1407
Tél.: 855 519 9537	Services réservés aux assurés (questions sur les prestations offertes et les demandes de remboursement)
Tél.: 855 519 9537	Medical Management Program (obtention d'une autorisation préalable pour les admissions à l'hôpital, les opérations chirurgicales non urgentes, les soins à domicile et les séjours en établissement de soins infirmiers spécialisés, références pour deuxième avis médical)
Tél.: 855 519 9537	Anthem Behavioral Health Services (approbation préalable des soins de santé mentale ou du traitement de l'usage de substance)



Tél.: 833 271 2374	Anthem Pharmacy Management Program/CarelonRx (programme de cartes pour les médicaments délivrés sur ordonnance et informations sur le réseau de pharmacies participantes et les médicaments d'entretien vendus par correspondance)
<b>IV. Anthem (prestations et demandes de remboursement hors États-Unis)</b>	Global Core Service Center P.O. Box 2048 – Southeastern, PA 19399 ou <a href="mailto:claims@bcbsglobalcore.com">claims@bcbsglobalcore.com</a>
Tél.: 800 810 2583 804 673 1177 (appel en PCV depuis un autre pays que les États-Unis)	Global Core Services (prestations et demandes de remboursement hors États-Unis)
Tél.: 1 866 723 0515	Blue View Vision Attn: Out Of Network (OON) Claims P.O. Box 8504 Mason, OH 45040
<b>V. Health Insurance Plan of New York</b>	HIP Member Services Department 7 West 34th Street New York, NY 10001
Tél.: 800 HIP TALK (800 447 8255)	HIP Member Services Department (rendez-vous non obligatoire) 6 West 35th Street New York, NY 10001
Tél.: 888 447 4833	Personnes malentendantes ou ayant des difficultés d'élocution
Tél.: 877 774 7693	Ligne d'assistance téléphonique – soins chiropratiques
Tél.: 888 447 2526	Ligne d'assistance téléphonique – santé mentale
Tél.: 877 244 4466	Ligne d'assistance téléphonique – soins dentaires
Tél.: 800 743 1170	Ligne d'assistance téléphonique – chirurgie oculaire LASIK (Davis Vision)
<b>VI. Cigna US Dental PPO</b>	Cigna Dental P.O. Box 188037 Chattanooga, TN 37422-8037
800 747 UNUN ou 800 747 8686	Soumission des demandes de remboursement, demande de cartes d'assurance et services aux clients
Tél.: 888 DENTAL8 ou 888 336 8258	Orientation vers des prestataires participants
<b>VII. UnitedHealthcare Global Assistance and Risk</b>	UnitedHealthcare Global Assistance and Risk Assistance 10175 Little Patuxent Parkway, 5th Floor Columbia, MD 21044
Tél.: 800 527 0218	Aux États-Unis
Tél.: 410 453 6330	Centre d'intervention d'urgence de UnitedHealthcare Global Assistance and Risk, Baltimore, MD
<b>VIII. ActiveHealth</b>	ActiveHealth Management 1333 Broadway New York, NY 10018
Tél.: 212 651 8200	Siège social

Tél.: 800 778 8351

Programme de gestion des soins infirmiers ActiveHealth

Tél.: 800 556 1555





Ligne téléphonique d'assistance infirmière disponible 24 heures sur 24

[www.myactivehealth.com/unitednations](http://www.myactivehealth.com/unitednations)

Site Web MyActiveHealth

**IX. Régime mondial de l'ONU**

En cas d'urgence ou pour toute question, veuillez prendre contact avec le personnel multilingue du service clientèle de Cigna, qui est joignable 24 heures sur 24. Vous trouverez également les coordonnées du service dans votre espace personnel sur le site Web et sur l'application mobile Cigna Health Benefits.

