STATUTS de l'Assurance-maladie du personnel

Date d'entrée en vigueur : janvier 2022

Les présents Statuts s'appliquent aux membres du personnel titulaires **d'engagements à durée déterminée, continus ou temporaires au sens de l'article 420.4 du Règlement du personnel** et aux autres personnes admises à participer à l'Assurance en vertu des présents Statuts.

Organisation mondiale de la Santé

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 2
PARTIE A : APPENDICE – (GLOSSAIRE) 3
PARTIE B : PRESTATIONS 6
PARTIE C : PROCÉDURE APPLICABLE AUX DEMANDES DE REMBOURSEMENT 29
FRAIS EXCESSIFS 29
REMBOURSEMENT SUPPLÉMENTAIRE (FRAIS CATASTROPHIQUES) 29
REMBOURSEMENT PAR D'AUTRES SOURCES 29
LIMITES 30
LIEU DE TRAITEMENT 30
TRAITEMENT HORS RÉSEAU AUX ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE 31
PRÉSENTATION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT DANS TOUS LES PAYS SAUF LES ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE 31
PRÉSENTATION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT AUX ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE 33
PAIEMENT DIRECT 33
LETTRE DE GARANTIE 34
PAIEMENT ANTICIPÉ 34
PROCÉDURES GÉNÉRALES DE REMBOURSEMENT 34
COMPTE BANCAIRE À UTILISER POUR LE REMBOURSEMENT 35
FRAUDE PRÉSUMÉE OU TENTATIVE DE FRAUDE – SUSPENSION DES PAIEMENTS 35
MEDICARE (ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE) 35
PAIEMENTS EN ESPÈCES 36
TRAITEMENT DISPENSÉ PAR DE PROCHES PARENTS 36
PARTIE D : Liste des pathologies selon la Classification internationale des maladies (CIM-11) 37
PARTIE E : CONDITIONS D'AFFILIATION ET COTISATIONS 40
CONDITIONS D'AFFILIATION 40
COTISATIONS 42
TABLEAUX DES CONDITIONS D'AFFILIATION 44
PARTIE F : FINANCEMENT 53
PARTIE G : GOUVERNANCE ET RÈGLEMENT INTÉRIEUR 55
COMITÉ DE CONTRÔLE MONDIAL (SHI/GOC) 55
COMITÉ PERMANENT MONDIAL (SHI/GSC) ET SOUS-COMITÉ DU COMITÉ PERMANENT MONDIAL 57
SHI/GSC 57
RÈGLEMENT INTÉRIEUR 59
PARTIE H : RECOURS ET DISPOSITIONS GÉNÉRALES 62
RECOURS 62
FRAUDE, VIOLATION DES STATUTS DE L'ASSURANCE 62
SAISIES SUR LES PRESTATIONS D'ASSURANCE 63
DISSOLUTION 63

INTRODUCTION

BUT

L'Assurance-maladie du personnel de l'OMS (dénommée ci-après « l'Assurance ») a pour but le remboursement de la majeure partie des dépenses que les fonctionnaires et les autres personnes admises à participer à l'Assurance sont amenés à faire pour des soins de santé médicalement indiqués, dispensés par des prestataires de soins agréés par les autorités sanitaires du pays où ils exercent.

CHAMP D'APPLICATION

Aux fins des présents Statuts, sauf mention contraire, le terme « membre(s) du personnel » (ou, à défaut, « fonctionnaire(s) ») désigne les membres du personnel titulaires d'engagements à durée déterminée, continus ou temporaires, mais pas les membres du personnel titulaires d'engagements temporaires de 60 jours ou moins et rémunérés sur une base journalière. Les présents Statuts ne s'appliquent qu'aux membres du personnel ainsi définis et aux autres personnes admises à participer à l'Assurance en vertu desdits Statuts.

NOTE

Le présent document comprend le texte complet des Statuts de l'Assurance-maladie du personnel de l'OMS entrant en vigueur le 1er janvier 2022 (Manuel électronique III.7.4, annexe 7.A) et applicable aux personnes susmentionnées. Il englobe l'ensemble des amendements apportés à ce jour et annule et remplace les versions précédentes.

En cas de divergence entre la version française et la version anglaise, le texte de la version anglaise prévaut.

PARTIE A : APPENDICE – (GLOSSAIRE)

AUX FINS DES PRÉSENTS STATUTS

« accident » : événement soudain causant une lésion corporelle.

« affection aiguë » : affection d'apparition subite et limitée dans le temps.

« affiliation après la cessation de service » : maintien de l'affiliation à l'Assurance après la cessation de service, pour les membres du personnel, personnes à charge et ayants droit, aux conditions fixées au paragraphe E.6 et aux Tableaux N°s 2 et 6 de la Partie E des présents Statuts. Elle exclut la prolongation de l'affiliation en vertu du paragraphe E.5 des présents Statuts pour les membres du personnel, personnes à charge et membres de la famille assurés pendant une période maximale de six mois après la date de cessation de service.

« **affilié** » ou « **participant** » : fonctionnaire en activité, ancien fonctionnaire, personne à charge ou autre ayant droit qui est affilié à l'Assurance.

« ambulance par voie de surface » : véhicule spécialement aménagé pour le transport des malades ou des blessés par la route ou par voie navigable.

« an/année » : année civile courant du 1er janvier au 31 décembre d'une année donnée.

« ancien fonctionnaire » : ancien membre du personnel assuré en vertu des Statuts de l'Assurance.

« chirurgie maxillo-faciale » : Spécialité chirurgicale consacrée au diagnostic et au traitement des maladies touchant la bouche, la mâchoire, le visage et le cou. Elle recouvre les domaines d'intervention suivants :

- lésions faciales, cancers de la tête et du cou et chirurgie reconstructive s'y rapportant,
- chirurgie orthognatique,
- extraction de dents incluses et extraction complexe de racines dentaires,
- ablation des kystes et des tumeurs de la mâchoire,
- chirurgie primaire et secondaire des fentes labiales et palatines et des autres malformations faciales congénitales, prise en charge des lésions bénignes et malignes des glandes salivaires, ablation et reconstruction des tumeurs cutanées faciales, chirurgie de l'articulation temporo-mandibulaire.

« conjoint à charge » : conjoint reconnu par l'OMS comme étant à la charge d'un membre du personnel selon les règles et politiques de l'OMS.

« conjoint non reconnu comme personne à charge » : conjoint qui n'est pas reconnu par l'OMS comme étant à la charge d'un fonctionnaire en vertu des règles et des politiques de l'OMS.

« enfant à charge » : enfant (âgé de 0 à 21 ans) reconnu par l'OMS comme étant à la charge d'un membre du personnel selon les règles et politiques de l'OMS.

« enfant non reconnu comme personne à charge » : enfant i) âgé de 18 à 28 ans qui ne fréquente pas à plein temps un établissement d'enseignement ou qui n'occupe pas un emploi rémunéré ; ou ii) âgé de 21 à 28 ans qui fréquente à plein temps un établissement d'enseignement. Le fonctionnaire en activité/l'ancien fonctionnaire ou le membre de la famille survivant certifie ce qui précède et qu'il pourvoit pour une part principale et continue à l'entretien de l'enfant. Le respect de ces conditions doit être vérifié et jugé acceptable par l'Organisation sur la base de preuves écrites soumises par le participant.

« événement » : maladie ou accident, y compris l'ensemble des frais médicaux s'y rapportant.

« établissement de santé » : tout établissement dispensant des soins de santé (hôpitaux, cliniques, services ambulatoires et centres spécialisés).

« facture/reçu » : note imprimée ou écrite indiquant le montant dû à un prestataire de soins pour les services rendus ; elle doit être datée, établie dans la monnaie du pays où les services ont été rendus et indiquer le nom du patient ainsi que le détail et la date du traitement.

« médecin » : prestataire de soins titulaire d'un diplôme de médecine décerné par une école de niveau universitaire reconnue par l'administration du pays où il est autorisé à exercer la médecine, et agréé par les autorités sanitaires du pays où il exerce.

« médecine traditionnelle et complémentaire/parallèle » : somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales.

« Medicare » : régime fédéral d'assurance-maladie des États-Unis d'Amérique pour les personnes âgées de 65 ans et plus, certaines personnes plus jeunes atteintes d'incapacités et les personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique au stade ultime (nécessitant dialyse ou transplantation, appelée parfois IRSU).

" **volets A[1] et B du régime Medicare** ": Composantes du programme national d'assurance maladie Medicare, administré par le gouvernement fédéral des États-Unis d'Amérique (Medicare).

« **membre cotisant** » : fonctionnaire en activité, ancien fonctionnaire ou membre de la famille survivant qui a la responsabilité de régler les cotisations dues à l'Assurance.

« membre de la famille survivant » : le conjoint et/ou les enfants survivants, un parent, le frère ou la sœur survivant d'un fonctionnaire en activité ou d'un ancien fonctionnaire resté affilié à l'Assurance après la cessation de service, suite au décès du fonctionnaire en activité ou de l'ancien fonctionnaire, affilié à l'Assurance aux conditions énoncées aux paragraphe E.35 et au Tableau N° 5 de la Partie E des présents Statuts.

« ordonnance » : document établi par un médecin autorisé à prescrire par les autorités sanitaires du pays où les services sont rendus (ou par une sage-femme ou un infirmier autorisé à prescrire par les autorités sanitaires du pays où les services sont rendus si les services prescrits relèvent de leur spécialisation professionnelle). Le médecin (ou la sage-femme ou l'infirmier, le cas échéant) ne peut prescrire que des services autorisés par les autorités sanitaires du pays où il exerce. Le document doit indiquer le nom et la qualité du médecin (ou de la sage-femme ou de l'infirmier, le cas échéant), le nom du patient, la date et le type de services prescrits (médicaments, physiothérapie, etc.) ainsi que la fréquence, la posologie et la durée du traitement. Si l'ordonnance est renouvelable, elle doit indiquer le nombre de fois où elle peut être réutilisée sans s'adresser de nouveau au médecin (ou à la sage-femme ou à l'infirmier, le cas échéant). La date de l'ordonnance doit être la même que la date d'achat du traitement ou antérieure. La durée de validité d'une ordonnance est de 12 mois au maximum. Aux fins de l'Assurance, les fonctionnaires en activité ou les anciens fonctionnaires qui sont médecins ne peuvent prescrire des médicaments que pour eux-mêmes ou pour les membres de leur famille assurés, et ne peuvent rédiger de rapports médicaux ni prescrire un quelconque autre traitement. L'Assurance peut accepter les ordonnances électroniques pour les pays où elles sont autorisées par le système de santé national.

[1] L'inclusion du volet A de Medicare entre en vigueur le 1er février 2019.

« personne à charge au second degré » : la mère, le père, un frère ou une sœur reconnu comme étant à la charge au second degré d'un fonctionnaire en activité ou d'un ancien fonctionnaire en vertu des règles et des politiques de l'OMS.

« phytothérapie, médecine par les plantes » : désigne la médecine à base d'extraits de plantes et de principes actifs naturels tels que plantes, matières végétales, préparations à base de plantes et produits finis qui contiennent comme principes actifs certaines parties de plantes ou d'autres composants végétaux, ou des associations.

« rapport médical » : rapport établi par un médecin, qui doit être daté et indiquer la pathologie du patient, le plan de traitement et sa durée estimée. Dans n'importe quel cas, un rapport médical d'un médecin autre que celui dispensant le traitement et/ou procédant à l'intervention chirurgicale peut être exigé. Seul le médecin-conseil de l'Assurance est habilité à examiner les rapports médicaux.

« santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte » : soins de santé spécialisés incluant des soins de santé primaire physique, psychologique et sociale.

« soins infirmiers » : services rendus par un infirmier ou une infirmière.

« traitement hors réseau » : traitement dispensé par un médecin, un établissement de santé ou tout autre prestataire de soins qui n'a pas passé d'accord avec le tiers administrateur de l'OMS/OPS pour un remboursement selon des tarifs négociés.

« urgence » : urgence vitale subite ou situation imprévue dans laquelle le patient doit commencer son traitement dans un délai maximum de 48 heures pour éviter toute aggravation de son état ou incapacité.

« utilisation hors indications de médicaments » : utilisation de médicaments pour des indications qui n'ont pas été approuvées par l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique dans le pays du prescripteur (à savoir, utilisation pour une indication non approuvée ou pour un groupe d'âge non approuvé, ou avec une posologie, une durée ou une voie d'administration différentes). Les médicaments peuvent être homologués par d'autres autorités ou n'être homologués nulle part (ou pas encore). L'utilisation hors indications de médicaments n'est remboursable par l'Assurance que dans certaines conditions spécifiques (voir article B.188 des présents statuts).

« CCPPNU » :	Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies
« CIM » :	Classification internationale des maladies
« IMC » :	indice de masse corporelle
« ONUSIDA » :	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
« responsable SHI au Siège » :	Chef de l'Assurance-maladie du personnel (SHI)
« responsable SHI dans la Région »	fonctionnaire compétent du service du budget et des finances dans la Région concernée
« SHI » :	Assurance-maladie du personnel
« SHI/GOC » :	SHI/GOC
« SHI/GSC » :	Comité permanent mondial
« S.O. » :	sans objet

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
B.1 Toutes les prestations, ainsi que les plafonds et taux de remboursement, sont précisés dans ce tableau. Ces prestations : • sont subordonnées à toute disposition, limitation et/ou exclusion contenue dans ce tableau ou ailleurs dans les présents Statuts ; • s'appliquent exclusivement aux dépenses engagés par les fonctionnaires et les autres personnes admises à participer à l'Assurance pour des soins de santé médicalement indiqués ; et • sont fournies par des prestataires de soins de santé agréés par les autorités sanitaires du pays où ils exercent. Avant de commencer un traitement, il incombe aux affiliés de vérifier que les prestataires de soins sont dûment agréé par les autorités sanitaires du pays où ils exercent et pour les services spécifiques qu'ils rendent et que le traitement est remboursable au titre des présents Statuts.								
B.10 Actes chirurgicaux et soins non chirurgicaux								
B.10.1	Définie sur la base de l'estimation des frais médicaux établie avant le traitement ou de la limite atteinte pendant le traitement	Moins de 50 000 USD		S.O.	X		80 %	Oui
B.10.2		Entre 50 000 USD et 100 000 USD	Rapport médical + estimation des frais médicaux	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
B.10.3		Entre 100 000 USD et 200 000 USD	Rapport médical établi à partir du formulaire SHI et renouvelé tous les 30 jours ou plus souvent + estimation des frais médicaux	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
B.10.4		Plus de 200 000 USD		SHI/GSC		X	80 %	Oui
B.20	Chirurgie plastique	Aucun remboursement sauf pour :						
B20.1	Chirurgie reconstructive ou chirurgie plastique rendue nécessaire par un accident, une néoplasie, une infection ou d'autres maladies		Rapport médical + estimation des frais médicaux + photographies et/ou examen par	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
			le médecin-conseil/le médecin régional du personnel					
B.20.2	Chirurgie plastique pour traiter les effets secondaires du traitement d'une maladie		Rapport médical + estimation des frais médicaux + photographies et/ou examen par le médecin-conseil/le médecin régional du personnel	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
B.20.3	Chirurgie de réduction mammaire pour raisons médicales		Rapport médical d'un chirurgien autre que celui procédant à l'intervention comprenant les antécédents des symptômes justifiant l'intervention : le poids des tissus retirés doit être égal ou supérieur à 500 grammes par sein (l'IMC ne doit pas être supérieur à 25) + estimation des frais médicaux + photographies et/ou examen par le médecin-conseil/le médecin régional du personnel	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
B.20.4	Chirurgie plastique pour enfants de moins de 18 ans atteints de malformations congénitales graves		Rapport médical d'un chirurgien autre que celui procédant à l'intervention et rapport d'un psychiatre sur l'impact psychologique + estimation des frais médicaux + photographies et/ou examen par le médecin-conseil/le médecin régional du personnel	SHI/GSC		X	80 %	Oui
B.20.5	Conséquences médicales majeures de la chirurgie plastique		Rapport médical d'un chirurgien autre que celui procédant à l'intervention ou d'un spécialiste indiquant les risques médicaux courus en l'absence d'intervention chirurgicale +	SHI/GSC		X	80 %	Oui

