



Secrétariat

ST/IC/1997/32
28 mai 1997

CIRCULAIRE

Circulaire du Contrôleur

Destinataires : Les fonctionnaires du Secrétariat en poste au Siège

Objet : RENOUELEMENT DES PLANS D'ASSURANCE MALADIE ET D'ASSURANCE SOINS
DENTAIRE OFFERTS AU SIÈGE AVEC EFFET AU 1er JUILLET 1997, ET CAMPAGNE
ANNUELLE D'ADHÉSION, 2-6 JUIN 1997*

Généralités

1. La présente circulaire, qui remplace la circulaire ST/IC/1996/33, datée du 24 mai 1996, a pour objet d'annoncer :

a) Une modification des primes et taux de cotisation à compter du 1er juillet 1997 (voir p. 2);

b) L'introduction, avec effet au 1er juillet 1997, du plan Aetna "Open Choice". Le nouveau plan, qui fait l'objet de la circulaire ST/IC/1997/29 du 19 mai 1997, ouvre droit aux mêmes prestations que l'actuel plan Aetna d'assurance maladie auxquelles s'ajouteront désormais les avantages d'un réseau de praticiens et autres prestataires affiliés. De nouvelles cartes d'identité Aetna vont être délivrées aux participants. Les fonctionnaires déjà affiliés à l'actuel plan Aetna seront automatiquement affiliés au plan Open Choice à moins qu'ils ne décident de changer de plan et d'adhérer à l'un des autres plans d'assurance maladie offerts au Siège au cours de la prochaine campagne d'adhésion qui se déroulera du 2 au 6 juin 1997;

c) L'introduction de nouvelles prestations, notamment le remboursement des traitements par acupuncture pour douleurs chroniques au titre aussi bien du nouveau plan Aetna que du plan Blue Cross BlueChoice. Le nouveau plan Aetna, Open Choice, inaugure en outre un programme de soins oculaires, offre des bilans de santé périodiques et élimine la limite d'âge applicable aux mammographies.

2. Les annexes I à VIII à la présente circulaire, dont la liste figure au paragraphe 23, donnent un aperçu de chacun des plans et des prestations auxquelles il ouvre droit.

* Manuel d'administration du personnel, No 6170 de l'index.

PLANS D'ASSURANCE MALADIE ET D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES OFFERTS AU SIÈGE
BARÈME DES PRIMES MENSUELLES^a ET DES TAUX DE COTISATION^b

(Entrée en vigueur : 1er juillet 1997)

Personnes assurées	Aetna		Blue Cross BlueChoice		HIP/HMO	Kaiser/HMO	Assurance soins dentaires GHI, associée à un plan d'assurance maladie		Assurance soins dentaires GHI (seule)
	Open Choice						dentaires GHI, associée à un plan d'assurance maladie	soins dentaires GHI (seule)	
Fonctionnaire seul									
Prime (dollars)	319,34	204,34	174,66	189,82	23,14	23,14	23,14	23,14	23,14
Cotisation (pourcentage)	2,83	1,82	1,57	1,68	0,20	0,20	0,20	0,30	0,30
Fonctionnaire et un enfant									
Prime (dollars)	614,51	407,67	345,78	379,64	55,15	55,15	55,15	55,15	55,15
Cotisation (pourcentage)	4,78	3,22	2,67	2,97	0,40	0,40	0,40	0,60	0,60
Fonctionnaire et conjoint									
Prime (dollars)	614,51	407,67	345,78	379,64	55,15	55,15	55,15	55,15	55,15
Cotisation (pourcentage)	4,78	3,22	2,67	2,97	0,40	0,40	0,40	0,60	0,60
Fonctionnaire et deux membres de sa famille ou plus									
Prime (dollars)	775,05	591,89	509,76	512,52	115,59	115,59	115,59	115,59	115,59
Cotisation (pourcentage)	5,37	4,13	3,57	3,52	0,79	0,79	0,79	1,19	1,19

^a Au Siège, le coût des plans d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires est réparti entre les assurés et l'Organisation. Les fonctionnaires peuvent déterminer le montant exact de leur cotisation en multipliant leur "rémunération mensuelle nette considérée aux fins de l'assurance maladie" (voir note b) par le pourcentage correspondant à la couverture choisie.

^b La "rémunération mensuelle nette considérée aux fins de l'assurance maladie" est calculée sur la base du traitement brut, minoré de la retenue au titre des contributions du personnel et majoré de la prime de connaissances linguistiques, de l'indemnité de non-résident, de l'indemnité de poste ou, éventuellement, de l'élément variable de l'indemnité mensuelle versée au personnel en mission. La cotisation effective ne peut dépasser 85 % de la prime.

Campagne annuelle d'adhésion

3. La campagne annuelle d'adhésion au Siège se déroulera du 2 au 6 juin 1997. Les fonctionnaires intéressés devront s'adresser à la Section des assurances et des demandes d'indemnisation ci-après dénommée "Section des assurances" du Bureau de la planification des programmes, du budget et de la comptabilité (bureau S-2765), entre 10 heures et 17 heures. LES FONCTIONNAIRES DU SIÈGE DEVRONT SE RENDRE EN PERSONNE À LA SECTION DES ASSURANCES POUR REMPLIR LES DEMANDES D'ADHÉSION ET TOUT AUTRE FORMULAIRE REQUIS. Le personnel de la Section se tiendra à la disposition des intéressés aux dates et aux heures indiquées pour leur donner des renseignements sur les plans d'assurance offerts aux fonctionnaires et répondre à leurs questions. En outre, des représentants des compagnies d'assurances seront présents du 2 au 4 juin – dans le cas d'Aetna, du 2 au 6 juin – pour donner des renseignements sur les plans d'assurance. Ils se tiendront devant les panneaux d'affichage réservés aux activités du personnel, près de l'entrée de la cafétéria du Secrétariat

4. Il est rappelé aux fonctionnaires qu'en dehors des cas prévus au paragraphe 12 ci-après, la campagne d'adhésion est la SEULE occasion qu'ils auront d'ici à juin 1998 de s'affilier aux plans d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires de l'ONU. C'est aussi pour eux l'occasion de revoir attentivement les garanties dont ils bénéficient actuellement, dans le cadre de l'ONU ou à l'extérieur et, le cas échéant, d'adhérer à l'un des plans d'assurance de l'ONU, ou de demander, s'ils sont déjà assurés, les modifications qu'ils jugeront nécessaires ou souhaitables. Aucune démarche n'est requise des fonctionnaires qui sont satisfaits de leur couverture.

5. Les plans d'assurance maladie et soins dentaires auxquels les fonctionnaires peuvent souscrire à l'occasion de la campagne de juin sont les suivants :

- a) Aetna Open Choice (p. 11);
- b) Blue Cross BlueChoice (p. 26);
- c) Health Insurance Plan of Greater New York, Health Maintenance Organization (HIP/HMO) (p. 35);
- d) Kaiser Foundation Health Plan of the Northeast, Health Maintenance Organization (Kaiser/HMO) (p. 39);
- e) Group Health Incorporated Dental Plan (GHI) (p. 43).

6. Pour toutes les demandes d'adhésion, de changement de plan ou de modification concernant un ayant droit reçues au cours de la campagne, la date d'entrée en vigueur de la couverture sera le 1er juillet 1997. Lorsqu'un assuré passe du plan Aetna au plan Blue Cross ou vice versa, c'est la franchise annuelle du nouveau plan qui s'applique.

Admissibilité au bénéfice de l'assurance

7. Tous les fonctionnaires qui sont titulaires d'un engagement de trois mois au moins (ou six mois au moins pour l'assurance soins dentaires) régi par les

/...

dispositions 100 et suivantes du Règlement du personnel, dont le lieu d'affectation est New York et qui n'ont pas encore adhéré à l'un des plans d'assurance maladie ou soins dentaires offerts au Siège, peuvent le faire à l'occasion de la campagne annuelle d'adhésion. L'assurance maladie des agents engagés au titre de projets d'assistance technique est régie par la disposition 206.4 du Règlement du personnel. Les fonctionnaires titulaires d'un engagement pour une durée limitée régi par les dispositions 300 et suivantes du Règlement du personnel, à l'exception de ceux qui perçoivent mensuellement une somme forfaitaire au titre des frais d'assurance maladie, peuvent également adhérer à l'un des plans, conformément aux dispositions pertinentes de l'instruction administrative ST/AI/395 du 2 juin 1994. Pour ceux des fonctionnaires qui participent déjà à un plan d'assurance, cette campagne est l'occasion d'examiner attentivement les garanties dont ils bénéficient et, le cas échéant, de changer de plan ou de modifier la situation des membres de leur famille au regard de l'assurance. Le plan d'assurance maladie pour les fonctionnaires titulaires d'un engagement de moins de trois mois régi par les dispositions 300 et suivantes du Règlement du personnel fait l'objet de la circulaire ST/IC/86/44 du 15 septembre 1986.