	Bureau d'Anvers	Bureau de Kuala Lumpur	Bureau de Floride	Bureau de Nairobi
	<a href="http://www.cignahealthbenefits.com">www.cignahealthbenefits.com</a>			
	Pour les demandes de remboursement : <a href="mailto:un.wwp@cigna.com">un.wwp@cigna.com</a> Pour les questions d'affiliation : <a href="mailto:clientservice1@cigna.com">clientservice1@cigna.com</a> Pour les garanties de paiement : <a href="mailto:admissions@cigna.com">admissions@cigna.com</a> Veuillez indiquer votre numéro de référence Cigna dans l'objet du courriel			
	+32 3 217 68 42	+60 3 2178 05 55	+1 305 908 91 01	+32 3 217 68 42
	Cigna Boîte postale 69 2140 Anvers Belgique	Cigna P.O. Box 10612 50718 Kuala Lumpur Malaisie	P.O. Box 451989 33345 Sunrise, Florida États-Unis d'Amérique	One Africa Place Westlands Waiyaki Way P.O Box 331- 00606 Nairobi Kenya

**Appels gratuits**

En tant que participant au régime mondial de l'ONU, vous pouvez demander à ce qu'on vous appelle avec la fonctionnalité « Call me back » dans votre espace personnel ou sur l'application mobile Cigna Health Benefits. Vous trouverez de plus amples informations dans la section « Contact » de votre espace personnel.

Chaque fois que possible, appelez gratuitement Cigna à l'aide du numéro sans frais. S'il n'y a pas de numéro sans frais pour le pays où vous séjournez, vous pouvez utiliser le numéro réservé aux membres du personnel de l'ONU, qui est également indiqué sur votre carte d'assurance (électronique). Vous trouverez la liste complète des numéros sans frais disponibles par pays dans votre espace personnel ou sur l'application mobile Cigna Health Benefits.

*Avertissement* : La présente circulaire ne présente qu'un récapitulatif des prestations offertes par le programme d'assurance administré par le Siège de l'ONU. Les descriptifs détaillés des prestations sont disponibles sur le site Web de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie.

## Annexe XI

### Responsabilités essentielles des participants

On trouvera dans la présente annexe une liste récapitulant les responsabilités essentielles des fonctionnaires, retraités, personnes à charge survivantes (conjoint ou enfant) et membres de la famille qui sont couverts par une assurance administrée par l'ONU. Bien qu'elle soit non exhaustive, cette liste rappellera aux personnes concernées les responsabilités qui leur incombent en matière d'assurance. Elle est divisée en trois catégories principales :

- a) Affiliation ;
- b) Connaissance des régimes ;
- c) Prévention de la fraude.

#### Affiliation

Si un membre du personnel, un retraité ou une personne à charge survivante (conjoint ou enfant) souhaite souscrire une assurance pour les membres de sa famille répondant aux conditions requises, il lui appartient d'accomplir les formalités requises dans les délais impartis selon la situation. S'il veut obtenir un remboursement, l'intéressé doit s'assurer que lui-même et les membres de sa famille concernés sont bien affiliés à un régime d'assurance.

Afin de pouvoir recevoir les informations voulues en temps utile, le fonctionnaire, le retraité ou la personne à charge survivante concernée (conjoint ou enfant) doit veiller à ce que ses coordonnées (adresse postale et adresse électronique, par exemple) soient à jour dans le système applicable (Umoja, etc.).

Pour s'assurer qu'eux-mêmes et les membres de leur famille sont bien affiliés, les fonctionnaires en activité peuvent consulter leur feuille de paie mensuelle ou vérifier les données enregistrées dans le système informatique de leur organisation.

Il appartient aux fonctionnaires, aux retraités et aux personnes à charge survivantes (conjoints ou enfants) de se renseigner sur le fonctionnement des régimes d'assurance proposés par l'ONU et sur les moyens d'obtenir de l'aide. Pour en savoir plus sur les mécanismes, les procédures, la prise en charge et les remboursements, ils peuvent procéder de différentes manières, à savoir :

- a) créer un compte sur le site Web des tiers administrateurs ;
- b) consulter le site Web de la Section de l'assurance maladie et de l'assurance vie, à l'adresse [www.un.org/insurance](http://www.un.org/insurance) ;
- c) prendre connaissance de la circulaire consacrée au régime d'assurance concerné ;
- d) consulter le relevé des prestations pour savoir quelles dépenses ont été remboursées, pourquoi ces dépenses ont été remboursées et, le cas échéant, à combien se monte leur responsabilité financière.