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
			estimation des frais médicaux + photographies et/ou examen par le médecin-conseil/le médecin régional du personnel					
B.20.6	Blépharoplastie (seulement pour raisons médicales)	2 000 USD par œil sur toute la durée de l'affiliation	Rapport médical d'un chirurgien autre que celui procédant à l'intervention, avec rapport d'évaluation du champ visuel et photos de la région des paupières	Responsable SHI au siège	X		80 %	Non
B.21	Chirurgie maxillo-faciale (voir la définition à la Partie A)	Sans incidence sur le crédit dentaire disponible	Rapport médical + estimation des frais médicaux + photographies et/ou examen par le médecin-conseil/médecin régional du personnel	Responsable SHI	X		80 %	Oui
B.22	Chirurgie bariatrique		Rapport médical (y compris IMC) + estimation des frais médicaux + photographies et/ou examen par le médecin-conseil/médecin régional du personnel	Responsable SHI au siège	X		80 %	Oui
B.23	Chirurgie de la cataracte (voir B.113)							

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
B.30 Hospitalisation (frais de chambre et de pension ; frais de soins généraux, y compris de soins infirmiers, et frais de services hospitaliers spécialisés)								
B.30.1	Au Canada, en Suisse et aux États-Unis d'Amérique : prix minimum d'une chambre semi-privée (2 lits), **dans la limite du prix de journée maximum fixé au niveau régional**	365 jours par accident ou maladie. (Plus de 365 jours, voir B.31)	Rapport médical tous les 30 jours	Responsable SHI au Siège[2]	X		80 %	Oui
B.30.2	Dans les autres pays : prix minimum d'une chambre privée, dans la limite du prix de journée maximum fixé au niveau régional	365 jours par accident ou maladie. (Plus de 365 jours, voir B.31)	Rapport médical tous les 30 jours	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
B.30.3	Hospitalisation et soins médicaux dans une chambre commune d'un hôpital public	365 jours par accident ou maladie. (Plus de 365 jours, voir B.31)	Rapport médical tous les 30 jours	Responsable SHI au Siège	X		100 %	Oui
B.30.4	Hospitalisation pour des soins chirurgicaux de jour/un traitement médical (sans hospitalisation de nuit)	Forfaits journaliers : dans les hôpitaux/ cliniques où ceux-ci existent, le responsable SHI au Siège peut limiter le remboursement au montant du forfait.		S.O.	X		80 %	Oui
B.30.5	Hospitalisation pour des soins psychiatriques	365 jours par période de 5 ans. (Plus de 365 jours, voir B.31)	Rapport médical tous les 30 jours pour les 90 premiers jours et tous les 90 jours ensuite	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
B.30.6	Hospitalisation pour des soins gériatriques	365 jours. (Plus de 365 jours, voir B.31)	Rapport médical tous les 30 jours	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
B.30.7	Hospitalisation à domicile	Le coût ne doit pas excéder celui d'une hospitalisation	Rapport médical tous les 30 jours	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui

[2] Pour les paragraphes B.30.1 à B.30.7, si des raisons telles qu'un accident ou une urgence rendent impossible de demander une approbation préalable, l'Assurance doit être informée de l'hospitalisation dès que possible, de préférence dans les deux semaines.

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
		ordinaire. S'il est supérieur, SHI limitera le remboursement au coût d'une hospitalisation ordinaire						
B.30.8	Hospitalisation pour chirurgie plastique conformément aux paragraphes B.20.1, 20.2, 20.3, 20.4 et 20.5	365 jours par accident ou maladie. (Plus de 365 jours, voir B.31)	Rapport médical	SHI/GSC		X	80 %	Oui
B.31	Hospitalisations de longue durée (plus de 30 jours)		Rapport médical	SHI/GSC si plus de 365 jours		X	80 %	Oui
B.32	Hospitalisation pour contrôle médical général	Aucun remboursement						
B.33	Hospitalisation pour chirurgie plastique	Aucun remboursement sauf si couverte par les paragraphes B.20.1, 20.2, 20.3, 20.4 et 20.5						
B.34	Hospitalisation pour abus de substances psychoactives	(voir B.60)						
B.35	Hospitalisation pour chirurgie maxillo-faciale	(voir B.21)						

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
B.50 Services durant l'hospitalisation								
B.50.1	Pose d'une prothèse interne, y compris entretien : **B.50.1 A** – Prothèse (jambe, genou, etc.), y compris entretien ; **B.50.1 B** – Pontage ; **B.50.1 C** – Stimulateur cardiaque.		S.O.	S.O.			80 %	Oui
B.50.2	Salle d'opération			S.O.			80 %	Oui
B.50.3	Salle d'accouchement			S.O.			80 %	Oui
B.50.4	Radiologie et services de laboratoire			S.O.			80 %	Oui
B.50.5	Thérapies prescrites (y compris les transfusions sanguines)			S.O.			80 %	Oui
B.50.6	Médicaments prescrits			S.O.			80 %	Oui
B.50.7	Anesthésie			S.O.			80 %	Oui
B.50.8	Physiothérapie			S.O.			80 %	Oui
B.50.9	Personne accompagnant le patient	Aucun remboursement						
Abus de substances psychoactives								
B.60	Traitement en milieu hospitalier et ambulatoire de l'abus de substances psychoactives	30 000 USD sur toute la durée de l'affiliation	Rapport médical	Responsable SHI au Siège ou SHI/GSC si plus de 365 jours	X		80 %	Non

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
B.70 Convalescence/réadaptation								
B.70.1	Au Canada, en Suisse et aux États-Unis d'Amérique : prix minimum d'une chambre semi-privée (2 lits), dans la limite du prix de journée maximum fixé au niveau régional, dans un établissement médical reconnu : établissement de convalescence, de soins de suite ou gériatriques, ou de réadaptation cardiovasculaire	30 jours	Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.70.2	Dans les autres pays : prix minimum d'une chambre privée, dans la limite du prix de journée maximum fixé au niveau régional	30 jours	Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.71	Convalescence/réadaptation supérieure à 30 jours	30 jours	Rapport médical	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
Soins infirmiers								
B.80	Soins infirmiers pour une affection aiguë : par exemple pansements ou administration d'injections	30 jours	Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.80.1	Soins infirmiers pour une affection aiguë au-delà de 30 jours	Durée soumise à approbation	Rapport médical	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
Soins infirmiers à long terme								
B.81	Soins infirmiers à long terme :			Responsable SHI au Siège	X		80 %	Non
B.81.1	Soins à domicile pour une affection chronique, y compris un état relevant de la gériatrie	100 USD par jour	Rapport médical tous les 12 mois	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Non
B.81.2	En établissement spécialisé	100 USD par jour. N.B. : si les soins infirmiers ne peuvent pas être identifiés, 50 % de la facture seront considérés comme soins infirmiers	Rapport médical tous les 12 mois	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Non
B.81.3	Dans un hôpital où le patient est en attente de placement dans un établissement spécialisé	100 USD par jour. N.B. : si les soins infirmiers ne peuvent pas être identifiés, 50 % de la facture seront considérés comme soins infirmiers	Rapport médical tous les 30 jours	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Non
Soins palliatifs								
B.83	Soins aux malades en phase terminale	100 USD par jour. N.B. : si les soins infirmiers ne peuvent pas être identifiés, 50 % de la facture seront considérés comme soins infirmiers					80 %	Non
Services non remboursables (liste non exhaustive)								

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
B.84	Aide à domicile (pour les courses, le ménage, le jardinage, la cuisine, etc.)	Aucun remboursement						
B.85	Soins fournis par les membres de la famille, y compris le conjoint	Aucun remboursement						
B.86	Cures thermales/Thalassothérapie	Aucun remboursement						
B.87	Soins esthétiques, dans le seul but d'améliorer l'apparence physique	Aucun remboursement						
Services de diagnostic, de traitement et de réadaptation fournis par :								
B.90	Médecin	Voir également B.243		S.O.			80 %	Oui
B.91	Sage-femme			S.O.			80 %	Oui
B.92	[supprimé]							
B.93	Technicien de laboratoire		Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.94	Radiologue		Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.95	Audiologiste		Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.96	Orthoptiste	24 séances par an	Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.97	Diététicien	6 séances par an uniquement si : – IMC>30 ou <15, ou – maladie cœliaque – colite chronique – maladie inflammatoire chronique de l'intestin – maladie rénale chronique – mucoviscidose (fibrose kystique) – diabète	Ordonnance	S.O.			80 %	Oui

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
		– VIH – maladie neuromusculaire						
		Autres pathologies	Rapport médical avec mention du code CIM-11	Responsable SHI au Siège			80 %	Oui
B.98	Ergothérapeute	24 séances par an	Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.99	Ostéopathe/Chiropracteur	24 séances par an	Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.101	Physiothérapeute	24 séances par an plus solde des séances non utilisées des 2 années précédentes	Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.102	[Déplacé à la rubrique B.108.1]							
B.103	Pédicure/Podologue	12 séances par an	Ordonnance	S.O.			80 %	Non
B.104	[Déplacé à la rubrique B.108.2]							
B.105	Orthophoniste pour adultes (pour les défauts d'élocution consécutifs à un accident ou une maladie)	Nombre de séances et période soumis à approbation	Rapport médical	S.O.	X		80 %	Oui
B.106	Psychologue/psychanalyste (séances en face-à-face et à distance)	24 séances par an plus solde des séances non utilisées des 2 années précédentes	Ordonnance	S.O.	X		80 %	Non
B.106.1	Psychologue pour les pathologies énumérées dans la Partie D (une fois le crédit ci-dessus épuisé)	Le code CIM-10/11 déterminera si les soins relèvent de la Partie D pour laquelle le remboursement n'est pas plafonné.	Rapport médical avec mention du code de la CIM-10/11 tous les 12 mois	Responsable SHI au Siège quand le nombre max. de séances ci-dessus a été atteint	X		80 %	Oui

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
B.107	Pour les paragraphes B.96 à B.106, au-delà du nombre maximum de séances autorisé	Nombre de séances et période à déterminer	Rapport médical	Responsable SHI au Siège	x			
B.108 Soins de santé spécifiques de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte								
B.108.1	Psychomotricien (pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans)	150 séances par an	Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.108.2	Orthophoniste pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans	150 séances par an	Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.108.3	Thérapies reconnues à dispenser précocement, comme les approches comportementales et communicationnelles (y compris l'analyse appliquée du comportement, ou ABA) ; autres thérapies reconnues soumises à l'appréciation du médecin-conseil de l'Assurance	Le code CIM-10/11 déterminera si les soins relèvent de la Partie D pour laquelle le remboursement n'est pas plafonné.	Thérapie prodiguée par un psychothérapeute ou sous sa supervision : rapport médical d'un pédiatre incluant le code CIM-10/11, le plan thérapeutique détaillé et le nombre d'heures ou de jours de soins. Réexamen semestriel.	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
Soins de la vue – Remboursement *prorata temporis* pour les nouveaux affiliés à l'assurance ou les participants à nouveau affiliés au cours d'une année civile								
B.110	Verres et montures de lunettes, lentilles de contact de correction achetées en ligne ou non, remplacement de verres ou montures de correction endommagés, et examens s'y rapportant pour l'acuité visuelle, le champ de vision et la pression intraoculaire	250 USD de crédit de frais d'optique pour l'année d'achat, plus tout crédit de frais d'optique non utilisé au cours des 3 années précédentes	Résultats d'un examen oculaire réalisé par un ophtalmologiste ou un optométricien/opticien agréé	S.O.			80 %	Non
B.111	Verres correcteurs à la suite d'une opération oculaire	250 USD pour l'achat de verres correcteurs uniquement dans les 12 mois suivant l'opération oculaire	Rapport médical	S.O.			80 %	Non
B.111.1	Verres spéciaux		Rapport médical	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
B.112	Chirurgie oculaire réfractive	2 000 USD par œil sur toute la durée de l'affiliation	Rapport médical confirmant la myopie ou l'hypermétropie, avec ou sans astigmatisme, de plus de 4 dioptries	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Non
			Autres cas : rapport médical	Responsable SHI au Siège	X			Non
B.113	Cataracte	3 500 USD par œil			X		80 %	Non
B.113.1	Cataracte avec complications et avec ou sans hospitalisation	Sans plafond	Rapport médical + estimation des frais médicaux	Responsable SHI	X		80%	Oui
B.114	Autres chirurgies oculaires		Rapport médical + rapport médical d'un chirurgien autre que celui procédant à l'intervention + estimation des frais médicaux	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
Soins dentaires – Remboursement *prorata temporis* pour les nouveaux affiliés à l'assurance ou les participants à nouveau affiliés au cours d'une année civile								
B.120	Soins dentaires généraux, y compris : soins d'hygiène dentaire, soins d'orthodontie, odontologie, endodontie, prothèses, traitement parodontal (y compris le coût des services du dentiste et du technicien, l'anesthésie, les matériaux requis, les couronnes, bridges, dents artificielles, implants – y compris avec greffe osseuse – ou appareils analogues)	1 500 USD pour l'année de la date des soins, plus tout crédit dentaire non utilisé au cours des 3 années précédentes		S.O.			80 %	Non
B.121	Remplacement prothétique d'une ou plusieurs dents rendue nécessaire à la suite d'une affection généralisée grave (par exemple cancer, cardiopathie), d'une anomalie congénitale non dentaire ou pour pouvoir procéder à une intervention chirurgicale non dentaire	3 500 USD (sans incidence sur le crédit dentaire disponible)	Rapport médical	Responsable SHI au Siège	x		80 %	Non

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
B.122	Soins dentaires à la suite d'un accident	Sans incidence sur le crédit dentaire disponible	Rapport médical	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
B.123	Chirurgie maxillo-faciale	Voir B.21.						
Mesures de santé préventives (remboursées à 100 % à concurrence du montant maximum ci-dessous, solde remboursé à 80 %).								
B.150	Vaccins (parmi les suivants – autres vaccins remboursés à 80 %) :		Ordonnance ou administré par un fournisseur de soins agréé et autorisé par les autorités sanitaires du pays où il exerce à administrer le vaccin au participant concerné.	S.O.			100%	Non
	BCG			S.O.				Non
	Choléra			S.O.				Non
	COVID-19			S.O.				Non
	Diphtérie et vaccins contenant l'anatoxine antidiphtérique			S.O.				Non
	Haemophilus influenzae type b			S.O.				Non
	Hépatite A			S.O.				Non
	Hépatite B			S.O.				Non
	Grippe			S.O.				Non
	Encéphalite japonaise			S.O.				Non
	Rougeole et vaccins à valence rougeole			S.O.				Non
	Antiméningococcique et antiméningococcique conjugué			S.O.				Non
	Oreillons			S.O.				Non
	Coqueluche et vaccins à valence coqueluche			S.O.				Non
	Antipneumococcique et antipneumococcique conjugué, et polyosidique			S.O.				Non
	Poliomyélite et vaccins à valence polio			S.O.				Non
	Rage			S.O.				Non

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
	Rubéole et vaccins à valence rubéole			S.O.				Non
	Rotavirus			S.O.				Non
	Tétanos et vaccins à valence tétanos			S.O.				Non
	Encéphalite à tiques			S.O.				Non
	Antithyphoïdique conjugué et polyosidique			S.O.				Non
	Fièvre jaune			S.O.				Non
	Varicelle			S.O.				Non
	Zona/herpès zoster à partir de 50 ans	2 doses tous les 5 ans		S.O.				Non
	Papillomavirus humain (PVH)			S.O.				Non
B.152	Mammographie à partir de 40 ans	300 USD tous les 2 ans		S.O.			100 %	Non
B.153	Examen gynécologique (y compris frottis)	150 USD tous les 2 ans		S.O.			100 %	Non
B.154	Dosage du PSA (dépistage des anomalies de la prostate) à partir de 50 ans	50 USD par an	Ordonnance	S.O.			100 %	Non
B.155	Tests de dépistage du cancer du côlon à partir de 50 ans (parmi les méthodes ci-dessous) :							
B.155.1	Coloscopie	1 200 USD tous les 10 ans		S.O.			100 %	Non
B.155.2	Test immunochimique fécal	30 USD tous les 2 ans					100 %	Non
B.156	Consultation médicale pour les affiliés autres que le personnel en fonction, à partir de l'âge de 55 ans, y compris les services suivants : - auscultation cardiovasculaire et pulmonaire - prise du pouls et mesure de la pression artérielle	Plafond régional renouvelable tous les 2 ans		S.O.			100 %	Non