8. Pour pouvoir participer à ces plans d'assurance, les fonctionnaires seront tenus de présenter, comme preuve d'admissibilité au bénéfice de l'assurance, un certificat de l'administrateur du personnel ou du fonctionnaire d'administration dont ils relèvent, attestant leur statut contractuel. Les membres de leur famille qui remplissent les conditions requises pourront aussi être assurés à cette occasion; les fonctionnaires intéressés devront à cet effet soumettre à la Section des assurances une formule de notification administrative établissant leur situation de famille. Les fonctionnaires sont priés de revoir attentivement la situation des divers membres de leur famille au regard de l'assurance, en vue de déterminer si tous leurs enfants continuent de remplir les conditions requises et quels sont ceux qui, n'ayant pas encore été admis au bénéfice de l'assurance, devraient maintenant être assurés.

9. On entend par "membres de la famille qui remplissent les conditions requises" le conjoint ou le(s) enfant(s) ayant(s) droit. Le conjoint peut toujours bénéficier de l'assurance. Un enfant peut bénéficier de l'assurance jusqu'à la fin de l'année civile où il atteint l'âge de 25 ans à condition qu'il ne soit pas marié et ne travaille pas à temps complet; les enfants handicapés peuvent éventuellement continuer à bénéficier de l'assurance au-delà de 25 ans. On trouvera des informations complètes concernant ces dispositions dans la circulaire ST/IC/86/72 intitulée "Limite d'âge applicable en matière d'affiliation des enfants à charge aux plans d'assurance maladie de l'Organisation des Nations Unies".

10. Il est vivement conseillé aux fonctionnaires, notamment à ceux qui ne sont pas couverts par un plan des Nations Unies ou du chef d'un membre de leur famille, de contracter une assurance maladie pour eux-mêmes et leurs ayants droit, car le coût élevé des soins médicaux peut avoir des répercussions financières graves pour toute personne non assurée qui tombe malade ou est blessée.

11. Il est rappelé aux fonctionnaires dont le conjoint travaille également à l'Organisation que l'assurance - "fonctionnaire et son conjoint" ou "fonctionnaire et deux membres de sa famille ou plus" - doit être au nom du

conjoint dont le traitement est le plus élevé. Il est également rappelé qu'en cas de cessation de service de l'un des conjoints, le conjoint demeurant en service actif devient l'assuré même si le conjoint ayant cessé ses fonctions était l'assuré jusqu'à la date de son départ en retraite et remplit les conditions nécessaires pour bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service.

Adhésion en dehors de la campagne annuelle

12. En dehors de la campagne annuelle, les fonctionnaires ne peuvent adhérer, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit, à l'un des plans d'assurance maladie ou d'assurance soins dentaires du Siège que s'ils remplissent l'une au moins des conditions ci-après et présentent leur demande d'adhésion dans les 31 jours suivant le moment où ladite condition s'est trouvée remplie :

a) S'agissant de l'assurance maladie, engagement initial d'au moins trois mois au Siège, régi par les dispositions 100 et suivantes ou 300 et suivantes du Règlement du personnel, ou engagement régi par les dispositions 200 et suivantes du Règlement du personnel;

b) S'agissant de l'assurance soins dentaires, engagement initial d'au moins six mois au Siège, régi par les dispositions 100 et suivantes ou 200 et suivantes du Règlement du personnel;

c) Mutation au Siège;

d) Expiration d'un congé spécial sans traitement, auquel cas le fonctionnaire qui reprend son service ne peut adhérer qu'au plan auquel il participait avant son congé (voir par. 15);

e) Affectation à une mission, dans certaines conditions (voir par. 16);

f) Mariage, ou naissance ou adoption légale d'un enfant, auquel cas l'intéressé peut faire assurer son conjoint ou son enfant;

g) Pour les fonctionnaires qui peuvent établir qu'ils se trouvaient en mission, en congé annuel ou en congé de maladie pendant toute la durée de la campagne d'adhésion, l'affiliation est possible dans les 31 jours qui suivent le retour au Siège.

13. Dans tous les cas prévus au paragraphe 12, l'intéressé doit remplir une formule qu'il fait viser par l'administrateur du personnel ou le fonctionnaire d'administration compétent et qu'il adresse à la Section des assurances dans les 31 jours suivant le fait qui ouvre droit à l'adhésion. Les fonctionnaires peuvent se procurer les formules d'adhésion et obtenir tout renseignement sur les possibilités d'adhésion entre deux campagnes auprès de la Section des assurances, à l'adresse ci-après :

Section des assurances et des demandes d'indemnisation
Bureau de la planification des programmes,
du budget et de la comptabilité
Bureau S-2765
Siège de l'Organisation des Nations Unies
New York, NY 10017

14. Les demandes présentées en dehors des campagnes, qui sont fondées sur d'autres faits que ceux énumérés ci-dessus ou qui n'auront pas été reçues dans les 31 jours suivant le moment où le droit à adhésion est né, seront considérées comme irrecevables et seront renvoyées à l'expéditeur par la Section des assurances. À cet égard, il convient de noter que l'expiration, entre deux campagnes d'adhésion, d'une police d'assurance contractée en dehors de l'ONU ne confère en aucun cas à un fonctionnaire ou à un membre de sa famille le droit de s'affilier immédiatement à un plan d'assurance de l'Organisation; en pareil cas, l'intéressé est tenu d'attendre la campagne suivante. Les fonctionnaires qui, pour une raison ou pour une autre, ne sont pas certains de rester assurés en dehors de l'ONU, sont instamment priés d'envisager d'adhérer à un plan d'assurance de l'ONU à l'occasion de la présente campagne.

Fonctionnaires en congé spécial sans traitement

15. Il est rappelé qu'un fonctionnaire en congé spécial sans traitement peut, à sa discrétion, continuer de participer aux plans d'assurance maladie et soins dentaires ou interrompre sa participation pendant la durée du congé :

a) Maintien de la participation. Si le fonctionnaire souhaite maintenir sa participation pendant la durée de son congé spécial sans traitement, il DOIT en informer directement la Section des assurances un mois au moins avant le début du congé, en personne s'il est en poste au Siège, ou par écrit s'il est en poste ailleurs. La Section des assurances lui demandera de produire une attestation prouvant que son congé spécial a été approuvé et de régler le montant total des primes dues (qui représente à la fois sa cotisation et la part de l'Organisation, car celle-ci ne verse aucune subvention pendant la durée du congé);

b) Interruption de la participation. Un fonctionnaire qui décide d'interrompre son assurance pendant un congé spécial sans traitement n'a aucune disposition particulière à prendre au moment où il prend son congé;

c) Réaffiliation à l'issue du congé spécial. Qu'il ait décidé de garder le bénéfice de l'assurance ou d'y renoncer pendant son congé spécial sans traitement, l'intéressé doit se réaffilier lorsqu'il reprend ses fonctions, en se présentant en personne à la Section des assurances s'il est en poste au Siège, ou en lui écrivant, et ce, dans les 31 JOURS QUI SUIVENT LA REPRISE DE SES FONCTIONS. À défaut, il lui sera impossible de s'assurer avant la campagne annuelle suivante, qui aura lieu en juin.

Fonctionnaires affectés à une mission

16. Étant donné le nombre élevé des fonctionnaires affectés à des missions, il a été décidé de leur offrir la possibilité d'adhérer à l'un des plans d'assurance maladie et au plan d'assurance soins dentaires dans les conditions spéciales indiquées ci-après, qui s'appliqueront à tous les fonctionnaires affectés à une mission d'une durée d'au moins six mois :

a) Les fonctionnaires qui ne participent actuellement à AUCUN des plans d'assurance maladie offerts par l'Organisation des Nations Unies seront autorisés à s'assurer, ainsi que les membres de leur famille qui remplissent les conditions requises. L'assurance prendra effet le premier jour du mois au cours

duquel commence la mission. Dans ce cas particulier, les formalités d'affiliation doivent être achevées AVANT le départ du fonctionnaire en mission;

b) Les fonctionnaires affectés à une mission qui ont adhéré soit au plan HIP soit au plan Kaiser, plans ne dispensant que des services limités dans les lieux d'affectation hors Siège, peuvent changer de plan et s'affilier au plan Aetna ou au plan BlueChoice. Ces deux plans assurent les fonctionnaires dans le monde entier. Qu'il s'agisse d'Aetna ou de BlueChoice, les formalités d'affiliation doivent être achevées AVANT le départ du fonctionnaire en mission;