#### Prévention de la fraude

Il appartient à chaque fonctionnaire, retraité, personne à charge survivante (conjoint ou enfant) et membre de la famille couvert de :

- a) s'assurer que les demandes de remboursement soumises ont été traitées correctement, en examinant tous les relevés des prestations reçus ;

- b) veiller à ce que les cartes d'assurance ne soient utilisées que par leur titulaire, d'où l'importance vitale de les garder en lieu sûr ;
- c) informer immédiatement les tiers administrateurs en cas de suspicion de fraude ;
- d) acquitter en temps voulu la part à la charge du patient pour tous les services de santé reçus, sans exception ;
- e) avoir conscience des conséquences de la fraude. Les personnes responsables d'actes de fraude seront signalées aux autorités de l'ONU et du pays dans lequel l'escroquerie a été commise afin que celles-ci puissent prendre les mesures qui s'imposent – non-règlement des demandes de remboursement frauduleuses, suspension de toute subvention, résiliation de la prise en charge, enquête criminelle et autres mesures administratives, y compris le licenciement du fonctionnaire impliqué, etc.

Les fonctionnaires, retraités, personnes à charge survivantes (conjointes ou enfants) et membres de la famille couverts doivent impérativement être bien conscients du fait que la fraude a un coût : les régimes proposés par l'ONU étant des régimes d'auto-assurance, celle-ci a des répercussions négatives sur l'Organisation, les fonctionnaires et les retraités. Ce sont l'Organisation et les assurés principaux (fonctionnaires, retraités et personnes à charge survivantes), et non les tiers administrateurs, qui assument tous les coûts associés aux régimes d'assurance.

## Annexe XII

### Définitions

Les définitions suivantes ont pour but de préciser le sens de certains termes employés dans la présente circulaire :

*Accident* : action soudaine d'une force extérieure provoquant une atteinte corporelle.

*Assuré* : fonctionnaire en activité ou ancien fonctionnaire bénéficiaire de l'assurance maladie après la cessation de service participant au programme d'assurance maladie de l'ONU ou, en cas de décès du fonctionnaire assuré, conjoint survivant ou, à défaut, aîné des enfants admis au bénéfice de l'assurance et recevant une prestation mensuelle de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies.

*Bénéficiaire de l'assurance maladie après la cessation de service* : retraités, membres de la famille survivants et 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 (dispositions régissant le paiement d'indemnités en cas de maladie, de blessure ou de décès imputables à l'exercice de fonctions officielles au service de l'Organisation des Nations Unies).

*Bureau chargé d'administrer le régime* : 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 d'affiliation* : période de l'année durant laquelle un assuré peut s'affilier ou se désaffilier ou affilier ou désaffilier un membre de sa famille remplissant les conditions requises, après l'expiration du délai de 31 jours suivant un événement satisfaisant aux critères voulus ; la campagne annuelle d'affiliation a lieu au mois de juin de chaque année, la prise en charge prenant effet le 1<sup>er</sup> juillet.

*Coassurance* : part du coût d'un service ou 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 de santé fourni ; par exemple, si le régime couvre 80 % du tarif raisonnable et habituel d'un service donné, la coassurance équivaut aux 20 % restants.

*Coordination des remboursements* : coordination du règlement des frais médicaux remboursables dans les cas où l'assuré ou l'un des membres de sa famille concernés est couvert par plusieurs régimes d'assurance maladie (lorsque le régime administré par l'ONU fait fonction d'assurance complémentaire, comme indiqué aux par. 24 et 68 du corps de la circulaire).

*Dépense remboursable* : 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* : détermination d'un état pathologique ou de la nature d'une maladie par un médecin autorisé à exercer.

*Gestion des soins médicaux/autorisation préalable* : procédure selon laquelle l'administrateur du régime d'assurance maladie est contacté avant la prestation de certains services (hospitalisation et chirurgie ambulatoire, par exemple).

*Hôpital* : institution agréée par les pouvoirs publics pour administrer des soins médicaux et chirurgicaux et des soins infirmiers à des malades ou des blessés. Les soins nécessitant généralement une hospitalisation, ces institutions doivent disposer de lits pour les patients et offrir des services médicaux et infirmiers continus sous la supervision de professionnels autorisés à exercer. Elles peuvent également administrer des traitements de jour (soins ambulatoires).

*Information médicale* : toute information obtenue par le personnel médical, soit oralement soit par écrit, sur l'état physique ou mental d'une personne couverte par un régime d'assurance maladie. 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* : liste envoyée tous les mois par voie électronique au tiers administrateur, qui contient les renseignements relatifs à tous les fonctionnaires actifs ou retraités, les membres de leur famille concernés ou les personnes à charge survivantes qui sont affiliés au régime ; cette liste forme la base sur laquelle le tiers administrateur détermine l'admission au bénéfice du programme d'assurance maladie de l'ONU.