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
	- calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) ; et Les tests suivants : - ECG - prélèvement sanguin avec hémogramme complet (leucocytes, hématies, hémoglobine, hématocrite, volume corpusculaire moyen, plaquettes), glycémie à jeun, créatinine, albumine, bilirubine, ALT, AST, ALP, GGT, TG, LDL et cholestérol HDL.							
B.157	Test de dépistage du VIH (conseils avant et après examen inclus)	100 USD par an		S.O.			100 %	Non
B.158	Tests de dépistage des hépatites B et C (conseils avant et après examen inclus)	100 USD par an		S.O.			100 %	Non
B.159	Test ophtalmologique pour les enfants âgés de 10 mois à 4 ans.	200 USD – 1 test sur toute la durée de d'affiliation.		S.O.			100 %	Non
Santé reproductive								
B.160	Diagnostics prénataux			S.O.			80 %	Oui
B.161	Cours de préparation à l'accouchement dispensés par une sage-femme/infirmière			S.O.			80 %	Oui
B.162	Supprimé							
B.163	Accouchement à domicile avec assistance d'une sage-femme ou d'un médecin			S.O.			80 %	Oui
B.164	Accouchement à l'hôpital			S.O.			80 %	Oui
B.165	Traitement de l'infécondité	30 000 USD sur toute la durée de l'affiliation	Ordonnance	S.O.			80 %	Non

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
B.166	Contraceptifs		Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.167	Stérilisation			S.O.			80 %	Oui
B.168	Exercices prénataux	Aucun remboursement						
B.169	Exercices postnataux	Aucun remboursement						
B.170	Maternité de substitution	Aucun remboursement						
Médicaments								
B.180	Médicaments prescrits remboursés par l'Assurance		Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.181	Médicaments remboursables prescrits par des fonctionnaires en activité/anciens fonctionnaires qui sont médecins	Uniquement pour eux-mêmes et les membres de leur famille assurés	Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.182	Pansements (à la suite d'une intervention chirurgicale/d'un accident)		Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.183	Homéopathie		Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.184	Médicaments pour les troubles de l'érection		Ordonnance	S.O.	x		80 %	Oui
B.185	Substituts du tabac excepté les cigarettes électroniques		Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.186	Compléments alimentaires/lait pour nourrissons		Rapport médical Pathologies graves uniquement	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
B.187	Vitamines et minéraux		Rapport médical Pathologies spécifiques uniquement	Responsable SHI au Siège	x		80 %	Oui
B.188 Utilisation hors indications de médicaments *N.B. : L'obligation d'obtenir une approbation préalable pour envisager un remboursement de l'utilisation hors indications de médicaments peut être levée à titre exceptionnel dans une situation d'urgence (voir Appendice pour les définitions données par l'Assurance à « utilisation hors indications de médicaments » et « urgence »)*								
B.188.1	**Utilisation étayée par des éléments probants de qualité :** Utilisation	Moins de 5 000 USD par an.	Ordonnance	Responsable SHI	X		80 %	Oui

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
	systématique pour des soins ambulatoires ou hospitaliers d'un traitement selon des directives ou des protocoles thérapeutiques fondés sur des éléments probants de qualité.	Au-delà de 12 mois, voir B.188.3	L'Assurance peut exiger un rapport médical.					
		Plus de 5 000 USD par an. Au-delà de 12 mois, voir B.188.3	Ordonnance et rapport médical du médecin traitant faisant référence aux directives cliniques ou aux protocoles normalisés de qualité, notamment : - Plan, coût et résultat favorable escompté du traitement ; - Plan d'évaluation ; - Conséquence pour le patient en cas d'absence de traitement de la maladie ; - Confirmation qu'il n'existe aucun autre traitement reconnu ayant un rapport avantages/ inconvénients favorable pour le patient. L'Assurance peut exiger un deuxième rapport médical rédigé par un autre médecin que le médecin prescripteur.	SHI/GSC		X	80 %	Oui
B.188.2	**Utilisation compassionnelle / expérimentale** Utilisation d'un traitement faisant l'objet d'essais cliniques ou pour lequel une demande de mise sur le marché a été déposée, aux fins de soigner un groupe de patients ayant une maladie chronique ou fortement invalidante ou dont on estime qu'elle engage le pronostic vital, et qui ne peuvent être traités de façon satisfaisante à l'aide d'un produit pharmaceutique homologué. L'utilisation compassionnelle		Normalement pas remboursée. Examen exceptionnel au cas par cas. Les conditions du paragraphe B.188.1 s'appliquent.	SHI/GSC		X	80%	Oui

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
	se caractérise par des éléments probants très limités à l'appui d'un usage médical.							
B.188.3	**Utilisation hors indications de médicaments à long terme ou chronique** au titre des paragraphes B.188.1 et B.188.2 ci-dessus au-delà de la durée maximale d'un an	Montant et durée à approuver	Les conditions du paragraphe B.188.1 s'appliquent.	SHI/GSC		X	80 %	Oui
Liste non exhaustive des produits médicaux non remboursables								
B.200	[Supprimé]							
B.201	Eaux minérales	Aucun remboursement						
B.202	Médicaments vendus sans ordonnance	Aucun remboursement						
B.203	Supprimé (déplacé à la rubrique Médecine traditionnelle et complémentaire/parallèle)							
B.204	Shampoings spéciaux, tonifiants ou savons capillaires	Aucun remboursement						
B.205	Écran solaire	Aucun remboursement						
B.206	Articles de toilette	Aucun remboursement						
B.207	[Supprimé]							
B.208	Médicaments achetés sur Internet	Aucun remboursement						
B.209	[supprimé]							
Appareils et accessoires – montant maximum remboursé par achat								
B.210	Soutien-gorge (spécial) après une mastectomie	200 USD par an	Rapport médical pour le premier achat, puis approbation pour toute la durée d'affiliation	S.O.			80 %	Non
B.211	Prothèse pour soutien-gorge après une mastectomie	400 USD par an	Ordonnance	S.O.	X		80 %	Non

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
B.212	Prothèse auditive, entretien compris	– 2 500 USD par oreille tous les 4 ans +- 250 USD par oreille tous les 4 ans avec l'avis d'un audioprothésiste/ audiologiste, ou	Ordonnance + audiogramme	S.O.			80 %	Non
		– plus souvent pour des raisons médicales déterminées par le médecin-conseil	Rapport médical	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Non
B.212.1	Implants cochléaires		Rapport médical	S.O.			80 %	Oui
B.213	Inhalateur	100 USD tous les 5 ans	Ordonnance	S.O.			80 %	Non
B.214	Semelles (orthopédiques et sur mesure)	1 000 USD tous les 2 ans	Ordonnance	S.O.			80 %	Non
B.215	Bas (de contention)	140 USD par an (2 paires maximum)	Ordonnance	S.O.			80 %	Non
B.216	Chaussures (orthopédiques et sur mesure)	1 800 USD par an (2 paires maximum)	Ordonnance	S.O.			80 %	Non
B.217	Perruque	800 USD par an	Ordonnance	S.O.	X		80 %	Non
Appareils et accessoires – montant maximum pour la location ou l'achat								
B.219	Lit médicalisé	2 000 USD sur toute la durée de l'affiliation	Rapport médical	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Non
B.219.1	Matelas anti-escarres	400 USD	Ordonnance	S.O.	X		80 %	Non
B.220	Tire-lait	250 USD par enfant nouveau-né (pas plus d'un par an)	Ordonnance	S.O.	X		80 %	Non
B.221	Minerve	50 USD par an	Ordonnance	S.O.	X		80 %	Non

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
B.222	Béquilles	50 USD par an	Ordonnance	S.O.	X		80 %	Non
B.223	Glucomètre, entretien compris		Ordonnance	S.O.	X		80 %	Non
B.224	Déambulateur	50 USD tous les 2 ans	Ordonnance	S.O.	X		80 %	Non
B.225	Appareil contre l'apnée du sommeil, humidificateur et entretien compris		Rapport médical tous les 5 ans	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Non
B.225.1	Achat d'un appareil contre l'apnée ; **OU**	1 000 USD tous les 5 ans						
B.225.2	Location d'un appareil contre l'apnée	500 USD par an						
B.225.3	Location ou achat d'un appareil de ventilation non invasive à deux niveaux de pression (BiPAP)	2 500 USD par an						
B.226	Fauteuil roulant (électrique ou manuel)/scooter pour personne à mobilité réduite, entretien compris	3 000 USD tous les 5 ans	Rapport médical	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Non
B.226.1	Fauteuil roulant (électrique ou manuel)/scooter pour personne à mobilité réduite lorsque l'état médical s'est gravement détérioré au cours de la période de 5 ans qui suit le dernier achat	3 000 USD	Rapport médical confirmant la détérioration des fonctions physiques					
B.226.2	Verticalisateur / releveur mobile pour personnes handicapée		Rapport médical					
B.227	Protections contre l'incontinence	200 USD par an	Ordonnance	S.O.	X		80 %	Non
B.228	Dispositifs spécifiques et prothèses externes							
B.228.1	Pompe à insuline		Rapport médical	S.O.				Oui
B.228.2	Pompe à apomorphine			S.O.				Oui
B.228.3	Pompe Crono			Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
B.228.4	Concentrateur d'oxygène (y compris portable)	2 000 USD		Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
B.228.5	Appareil de pressothérapie			S.O.			80 %	Oui
B.228.6	Appareil orthopédique (genou, etc.)			Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
B.228.7	Orthèse (tibiale, cranienne, etc.)			Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
B.228.8	Corset			Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
B.228.9	Location d'un défibrillateur automatique portable	4 000 USD par 30 jours, pour une durée maximale de 90 jours	Rapport médical à présenter tous les 30 jours	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
Appareils et accessoires non remboursables (liste non exhaustive)								
B.230	Adaptation du domicile (par exemple douche, monte-escaliers, réhausse-WC, siège de baignoire)	Aucun remboursement						
B.231	Purificateur ou humidificateur d'air	Aucun remboursement						
B.232	Maillot de bain après une mastectomie	Aucun remboursement						
B.233	[Supprimé]							
B.234	Literie (excepté matelas anti-escarres)	Aucun remboursement						
B.235	Tensiomètre	Aucun remboursement						
B.236	[Supprimé]							
B.237	Lampe (à infrarouge)	Aucun remboursement						
B.238	Entretien séparé du matériel acheté	Aucun remboursement						
B.239	Thermomètre	Aucun remboursement						

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
Médecine traditionnelle et complémentaire/parallèle								
B.240	Acupuncture	24 séances par an	Ordonnance	S.O.			80 %	Oui
B.240.1	Acupuncture au-delà de 24 séances	Nombre de séances et période soumis à approbation	Ordonnance et rapport médical	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
B.241	Autres interventions de médecine traditionnelle et complémentaire/parallèle (médecine ayurvédique ou anthroposophique, thérapie neurale, médecine traditionnelle chinoise) – en traitement ambulatoire uniquement (voir B.243)	12 séances par an	Ordonnance et preuve que le traitement est autorisé par les autorités sanitaires du pays où il est dispensé	S.O.			80 %	Oui
B.242	Naturopathie, phytothérapie/médecine par les plantes (Note : certains médicaments à base de plantes peuvent être pris en charge au titre du paragraphe B.241)	Aucun remboursement						
B.243	Toute consultation chez un médecin en rapport avec une médecine parallèle non remboursable, y compris les examens ou médicaments prescrits, et les traitements en découlant.	Aucun remboursement						
Transport								
B.250	Urgences :							
B.250.1	Ambulance par voie de surface vers l'établissement de santé le plus proche où le patient peut être soigné			S.O.			80 %	Oui
B.250.2	Tout autre moyen de transport vers l'établissement de santé le plus proche si le transport en ambulance par voie de surface n'est pas adapté		Rapport médical	S.O.	X		80 %	Oui

Para-graphe	Prestation	Remboursement maximum/plafond	Conditions requises pour prise en compte de la demande	Approbation préalable du	Approbation du remb. requise du		Taux de rembour-sement	Rembour-sement supplé-mentaire
					Respon-sable SHI au Siège	SHI/GSC		
B.251	Dans les cas qui ne sont pas des urgences :							
B.251.1	Ambulance par voie de surface entre établissements de santé				X		80 %	Oui
B.251.2	Dans des circonstances particulières, moyen de transport le moins cher vers l'établissement de santé le plus proche où le patient peut être soigné		Rapport médical	Responsable SHI au Siège	X		80 %	Oui
B.252	Recherche et sauvetage	Aucun remboursement						
B.253	Évacuation médicale/rapatriement	Aucun remboursement						
B.254	Tout autre transport	Aucun remboursement						
Décès								
B.255	Rapatriement	Aucun remboursement						
B.256	Frais funéraires	Aucun remboursement						

PARTIE C : PROCÉDURE APPLICABLE AUX DEMANDES DE REMBOURSEMENT

FRAIS EXCESSIFS

C.1 Si le responsable SHI au Siège juge que le prix demandé pour un service quelconque est manifestement excessif, il peut, après consultation du responsable SHI au niveau régional le cas échéant, décider que le remboursement s'effectuera sur la base du prix qui se pratique habituellement (« frais raisonnables et habituels » – URC – dans certains pays) pour des services analogues dans la localité.

REMBOURSEMENT SUPPLÉMENTAIRE (FRAIS CATASTROPHIQUES)

C.2 Un fonctionnaire en activité ou un ancien fonctionnaire a droit à un remboursement supplémentaire si, au cours de la période de 12 mois précédant la date du remboursement, il a supporté de son propre fait ou du fait d'un assuré à sa charge, pour des services visés à la Partie B – Prestations (indiqués comme entrant dans le calcul des frais catastrophiques), des dépenses, calculées en fonction des montants et des dates auxquels les remboursement ont été effectués, qui dépassent le seuil de remboursement de frais catastrophiques.

C.3 Le remboursement supplémentaire couvre 100 % de la différence entre les dépenses encourues par le fonctionnaire en activité ou l'ancien fonctionnaire et le seuil de remboursement des frais catastrophiques. Le seuil de remboursement des frais catastrophiques est calculé comme suit :

C.3.1 pour les fonctionnaires en activité, 5 % de leur rémunération annuelle prise comme base de calcul de la cotisation ; calcul effectué sur la base d'un 100 % équivalent temps plein en contrat de durée déterminée, même si le fonctionnaire travaille à temps partiel ;

C.3.2 pour les anciens fonctionnaires ayant totalisé plus de 25 années de service, ou les personnes à charge survivantes, 5 % de la pension complète réellement versée ;

C.3.3 pour les anciens fonctionnaires ayant totalisé moins de 25 années de service, ou les personnes à charge survivantes, dont les droits à pension sont visés à la Partie E – Conditions d'affiliation, 5 % de la pension complète normalement versée après 25 années de service.

REMBOURSEMENT PAR D'AUTRES SOURCES

C.4 S'il existe une autre assurance, un régime de sécurité sociale ou un organisme analogue, le remboursement ne portera que sur la partie non remboursée par l'autre source, à concurrence de 80 % du coût total qui aurait été normalement payé ; en aucun cas, le montant remboursé, augmenté du remboursement obtenu d'une autre source, ne dépassera 100 % du coût total du traitement.