c) Les fonctionnaires qui, à la date de leur affectation en mission, n'ont pas souscrit à l'assurance soins dentaires GHI mais participent, ainsi que les membres de leur famille remplissant les conditions requises, au plan Aetna ou au plan BlueChoice peuvent adhérer au plan d'assurance soins dentaires, de même que les membres de leur famille assurés dans le cadre du plan d'assurance maladie. Les formalités d'affiliation doivent être achevées AVANT le départ du fonctionnaire en mission;

d) Les fonctionnaires qui décident d'adhérer à un plan d'assurance dans les conditions indiquées aux alinéas a) à c) ci-dessus renoncent de ce fait à toute possibilité de changer à nouveau de plan lors de la campagne d'adhésion annuelle qui a lieu pendant l'année civile au cours de laquelle commence la mission. Aucun changement de leur situation au regard de l'assurance ne pourra être envisagé avant la campagne d'adhésion de l'année suivante;

e) Les fonctionnaires qui sont déjà affiliés au plan Aetna ou au plan BlueChoice au moment de leur affectation en mission doivent maintenir leur participation jusqu'à la campagne d'adhésion de l'année suivante;

f) Les fonctionnaires qui seront affectés à une mission d'une durée de six mois au moins pourront, À CONDITION QU'AUCUN MEMBRE DE LEUR FAMILLE REMPLISSANT LES CONDITIONS REQUISES AUX FINS DE L'ASSURANCE NE RÉSIDE AUX ÉTATS-UNIS pendant toute la durée de la mission, choisir le plan d'assurance Van Breda (soins médicaux, hospitaliers et dentaires) prévu pour les fonctionnaires hors Siège. Des renseignements détaillés sur ce plan peuvent être obtenus auprès de la Section des assurances, bureau S-2765;

g) Les fonctionnaires de retour au Siège après une mission ne peuvent, à l'exception de ceux dont la participation au plan Van Breda a été acceptée, modifier leur situation au regard de l'assurance avant la campagne d'adhésion de l'année suivante. Les fonctionnaires qui ont changé de plan pour s'affilier au plan Van Breda en application de l'alinéa f) ci-dessus doivent, à leur retour au Siège, se réaffilier au plan auquel ils étaient affiliés avant leur départ en mission, tout au moins jusqu'à la campagne d'adhésion de l'année suivante. Il est essentiel que ces fonctionnaires informent la Section des assurances de leur retour au Siège, dans les 31 jours qui suivent leur arrivée. Au cas où ils ne se réaffilieraient pas dans ce délai, leur droit à bénéficier de l'assurance s'éteindrait.

DANS TOUS LES CAS, LES FONCTIONNAIRES AFFECTÉS À UNE MISSION QUI SOUHAITENT ADHÉRER À UN PLAN D'ASSURANCE MALADIE OU CHANGER DE PLAN EN APPLICATION DES DISPOSITIONS QUI PRÉCÈDENT DOIVENT REMETTRE À LA SECTION DES ASSURANCES UNE PIÈCE PROUVANT QU'ILS SONT AFFECTÉS À UNE MISSION ET INDIQUANT LA DURÉE DE CETTE DERNIÈRE.

Radiation d'ayants droit

17. Les fonctionnaires doivent notifier immédiatement à la Section des assurances tout changement qui met fin à la qualité d'ayant droit d'un membre de leur famille (par exemple, le conjoint en cas de divorce, la fin de l'année civile au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de 25 ans, l'enfant qui se marie ou commence à travailler à plein temps). C'EST À L'INTÉRESSÉ QU'IL APPARTIENT de signaler qu'il a changé de situation au regard de l'assurance (par exemple, qu'il est passé de la catégorie "fonctionnaire et son conjoint" à celle de "fonctionnaire seul", ou de la catégorie "fonctionnaire et deux membres de sa famille ou plus" à celle de "fonctionnaire et conjoint"). Les fonctionnaires qui, pour toute autre raison, souhaitent faire radier l'un des membres de leur famille sont libres de le faire à tout moment, bien que cela soit vivement déconseillé. Ils doivent alors en informer directement la Section des assurances. Il est dans l'intérêt des fonctionnaires d'informer rapidement ladite section de toute modification du nombre de personnes assurées afin de bénéficier de toute réduction de cotisation qui pourrait en résulter. Toute modification de ce type prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la notification. Un fonctionnaire qui n'a pas notifié en temps voulu la Section des assurances ne peut en aucun cas prétendre à un ajustement à titre rétroactif.

Assurance maladie après la cessation de service

18. Il est rappelé aux fonctionnaires que, pour bénéficier du régime d'assurance maladie après la cessation de service, il faut, entre autres conditions, qu'ils participent à l'un des plans d'assurance maladie de l'ONU au moment où ils cessent leurs fonctions. Ils doivent aussi avoir été couverts par une assurance maladie de l'ONU ou d'une institution spécialisée pendant cinq ans au moins pour bénéficier d'une assurance non subventionnée et pendant 10 ans au moins pour bénéficier d'une assurance subventionnée. Dans l'un et l'autre cas, ils doivent être âgés de 55 ans au moins au moment de la cessation de service. Il y a lieu de noter que seuls les membres de la famille qui étaient couverts par l'assurance du fonctionnaire au moment de la cessation de service peuvent continuer à bénéficier de l'assurance après la cessation de service de l'intéressé. Il est également rappelé aux personnes qui bénéficient de ce régime d'assurance que la disposition énoncée au paragraphe 4, qui interdit aux fonctionnaires en activité de changer de régime entre deux campagnes, ne leur est pas entièrement applicable. Les conditions à remplir et la procédure administrative à suivre pour pouvoir bénéficier de l'assurance maladie après la cessation de service sont exposées en détail dans l'instruction administrative ST/AI/394 du 19 mai 1994.

Droit à conversion

19. Les assurés qui cessent d'être employés par l'Organisation des Nations Unies et qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de l'assurance après la cessation de service peuvent obtenir la prise en charge de leurs frais médicaux dans le cadre d'un contrat individuel. Tous les plans actuellement proposés offrent cette possibilité. Le droit à conversion, qui est inscrit dans le contrat de groupe conclu entre l'ONU et les diverses compagnies d'assurances, fait que l'assureur ne peut refuser une demande présentée à ce titre et qu'aucun certificat médical préalable n'est requis. CE DROIT NE SIGNIFIE PAS QUE L'ASSURÉ POURRA BÉNÉFICIER DANS LE CADRE D'UN CONTRAT INDIVIDUEL DES BARÈMES DE PRIMES OU DE PRESTATIONS EN VIGUEUR POUR LE CONTRAT DE GROUPE DE L'ONU. Il convient en outre de noter que cette prérogative n'est ouverte qu'aux fonctionnaires qui, après avoir cessé leur service, restent aux États-Unis, les compagnies intéressées n'étant pas habilitées à offrir des polices d'assurance individuelle aux personnes résidant à l'étranger. Dans tous les cas, le droit à conversion doit être exercé DANS LES 31 JOURS QUI SUIVENT LA CESSATION DE SERVICE. On pourra obtenir plus de détails sur les modalités de conversion en une police d'assurance individuelle dans le cadre des plans Aetna et Blue Cross BlueChoice auprès de la Section des assurances (bureau S-2765). Pour ce qui est des plans HIP, Kaiser et GHI, il convient de s'adresser directement aux compagnies d'assurances.

Demandes de remboursement ou de renseignements

20. Le personnel de la Section des assurances est à la disposition des fonctionnaires pour tous les aspects administratifs de l'adhésion à tel ou tel des plans d'assurance offerts au Siège, mais les fonctionnaires doivent en premier lieu s'adresser directement à la compagnie d'assurances concernée pour tout ce qui a trait aux demandes de remboursement. Les adresses et numéros de téléphone desdites compagnies figurent à l'annexe VIII.

21. Il est rappelé que les descriptions des plans d'assurance données aux annexes I à V sont des résumés des prestations offertes par chacun d'eux. Ces résumés ont été établis avec le plus grand soin. Toutefois, un différend peut surgir entre un assuré et l'assureur. En pareil cas, la décision finale, qui est dictée par les clauses de la police d'assurance, appartient non pas à l'ONU mais à l'assureur. Les polices souscrites auprès des différents assureurs peuvent être consultées à la Section des assurances (bureau S-2765), sur rendez-vous.

Plans d'assurance maladie offerts au Siège : récapitulatif de chacun des régimes et des prestations auxquelles il ouvre droit

Modes de tarification

22. Les contrats passés entre l'ONU d'une part et les compagnies Aetna, Blue Cross et GHI reposent sur le principe de la tarification "personnalisée" (fondée sur les résultats). Autrement dit, pour ces trois plans, la prime annuelle est fonction des demandes de remboursement présentées au cours de l'année écoulée, et des prévisions relatives au volume et au prix des services médicaux pour l'année à venir. Comme le coût de ces plans (montants remboursés et dépenses d'administration) est réparti entre les participants, la prime risque

/...

d'augmenter sensiblement l'année qui suit une période de forte consommation. À l'inverse, le relèvement sera vraisemblablement modeste si la consommation est restée relativement modérée au cours de l'année écoulée. Les deux plans de surveillance médicale (HMO), HIP et Kaiser, appliquent le principe de la tarification "sans distinction". Les primes sont calculées en fonction des résultats de tous les employeurs affiliés, et pas seulement de l'ONU. Elles sont approuvées par les autorités d'État compétentes en matière d'assurance. Les participants doivent être conscients qu'un comportement raisonnable de leur part aura pour effet de limiter le relèvement des primes, surtout dans le cas des trois plans à tarification personnalisée. Il y va de l'intérêt de tous.