*Médecin* : personne autorisée à pratiquer la médecine par les autorités compétentes dans la juridiction où elle exerce.

*Membre de la famille couvert* : membre de la famille remplissant les conditions requises qui est affilié à un des régimes du programme d'assurance maladie de l'ONU.

*Membre de la famille remplissant les conditions requises* : conjoint légitime de l'assuré et tout enfant à charge. Aux fins du programme d'assurance maladie de l'ONU, l'assuré ne peut avoir qu'un seul conjoint. Remplit les conditions requises l'enfant non marié qui répond à la définition d'enfant à charge énoncée dans le Règlement du personnel. Un enfant qui répondrait à la définition d'enfant à charge donnée dans le Règlement du personnel, abstraction faite de l'âge limite jusqu'auquel il est considéré comme enfant à charge, et qui fait partie des membres du ménage enregistrés dans les systèmes Umoja (ONU), Atlas [Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)], SAP [Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)] ou oneUNOPS (Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets) peut être affilié à un régime d'assurance 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. Tout enfant en situation de handicap peut conserver son affiliation au-delà de l'âge de 25 ans pourvu que son handicap soit attesté par la Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail, si le parent est un fonctionnaire en activité, ou par la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies, si le parent est retraité. Dans le cas d'un bénéficiaire de l'assurance maladie après la cessation de service, sont considérés comme membres de la famille remplissant les conditions requises 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, les parents et les frères et sœurs d'un fonctionnaire ne sont pas des membres de la famille remplissant les conditions requises.

*Membre de la famille survivant* : membre de la famille remplissant les conditions requises qui survit à l'assuré.

*Montant à la charge du participant* : 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)* : 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 : a) qui sont conformes aux normes médicales reconnues ; b) dont le type, la fréquence, la portée, la durée et le lieu sont indiqués pour traiter les troubles dont souffre l'intéressé ; c) qui ne sont pas fournis en premier lieu pour la commodité de l'assuré, du médecin ou du prestataire de soins ; d) qui ne sont pas plus onéreux que d'autres services susceptibles d'être au moins aussi efficaces sur le plan diagnostique ou thérapeutique.

*POS (régime avec choix des points de service)* : type de régime proposé aux États-Unis d'Amérique, qui vise à assurer une gestion rationnelle des dépenses de santé. Alliant les caractéristiques du réseau de soins coordonné (HMO) et du réseau de prestataires de soins privilégiés (PPO), il offre des services de santé à un coût global moins élevé. Le régime POS proposé par Aetna permet également aux participants de consulter n'importe quel médecin ou prestataire de soins de santé du réseau sans avoir besoin d'une recommandation préalable de leur médecin traitant.

*PPO (réseau de prestataires de soins privilégiés)* : mécanisme dans lequel des professionnels de la santé et des établissements médicaux offrent des services à tarif réduit aux participants. Les prestataires de soins PPO sont qualifiés de « prestataires privilégiés ». Les régimes PPO permettent aux participants de consulter le médecin ou prestataire de soins de santé du réseau de leur choix sans avoir besoin d'une recommandation préalable de leur médecin traitant.

*Pronostic* : description donnée par un médecin du cours probable d'une maladie ou d'un état pathologique, y compris des chances de rétablissement du patient.

*Relevé des prestations* : 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 aux patients hospitalisés* : services prodigués à des personnes admises dans un hôpital où elles séjourneront au moins une nuit.

*Soins dentaires* : soins dispensés par un stomatologue ou un dentiste habilité à pratiquer la dentisterie dans le pays où il exerce sa profession.

*Soins médicaux d'urgence* : 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* : soins prodigués dans un centre de soins, un service d'urgences, un hôpital, un centre médical ou chirurgical ou d'autres établissements et n'exigeant pas que le patient y passe la nuit ; le patient reçoit les soins dans la journée et rentre à son domicile.

*Tarifs raisonnables et habituels* : 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* : entité extérieure chargée par l'ONU de traiter les demandes de remboursement soumises au titre du programme d'assurance maladie et de régler les sommes dues.