C.5 S'il y a lieu de croire qu'un tiers peut être légalement tenu de rembourser des dépenses médicales pour une maladie ou un traumatisme occasionnant des frais remboursables par l'Assurance-maladie du personnel, le membre cotisant doit en informer le responsable SHI compétent. Le membre cotisant doit soumettre toutes les factures médicales pertinentes directement à l'assurance du tiers. Si le membre cotisant est remboursé par l'assurance d'un tiers de dépenses médicales déjà remboursées par l'Assurance-maladie du personnel de l'OMS, il doit rembourser l'Assurance-maladie du personnel de l'OMS. Dans des cas exceptionnels, le Directeur général, ou, dans les Régions, le Directeur régional, peut demander au fonctionnaire intéressé de prendre des dispositions pour actionner cette responsabilité. Dans ce cas, le coût des poursuites judiciaires sera pris en charge par l'Assurance-maladie du personnel.

LIMITES

LIEU DE TRAITEMENT

C.6 Les fonctionnaires en activité ou les anciens fonctionnaires qui reçoivent un traitement médical aux États-Unis d'Amérique sont remboursés à concurrence de 60 % de leurs frais médicaux remboursables (la « limite de remboursement »).

C.6.1 Sans préjudice de l'application des dispositions du paragraphe C.7, la limite de remboursement ne s'applique pas :
i) aux fonctionnaires dont le lieu d'affectation est situé dans la Région OMS des Amériques ;
ii) aux anciens fonctionnaires dont le lieu de résidence reconnu par l'OMS[3] est situé dans la Région OMS des Amériques ;
iii) aux enfants qui fréquentent à plein temps un établissement d'enseignement aux États-Unis d'Amérique ;
iv) aux prestations dont le montant maximum/plafond de remboursement en USD est indiqué aux paragraphes B.60, B.110, B.111, B.120, B.165 et B.210 à B.226 de la Partie B ; ou
v) aux soins médicaux d'un montant inférieur à 1 000 USD par événement.

C.6.2 La limite de remboursement peut être levée dans des cas exceptionnels ou en cas d'urgence, lorsque des raisons médicales rendent impossible le déplacement, par :
i) le responsable SHI au Siège quand les frais estimatifs ne devraient pas dépasser 200 000 USD ; ou
ii) le SHI/GSC quand les frais estimatifs devraient dépasser 200 000 USD.

C.6.3 Les personnes à charge et les ayants droit bénéficient de la même couverture que le fonctionnaire ou l'ancien fonctionnaire auquel ils sont apparentés.

C.6.4 Les fonctionnaires dont le lieu d'affectation est situé en dehors de la Région OMS des Amériques et les anciens fonctionnaires qui résident en dehors de la Région OMS des Amériques doivent informer à l'avance le responsable SHI au Siège de tous soins médicaux qu'eux-mêmes, les personnes à leur charge ou leurs ayants droit ont reçus aux États-Unis d'Amérique, afin notamment de permettre à la société spécialisée dans le contrôle des coûts de négocier une réduction des

[3] Lieu de résidence reconnu par l'OMS à la date de cessation de service, sauf si l'ancien fonctionnaire fournit au responsable SHI une preuve satisfaisante de réinstallation dans un autre pays (par exemple un certificat de résidence délivré par une autorité nationale du nouveau pays de résidence indiquant, entre autres, la date d'installation au nouveau lieu de résidence).

services facturés pour le patient et pour l'Assurance. Cette obligation ne vaut pas pour les soins médicaux visés aux paragraphes C.6.1 iv) et v).

C.6.5 Lorsque la limite de remboursement s'applique au titre du paragraphe C.6, un maximum de 15 % des frais médicaux remboursables seront pris en compte dans le calcul du remboursement supplémentaire (seuil de remboursement de frais catastrophiques) aux fins de l'application du paragraphe C.2.

TRAITEMENT HORS RÉSEAU AUX ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

C.7 Pour les fonctionnaires relevant du paragraphe C.6.1 i), les anciens fonctionnaires relevant du paragraphe C.6.1 ii) et les personnes à leur charge ou ayants droit relevant du paragraphe C.6.3, le remboursement des traitements hors réseau reçus aux États-Unis d'Amérique est limité à un maximum de 70 % de leurs frais médicaux remboursables, y compris en ce qui concerne les soins médicaux visés au paragraphe C.6.1 v).

C.7.1 Sans préjudice des autres limites et conditions fixées dans les présents Statuts, ce plafond de remboursement peut être exceptionnellement levé à la demande d'un membre cotisant étayée par des justificatifs satisfaisants :

a) en cas d'urgence, lorsque des raisons médicales rendent impossible le déplacement jusqu'à un prestataire faisant partie du réseau, par :

i) le responsable SHI quand les frais estimatifs ne devraient pas dépasser 200 000 USD ; ou
ii) le SHI/GSC quand les frais estimatifs devraient dépasser 200 000 USD.

b) sous réserve de l'approbation préalable du responsable SHI dans la Région, dans les cas suivants :

i) services de santé (services de laboratoire, par exemple) rendus par un prestataire extérieur au réseau choisi par un prestataire faisant partie du réseau, lorsque l'affilié n'intervient pas dans le choix des services externalisés ;
ii) remboursement du traitement d'une maladie mentale (y compris au titre des paragraphes B.30.5, B.34, B.60, B.106 et B.107) ;
iii) traitement indisponible dans le réseau (par exemple lorsque les prestataires faisant partie du réseau n'acceptent pas de nouveaux patients) ;
iv) prestations pour lesquelles un montant de remboursement maximal/plafond de remboursement a été fixé en dollars des États-Unis (US $) aux paragraphes B.60, B.110, B.111, B.120, B.165 et B.210 à B.226 de la Partie B.

C.7.2 Aux fins de l'application du paragraphe C.2, la différence entre 100 % des frais remboursables et le montant remboursé à concurrence de 70 % n'est pas prise en compte dans le calcul du remboursement supplémentaire (seuil de remboursement de frais catastrophiques).

PRÉSENTATION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT DANS TOUS LES PAYS SAUF LES ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

C.8 Les demandes de remboursement doivent comprendre les factures et ordonnances (le cas échéant) correspondantes ainsi que des quittances apportant, sous une forme acceptable par le responsable SHI compétent, la preuve du paiement des services rendus (soumettre

les documents originaux lorsque la demande est présentée sur le formulaire WHO 339 et des copies authentiques des originaux lorsque la demande est présentée sur SHI-Online). Les demandes doivent être présentées via SHI-Online. Exceptionnellement, elles peuvent être présentées sur le formulaire WHO 339 (enveloppe SHI) et adressées sous enveloppe portant la mention « Confidentiel – Assurance-maladie du personnel » au responsable SHI au Siège ou au responsable SHI dans la Région, selon le cas, par :

a) les anciens fonctionnaires dont l'emploi a cessé avant le 1er janvier 2020 ou les membres de la famille survivants ; ou

b) les autres anciens fonctionnaires ou fonctionnaires en activité (ou les membres de la famille survivants) qui, sur demande accompagnée d'une justification satisfaisante, ont obtenu du responsable SHI compétent une dérogation à l'obligation de présenter les demandes via SHI-Online.

C.9 En signant le formulaire WHO 339, ou en soumettant la demande par voie électronique, le fonctionnaire en activité ou l'ancien fonctionnaire confirme que :

C.9.1 les factures pour lesquelles il demande un remboursement ont été réglées en intégralité et que tous les renseignements sur les éventuels rabais, ristournes et/ou paiements reçus ou attendus d'autres sources ont été fournis ;

C.9.2 les factures présentées ont été vérifiées et correspondent effectivement aux traitements médicaux reçus ;

C.9.3 l'Assurance est autorisée à enquêter ou à demander des éclaircissements directement auprès du prestataire des soins ou de toute autre compagnie d'assurance s'il y a lieu ;

C.9.4 les factures n'ont pas trait à un traitement qui a eu lieu pendant une interruption de la participation ;

C.9.5 pour les demandes présentées en ligne, toutes les pièces justificatives sont des copies authentiques des originaux, qu'il conservera l'ensemble de ces documents originaux pendant au moins trois ans à compter de la date de remboursement, et que ces pièces seront communiquées à l'Organisation si elle en fait la demande, à des fins administratives ou de vérification ;

C.9.6 pour les factures reçues du prestataire de soin de santé par voie électronique, il/elle conservera les documents électroniques originaux pendant une période de trois ans.[4]

C.10 Les demandes de remboursement doivent être signées par le fonctionnaire en activité (ou ancien fonctionnaire ou membre de la famille survivant) sauf si, par suite d'accident ou de maladie grave, le fonctionnaire en activité (ou ancien fonctionnaire ou membre de la famille survivant) n'est pas en état de régler lui-même ses propres affaires. Les demandes de remboursement peuvent dans ce cas être établies par le représentant légal du fonctionnaire ou, dans des cas exceptionnels, par une personne chargée de régler ses comptes.

C.10.1 Sous réserve de l'approbation préalable du fonctionnaire en activité ou de l'ancien fonctionnaire sur un formulaire communiqué par le secrétariat du SHI, le responsable SHI au Siège peut, au nom de ce membre du personnel,

[4] L'Assurance respecte la Politique de l'OMS en matière de gestion des archives et la durée de conservation des documents peut être adaptée à l'avenir pour rester conforme à cette politique (se reporter au calendrier relatif aux archives de l'Assurance, « *034. Insurance Records Retention Schedule* », page 63)

communiquer au conjoint de l'intéressé des informations relatives à l'Assurance-maladie du personnel.

C.11 Les demandes de remboursement doivent être présentées dans les 12 mois qui suivent la date de facturation des services rendus et doivent être traduites en anglais, en français ou dans la principale langue de travail du bureau régional compétent. Pour éviter des dépenses administratives inutiles, les demandes portant sur de petits montants doivent normalement être groupées par lots représentant un montant minimum de 50 USD. Dans le cas où des informations supplémentaires sont nécessaires, la documentation requise doit être fournie dans les trois mois suivant la date de la demande pour que le remboursement puisse être effectué.

C.11.1 Les demandes présentées sont limitées à une monnaie et à un maximum de cinq factures/reçus par demande.

PRESENTATION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT AUX ETATS-UNIS D'AMERIQUE

C.12 Les demandes de remboursement sont administrées par un tiers administrateur. En soumettant une demande de remboursement au tiers administrateur aux fins d'obtenir une prestation au titre des Statuts de l'Assurance, ou en autorisant une prestataire de soins de santé à soumettre une demande de remboursement au tiers administrateur en son nom, un membre reconnaît et accepte que l'Assurance recueille des informations concernant la demande de remboursement auprès du tiers administrateur et utilise, communique ou transfert ces informations à des fins d'administration de l'Assurance. Les demandes de remboursement doivent être présentées :

C.12.1 par le fonctionnaire en activité (ou ancien fonctionnaire ou membre de la famille survivant) sauf si, par suite d'accident ou de maladie grave, le fonctionnaire en activité (ou ancien fonctionnaire ou membre de la famille survivant) n'est pas en état de régler lui-même ses propres affaires. Les demandes de remboursement peuvent dans ce cas être établies par le représentant légal du fonctionnaire ou, dans des cas exceptionnels, par une personne chargée de régler ses comptes ;

C.12.2 dans les 12 mois qui suivent la date de facturation des services rendus ;

C.12.3 et selon les modalités convenues avec le tiers administrateur.

PAIEMENT DIRECT

C.13 Un paiement direct peut être effectué au profit du prestataire de soins pour la totalité du montant d'une facture médicale donnée, lorsque le montant intégral de la facture équivaut au moins à 10 % du traitement mensuel net du fonctionnaire en activité (y compris l'allocation pour conjoint, l'allocation de parent isolé et l'allocation transitoire, plus l'ajustement de poste pour les fonctionnaires de la catégorie professionnelle et des directeurs), ou de la pension mensuelle intégrale effective de l'ancien fonctionnaire. La demande de paiement direct doit être effectuée sur le formulaire WHO 843 (enveloppe jaune) ou par l'intermédiaire du formulaire de paiement direct en ligne de SHI-Online et doit être soumise au bureau administrant les demandes de remboursement du fonctionnaire en activité (ou ancien fonctionnaire ou membre de la famille survivant) en même temps que la ou les factures originales pertinentes (ou, dans le cas des demandes en ligne, les copies authentiques de ces originaux) du prestataire de soins dès que possible après réception – normalement dans les 30 jours et en tout cas au plus tard trois mois après la date de la facturation des services rendus. La part des dépenses incombant au fonctionnaire en activité – normalement 20 % plus les dépenses non remboursables – est

prélevée sur le traitement du mois suivant et sur les traitements d'un maximum de trois mois. La part des dépenses incombant à l'ancien fonctionnaire (ou membre de la famille survivant) – normalement 20 % plus les dépenses non remboursables – est payée à l'Assurance par l'ancien fonctionnaire ou son survivant.

LETTRE DE GARANTIE

C.14 En cas d'hospitalisation, à la demande du membre cotisant ou de l'hôpital, l'Assurance peut garantir, à concurrence du montant pour lequel sa responsabilité est engagée, le paiement direct des factures lorsque cette demande est faite au moins deux semaines avant le début de l'hospitalisation, sauf en cas d'urgence. Une garantie initiale est donnée pour 30 jours civils d'hospitalisation. Toute prolongation de la garantie est subordonnée à une demande de l'hôpital ou du fonctionnaire en activité (ou ancien fonctionnaire ou membre de la famille survivant) s'appuyant sur un rapport médical adressé à l'Assurance pour approbation. Des lettres de garantie peuvent être établies pour des traitements autres qu'une hospitalisation, au cas par cas.

PAIEMENT ANTICIPE

C.15 Le responsable SHI est autorisé à verser des avances aux prestataires de soins de santé sur une base exceptionnelle pour un montant maximum de 20 000 USD (vingt mille dollars des États-Unis d'Amérique), dans les cas où une lettre de garantie a été refusée pour l'admission à l'hospitalisation et afin de faciliter l'accès au traitement. Le montant à la charge du fonctionnaire en activité (ou ancien fonctionnaire ou membre de la famille survivant) sera récupéré conformément au paragraphe C.13 des présents Statuts.

PROCEDURES GENERALES DE REMBOURSEMENT

C.20 Si la demande est conforme aux prescriptions des présents Statuts, le responsable SHI fait procéder aux calculs nécessaires et verse à l'intéressé la somme à laquelle celui-ci a droit dans la monnaie dans laquelle les dépenses ont été engagées ou, si cela est plus commode pour l'Organisation, dans toute monnaie librement convertible au taux de change fixé par l'Organisation.

C.21 Les prestations qui ont un plafond en dollars des États-Unis sont calculées sur la base d'un taux préférentiel unique afin d'éviter les fluctuations des taux de change par rapport au dollar. Celui-ci est calculé en utilisant le taux moyen des 24 derniers mois, en janvier de chaque année, pour chaque monnaie. Le taux préférentiel n'est utilisé que s'il est à l'avantage du membre du personnel, sinon c'est le taux de change opérationnel des Nations Unies à la date de remboursement qui est utilisé.

C.22 Si une partie de la demande n'est pas conforme aux prescriptions des présents Statuts, le responsable SHI en tient compte pour calculer le montant remboursable et informe l'intéressé de la raison pour laquelle le paiement intégral ne peut pas être effectué. S'il s'avère que des informations relatives à une demande présentée à l'Assurance sont incomplètes, incorrectes, fausses, falsifiées ou dénaturées d'une quelconque manière, cela peut entraîner le rejet de la demande et/ou le recouvrement des paiements s'y rapportant et/ou des mesures administratives ou autres à l'encontre du participant suivant les dispositions applicables des Statuts de l'Assurance-maladie du Personnel.

C.23 L'Assurance peut défalquer de toute prestation susceptible d'être versée à un affilié aux termes des présents Statuts le montant de toute somme due à l'Assurance par l'affilié à qui l'on a versé une somme autrement qu'en application desdits Statuts.

C.24 En cas de doute quant à l'interprétation des Statuts ou à la légitimité d'une demande de remboursement, le responsable SHI peut soumettre la demande au responsable SHI au Siège, qui peut lui-même la transmettre ensuite au SHI/GSC.