Récapitulatif de chacun des plans et des prestations auxquelles il ouvre droit

23. On trouvera aux annexes I à V ci-après un récapitulatif de chacun des plans d'assurance maladie et des prestations auxquelles il ouvre droit :

	<u>Page</u>
I. Aetna Open Choice	11
II. Blue Cross BlueChoice	26
III. HIP/HMO	35
IV. Kaiser/HMO	39
V. GHI Dental	43

On trouvera en outre des renseignements concernant le service d'urgence World Access (ancien Access America), auquel peuvent avoir recours les participants aux plans Aetna et BlueChoice, ainsi qu'une liste des pharmacies affiliées à Aetna et BlueChoice et les numéros de téléphone des compagnies d'assurances aux annexes VI à VIII ci-après :

VI. World Access	50
VII. Pharmacies affiliées à Aetna et BlueChoice	51
VIII. Adresses et numéros de téléphone des compagnies d'assurances (pour renseignements concernant les indemnisations et prestations)	53

24. Les renseignements qui figurent dans les annexes, de même que la liste des praticiens et autres prestataires affiliés au plan d'assurance soins dentaires GHI, aux hôpitaux affiliés à Blue Cross en dehors des États-Unis d'Amérique et des pharmacies affiliées aux programmes Blue Cross et Aetna, peuvent être consultés à la Section des assurances, bureau S-2765.

Annexe I

PLAN AETNA "OPEN CHOICE"

Aperçu du plan

Le plan Aetna Open Choice d'assurance maladie (Aetna) assure, dans le monde entier, la couverture des frais d'hospitalisation, chirurgicaux et médicaux et du coût des médicaments délivrés sur ordonnance. Il permet aux assurés de se faire dispenser par un médecin ou un hôpital de leur choix les soins nécessités par une maladie ou un accident couverts par l'assurance, que le prestataire soit ou non affilié au réseau.

Le plan Aetna Open Choice comporte une double filière, continuant d'offrir les mêmes prestations que l'actuel plan d'assurance maladie Aetna, d'une part, tout en mettant par ailleurs à la disposition des participants, aux États-Unis, un réseau de praticiens et autres prestataires de services médicaux affiliés. Autrement dit, les participants ont la faculté de s'adresser à un médecin appartenant au réseau et de ne déboursier que 10 dollars par visite ou traitement sans qu'il soit nécessaire de présenter une demande de remboursement. S'ils décident de s'adresser à un praticien non affilié, les frais seront pris en charge par Aetna comme par le passé, c'est-à-dire compte tenu d'une franchise annuelle et de la coassurance habituelle. On trouvera à partir de la page 13 un récapitulatif détaillé du plan dans lequel sont décrites les prestations auxquelles il ouvre droit, que le prestataire soit affilié ou non.

Le volet du nouveau plan Aetna correspondant au régime traditionnel de prestations pour soins dispensés par un prestataire non affilié prévoit que, après paiement d'une franchise annuelle de 125 dollars par personne et de 375 dollars par famille ainsi qu'une coassurance de 1 000 dollars par personne assurée soit 20 % du montant de 5 000 dollars des dépenses reconnues, Aetna remboursera à 100 % tous les frais encourus dans l'année, sous réserve qu'ils soient "raisonnables et habituels". La franchise et la coassurance s'entendent pour chaque année civile. Le montant global des remboursements qu'un assuré peut recevoir sa vie durant au titre du plan ne fait l'objet d'aucune limitation. Il est important de noter que, si l'assuré choisit de se faire traiter par un praticien affilié, le montant de 10 dollars payé au titre de la participation aux frais pour chaque visite n'entre pas dans le calcul du plafond de 1 000 dollars évoqué ci-dessus : dans le cas de prestataires affiliés, il est en effet considéré que les frais médicaux ont déjà été réglés à 100 % au prestataire une fois que l'assuré a réglé ledit montant de 10 dollars de participation aux frais.

Cartes Aetna, répertoires des prestataires affiliés et manuel du plan

Tous les assurés qui participent actuellement au plan Aetna seront automatiquement admis au bénéfice de la couverture appropriée dans le cadre du nouveau plan Aetna Open Choice. À moins qu'ils ne souhaitent changer de plan et s'affilier à Blue Cross BlueChoice, HIP ou Kaiser, les participants n'ont donc à entreprendre aucune démarche. Il va de soi qu'un fonctionnaire participant actuellement au plan Aetna qui souhaiterait faire admettre un membre de sa famille au bénéfice de l'assurance Aetna Open Choice après le 1er juillet 1997 devra présenter une demande à cet effet au cours de la campagne d'adhésion.

CHACUN DES PARTICIPANTS AU PLAN AETNA OPEN CHOICE RECEVRA UNE NOUVELLE CARTE, EN DEUX EXEMPLAIRES, UTILISABLE POUR LES SERVICES HOSPITALIERS ET LES SERVICES MÉDICAUX AINSI QUE POUR LE PROGRAMME D'ACHAT A PRIX RÉDUIT DE MÉDICAMENTS DÉLIVRÉS SUR ORDONNANCE. AETNA FERA PARVENIR LE RÉPERTOIRE DES PRATICIENS ET AUTRES PRESTATAIRES AFFILIÉS AINSI QUE LE MANUEL DU PLAN AETNA OPEN CHOICE AUX PARTICIPANTS À LEUR DOMICILE. L'ENVELOPPE PAR LAQUELLE LUI SERA ADRESSÉE LA NOUVELLE CARTE AETNA CONTIENDRA UNE CARTE POSTALE À RETOURNER À AETNA DÛMENT COMPLÉTÉE. IL N'Y AURA PAS D'AUTRE MOYEN DE RECEVOIR LE RÉPERTOIRE ET LE MANUEL DU PLAN, DONT IL NE SERA PAS CONSERVÉ DE STOCK À L'ONU.

Primes

Le montant total des primes mensuelles applicables pour le plan Aetna (répartie entre le fonctionnaire et l'Organisation des Nations Unies) ne sera pas augmenté pour la période commençant le 1er juillet 1997. Les primes et taux de cotisation (en pourcentage de la rémunération) sont indiqués à la page 2 de la présente circulaire. La part du fonctionnaire, calculée en pourcentage de la rémunération, ne figure pas en tant que telle sur le relevé mensuel des émoluments, qui indique toutefois le montant total de la prime due pour le plan considéré au titre des retenues opérées sur le traitement, la subvention de l'Organisation y figurant au titre des émoluments. Les frais d'assurance à la charge du fonctionnaire correspondent à la différence entre le montant total de la prime et ladite subvention.

Prestations

Un récapitulatif des prestations auxquelles peuvent prétendre les assurés au titre du plan Aetna Open Choice figure aux pages 13 à 18. Comme les participants pourront le remarquer, le nouveau plan offre certains avantages par rapport au plan précédent. Outre que les assurés peuvent désormais faire appel à un réseau de prestataires de soins à tarifs préférentiels aux États-Unis, ils bénéficient des nouveaux avantages suivants : bilans de santé périodiques; mammographie sans limite d'âge et sans qu'il soit nécessaire d'être recommandé par un premier médecin; couverture des soins d'acupuncture dispensés par un médecin ou un acupuncteur agréé dans le cas de douleurs chroniques, et cela jusqu'à concurrence de 1 000 dollars par année civile; et institution d'un programme de soins oculaires à prix réduits – le programme Vision One – auquel l'assuré peut faire appel aussi fréquemment qu'il le souhaite. De plus, l'assuré ne sera plus tenu d'obtenir l'accord d'Aetna préalablement à la prise en charge des frais d'hospitalisation et n'encourra donc plus de pénalité à cet égard. En revanche, les dispositions applicables aux traitements psychiatriques, en vigueur depuis plusieurs années, demeurent inchangées et le remboursement des frais d'hospitalisation pour troubles mentaux ou nerveux, pour alcoolisme ou pour toxicomanie est subordonné à une évaluation préalable de ce traitement (p. 21 et 22).