COMPTE BANCAIRE A UTILISER POUR LE REMBOURSEMENT

C.25 Les remboursements seront effectués au membre cotisant comme suit :

C.25.1 Dans le cas des fonctionnaires en activité, les remboursements seront normalement effectués sur le compte bancaire sur lequel est versé le traitement. Pour les fonctionnaires recrutés sur le plan international ayant plusieurs comptes bancaires enregistrés dans le Système mondial de gestion, les membres du personnel doivent choisir le compte à utiliser pour l'ensemble des demandes de remboursement.

C.25.2 Les anciens fonctionnaires ou les membres de la famille survivants doivent informer le responsable SHI au Siège de tout changement intervenu dans leurs coordonnées bancaires en fournissant tous les renseignements suivants :

Nom du titulaire du compte (membre cotisant)
Nom et l'adresse de la banque
Numéro de compte
IBAN
Code SWIFT/BIC/ABA/Sort/IFSC/REG/tout autre code du clearing bancaire local, le cas échéant
Monnaie du compte.

C.25.3 L'OMS n'effectue aucun paiement par le truchement d'une banque intermédiaire.

FRAUDE PRÉSUMÉE OU TENTATIVE DE FRAUDE – SUSPENSION DES PAIEMENTS

C.26 En cas de fraude présumée ou de tentative de fraude au préjudice de l'Assurance, le responsable SHI au Siège peut suspendre le paiement des prestations prévues par les présents Statuts jusqu'à ce qu'une décision soit prise sur la question de savoir si une fraude ou une tentative de fraude a été commise. À titre exceptionnel, le responsable SHI au Siège peut autoriser le versement des prestations via le paiement direct des soins remboursables au prestataire, à concurrence du montant maximum pour lequel la responsabilité de l'Assurance est engagée aux termes des présents Statuts. Une fois qu'il aura été déterminé si une fraude ou une tentative de fraude a été commise ou non, tout paiement de prestations suspendues sera effectué conformément aux dispositions des présents Statuts et compte tenu de toute déduction faite en application du paragraphe C.23, le cas échéant.

MEDICARE (ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE)

C.27 Les anciens fonctionnaires, les personnes à leur charge et autres ayants droit affiliés à l'Assurance (« membres de la famille affiliés ») visés au paragraphe E.13 et souscrivant au volet A[5] et/ou au volet B du régime Medicare des États-Unis d'Amérique (volet A et/ou volet B du régime Medicare), selon le cas, toucheront – par le versement du montant correspondant à l'ancien fonctionnaire concerné – une allocation égale à 100 % de leur

[5] L'inclusion du volet A de Medicare entre en vigueur le 1er février 2019.

cotisation au volet A et/ou au volet B du régime Medicare, selon le cas, sous réserve des conditions fixées dans le formulaire de remboursement WHO/SHI Medicare et les directives s'y rapportant, « Application for Reimbursement of Medicare Part A and/or Part B Premiums ».

PAIEMENTS EN ESPÈCES

C.28 Les paiements en espèces (par les affiliés à des prestataires de soins) sont fortement déconseillés et ne sont pas autorisés pour un montant supérieur à 2 000 USD. Les demandes de dérogation doivent être adressées au responsable SHI compétent et pourront être acceptées au cas par cas.

TRAITEMENT DISPENSÉ PAR DE PROCHES PARENTS

C.29 Les fonctionnaires en activité et les anciens fonctionnaires (ou les membres de la famille survivants) sont tenus de déclarer dans les demandes qu'ils présentent via SHI-Online (ou, le cas échéant, sur le formulaire OMS 339) si les services de santé rendus ont été assurés par eux-mêmes ou par un proche parent (mère, père, frère, sœur, fils, fille ou conjoint). Les services de santé qu'un affilié a reçus de lui-même ou d'un proche parent (mère, père, frère, sœur, fils, fille ou conjoint) ne sont pas remboursables.

PARTIE D : LISTE DES PATHOLOGIES SELON LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM-11)

(visées au paragraphe B.106.1 du tableau des prestations)

Troubles du neurodéveloppement

6A00	Troubles du développement intellectuel
6A00.0	Trouble du développement intellectuel, léger
6A00.1	Trouble du développement intellectuel, moyen
6A00.2	Trouble du développement intellectuel, grave
6A00.3	Trouble du développement intellectuel, profond
6A00.4	Trouble du développement intellectuel, provisoire
6A00.Z	Trouble du développement intellectuel, sans précision
6A01	Troubles du développement de la parole ou du langage
6A01.1	Trouble du développement de la fluidité verbale
6A03	Trouble du développement de l'apprentissage
6A04	Trouble du développement de la coordination motrice
6A02	Trouble du spectre autistique
6A05	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
6A05.Y	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, autre forme précisée
6A05.Z	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, forme non précisée
6A06	Mouvements stéréotypés
6A0Y	Autres troubles précisés du neurodéveloppement

Schizophrénie ou autres troubles psychotiques primaires

6A20	Schizophrénie
6A21	Trouble schizo-affectif
6A22	Trouble schizotypique
6A23	Trouble psychotique aigu et transitoire
6A24	Trouble délirant
6A2Y	Autres troubles schizophréniques ou psychotiques primaires précisés
6A2Z	Schizophrénie ou autres troubles psychotiques primaires, sans précision

Troubles de l'humeur

6A60	Trouble bipolaire du type I
6A61	Trouble bipolaire du type II
6A70.3	Épisode dépressif sévère isolé, sans symptômes psychotiques
6A70.4	Épisode dépressif sévère isolé, avec symptômes psychotiques
6A71.3	Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques
6A71.4	Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques

Troubles anxieux ou phobiques

6B03 Phobie spécifique (jusqu'à l'âge de 10 ans)
6B04 Anxiété sociale (jusqu'à l'âge de 10 ans)
6B05 Angoisse de séparation (jusqu'à l'âge de 10 ans)
6B06 Mutisme sélectif (apparaissant avant l'âge de 5 ans)

Trouble obsessionnel-compulsif ou troubles apparentés

6B20 Trouble obsessionnel-compulsif

Troubles spécifiquement associés au stress

6B44 Trouble réactionnel de l'attachement (apparaissant avant l'âge de 5 ans)
6B45 Trouble de désinhibition du contact social (apparaissant avant l'âge de 5 ans)

Troubles dissociatifs

6B60 Trouble dissociatif à symptômes neurologiques
6B61 Amnésie dissociative
6B62 États de transe
6B63 États de transe et de possession
6B64 Trouble dissociatif de l'identité
6B65 Trouble dissociatif partiel de l'identité
6B6Y Autres troubles dissociatifs précisés

Troubles de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant

6B83 Trouble d'alimentation sélective et/ou d'évitement
6B84 Pica

Troubles du contrôle sphinctérien

6C00 Énurésie
6C01 Encoprésie

Comportement perturbateur ou troubles dyssociaux

6C90 Trouble oppositionnel avec provocation
6C91 Trouble des conduites avec comportement dyssocial
6C9Y Autres comportements perturbateurs ou dyssociaux précisés
6C9Z Comportements perturbateurs ou dyssociaux, sans précision

Plus comportements perturbateurs ou dyssociaux concomitants avec des troubles mentaux, comportementaux ou du neurodéveloppement non liés à la consommation de substances, y compris ceux qui ne sont pas indiqués dans la partie D.

Troubles de la personnalité et traits apparentés

6D10 Trouble de la personnalité

Troubles neurocognitifs

6D70.0 Delirium dû à une maladie classée ailleurs
6D70.2 Delirium dû à de multiples facteurs étiologiques
6D70.Y Delirium, autre cause précisée
6D70.Z Delirium, cause non précisée ou inconnue
6D72.0 Trouble amnésique dû à des maladies classées ailleurs
6D72.Y Trouble amnésique, autre cause précisée
6D72.Z Trouble amnésique, cause inconnue ou non précisée
6D80 Démence de la maladie d'Alzheimer
6D81 Démence due à une maladie cérébrovasculaire
6D82 Démence à corps de Lewy
6D83 Démence frontotemporale
6D85 Démence due à des maladies classées ailleurs (toutes sous-catégories comprises)
6D85.Y Démence due à d'autres maladies précisées et classées ailleurs
6D8Z Démence, cause inconnue ou non précisée

Syndromes mentaux ou comportementaux secondaires associés à des troubles ou à des maladies classés ailleurs

6E68 Changement secondaire de la personnalité
6E0Z Troubles neurocognitifs, sans précision
6E6Z Syndrome mental ou comportemental secondaire, sans précision

Maladies du système nerveux

8A05 Tics

Anomalies du développement

LD90.4 Syndrome de Rett

PARTIE E : CONDITIONS D'AFFILIATION ET COTISATIONS

CONDITIONS D'AFFILIATION

E.1 Pour tous les membres du personnel (à l'exclusion des membres du personnel titulaires d'engagements temporaires de 60 jours ou moins et rémunérés sur une base journalière), l'affiliation à l'Assurance constitue une condition d'emploi par l'OMS et dure le temps de leur engagement.

E.2 L'affiliation pendant un congé spécial sans traitement (article 650.9.1 du Règlement du personnel) ou un détachement est volontaire. Les membres du personnel, les personnes à leur charge et leurs ayants droit peuvent être couverts, à condition que le membre du personnel paie l'intégralité de la cotisation (sa part et celle de l'Organisation) pour toute la période de congé spécial sans traitement ou de détachement sous la forme d'un versement fait à l'avance en une seule fois. Si le fonctionnaire décide ne pas rester couvert par l'Assurance pendant une période de congé spécial sans traitement, les prestations reprennent immédiatement à son retour, aux conditions en vigueur au moment de son départ. Les crédits cumulés avant le départ sont reportés sans modification au moment du retour, dans la limite fixée au paragraphe B.110.

E.3 Sont couvertes par l'Assurance les personnes à charge suivantes :

E.3.1 le conjoint du fonctionnaire, lorsque l'Organisation lui reconnaît la qualité de personne à charge au sens de l'article 310.5 du Règlement du personnel ;

E.3.2 tout enfant reconnu par l'Organisation comme personne à charge au sens de l'article 310.5 du Règlement du personnel ;

E.3.3 le père, la mère, un frère ou une sœur du fonctionnaire lorsque cette personne est reconnue comme personne à charge au sens de l'article 310.5 du Règlement du personnel.

E.4 Un conjoint à charge, un enfant à charge ou une personne à charge au second degré sont assurés à partir de la date à laquelle ils ont acquis la qualité de personnes à charge jusqu'à la date où cette qualité ne leur est plus reconnue. Les autres ayants droit du fonctionnaire, énumérés au Tableau N° 1 des présents Statuts, sont assurés à partir de la date où le fonctionnaire en fait la demande et aussi longtemps que les cotisations requises sont versées, ou jusqu'à ce que le fonctionnaire en activité ou ancien fonctionnaire demande la fin de l'affiliation, ou jusqu'à ce que ces personnes aient cessé de remplir les conditions requises dans les cas suivants :

- divorce ;
- fin du mois pendant lequel l'enfant atteint l'âge de 28 ans ;
- enfant obtenant un emploi rémunéré ;
- décès de la personne à charge.

E.4.1 Pour les agents des services généraux en poste dans des lieux d'affectation où, en raison des conditions d'emploi locales fixées en vertu de l'article 1310.3 du Règlement du personnel, la qualité de personne à charge au second degré ne peut être reconnue, le père, la mère, un frère ou une sœur (une seule de ces personnes peut être considérée comme personne à charge), sous réserve des conditions suivantes :

– le fonctionnaire apporte la preuve qu'il pourvoit pour plus de la moitié à l'entretien de ce parent et que, dans tous les cas, la charge qui en résulte pour lui est au moins égale au double de l'allocation normalement versée pour un deuxième enfant à charge ;

– le conjoint du fonctionnaire n'est pas un conjoint à charge ;

– le frère ou la sœur répond aux conditions d'âge et de fréquentation scolaire stipulées à l'article 310.5.2 du Règlement du personnel ;

– le fonctionnaire en fait la demande et verse la cotisation requise.

E.4.2 L'affiliation d'un ancien conjoint peut se prolonger pour une durée maximale de six mois après la date du divorce, dès lors que le fonctionnaire accepte de payer à la fois sa part de la cotisation de l'ancien conjoint et celle de l'Organisation.

E.5 Avant la cessation de service, les fonctionnaires qui ne remplissent pas les conditions requises pour le maintien de leur affiliation après la cessation de service peuvent néanmoins choisir de prolonger l'affiliation pour eux-mêmes, les personnes à leur charge et les membres de leur famille assurés pendant six mois au maximum à partir de la date de cessation de service. S'il choisit de prolonger l'affiliation, le fonctionnaire doit payer l'intégralité de la cotisation (sa part et celle de l'Organisation) pour tous les membres de sa famille assurés sous la forme d'un versement fait à l'avance en une seule fois.

E.5.1 Sans préjudice du paragraphe E.5, lorsqu'un fonctionnaire est un membre du personnel titulaire d'un engagement à durée déterminée ou d'un engagement continu et que son conjoint est un membre du personnel titulaire d'un engagement temporaire au titre de l'article 420.4 du Règlement du personnel, il peut, avant la cessation de service du membre du personnel titulaire d'un engagement temporaire, choisir de demander l'affiliation de son conjoint en tant que conjoint à charge ou conjoint non reconnu comme personne à charge, selon qu'il convient, à compter de la date de la cessation de service jusqu'à la date de prise d'effet du nouvel engagement du conjoint à l'OMS (le cas échéant) ou la date à laquelle cesse son droit à l'affiliation en vertu des présents Statuts, la date la plus proche étant retenue. Lorsque le fonctionnaire choisit ce type d'affiliation, la cotisation du fonctionnaire pour son conjoint est déduite du traitement du fonctionnaire titulaire d'un engagement continu/à durée déterminée pendant la durée de l'affiliation.

E.6 Les fonctionnaires qui remplissent les conditions requises pour le maintien de leur affiliation après la cessation de service peuvent choisir de maintenir l'affiliation pour eux-mêmes, les personnes à leur charge et autres ayants droit. En ce cas, ils doivent en aviser le responsable SHI au Siège avant la date de cessation de service. **Toute somme forfaitaire doit être réglée au plus tard 90 jours après la date de cessation de service.** Sous réserve que le fonctionnaire ait versé la cotisation correspondante, son affiliation sera réputée avoir été maintenue sans interruption depuis la date de cessation de service.

E.7 Si, immédiatement avant d'être engagé par l'OMS, un fonctionnaire a été employé par l'Organisation des Nations Unies ou par une autre institution spécialisée, le calcul du temps d'affiliation tient compte de toute période d'affiliation pendant laquelle l'intéressé a participé à l'assurance-maladie de l'autre organisation, sous réserve qu'une disposition analogue de ladite organisation prévoie, pour les membres de son personnel, les personnes à leur charge et autres ayants droit assurés, la validation du temps pendant lequel ils ont participé à l'Assurance-maladie de l'OMS.

E.8 Si, avant la cessation de service, un fonctionnaire choisit de ne pas maintenir l'affiliation, en vertu des articles E.5 ou E.6 ci-dessus, selon le cas, pour lui-même et les membres de sa famille assurés, cette décision est définitive.

E.9 Un ancien fonctionnaire peut à tout moment renoncer à l'affiliation, mais cette renonciation est alors définitive. Une interruption de 12 mois dans le versement des cotisations par l'ancien fonctionnaire ou le membre de la famille survivant met fin à l'affiliation, sans possibilité de réaffiliation ultérieure.

E.10 En cas de divorce, un ancien fonctionnaire resté affilié à l'Assurance après la cessation de service peut choisir le maintien de l'affiliation de son ex-conjoint sous réserve que l'ancien fonctionnaire continue à verser les cotisations, à présenter les demandes de remboursement et à recevoir les remboursements au nom de son ex-conjoint.

E.11 Sont exclues de l'Assurance toutes les dépenses engagées après expiration de la période d'affiliation. Toutefois, si des personnes à charge sont en traitement lorsqu'elles atteignent l'âge limite d'affiliation, elles auront encore droit au remboursement des dépenses pendant 90 jours après cette date.

E.12 Le conjoint survivant et/ou les enfants survivants, le père, la mère, un frère ou une sœur survivants d'un fonctionnaire en activité ou d'un ancien fonctionnaire peuvent être couverts par l'Assurance après le décès du fonctionnaire en activité ou de l'ancien fonctionnaire, sous réserve des conditions suivantes :

- ils étaient assurés à la date du décès du fonctionnaire ;
- la demande de maintien de l'affiliation a été faite dans les 90 jours suivant la notification, par le responsable SHI, de la possibilité d'opter pour ce maintien. À défaut d'une telle demande, ou s'il y a eu renonciation à la protection de l'Assurance, les personnes à charge et autres ayants droit ne peuvent plus s'affilier.

E.13 Tous les anciens fonctionnaires, personnes à leur charge et autres ayants droit affiliés à l'Assurance (« membres de la famille affiliés ») qui peuvent souscrire au volet A[6] et/ou au volet B du régime Medicare des États-Unis d'Amérique (volet A et/ou volet B du régime Medicare) sont tenus d'y souscrire, selon le cas. À partir du 1er août 2020, les dépenses médicales engagées aux États-Unis par les anciens fonctionnaires et les membres de leur famille affiliés qui choisissent de ne pas souscrire au volet A et/ou au volet B du régime Medicare selon le cas, seront traitées comme s'ils y souscrivaient. Aucune pénalité ne s'appliquera concernant les dépenses médicales engagées par les anciens fonctionnaires et les membres de leur famille affiliés qui ont 75 ans ou plus le 1er janvier 2019.

COTISATIONS

E.30 Les cotisations des fonctionnaires en activité sont calculées d'après leur traitement de base net (y compris l'allocation pour conjoint, l'allocation de parent isolé et l'allocation transitoire) augmenté de l'indemnité d'ajustement de poste et retenues chaque mois sur leur rémunération.

E.31 Les cotisations des fonctionnaires employés à temps partiel et de ceux qui obtiennent un congé spécial avec traitement partiel sont également calculées sur la base de la rémunération pour emploi à temps complet. Dans le cas d'un congé spécial sans traitement, la cotisation est calculée d'après le dernier traitement de base net (y compris

[6] L'inclusion du volet A de Medicare entre en vigueur le 1er février 2019.

l'allocation pour conjoint, l'allocation de parent isolé et l'allocation transitoire) de l'intéressé augmenté de l'indemnité d'ajustement de poste.

E.32 Les cotisations des fonctionnaires qui, au moment où leur engagement prend fin, ont accompli au moins 20 années de service aux conditions indiquées dans le Tableau N° 2 de la Partie E des présents Statuts et qui optent pour le maintien de leur affiliation à l'Assurance après la cessation de service sont calculées de la façon suivante :

E.32.1 comme pendant un congé spécial sans traitement jusqu'à l'âge de la retraite anticipée ;

E.32.2 comme pour un ancien fonctionnaire par la suite.

E.33 Les cotisations des anciens fonctionnaires qui ont opté pour le maintien de leur affiliation après la cessation de service et de leurs ayants droit sont calculées sur la base de la totalité de la prestation attribuée aux anciens fonctionnaires en application des Statuts de la CCPPNU correspondant au minimum à 30 années de service :

E.33.1 les fonctionnaires qui ont au moins 30 années de service cotisent sur la base de la totalité de la pension à laquelle ils ont droit ;

E.33.2 les fonctionnaires qui partent à la retraite avec moins de 30 années de service cotisent sur la base de la pension exigible après 30 années de service ;

E.33.3 les cotisations sont retenues un mois à l'avance sur la pension mensuelle versée par la CCPPNU. Le paiement direct de l'intégralité de la cotisation annuelle n'est accepté qu'en l'absence de pension mensuelle de la CCPPNU.

E.34 Pour les anciens fonctionnaires restés affiliés à l'Assurance après la cessation de service qui sont employés comme personnel temporaire, la cotisation est calculée sur la base du montant total résultant du paragraphe E.33 plus leur traitement de base net (y compris l'allocation pour conjoint, l'allocation de parent isolé et l'allocation transitoire) augmenté de l'indemnité d'ajustement de poste.

E.35 Les cotisations des membres de la famille survivants sont calculées sur la base de 50 % de la totalité de la pension attribuée à l'ancien fonctionnaire ou qui lui aurait été attribuée en application des statuts de la CCPPNU correspondant au minimum à 30 années de service. Les cotisations sont retenues un mois à l'avance sur la pension mensuelle versée par la CCPPNU. Le paiement direct de l'intégralité de la cotisation annuelle n'est accepté qu'en l'absence de pension mensuelle de la CCPPNU.

E.36 Les taux de cotisation peuvent être modifiés, en fonction des résultats financiers de l'Assurance, par décision du Directeur général sur recommandation formulée par le SHI/GOC après consultation du SHI/GSC.

E.37 Si les deux conjoints sont membres du personnel de l'Organisation au titre d'un engagement à durée déterminée, ils cotisent séparément à l'Assurance en tant que membres du personnel. Celui dont la rémunération est la plus élevée cotise au taux approprié pour les enfants.

E.38 Si l'un des conjoints est un membre du personnel titulaire d'un engagement à durée déterminée ou continu et que l'autre est un membre du personnel titulaire d'un engagement temporaire (au sens de l'article 420.4 du Règlement du personnel), les enfants sont considérés comme étant à la charge du titulaire d'un engagement à durée déterminée ou continu, même si le titulaire d'un engagement temporaire a une rémunération plus élevée.

TABLEAUX DES CONDITIONS D'AFFILIATION

Tableau N° 1

Conditions d'affiliation et barème des cotisations pour les fonctionnaires, les personnes à leur charge et autres ayants droit

	Affiliation	Sauf dans les cas d'urgence ou d'accident, les prestations de l'Assurance sont limitées à 10 000 USD par an pendant les 3 premières années de couverture	Barème des cotisations	
			Fonctionnaire	OMS
Fonctionnaire	Obligatoire	S.O.	2,55 %	5,10 %
Conjoint à charge	Obligatoire	S.O.	2,55 %	5,10 %
Enfant à charge (0-21 ans)	Obligatoire	S.O.	0,35 %	0,70 %
Personne à charge au second degré	Obligatoire	Applicable	5,69 %	11,38 %
Conjoint non reconnu comme personne à charge	Volontaire	Applicable sauf si l'affiliation du conjoint à l'Assurance débute dans les 3 mois suivant : i) la date du recrutement du fonctionnaire ou la date du début de son engagement à durée déterminée ; ii) la date du mariage ; ou iii) un changement concernant le statut de conjoint à charge.	2,55 %	5,10 %
Enfant non reconnu comme personne à charge (18-28 ans)	Volontaire	S.O.	1,03 %	2,06 %

Important : L'affiliation pendant un congé spécial sans traitement ou un détachement est volontaire. Les fonctionnaires, les personnes à leur charge et leurs ayants droit peuvent être couverts, à condition que le fonctionnaire paie l'intégralité de la cotisation (sa part et celle de l'Organisation) pour tous les assurés pendant toute la période de congé spécial sans traitement ou de détachement sous la forme d'un versement fait à l'avance en une seule fois.

Tableau N° 2

Conditions d'affiliation et barème des cotisations pour l'affiliation après la cessation de service

Fonctionnaires dont l'emploi cesse avant l'âge de la retraite anticipée

	Conditions d'affiliation a)	**Montant forfaitaire exigible b)**	**Barème des cotisations (à partir de la date de cessation de service)**	
			Ancien fonctionnaire	**OMS**
Fonctionnaire	Doit avoir été affilié à l'Assurance* pendant au moins 20 ans et être âgé : **de 50 à 55 ans** à la date de la cessation de service, pour les fonctionnaires qui sont devenus membres de la CCPPNU **avant le 1er janvier 2014**, ou **de 53 à 58 ans** à la date de la cessation de service, pour les fonctionnaires qui sont devenus membres de la CCPPNU **à partir du 1er janvier 2014.**	Comme pour un congé spécial sans traitement (cotisation du fonctionnaire + part de l'OMS d'après le dernier traitement mensuel de base net y compris l'allocation pour conjoint, l'allocation de parent isolé et l'allocation transitoire + l'indemnité d'ajustement de poste) à partir de la date de cessation de service jusqu'à : la fin du mois pendant lequel le fonctionnaire atteint l'âge de 55 ans, ou la fin du mois pendant lequel le fonctionnaire atteint l'âge de 58 ans.	2,55 %	5,10 %
Conjoint	Doit être assuré par l'Assurance à la date de cessation de l'emploi du fonctionnaire et remplir les conditions requises pour le maintien de l'affiliation après la cessation de service au moment où le fonctionnaire atteint l'âge de la retraite anticipée (voir Tableau N° 3).	Comme pour le fonctionnaire ci-dessus.	2,55 %	5,10 %

	Conditions d'affiliation a)	Montant forfaitaire exigible b)	Barème des cotisations (à partir de la date de cessation de service)	
			Ancien fonctionnaire	OMS
Personne à charge au second degré	Doit être assurée par l'Assurance à la date de cessation de l'emploi du fonctionnaire et remplir les conditions requises pour le maintien de l'affiliation après la cessation de service au moment où le fonctionnaire atteint l'âge de la retraite anticipée (voir Tableau N° 3).	Comme pour le fonctionnaire ci-dessus.	5,69 %	11,38 %
Enfant à charge (0-21 ans)	Doit être assuré par l'Assurance à la date de cessation de l'emploi du fonctionnaire.	Comme pour le fonctionnaire ci-dessus.	0,35 %	0,70 %
Enfant non reconnu comme personne à charge (18-28 ans)	Doit être assuré par l'Assurance à la date de cessation de l'emploi du fonctionnaire.	Comme pour le fonctionnaire ci-dessus.	1,03 %	2,06 %

***** À l'exclusion de l'affiliation en tant que membre du personnel temporaire sous contrat de 60 jours ou moins et rémunéré sur une base journalière.

Tableau N° 3

Conditions d'affiliation et barème des cotisations pour l'affiliation après la cessation de service

Fonctionnaires dont l'emploi cesse entre l'âge de la retraite anticipée et l'âge statutaire de la retraite

	Conditions d'affiliation a)	**Montant forfaitaire exigible b)**	**Barème des cotisations (à partir de la date de cessation de service)**	
			Ancien fonctionnaire	**OMS**
Fonctionnaire	Doit avoir été affilié à l'Assurance* pendant au moins 10 ans, dont 5 ans sans interruption, et doit être âgé : **de plus de 55 ans,** pour les fonctionnaires qui sont devenus membres de la CCPPNU **avant le 1er janvier 2014,** ou **de plus de 58 ans,** pour les fonctionnaires qui sont devenus membres de la CCPPNU **à partir du 1er janvier 2014.**	Aucun	2,55 %	5,10 %
Conjoint	Doit être assuré par l'Assurance à la date de cessation de l'emploi du fonctionnaire et i) avoir été affilié pendant au moins 10 ans ; **ou** ii) avoir payé le montant forfaitaire comme indiqué à la colonne b).	**5,06 %** du dernier traitement de base annuel net y compris l'allocation pour conjoint, l'allocation de parent isolé et l'allocation transitoire + l'indemnité d'ajustement de poste (le cas échéant) pour chaque année ou portion d'année manquante par rapport à 10 années d'affiliation.	2,55 %	5,10 %
Personne à charge au second degré	Doit être assurée par l'Assurance à la date de cessation de l'emploi du fonctionnaire et i) avoir été affiliée pendant au moins 10 ans ; **ou** ii) avoir payé le montant forfaitaire comme indiqué à la colonne b).	**7,11 %** du dernier traitement de base annuel net y compris l'allocation pour conjoint, l'allocation de parent isolé et l'allocation transitoire + l'indemnité d'ajustement de poste (le cas échéant) pour chaque année ou portion d'année manquante par rapport à 10 années d'affiliation.	5,69 %	11,38 %

	Conditions d'affiliation a)	Montant forfaitaire exigible b)	Barème des cotisations (à partir de la date de cessation de service)	
			Ancien fonctionnaire	OMS
Enfant à charge (0-21 ans)	Doit être assuré par l'Assurance à la date de cessation de l'emploi du fonctionnaire.	Aucun	0,35 %	0,70 %
Enfant non reconnu comme personne à charge (18-28 ans)	Doit être assuré par l'Assurance à la date de cessation de l'emploi du fonctionnaire.	Aucun	1,03 %	2,06 %

***** À l'exclusion de l'affiliation en tant que membre du personnel temporaire sous contrat de 60 jours ou moins et rémunéré sur une base journalière.

Tableau N° 4

Conditions d'affiliation et barème des cotisations pour l'affiliation après la cessation de service

Fonctionnaires dont l'emploi cesse à l'âge statutaire de la retraite

	Conditions d'affiliation a)	Montant forfaitaire exigible b)	Barème des cotisations (à partir de la date de cessation de service)	
			Ancien fonctionnaire	OMS
Fonctionnaire **Âge statutaire de la retraite :** **60 ans** pour les fonctionnaires qui sont devenus membres de la CCPPNU **avant le 1er janvier 1990** **62 ans** pour les fonctionnaires qui sont devenus membres de la CCPPNU **entre le 1er janvier 1990 et le 31 décembre 2013** **65 ans** pour les fonctionnaires qui sont devenus membres de la CCPPNU **à compter du 1er janvier 2014**	Doit avoir été affilié à l'Assurance* pendant au moins 10 ans, dont 5 ans sans interruption, ou	Aucun	2,55 %	5,10 %
	Doit avoir été affilié à l'Assurance* pendant au moins 5 ans sans interruption et avoir payé le montant forfaitaire comme indiqué à la colonne b).	**9,61 %** du dernier traitement de base annuel net y compris l'allocation pour conjoint, l'allocation de parent isolé et l'allocation transitoire + l'indemnité d'ajustement de poste (le cas échéant) pour chaque année ou portion d'année manquante par rapport à 10 années d'affiliation.	2,55 %	5,10 %
Conjoint	Doit être assuré par l'Assurance à la date de cessation de l'emploi du fonctionnaire et i) avoir été affilié pendant au moins 10 ans ; **ou** ii) avoir payé le montant forfaitaire comme indiqué à la colonne b).	**Si le fonctionnaire a été affilié à l'Assurance* pendant au moins 10 ans :** **5,06 %** du dernier traitement de base annuel net y compris l'allocation pour conjoint, l'allocation de parent isolé et l'allocation transitoire + l'indemnité d'ajustement de poste (le cas échéant) pour chaque année ou portion d'année manquante par rapport à 10 années d'affiliation.	2,55 %	5,10 %

	Conditions d'affiliation a)	Montant forfaitaire exigible b)	Barème des cotisations (à partir de la date de cessation de service)	
			Ancien fonctionnaire	OMS
Conjoint		**Si le fonctionnaire a été affilié à l'Assurance* pendant au moins 5 ans et a payé un montant forfaitaire :** **9,61 %** du dernier traitement de base annuel net y compris l'allocation pour conjoint, l'allocation de parent isolé et l'allocation transitoire + l'indemnité d'ajustement de poste (le cas échéant) pour chaque année ou portion d'année manquante par rapport à 10 années d'affiliation.	2,55 %	5,10 %
Personne à charge au second degré	Doit être assurée par l'Assurance à la date de cessation de l'emploi du fonctionnaire et i) avoir été affiliée pendant au moins 10 ans ; **ou** ii) avoir payé le montant forfaitaire comme indiqué à la colonne b).	**Si le fonctionnaire a été affilié à l'Assurance* pendant au moins 10 ans :** **7,11 %** du dernier traitement de base annuel net y compris l'allocation pour conjoint, l'allocation de parent isolé et l'allocation transitoire + l'indemnité d'ajustement de poste (le cas échéant) pour chaque année ou portion d'année manquante par rapport à 10 années d'affiliation.	5,69 %	11,38 %
		Si le fonctionnaire a été affilié à l'Assurance* pendant au moins 5 ans et a payé un montant forfaitaire : **9,61 %** du dernier traitement de base annuel net y compris l'allocation pour conjoint, l'allocation de parent isolé et	5,69 %	11,38 %

	Conditions d'affiliation a)	Montant forfaitaire exigible b)	Barème des cotisations (à partir de la date de cessation de service)	
			Ancien fonctionnaire	OMS
		l'allocation transitoire + l'indemnité d'ajustement de poste (le cas échéant) pour chaque année ou portion d'année manquante par rapport à 10 années d'affiliation.		
Enfant à charge (0-21 ans)	Doit être assuré par l'Assurance à la date de cessation de l'emploi du fonctionnaire	Aucun	0,35 %	0,70 %
Enfant non reconnu comme personne à charge (18-28 ans)	Doit être assuré par l'Assurance à la date de cessation de l'emploi du fonctionnaire	Aucun	1,03 %	2,06 %

***** À l'exclusion de l'affiliation en tant que membre du personnel temporaire sous contrat de 60 jours ou moins et rémunéré sur une base journalière.