Demandes de remboursement destinées à Aetna

Ces demandes doivent être envoyées à l'adresse suivante :

Aetna Life Insurance Company
Unit 73
3541 Winchester Road
Allentown, PA 18195-0501

RÉCAPITULATIF DES PRESTATIONS AUXQUELLES OUVRONT DROIT LE PLAN AETNA OPEN CHOICE ET L'ACTUEL PLAN AETNA

Caractéristiques	Prestataires affiliés	Prestataires non affiliés	Actuel plan Aetna d'hospitalisation/ gros frais médicaux
Franchise	Aucune pour l'assuré	125 dollars pour l'assuré 375 dollars pour la famille	125 dollars pour l'assuré 375 dollars pour la famille 1 000 dollars pour l'assuré 3 000 dollars pour la famille
Plafond de la coassurance		1 000 dollars pour l'assuré 3 000 dollars pour la famille	1 000 dollars pour l'assuré 3 000 dollars pour la famille
Montant global remboursable à l'assuré sa vie durant	Illimité	Illimité	Illimité
Services médicaux			
(à l'exception de la santé mentale, de l'alcoolisme et de la toxicomanie)			
Consultations au cabinet du médecin (autres que chirurgiens)	100 % après paiement d'une participation aux frais de 10 dollars	80 % après paiement de la franchise	80 % après paiement de la franchise
Spécialistes (consultations au cabinet)	100 % après paiement d'une participation aux frais de 10 dollars	80 % après paiement de la franchise	80 % après paiement de la franchise
Bilans de santé périodiques/vaccinations — médecine préventive pour enfants jusqu'à 7 ans; 1 examen tous les 24 mois pour enfants de 7 à 19 ans; y compris les vaccinations	100 %	100 %	100 %
Bilans de santé périodiques/vaccinations pour les enfants de plus de 19 ans et les adultes : 1 examen de routine tous les 24 mois (1 examen de routine pour les membres âgés de 65 ans et plus); y compris les vaccinations	100 % après paiement d'une participation aux frais de 10 dollars	80 % après paiement de la franchise	Non couvert
Mammographie de dépistage (sans limite d'âge)	100 %	80 % après paiement de la franchise; 100 % si le patient est hospitalisé ou s'il fait l'objet d'un traitement ambulatoire dans un hôpital	80 % après paiement de la franchise; 100 % si le patient est hospitalisé ou s'il fait l'objet d'un traitement ambulatoire dans un hôpital
Examen obstétrique/ gynécologique de routine (1 par année civile, comprenant 1 test de Papanicolaou et frais connexes)	100 % après paiement d'une participation aux frais de 10 dollars	80 % après paiement de la franchise	80 % après paiement de la franchise
Chirurgie	100 %	80 % après paiement de la franchise	80 % après paiement de la franchise
Services dispensés par un médecin en milieu hospitalier	100 %	80 % après paiement de la franchise	80 % après paiement de la franchise

Caractéristiques	Prestataires affiliés	Prestataires non affiliés	Actuel plan Aetna d'hospitalisation/ gros frais médicaux
Analyses et traitements allergologiques (effectués par un médecin)	100 % après paiement d'une participation aux frais de 10 dollars	80 % après paiement de la franchise	80 % après paiement de la franchise
Injections d'allergènes (non effectuées par un médecin)	100 %	80 % après paiement de la franchise	80 % après paiement de la franchise
Autres services dispensés par un médecin	100 %	80 % après paiement de la franchise	80 % après paiement de la franchise
Examens radiologiques et analyses de laboratoire aux fins de diagnostic (traitement ambulatoire)	100 %	80 % après paiement de la franchise	80 % après paiement de la franchise
Services hospitaliers			
En cours d'hospitalisation	100 %	100 %	100 %
Traitement ambulatoire	100 %	100 %	100 %
Urgences (selon les symptômes)	100 %	100 %	100 %
Utilisation des services d'urgence à des fins non urgentes (notamment lors éruption cutanée, de maux d'oreille, de bronchites, etc.)	80 %	80 % après paiement de la franchise	80 % après paiement de la franchise
Acupuncture* (uniquement pour le traitement des douleurs chroniques, les services devant être dispensés par un médecin ou un acupuncteur agréé)	100 % après paiement d'une participation aux frais de 10 dollars; prestation plafonnée à 1 000 dollars	80 % après paiement de la franchise; prestation plafonnée à 1 000 dollars	Non couvert
Manipulations vertébrales	100 % après paiement d'une participation aux frais de 10 dollars; prestation plafonnée à 1 000 dollars	80 % après paiement de la franchise; prestation plafonnée à 1 000 dollars	80 % après paiement de la franchise; prestation plafonnée à 1 000 dollars

* Le montant maximum de la prestation par année civile est de 1 000 dollars, que les prestataires soient affiliés ou non.

Caractéristiques	Prestataires affiliés	Prestataires non affiliés	Actuel plan Aetna d'hospitalisation/ gros frais médicaux
Santé mentale, alcoolisme/toxicomanie			
Le remboursement des services dispensés au titre de cet élément est subordonné à une évaluation du traitement psychiatrique proposé. L'approbation préalable de l'hospitalisation est requise. Lorsqu'il s'agit de services dispensés par un prestataire affilié, c'est le prestataire qui est chargé de cette démarche. Dans le cas contraire, c'est soit au médecin, soit au fonctionnaire de demander l'approbation préalable, faute de laquelle les prestations seront réduites de 100 dollars (et non de 400 dollars comme c'est le cas actuellement).			
Services de santé mentale			
Soins hospitaliers	100 %	100 % après paiement de la franchise	100 % pour les 30 premiers jours; 80 % après paiement de la franchise pour les 30 jours suivants
Traitement ambulatoire	Jusqu'à 90 jours par année civile* 100 % jusqu'à concurrence de 3 216 dollars par année civile*	Jusqu'à 90 jours par année civile* 80 % après déduction de la franchise jusqu'à concurrence de 3 216 dollars par année civile* (134 dollars par consultation)	Jusqu'à 60 jours par année civile 80 % après paiement de la franchise jusqu'à concurrence de 3 216 dollars par année civile* (134 dollars par consultation)
Intervention d'urgence	100 % jusqu'à concurrence de 3 consultations par année civile*	80 % après paiement de la franchise jusqu'à concurrence de 3 consultations par année civile*	80 % après paiement de la franchise jusqu'à concurrence de 3 consultations par année civile
Alcoolisme/toxicomanie			
Soins hospitaliers	100 %	100 % après paiement de la franchise	100 % pour les 30 premiers jours; 80 % après paiement de la franchise pour les 30 jours suivants
Maximum	60 jours par année civile*	60 jours par année civile*	60 jours par année civile
Maximum remboursable la vie durant de l'assuré	2 hospitalisations*	2 hospitalisations*	2 hospitalisations
Traitement ambulatoire	100 % Jusqu'à concurrence de 60 consultations par année civile* (y compris 20 consultations* aux fins de conseils)	80 % après paiement de la franchise Jusqu'à concurrence de 60 consultations par année civile* (y compris 20 consultations* aux fins de conseils)	80 % après paiement de la franchise Jusqu'à concurrence de 60 consultations par année civile (y compris 20 consultations aux fins de conseils)
Maternité (y compris la stérilisation et l'avortement volontaires)	100 % après paiement d'une participation aux frais de 10 dollars; 100 % pour la stérilisation volontaire si la patiente est hospitalisée ou si elle fait l'objet d'un traitement ambulatoire dans un hôpital	80 % après paiement de la franchise; 100 % pour la stérilisation volontaire si la patiente est hospitalisée ou si elle fait l'objet d'un traitement ambulatoire dans un hôpital	80 % après paiement de la franchise; 100 % pour la stérilisation volontaire si la patiente est hospitalisée ou si elle fait l'objet d'un traitement ambulatoire dans un hôpital

* Les montants maximaux s'appliquent à l'année civile que les prestataires soient affiliés ou non.