Tableau N° 5

Conditions d'affiliation et barème des cotisations pour l'affiliation après la cessation de service

Membres de la famille survivants après le décès d'un fonctionnaire en activité ou d'un ancien fonctionnaire

	Conditions d'affiliation	Montant forfaitaire exigible	Barème des cotisations	
			Survivant	OMS
Conjoint	Doit être assuré à la date du décès du fonctionnaire en activité ou de l'ancien fonctionnaire et demander le maintien de l'affiliation dans les 90 jours suivant la notification, par le responsable SHI, de la possibilité d'opter pour ce maintien.	Aucun	2,55 %	5,10 %
Enfant à charge (0-21 ans)			0,35 %	0,70 %
Personne à charge au second degré			5,69 %	11,38 %
Enfant non reconnu comme personne à charge (18-28 ans)			1,03 %	2,06 %

Tableau N° 6

Conditions d'affiliation et barème des cotisations pour l'affiliation après la cessation de service

Fonctionnaires s'étant vu accorder une pension d'invalidité par la CCPPNU

	Conditions d'affiliation	Montant forfaitaire exigible	Barème des cotisations (à partir de la date de cessation de service)	
			Ancien fonctionnaire	OMS
Fonctionnaire	Doit s'être vu accorder une pension d'invalidité par la CCPPNU	Aucun	2,55 %	5,10 %
Conjoint	Doit être assuré à la date de cessation de service à laquelle le fonctionnaire se voit accorder une pension d'invalidité par la CCPPNU		2,55 %	5,10 %
Enfant à charge (0-21 ans)			0,35 %	0,70 %
Personne à charge au second degré			5,69 %	11,38 %
Enfant non reconnu comme personne à charge (18-28 ans)			1,03 %	2,06 %

PARTIE F : FINANCEMENT

F.1 Les ressources de l'Assurance sont constituées :

F.1.1 des cotisations versées par l'Organisation et les affiliés au titre du régime commun ;

F.1.2 des cotisations qui peuvent être versées au titre du régime complémentaire, en application des dispositions du paragraphe F.3 ;

F.1.3 des recettes accessoires, y compris du revenu des placements.

F.2 Le régime commun consiste en un barème de cotisations [voir les tableaux des conditions d'affiliation] applicable à tous les participants à l'Assurance, fonctionnaires en activité et anciens fonctionnaires, quel que soit leur lieu d'affectation ou leur lieu de résidence. Les cotisations versées au titre du régime commun sont financées pour les deux tiers par l'Organisation et pour un tiers par les affiliés.

F.3 Un régime complémentaire s'applique pendant une année à une Région,[7] ou à tout autre bureau administré par l'OMS,[8] lorsque les prestations versées à ses fonctionnaires en activité pendant l'année civile précédente dépassent 75 % des cotisations acquittées par ces mêmes fonctionnaires et par l'Organisation au titre du régime commun. La différence entre le montant de ces prestations et le plafond de 75 % correspond au déficit régional. L'Assurance utilise les cotisations du régime complémentaire pour couvrir ce déficit.

F.4 Pendant la première année où un régime complémentaire est requis, l'Organisation en supporte le coût dans la Région concernée, à condition que le déficit régional ne dépasse pas 10 % des cotisations acquittées par le personnel en activité et par l'Organisation au titre du régime commun, ou un montant de 50 000 USD, si celui-ci est inférieur. Dans le cas où le déficit régional dépasse l'une ou l'autre des limites ou bien si un déficit régional apparaît pendant deux années consécutives ou plus, le régime complémentaire est financé pour les deux tiers par l'Organisation et pour un tiers par les participants de la Région concernée, à l'exclusion des anciens fonctionnaires restés affiliés à l'Assurance après la cessation de service, des personnes à charge survivantes et du personnel temporaire.

F.5 En cas de déficit régional nécessitant l'instauration d'un régime complémentaire financé conjointement par l'Organisation et par les participants, le barème des cotisations versées au titre du régime complémentaire est fixé de manière à garantir le recouvrement d'un montant égal au déficit régional de l'année précédente. Le rapport entre les taux de cotisation est le même qu'entre ceux indiqués dans les tableaux des conditions d'affiliation des présents Statuts.

[7] Par « Région », on entend l'une ou l'autre des entités suivantes : Siège, AFRO, EMRO, EURO, OPS, SEARO et WPRO.

[8] « Autres bureaux administrés par l'OMS » : CIC, CIRC, ONUSIDA et UNITAID.

F.6 En vertu du paragraphe 25 du Manuel d'application OMS des normes comptables internationales du secteur public, le Fonds de l'Assurance-maladie du personnel est assimilé à un fonds fiduciaire de l'OMS, au crédit duquel sont portées :

F.6.1 chaque mois, les cotisations des affiliés et de l'Organisation ;

F.6.2 les recettes accessoires, y compris le revenu des placements ;

et au débit duquel sont portées :

F.6.3 toutes les prestations payées par l'Assurance ;

F.6.4 les dépenses engagées par le Comité médical de révision au titre du paragraphe H.3 ;

F.6.5 toutes les dépenses administratives à concurrence de 6 % du total des primes recueillies.

L'Assurance établit chaque année un jeu complet d'états financiers vérifiés conformément aux normes comptables internationales du secteur public.

F.7 Le SHI/GOC peut recommander au Directeur général de conclure tels contrats de réassurance qu'il estime nécessaires dans l'intérêt de l'Assurance.

F.8 Il est conservé, dans le fonds fiduciaire, une réserve égale à la somme des montants suivants :

F.8.1 un montant correspondant au tiers des décaissements de l'exercice écoulé, pour régler les demandes de remboursement en suspens, au cas où l'Assurance devrait être liquidée ; plus

F.8.2 le montant jugé nécessaire par le SHI/GOC, d'après les projections actuarielles, pour couvrir la différence entre le coût estimatif des prestations versées aux anciens fonctionnaires restés affiliés à l'Assurance après la cessation de service en vertu des présents Statuts et les cotisations reçues pour ces personnes ;

F.8.3 le montant jugé nécessaire par le SHI/GOC, d'après les projections actuarielles, pour couvrir la différence entre le coût estimatif des prestations qui devront être versées aux futurs anciens fonctionnaires qui resteront affiliés à l'Assurance après la cessation de service et les cotisations reçues pour ces personnes ;

F.8.4 25 % des cotisations versées au titre du régime commun par le personnel en activité et par l'Organisation dans chaque Région pour donner effet aux dispositions du paragraphe F.8.2, puis du paragraphe F.8.3.

F.8.5 les cotisations supplémentaires versées par des entités participantes au nom de leurs membres du personnel afin de satisfaire aux exigences des paragraphes F.8.2 et F.8.3, sur la base des projections actuarielles et avec un ajustement réalisé chaque année en concertation avec le SHI/GOC.

F.9 Pour servir de base à la gestion de l'Assurance par le SHI/GOC, le responsable SHI au Siège fait établir, chaque trimestre, un rapport sur les recettes et les dépenses et, annuellement, une analyse des dépenses.

COMITE DE CONTROLE MONDIAL (SHI/GOC)

G.1 Un SHI/GOC est créé pour surveiller l'Assurance-maladie du personnel et conseiller le Directeur général sur la gestion et les activités de celle-ci. Il est chargé en particulier :

G.1.1 d'examiner le fonctionnement et la situation financière de l'Assurance, et notamment de vérifier si les niveaux des prestations et des cotisations sont conformes aux Statuts et aux principes directeurs ;

G.1.2 de s'assurer de la stabilité financière de l'Assurance et de vérifier que la réserve financière est suffisante ;

G.1.3 d'examiner toutes les demandes du SHI/GSC touchant l'Assurance ;

G.1.4 d'examiner le rapport annuel et le fonctionnement général du SHI/GSC ;

G.1.5 de mener périodiquement des études actuarielles et d'approuver les hypothèses sous-jacentes, d'examiner les rapports actuariels établis et de recommander d'éventuelles modifications du système d'assurance-maladie au Directeur général après consultation avec le SHI/GSC ;

G.1.6 d'examiner le rapport du Commissaire aux comptes et de recommander des mesures appropriées pour donner suite aux éventuelles recommandations formulées ;

G.1.7 d'examiner les rapports sur la vérification intérieure des comptes qui lui sont soumis et de recommander des mesures appropriées pour donner suite aux éventuelles recommandations concernant l'Assurance ;

G.1.8 en tenant compte des avis du Comité consultatif sur les placements, d'examiner la stratégie d'investissement de l'Assurance et d'analyser annuellement les résultats obtenus ;

G.1.9 d'examiner la suite donnée aux recommandations des rapports du Commissaire aux comptes et des vérificateurs intérieurs des comptes qui lui sont soumis concernant les comptes de l'Assurance ;

G.1.10 de fournir des informations au Comité consultatif sur les placements pour l'aider à examiner les placements de l'Assurance ;

G.1.11 d'examiner la manière dont le Secrétariat de l'OMS dirige et gère l'Assurance en vérifiant qu'elle est appropriée, et d'analyser annuellement les résultats obtenus ;

G.1.12 de se tenir informé de l'évolution des meilleures pratiques des régimes d'assurance-maladie comparables ;

G.1.13 en consultation avec les directeurs régionaux de l'administration et des finances, de recommander l'application de mesures propres à assurer un examen efficace et méthodique des demandes de remboursement et une bonne vérification intérieure des comptes et à prévenir les fraudes ;

G.1.14 de conseiller le Directeur général sur l'application de mesures de maîtrise des coûts ;

G.1.15 de soumettre un rapport annuel sur le fonctionnement, l'administration et les comptes de l'Assurance au Directeur général et à tous les Comités du personnel, et d'établir un résumé d'orientation tenu à la disposition de tous les participants ;

G.1.16 de proposer des amendements aux Statuts de l'Assurance soumis pour décision au Directeur général ;

G.1.17 d'examiner les objectifs, d'établir des principes directeurs et un modèle d'évaluation et des indicateurs pour évaluer les performances du SHI/GOC, du SHI/GSC.

G.2 Les membres du SHI/GOC sont :

G.2.1 le Sous-Directeur général chargé des Fonctions institutionnelles (président de droit) ; le Contrôleur financier (membre de droit, non-votant) (président suppléant) ;

G.2.2 sept membres issus du Siège et des Régions (avec au maximum un membre pour le Siège et un par région) désignés par le Directeur général pour le Siège et en consultation avec les Directeurs régionaux pour chacun des bureaux régionaux ;

G.2.3 cinq membres désigné par le le Comité du personnel du Siège et les comités du personnel régionaux (avec au maximum un membre pour le Siège et un par région) sur la base d'un roulement biennal ;

G.2.4 deux membres élus parmi l'ensemble des anciens fonctionnaires ayant maintenu leur affiliation à l'Assurance après la cessation de service.

G.3 Les membres autres que le Sous-Directeur général (Fonctions institutionnelles) et le Contrôleur sont élus pour un mandat renouvelable de deux ans, à l'exception des membres élus par les anciens fonctionnaires (voir G.2.4), dont le mandat est de quatre ans. Les membres du SHI/GOC ne peuvent siéger simultanément au SHI/GSC, au Comité médical de révision ou au Sous-comité du SHI/GSC.

G.4 Le SHI/GOC est conseillé par :

G.4.1 des conseillers extérieurs (en principe trois) nommés par le Directeur général ;

G.4.2 un juriste membre du Bureau du Conseiller juridique de l'OMS ;

G.5 Les observateurs auprès du SHI/GOC sont :

G.5.1 le président du SHI/GSC ;

G.5.2 un représentant du CIRC désigné par le Directeur du CIRC ;

G.5.3 un représentant de l'ONUSIDA désigné par le Directeur exécutif de l'ONUSIDA.

G.6 À l'invitation du président, le directeur du Département Santé au travail, le directeur du Département Gestion des ressources humaines et des talents, le directeur du Bureau des services de contrôle interne et/ou le directeur du Département Gestion et technologies de l'information peuvent assister aux réunions du SHI/GOC afin de fournir des informations et des avis sur leurs domaines de compétence respectifs.

G.7 Les conseillers extérieurs du SHI/GOC, choisis parmi des personnes ayant une solide expérience des régimes d'assurance-maladie (en particulier des régimes de mutuelle), sont nommés par le Directeur général. Ces conseillers extérieurs ne peuvent pas être

employés par l'Organisation ni cotiser ou avoir cotisé à l'Assurance. Ces conseillers extérieurs ne sont pas rémunérés pour leur participation aux réunions du SHI/GOC, mais ont droit au remboursement de leurs frais de voyage et des autres dépenses découlant de cette participation, conformément à la politique de l'OMS applicable.

G.8 Le Directeur général désigne un responsable SHI au Siège pour faire fonction de secrétaire du Comité.

G.9 Le SHI/GOC est régi par le Règlement intérieur reproduit plus loin et se réunit en principe deux fois par an. Dans l'exercice de ses responsabilités, le Comité de contrôle peut solliciter, auprès de toutes sources appropriées, les avis qu'il estime nécessaires sur des questions médicales, techniques et actuarielles. Toutefois, si la consultation est susceptible d'entraîner un engagement financier, il doit préalablement obtenir l'accord des fonctionnaires responsables conformément aux politiques de l'OMS.

COMITÉ PERMANENT MONDIAL (SHI/GSC)

SHI/GSC

G.10 Un SHI/GSC est chargé de prendre les décisions sur les cas qui lui sont soumis, conformément aux Statuts de l'Assurance-maladie du personnel, et de recommander au SHI/GOC tout amendement proposé aux Statuts et aux pratiques de l'Assurance. En particulier, le Comité :

G.10.1 applique les Statuts et prend des décisions sur les cas qui lui sont soumis ;

G.10.2 se charge d'obtenir, auprès de toute source appropriée, les informations médicales ou techniques nécessaires pour déterminer si les soins demandés dans un cas déterminé sont reconnus sur le plan médical et si les coûts sont excessifs. Toutefois, si l'obtention de ces informations est susceptible d'entraîner un engagement financier, l'accord préalable du responsable compétent du Secrétariat doit être demandé conformément à la délégation de pouvoirs du Directeur général ;

G.10.3 propose au SHI/GOC les amendements aux Statuts ou aux pratiques de l'Assurance qui lui semblent judicieux à la lumière de l'expérience ;

G.10.4 soumet au SHI/GOC un rapport analysant les résultats du travail et les coûts du fonctionnement du SHI/GSC, les modifications éventuelles à apporter aux prestations, les tendances qui ressortent des cas analysés et les domaines dans lesquels il existe des possibilités de maîtrise des coûts ;

G.10.5 fournit des lignes directrices et des outils aux responsables SHI pour les aider dans leur travail.