Caractéristiques	Prestataires affiliés	Prestataires non affiliés	Actuel plan Aetna d'hospitalisation/ gros frais médicaux
Médicaments délivrés sur ordonnance	<p>100 % après perception d'un ticket modérateur de 15 %, la somme perçue ne dépassant pas 15 dollars par ordonnance. Le pharmacien affilié délivre la quantité de médicaments prescrits pour une durée maximale de 30 jours</p> <p>100 % après paiement d'une participation aux frais de 10 dollars pour les achats par correspondance auprès d'un vendeur affilié. Les ordonnances peuvent couvrir une période de 90 jours. Lorsqu'il s'agit d'une spécialité pharmaceutique spécifique, l'assuré devra payer une participation aux frais plus la différence entre le coût de la spécialité pharmaceutique et celui du médicament générique équivalent sauf si la mention "dispense as written" ou "DAW" (délivrer tel que prescrit) figure sur l'ordonnance</p>	<p>80 % après paiement de la franchise</p>	<p>Pharmacies affiliées : 100 % après perception d'un ticket modérateur de 15 %, la somme perçue ne dépassant pas 15 dollars par ordonnance. Le pharmacien affilié délivre la quantité de médicaments prescrits pour une durée maximale de 30 jours</p> <p>100 % après paiement d'une participation aux frais de 10 dollars pour les achats par correspondance auprès d'un vendeur affilié. Les ordonnances peuvent couvrir une période de 90 jours. Lorsqu'il s'agit d'une spécialité pharmaceutique particulière, l'assuré devra payer la participation aux frais plus la différence entre le coût de la spécialité pharmaceutique et celui du médicament générique équivalent sauf si la mention "dispense as written" ou "DAW" (délivrer tel que prescrit) figure sur l'ordonnance</p> <p>Pharmacie non affiliée : 80 % après paiement de la franchise</p>

Caractéristiques	Prestataires affiliés	Prestataires non affiliés	Actuel plan Aetna d'hospitalisation/ gros frais médicaux
AUTRES PRESTATIONS			
Soins infirmiers spécialisés			
Soins à domicile	100 % 320 visites par année civile (le plan ouvre droit à cette prestation que les soins aient été précédés ou non d'une hospitalisation)	100 % Jusqu'à concurrence de 365 jours par année civile 100 % pour les premières 200 visites; 80 % après paiement de la franchise pour les 120 visites suivantes par année civile (que les soins aient été précédés ou non d'une hospitalisation)	100 % jusqu'à concurrence de 365 jours par année civile Si les soins à domicile sont dispensés dans les 7 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation, 100 % pour les 200 premières visites; 80 % après paiement de la franchise pour les 120 visites suivantes par année civile. Si les soins n'ont pas été précédés d'une hospitalisation, 80 % après paiement de la franchise pour 80 visites par année civile
Ambulance*		100 %	100 %
Soins infirmiers privés (prestations limitées aux malades hospitalisés)	100 % jusqu'à 70 périodes de 8 heures par année civile	80 % après paiement de la franchise jusqu'à concurrence de 70 périodes de 8 heures par année civile	80 % après paiement de la franchise jusqu'à concurrence de 70 périodes de 8 heures par année civile
Hospice Soins hospitaliers ou externes		100 % Jusqu'à 210 jours pour services hospitaliers et externes	100 % Jusqu'à 210 jours pour services hospitaliers et externes
Psychothérapie de soutien en cas de deuil		100 % Jusqu'à 5 visites	100 % Jusqu'à 5 visites
Rééducation à court terme			
Kinésithérapie, ergothérapie	100 %	80 % après paiement de la franchise	80 % après paiement de la franchise
Orthophonie		80 % Non soumis à la franchise**	

* À l'heure actuelle, le plan ne compte pas de prestataires affiliés qui assurent ces services.

** Lorsque les services sont dispensés par un prestataire affilié, la couverture est de 100 %.

Caractéristiques	Prestataires affiliés	Prestataires non affiliés	Actuel plan Aetna d'hospitalisation/ gros frais médicaux
Prothèses auditives*	Jusqu'à concurrence de 750 dollars	80 % Non soumis à la franchise	80 % après paiement de la franchise, jusqu'à concurrence de 750 dollars, y compris une prothèse par oreille tous les 3 ans
Évaluation et examen audiométriques	100 % après paiement d'une participation aux frais de 10 dollars	Jusqu'à concurrence de 100 dollars, un examen tous les 3 ans, qui doit être effectué par un oto-rhino-laryngologiste ou par un audioprothésiste agréé	Jusqu'à concurrence de 100 dollars, un examen tous les 3 ans, qui doit être effectué par un oto-rhino-laryngologiste ou par un audioprothésiste agréé
Programme visant à aider les patients diabétiques en traitement ambulatoire à gérer eux-mêmes leur maladie		80 % Non soumis à la franchise**	Remboursable au même titre que les autres prestations auxquelles le plan ouvre droit
Appareils médicaux durables		80 % Non soumis à la franchise***	80 % après paiement de la franchise
Soins oculaires			
Verres correcteurs (y compris les verres de contact)	Non soumis à la franchise; jusqu'à concurrence de 60 dollars pour 2 verres par période de 24 mois	80 %	80 % après paiement de la franchise. Jusqu'à concurrence de 60 dollars pour 2 verres par période de 24 mois
Programme Vision One	Économie représentant : jusqu'à 65 % du coût des montures; jusqu'à 50 % du coût des verres; près de 20 % des verres de contact lorsque le patient est traité par un centre affilié Cole Vision. Prière de se référer au fascicule spécial pour plus de détails		Non couvert
Approbation préalable à l'hospitalisation	À la charge du prestataire	Non requise	Aucune
Second avis chirurgical	Non requis, mais couvert à 100 % après paiement d'une participation aux frais de 10 dollars	Non requis, mais couvert à 100 % après paiement de la franchise	100 % après paiement de la franchise
Demande de remboursement	À la charge du prestataire	À la charge de l'assuré	À la charge de l'assuré

* À l'heure actuelle, le plan ne compte pas de prestataires affiliés qui assurent ces services.

** Si les services sont dispensés dans un hôpital, le remboursement est effectué à 100 % sans participation aux frais. S'ils sont dispensés dans le cabinet d'un médecin affilié, la couverture est de 100 % après paiement d'une participation aux frais de 10 dollars.

*** Si les services sont rendus par un prestataire affilié ou en milieu hospitalier, le remboursement est effectué à 100 % sans que l'assuré ait à participer aux frais.

Nouveau programme "Vision One" de soins oculaires à prix réduit

À compter du 1er juillet 1997, Aetna offrira à tous les participants au plan Aetna un nouveau programme de soins oculaires à prix réduit. Ce programme, Vision One, s'ajoute, sans les remplacer, aux prestations auxquelles le plan donne droit actuellement pour verres correcteurs, seront administrées comme dans le passé.

Vision One offre aux participants et aux membres assurés de leur famille des prix réduits immédiats sur tout ce qui touche aux soins oculaires, y compris les montures, les verres et les verres de contact. Les assurés pourront s'adresser à 2 500 établissements et plus aux États-Unis, notamment aux centres optiques intégrés dans les grands magasins de vente au détail tels que Sears, J. C. Penny et Montgomery Ward et à nombre des centres Pearle Vision ainsi qu'à un certain nombre de prestataires et de cabinets indépendants. Pour bénéficier des prix réduits, les participants n'auront qu'à montrer leur carte Aetna au moment de la visite. Le prestataire appliquera le tarif réduit à tout achat réalisé et exécutera les ordonnances valables émises par un optométriste ou ophtalmologue agréé. Les assurés peuvent faire appel à ce programme aussi souvent qu'ils le souhaitent et, du fait qu'il s'agit d'un programme à prix réduit, il n'y a aucun formulaire à remplir. Pour plus de détails concernant le programme et les adresses des points de vente, l'assuré peut s'adresser à Vision One au numéro de téléphone (800) 793-8616, du lundi au vendredi, de 9 heures à 21 heures, et le samedi, de 9 heures à 17 heures. On trouvera ci-après un récapitulatif du coût des différents services et des économies que le plan permet de réaliser dans des conditions normales.

<u>Prestations</u>	<u>Coût</u> <u>Vision One</u>	<u>Économies</u> <u>typiques</u>
Montures – prix de détail		
Jusqu'à 60 dollars	20,00	65 %
De 61 à 80 dollars	30,00	60 %
De 81 à 100 dollars	40,00	60 %
De 101 à 200 dollars	50,00	50 %
Verres de lunettes – par paires (matière plastique sans revêtement)		
Verres à simple foyer	30,00	50 %
Verres bifocaux	50,00	45 %
Verres trifocaux	60,00	45 %
Verres sphériques	100,00	50 %
Options – par paire (les montants s'ajoutent aux prix ci-dessus)		
Verres progressifs standard (bifocaux sans ligne de séparation)	50,00	25 %
Verres en polycarbonate	30,00	45 %
Verres antirayures	12,00	40 %
Verres filtrants	12,00	40 %
Verres teintés unis ou progressifs	8,00	45 %
Verres en verre	15,00	60 %
Verres photochromiques	30,00	55 %
Verres à revêtement antiréfléchissant	35,00	30 %
Verres photochromiques en plastique	55,00	35 %

Examen oculaire (par un docteur en optométrie indépendant agréé)

Verres – rabais de 5 dollars sur les honoraires habituels

Verres de contact – rabais de 10 dollars sur les honoraires habituels

Verres de contact (économie réalisable de deux manières)

1. L'assuré s'adresse à l'un des 2 500 établissements et plus affiliés sur le territoire américain et économise 20 % sur le prix de détail ordinaire.
2. L'assuré se prévaut du Programme de remplacement des lentilles de contact Vision One et réalise une économie supplémentaire, à moindre dérangement.

Prière d'appeler le numéro (800) 391-5367 pour de plus amples renseignements.

Honoraires

Un montant de 8 dollars est perçu pour l'essayage et les ajustements, sans limitation de nombre. Aucun montant n'est perçu pour les verres de contact.

Nouvelles prestations au titre de l'acupuncture

À compter du 1er juillet 1997, le plan Aetna Open Choice couvrira les traitements par acupuncture dispensés par un médecin ou un acupuncteur agréé jusqu'à concurrence de 1 000 dollars par année civile. Cette prestation est décrite dans le manuel du plan qui sera adressé à tous les participants, mais les grandes lignes des prestations sont résumées ci-dessous :

Les diagnostics acceptés par le plan aux fins du traitement par acupuncture s'appliquent aux types suivants de syndrome de douleurs chroniques :

- Céphalée par tension nerveuse;
- Migraine;
- Psychalgie;
- Névralgie;
- Dorsalgie;
- Lumbago;
- Spasme musculaire;
- Bursite.

L'anesthésie par acupuncture a été reconnue par Aetna comme une procédure remboursable au titre du plan existant. Cette prestation comme toutes les autres prestations prévues au titre du plan existant, est maintenue dans le plan Aetna Open Choice.

Élément troubles mentaux ou nerveux, alcoolisme ou toxicomanie

A. Formalités d'hospitalisation

Le remboursement des frais d'hospitalisation pour troubles mentaux ou nerveux, pour alcoolisme ou pour toxicomanie est subordonné à une évaluation du traitement psychiatrique proposé. LES FONCTIONNAIRES SONT ASSURÉS DU CARACTÈRE RIGOREUSEMENT CONFIDENTIEL DE LA PROCÉDURE, qui se déroule comme suit :

1. Sauf en cas d'urgence, il faut, avant d'hospitaliser le patient, informer Aetna de la situation, en téléphonant au (800) 424-1601 (numéro gratuit). L'appel, qui est pris par un membre de la cellule spécialisée d'Aetna, doit être effectué par l'assuré, le médecin traitant, un membre de la famille ou toute autre personne agissant au nom du patient.
2. Pour accepter de prendre en charge les frais d'hospitalisation, Aetna exige les renseignements suivants : numéro de l'assuré (numéro de code sur les états de paie), raison de l'hospitalisation, nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant, nom, adresse et numéro de téléphone de l'hôpital et date prévue pour l'admission.

/...

3. Le spécialiste d'Aetna prend contact avec le médecin traitant pour faire le point de la situation avant d'autoriser la prise en charge du malade. Cette formalité peut être accomplie au moment de l'appel téléphonique initial si celui-ci est effectué par le médecin. Le spécialiste approuve un certain nombre de jours d'hospitalisation s'il le juge approprié et met au point un programme de suivi régulier du patient avec le médecin traitant. Faute d'avoir obtenu l'accord préalable d'Aetna, les prestations versées en cas d'hospitalisation pour troubles mentaux ou nerveux, alcoolisme ou toxicomanie seront réduites de 100 dollars.
4. Si le patient est hospitalisé d'urgence, sans qu'un accord préalable ait pu être demandé, il faut en informer la cellule d'évaluation d'Aetna dans les 48 heures, en appelant le numéro gratuit mentionné plus haut.

B. Soins hospitaliers

1. Coût intégral de 30 jours d'hospitalisation (en chambre semi-individuelle) pour troubles mentaux ou nerveux. Au-delà de 30 jours, le remboursement des frais est soumis à la règle de la franchise et de la coassurance.
2. Coût intégral de 30 jours d'hospitalisation (en chambre semi-individuelle) pour désintoxication et réadaptation en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, les prestations étant limitées à deux périodes de 30 jours sur la vie entière de l'intéressé. Si l'hospitalisation se prolonge au-delà de 30 jours, une période supplémentaire de 30 jours peut être remboursée suivant les modalités définies au paragraphe 3 ci-après.
3. Remboursement de 30 jours d'hospitalisation pour réadaptation en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, lorsque 30 jours ont déjà été remboursés au titre de la prestation décrite au paragraphe 2 ci-dessus. Un assuré ne peut se prévaloir de cette disposition que deux fois au plus dans sa vie et, à chaque fois, cette période d'hospitalisation et celle visée au paragraphe 2 doivent être consécutives.

C. Traitement ambulatoire

1. Cinquante consultations au maximum par an auprès d'un médecin psychiatre (ou, éventuellement, d'un psychologue ou d'un travailleur social en psychiatrie, selon la réglementation de l'État où le thérapeute est autorisé à exercer). Le montant maximum reconnu pour les honoraires est de 134 dollars par consultation, remboursés à 80 %, soit 107,20 dollars, le plafond annuel étant de 3 216 dollars (30 consultations x 107,20 dollars = 3 216 dollars). Le nombre minimum de consultations remboursées à ce titre sera donc de 30 par an. Au-delà de 30, les consultations seront remboursées jusqu'à concurrence du plafond annuel de 3 216 dollars (par année civile). Si les honoraires dépassent soit 134 dollars par consultation, soit le plafond annuel de 3 216 dollars, la différence

est à la charge de l'assuré. La participation aux frais versée au titre de cette prestation ne s'applique pas au plafond annuel de 1 000 dollars fixé pour le montant maximum de la participation aux frais.

2. Soixante consultations par année civile pour le traitement de cas d'alcoolisme ou de toxicomanie diagnostiqués par un médecin, dont 20 peuvent être utilisées par la famille du patient à condition d'avoir directement trait à son état d'alcoolique ou de toxicomane.

Programme d'achat à prix réduit des médicaments délivrés sur ordonnance (Aetna Pharmacy Management)

A. Le programme d'achat à prix réduit des médicaments délivrés sur ordonnance, Aetna Pharmacy Management (APM) et sa filiale d'achat par correspondance, Walgreens Healthcare Plus, prend à sa charge une partie importante du coût des médicaments délivrés sur ordonnance achetés dans les pharmacies affiliées soit par correspondance auprès de Walgreens Healthcare Plus.

1. Les médicaments achetés dans les pharmacies affiliées sont vendus à un prix inférieur d'au moins 15 % au prix de gros moyen. Si le médecin ne fait pas figurer sur l'ordonnance le nom d'une spécialité pharmaceutique particulière, le pharmacien délivrera le médicament générique correspondant, le prix des médicaments génériques pouvant selon le cas être très inférieur (jusqu'à 50 %) au prix de gros moyen. L'économie réalisée sur le prix des médicaments d'entretien (délivrés dans le cadre d'un traitement médicamenteux continu pour des affections chroniques) achetés par correspondance auprès de Walgreens Healthcare Plus peut aller de 18 à 50 % du prix de gros moyen selon qu'un médicament générique équivalant à une spécialité pharmaceutique donnée existe. Si la mention "Dispense as written" ou "DAW" (délivrer tel que prescrit) figure sur l'ordonnance, le pharmacien ou la société de vente par correspondance exécutera l'ordonnance telle qu'elle est libellée et ne procédera à aucun échange.
2. La procédure à suivre pour acheter des médicaments délivrés sur ordonnance au titre du programme d'Aetna Pharmacy Management Programme est la suivante : les ordonnances écrites sont présentées à la pharmacie affiliée de son choix en même temps que la carte Aetna (la liste des pharmacies affiliées dans l'agglomération new-yorkaise figure à l'annexe VII). Le pharmacien délivre la quantité de médicaments prescrits pour une durée maximale de 30 jours et perçoit un montant équivalant à 15 % (contre 20 % normalement) du prix du médicament après réduction, la somme perçue ne dépassant en aucun cas 15 dollars par ordonnance au titre de la coassurance. Il n'y a aucun formulaire à remplir pour faire exécuter une ordonnance dans une pharmacie affiliée.
3. Les ordonnances pour des médicaments d'entretien peuvent couvrir une période de 90 jours et être exécutées à moindre coût par l'intermédiaire du programme d'achat par correspondance de Walgreens Healthcare Plus moyennant une coassurance forfaitaire de 10 dollars. Le bon de commande Walgreens envoyé avec la carte Aetna est à utiliser

pour commander des médicaments délivrés sur ordonnance par correspondance. Un nouveau bon de commande sera envoyé en même temps que les médicaments commandés.