G.11 Le SHI/GSC est composé comme suit :

G.11.1 neuf membres et neuf membres suppléants représentant l'administration, y compris :

a) deux membres et deux membres suppléants du Siège désignés par le Directeur général,

b) six membres et six membres suppléants des bureaux régionaux désignés par le Directeur général en consultation avec les Directeurs régionaux,

c) un membre et un membre suppléant désigné par l'administration de l'ONUSIDA.

G.11.2 neuf membres et neuf membres suppléants représentant les participants, à savoir :

a) sept membres et sept membres suppléants désignés par les Comités du personnel du Siège et des bureaux régionaux (deux pour le Siège, quatre pour les Régions et un pour l'ONUSIDA),

b) deux membres et deux membres suppléants élus par l'ensemble des anciens fonctionnaires affiliés à l'Assurance comme indiqué aux Tableaux N°s 2 et 3 de la Partie E des présents Statuts.

G.12 Les membres et les membres suppléants désignés par le Directeur général devront être en principe des personnes assurant collectivement un équilibre des compétences en matière de médecine, de finances, de ressources humaines et de financement des soins de santé. Un profil comparable serait souhaitable pour les autres membres. Si un membre n'est pas en mesure d'assister à une réunion du Comité, il peut se faire remplacer par un suppléant. Les membres et leurs suppléants sont nommés pour un mandat renouvelable de deux ans, à l'exception des membres élus par les anciens fonctionnaires (voir le paragraphe G.10.2 b)), dont le mandat est de quatre ans. Seuls les membres ou, en leur absence, leurs suppléants peuvent voter. Les membres et les membres suppléants du SHI/GSC ne peuvent siéger simultanément au SHI/GOC.

G.13 Le SHI/GSC est conseillé par :

G.13.1 un médecin-conseil nommé par le Directeur général sur recommandation du SHI/GOC ;

G.13.2 un juriste du Bureau du Conseiller juridique.

G.14 Le Directeur général désigne un responsable SHI pour faire fonction de secrétaire du Comité.

G.15 Un SHI/GSC intérimaire est chargé de traiter les affaires urgentes hors des sessions du SHI/GSC lui-même. Ce Comité intérimaire est composé de quatre membres (et de quatre membres suppléants) issus des deux groupes représentant respectivement l'administration et les participants. Le SHI/GSC intérimaire est composé du président du SHI/GSC (et de son suppléant), qui en assurent la présidence, et d'autres membres (et membres suppléants) nommés par le SHI/GSC parmi les membres du SHI/GSC pour un mandat de deux ans. Le quorum du SHI/GSC intérimaire est atteint lorsque sont présents (en personne ou par vidéo-conférence) le président et deux autres membres votants (ou les suppléants du Président et des membres). Dans la mesure du possible, le Comité intérimaire observe le Règlement intérieur établi pour le SHI/GSC. Toutefois, le Comité intérimaire sera habilité à adopter telles règles de fonctionnement supplémentaires qu'il jugera nécessaire pour la conduite de ses travaux. Le fonctionnaire responsable du secrétariat et les conseillers ne participeront pas à la prise de décisions ni à aucun vote. Toutes les décisions du Comité intérimaire seront communiquées au SHI/GSC à sa réunion suivante.

G.16 Le SHI/GSC est régi par le Règlement intérieur reproduit plus loin.

REGLEMENT INTERIEUR

SHI/GOC

Président et président suppléant

G.20 Le SHI/GOC est présidé par le Sous-Directeur général chargé de l'Administration. Le président suppléant est le Contrôleur financier.

Conduite des travaux

G.21 Le quorum est constitué par la présence (en personne ou par vidéoconférence) de neuf membres votants : quatre des sept membres désignés par le Directeur général en application du paragraphe G.2.2 ci-dessus et quatre des sept membres désignés/élus en application des paragraphes G.2.3 et G.2.4 ci-dessus, et le président (ou le président suppléant lorsqu'il agit au nom du président).

G.22 Avant chaque réunion, le secrétariat fournit aux membres un projet d'ordre du jour ainsi que les informations pertinentes.

G.23 Dans la mesure du possible, le Comité adopte ses recommandations par consensus. Lorsque le consensus ne peut être obtenu, les opinions minoritaires sont consignées dans le rapport. Les fonctionnaires du secrétariat, les conseillers et le Contrôleur financier (lorsqu'il est présent aux réunions, mais non en qualité de président) ne participent pas à la prise de décisions, ni aux votes quels qu'ils soient.

G.24 Lorsqu'une décision est contraire à une recommandation formulée par un conseiller du Comité, la recommandation divergente est exposée et consignée dans le procès-verbal de la réunion.

Réunions du SHI/GOC

G.25 Le SHI/GOC se réunit au moins deux fois par an, en présence physique de ses membres ou par conférence téléphonique ou vidéoconférence. L'une de ces deux réunions est normalement prévue le – ou aux alentours du – 31 mars afin d'examiner le projet de rapport annuel de l'Assurance-maladie du personnel de l'année précédente. Les réunions sont convoquées par le secrétariat.

G.26 Les réunions du Comité se tiennent à huis clos. Les archives et l'ensemble de la correspondance sont confidentiels et confiées à la garde du secrétaire du Comité.

G.27 Nonobstant les dispositions des paragraphes G.21 à G26 ci-dessus, le président, par l'entremise du secrétariat, peut à titre exceptionnel et lorsqu'il le juge nécessaire, soumettre des propositions par courrier électronique assorties d'une date limite à l'approbation des membres votants. Si l'un des membres votants émet, au plus tard à la date limite, une objection à l'adoption d'une telle proposition, il est estimé que le SHI/GOC n'adopte pas la proposition en question et, si le président y donne suite, elle est renvoyée pour examen à une réunion du SHI/GOC organisée à distance ou en présentiel conformément aux paragraphes ci-dessus ou une version revue ultérieure est communiquée par courrier électronique. Si aucun membre votant n'émet d'objection par courrier électronique au plus tard à la date limite, la proposition est jugée dûment adoptée par le SHI/GOC. Le président, par l'entremise du Secrétariat, en informe les membres du SHI/GOC et la date d'adoption de la proposition est celle de cette communication.

Secrétariat

G.28 Le procès-verbal de chaque réunion du Comité est établi par le secrétariat en anglais. Un projet initial est distribué dès que possible à l'ensemble des membres et conseillers du Comité, qui notifieront au secrétariat leurs éventuels ajouts, modifications ou observations dans un délai de deux semaines après réception du document. Le secrétariat tient compte de ces ajouts, modifications ou observations et établit une version finale du procès-verbal qui sera révisée et signée par le président au nom du Comité.

G.29 Une fois approuvé, le procès-verbal final de chaque réunion du Comité, y compris l'ensemble des recommandations adoptées à la réunion, est envoyé au Directeur général par le secrétariat, les éventuelles questions soulevées et mesures proposées étant soulignées, s'il y a lieu. Ce résumé est envoyé dès que possible et normalement dans un délai d'un mois après la date de la réunion du Comité.

Considérations générales

G.30 Le présent Règlement intérieur ne peut être amendé que par décision du Directeur général. Toutefois, sous réserve des dispositions du présent Règlement intérieur, le Comité adoptera les règles de fonctionnement qu'il jugera nécessaires au bon déroulement de ses travaux.

SHI/GSC

SHI/GSC

Président et président suppléant, et membres du Comité

G.31 Le Directeur général nomme un président et un président suppléant choisis parmi les membres du SHI/GSC, sur recommandation des autres membres du Comité.

G.32 Le président et le président suppléant sont issus de groupes différents, dans la mesure du possible.

G.33 Le mandat du président et du président suppléant est normalement de deux ans.

Conduite des travaux

G.34 Le quorum est constitué par la présence (en personne ou par conférence téléphonique ou vidéoconférence) de sept membres, au moins deux de chaque groupe, et soit du président, soit du président suppléant.

G.35 Avant chaque réunion, le secrétariat fournit aux membres un projet d'ordre du jour ainsi que les informations pertinentes.

G.36 Dans la mesure du possible, le Comité adopte ses recommandations par consensus. Lorsque le consensus ne peut être obtenu, un vote a lieu comme suit :

G.36.1 la décision relative à la recommandation est prise à la majorité des membres présents et votants[9] à la réunion ;

G.36.2 seul un membre ou un suppléant remplaçant un membre peut voter ;

G.36.3 le président vote uniquement s'il y a lieu de départager les votants.

---

[9] L'expression « membres présents et votants » s'entend des membres votant pour ou contre.

G.37 Les fonctionnaires du secrétariat et les conseillers ne participent pas à la prise de décisions ni aux votes quels qu'ils soient.

G.38 Lorsque le consensus ne peut être obtenu, les opinions minoritaires sont consignées dans le procès-verbal de la réunion. En outre, lorsqu'une décision prise est contraire à une recommandation formulée par un conseiller du Comité, la recommandation divergente est exposée et consignée dans le procès-verbal de la réunion.

Réunions du SHI/GSC

G.39 Le SHI/GSC se réunit au moins quatre fois par an, en présence physique de ses membres ou par conférence téléphonique ou vidéoconférence. Les réunions sont convoquées par le secrétariat.

G.40 Les réunions du Comité se tiennent à huis clos et l'ensemble des archives et de la correspondance sont confiées à la garde du secrétaire.

Secrétariat

G.41 Le procès-verbal de chaque réunion du Comité est établi par le secrétariat en anglais. Un projet initial est distribué dès que possible à l'ensemble des membres et conseillers du Comité, qui notifieront au secrétariat leurs éventuels ajouts, modifications ou observations dans un délai de deux semaines après réception du document. Le secrétariat tient compte de ces ajouts, modifications ou observations et établit une version finale du procès-verbal qui sera révisée et signée par le président au nom du Comité.

G.42 Une fois approuvé, le procès-verbal final de chaque réunion du Comité, y compris l'ensemble des recommandations adoptées à la réunion, est envoyé au secrétariat du Comité, les décisions prises et les conseils fournis étant soulignés. Ce résumé est envoyé dès que possible et normalement dans un délai d'un mois après la date de la réunion du Comité.

PARTIE H : RECOURS ET DISPOSITIONS GÉNÉRALES

RECOURS

H.1 Il a été créé, au Siège, un Comité médical de révision chargé de recevoir et d'examiner toute réclamation d'un fonctionnaire en activité ou ancien fonctionnaire, ou d'un conjoint ou personne à charge survivant, se plaignant qu'une demande de remboursement n'a pas été réglée conformément aux présents Statuts en ce qui concerne les aspects médicaux de l'affaire. La réclamation doit avoir été préalablement étudiée par le responsable SHI au Siège ou dans la Région, selon le cas, et le SHI/GSC doit avoir pris une décision sur l'interprétation des Statuts. Le Comité médical de révision fait rapport au Directeur général, qui prend la décision finale. Toutefois, l'affilié en activité ou l'ancien fonctionnaire, ou le conjoint ou personne à charge survivant peut contester la décision devant le Tribunal administratif de l'Organisation internationale du travail, conformément aux dispositions du Statut du Tribunal.

H.2 Le Comité médical de révision se compose d'un membre et d'un suppléant désignés par le Directeur général, d'un membre et d'un suppléant désignés par le Comité du personnel du Siège, ainsi que d'un président et d'un président suppléant désignés par le Directeur général sur la recommandation des autres membres du Comité. Tous ses membres doivent être médecins, et le membre et le suppléant désignés par le Directeur général doivent avoir été antérieurement affectés à un bureau régional ou à un projet de l'Organisation dans un pays. Le mandat de chaque membre est de deux ans. Le Directeur général désigne un responsable SHI pour faire fonction de secrétaire.

H.3 Le Comité médical de révision fixe lui-même ses méthodes de travail et peut prendre tout avis nécessaire à quelque source que ce soit. Les dépenses résultant des consultations demandées par le Comité sont à la charge de l'Assurance.

H.4 Les réclamations doivent être adressées par écrit au président du Comité médical de révision, aux bons soins du responsable SHI au Siège, à Genève, sous enveloppe portant la mention « Confidentiel ». Elles doivent être soumises dans les trois mois qui suivent la date de notification de la décision contestée du SHI/GSC et être accompagnées de toute documentation utile. L'intéressé doit en outre aviser le responsable SHI dans la Région du dépôt de sa réclamation.

H.5 Les réclamations formulées à l'endroit de décisions de caractère administratif prises par le SHI/GSC au sujet du règlement de toute demande peuvent être adressées au Directeur général dans les 60 jours suivant la date de notification. Le SHI/GSC doit avoir donné son avis sur l'interprétation des Statuts. La décision du Directeur général est définitive. Toutefois, l'affilié en activité ou l'ancien fonctionnaire, ou le conjoint ou personne à charge survivant peut contester la décision devant le Tribunal administratif de l'Organisation internationale du travail, conformément aux dispositions du Statut du Tribunal.

FRAUDE, VIOLATION DES STATUTS DE L'ASSURANCE

H.6 Tous les cas de fraude confirmés ou soupçonnés ainsi que de tentatives de fraude au préjudice de l'Assurance seront traités conformément à la procédure pour la notification et le suivi des cas de fraude et des pertes d'espèces ou de biens établie dans les dispositions pertinentes du Manuel électronique (eManual) et peuvent donner lieu à des mesures disciplinaires et au recouvrement de toute somme due à l'Assurance, et à toute autre mesure prévue par les politiques et le Règlement du personnel de l'OMS et par les présents Statuts.

H.7 S'il est établi que l'on est en présence d'une fraude ou d'une tentative de fraude, le membre cotisant concerné est automatiquement exclu de l'affiliation à l'Assurance. Les personnes à sa charge et autres ayants droit affiliés à l'Assurance (« membres de la famille affiliés ») sont aussi automatiquement exclus. L'exclusion prend effet à compter de la date de notification de son exclusion au membre cotisant concerné ou, dans le cas d'un fonctionnaire en activité qui est révoqué ou immédiatement révoqué pour faute grave, à compter de la date de la révocation ou de la révocation immédiate du fonctionnaire concerné.

H.7.1 Dans le cas exceptionnel où il est établi que l'on est en présence d'une fraude ou d'une tentative de fraude, mais que le fonctionnaire n'est pas révoqué ou immédiatement révoqué pour faute grave, l'exclusion automatique de l'affiliation à l'Assurance ne s'applique pas.

H.7.2 S'il est établi que l'on est en présence d'une fraude ou d'une tentative de fraude de la part d'un membre de la famille affilié, ce membre est exclu de l'Assurance, que cette exclusion concerne le membre cotisant ou non. L'exclusion prend effet à compter de la date de sa notification au membre cotisant.

H.8 Le membre cotisant peut faire appel d'une décision prise en vertu du paragraphe H.7.2 en présentant une requête par écrit au SHI/GSC dans les deux mois suivant la date de notification de la décision. Le SHI/GSC rend compte au Directeur général, qui prendra la décision définitive. Le membre cotisant concerné peut contester la décision du Directeur général devant le Tribunal administratif de l'Organisation internationale du travail, conformément aux dispositions du Statut du Tribunal.

SAISIES SUR LES PRESTATIONS D'ASSURANCE

H.9 Les prestations susceptibles d'être versées à un affilié, ou aux personnes à sa charge, au titre de demandes de remboursement adressées à l'Assurance ne peuvent être retenues en règlement total ou partiel de sommes dues à l'Organisation.

DISSOLUTION

H.10 [Supprimé]

H.11 Les propositions tendant à dissoudre l'Assurance doivent être d'abord approuvées par le SHI/GOC après consultation du SHI/GSC, présentées pour approbation au Directeur général, puis soumises par référendum à tout le personnel de l'Organisation.

H.12 S'il est décidé de dissoudre l'Assurance, le SHI/GOC doit avant toute chose prendre des dispositions pour sauvegarder les droits des anciens fonctionnaires à la protection de l'Assurance, ce qui comporte le transfert du fonds de réserve constitué à cette fin. Il présente ensuite au Directeur général et au personnel des propositions relatives à la liquidation des avoirs restants, en prenant spécialement en considération les droits des membres du personnel qui comptent le plus d'années d'affiliation.

****

Created by WHO/Governing Bodies Web Team

Organisation
mondiale de la Santé