4. Si un assuré souhaite se faire délivrer une spécialité pharmaceutique alors que son médecin ne l'a pas expressément prescrite, la pharmacie affiliée fera payer à l'assuré un ticket modérateur équivalant à 15 % du prix de la spécialité pharmaceutique mais ne dépassant pas 15 dollars par ordonnance. En cas de commande, par l'intermédiaire du service d'achat par correspondance de Walgreens, d'une spécialité pharmaceutique pour un traitement médicamenteux continu qui n'a pas été expressément prescrite, Walgreens fera payer à l'assuré la participation aux frais habituelle (10 dollars), plus la différence entre le coût de la spécialité pharmaceutique et celui du médicament générique équivalent.
 5. LES RÉSIDENTS DE L'ÉTAT DU NEW JERSEY PEUVENT DÉSORMAIS BÉNÉFICIER DU SERVICE D'ACHAT PAR CORRESPONDANCE DE WALGREENS HEALTHCARE PLUS.
- B. Étant donné que la prestation offerte par Aetna dans le cadre de son programme d'achat de médicaments délivrés sur ordonnance est gérée séparément par Aetna Pharmacy Management, la franchise annuelle habituelle du plan Aetna ne s'applique pas aux médicaments délivrés sur ordonnance. Les dépenses de ce type ne seront pas non plus prises en compte pour atteindre le plafond annuel de 1 000 dollars fixé pour la coassurance. Les médicaments délivrés sur ordonnance achetés ailleurs qu'aux États-Unis ou aux États-Unis mais pas par l'intermédiaire du réseau de pharmacies Aetna ou du service d'achat par correspondance de Walgreens seront remboursés normalement, c'est-à-dire en remplissant le formulaire habituel et en l'envoyant au service des demandes de remboursement d'Aetna à Allentown, en Pennsylvanie. Dans ce cas, la franchise annuelle habituelle sera appliquée avant qu'il y ait remboursement, de même que la coassurance de 20 % qui sera prise en compte pour atteindre le montant annuel de 1 000 dollars.

Autres dispositions

- A. Des conditions spéciales sont applicables à certains actes médicaux de chirurgie dentaire ou esthétique liés à une blessure, aux frais encourus dans des établissements de convalescence et au traitement du syndrome douleur-dysfonction temporo-mandibulaire. Les assurés sont invités à consulter Aetna (Claims Office) avant d'entamer un traitement de ce type.
- B. Le montant global des sommes qui peuvent être remboursées à un assuré sa vie durant n'est pas limité.
- C. Certaines dépenses ne sont pas couvertes par le plan. Il s'agit notamment du coût des services ou fournitures dont Aetna considère qu'ils ne sont ni nécessaires, ni raisonnables, ni habituels, ou qui n'ont pas été prescrits par le médecin traitant. Certaines exclusions et limitations s'appliquent également au plan. Ainsi, les actes de chirurgie esthétique et certains traitements expérimentaux ou encore à l'étude ne sont pas couverts. Si les participants souhaitent savoir si un traitement est remboursable ou non au titre du plan, ils peuvent s'adresser à Aetna (Claims Office) au

/...

(800) 784-3991 avant le début du traitement. La police d'assurance d'Aetna peut être consultée et photocopiée, le cas échéant, sur rendez-vous à la Section des assurances.

- D. Si Aetna rejette une demande de remboursement en tout ou en partie, la compagnie en avisera l'assuré par écrit en l'informant des raisons de sa décision et des voies de recours. Celui-ci aura alors 60 jours pour présenter une demande écrite de réexamen. Il devra expliquer pourquoi il conteste la décision prise et adresser sa réclamation au service des demandes de remboursement (Allentown Claim Office). Aetna réexaminera alors la demande de remboursement et, en principe, communiquera sa décision définitive à l'assuré 60 jours au plus tard après réception de la réclamation. Si des circonstances particulières exigent une prorogation de ce délai, l'assuré en sera informé.
- E. Il est rappelé aux participants que les demandes de remboursement doivent être soumises à Aetna dans un délai de deux ans à compter de la date à laquelle les dépenses ont été effectuées. LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT REÇUES PAR AETNA PLUS DE DEUX ANS APRÈS CETTE DATE NE SERONT PAS ACCEPTÉES.

Annexe II

BLUE CROSS BLUECHOICE

Aperçu du plan

BlueChoice présente à la fois certaines des caractéristiques d'un régime de couverture intégrale (rémunération à l'acte) et les avantages d'un vaste réseau de praticiens affiliés représentant la plupart des spécialités médicales. S'il choisit un praticien affilié, l'assuré ne paie que 10 dollars (exception faite pour le traitement des troubles mentaux, de l'alcoolisme ou de la toxicomanie). Il peut aussi se faire traiter par un praticien non affilié, auquel cas il sera remboursé après paiement d'une franchise annuelle et d'une coassurance de 20 %.

De très nombreux médecins de la ville de New York et des environs sont affiliés au plan BlueChoice et appliquent des tarifs négociés avec Blue Cross. Il n'y a pas de franchise et l'assuré paie 10 dollars au titre de la participation aux frais pour chaque consultation (25 dollars s'il s'agit de santé mentale). Toutefois, si un médecin affilié adresse un patient à un praticien non affilié, l'assuré doit payer 20 % des honoraires de l'intéressé à titre de coassurance (50 % s'il s'agit de santé mentale) et est remboursé du solde après déduction de la franchise. Un certain nombre de laboratoires d'analyse sont affiliés au plan. Lorsque des analyses ou examens sont nécessaires, il importe que le médecin choisisse plutôt un laboratoire affilié; le coût en est en effet alors intégralement pris en charge, et il n'y a ni franchise ni coassurance.

Cartes Blue Cross, répertoire des prestataires affiliés et guide des prestations

Les nouveaux participants au plan BlueChoice recevront deux jeux de cartes Blue Cross (deux cartes dans chaque jeu), une carte de membre et une carte pour le programme d'achat à prix réduit des médicaments délivrés sur ordonnance. L'enveloppe dans laquelle leur sera adressée la nouvelle carte de membre contiendra une carte postale à retourner à Blue Cross une fois qu'auront été indiqués le nom et l'adresse personnelle de l'assuré. Blue Cross fera alors parvenir aux participants le répertoire des prestataires affiliés et le guide des prestations BlueChoice, dont il ne sera pas conservé de stock à l'ONU.

Blue Cross fait paraître un répertoire des prestataires affiliés et un guide des prestations mis à jour, valables à partir du 1er juillet 1997. Les nouveaux participants au plan BlueChoice recevront automatiquement les nouvelles éditions du répertoire et du guide des prestations dans les conditions décrites ci-dessus. Les fonctionnaires déjà assurés pourront les recevoir également en renvoyant à Blue Cross la carte postale prévue à cet effet sur laquelle ils auront indiqué leur nom et leur adresse personnelle. LES PARTICIPANTS PEUVENT SE PROCURER CETTE CARTE POSTALE AUPRÈS DE LA SECTION DES ASSURANCES (BUREAU S-2765).

Nouveau guide des prestations

Les participants au plan BlueChoice ne doivent pas manquer de demander l'exemplaire de la nouvelle édition du guide des prestations, qui met à jour et remplace le guide des prestations paru en 1996. Les renseignements qui figurent

/...

dans le nouveau guide ne diffèrent pas, dans l'ensemble, de ceux qui figuraient dans le guide de 1996; certaines révisions sont à noter toutefois, dont on trouvera une brève description ci-après :

a) Le Programme de gestion des prises en charge est décrit plus en détail;

b) Les dispositions relatives aux voies de recours en cas de différend entre l'assureur et l'assuré concernant une demande de remboursement ont été étoffées;

c) Le guide contient des renseignements supplémentaires concernant les prestations pour soins dispensés dans des maternités et la durée minimum de l'hospitalisation suivant l'accouchement;

d) Les prestations applicables aux traitements d'urgence ont été considérablement précisées. Les nouvelles dispositions définissent l'urgence comme l'apparition soudaine d'un état médical ou comportemental qui se manifeste par des symptômes, y compris de fortes douleurs, d'une gravité telle que toute personne possédant quelques notions de médecine et d'hygiène est raisonnablement en droit d'estimer que, faute de soins médicaux immédiats, la santé de la personne concernée serait gravement en danger; et

e) On trouvera dans le guide les nouvelles modalités de gestion du programme Empire Pharmacy Management (EPM) qui correspond aux nouvelles cartes de pharmacie distribuées aux participants en avril dernier.

Primes

À compter du 1er juillet 1997, le montant total des primes mensuelles applicables pour le plan BlueChoice (réparti entre le fonctionnaire et l'Organisation) sera diminué de 5,5 %. Les nouvelles primes et nouveaux taux de cotisation (en pourcentage de la rémunération) sont indiqués à la page 2 de la présente circulaire. La part du fonctionnaire, en pourcentage de sa rémunération, ne figure pas en tant que telle sur le relevé mensuel des émoluments, lequel indique toutefois le montant total de la prime due pour le niveau donné de couverture au titre des retenues opérées sur le traitement, la subvention de l'Organisation y figurant au titre des émoluments. Les frais d'assurance à la charge du fonctionnaire correspondent à la différence entre le montant total de la prime et ladite subvention.

Nouvelles prestations pour traitement par acupuncture

Le plan BlueChoice prévoit des prestations pour les traitements par acupuncture dispensés par un médecin, un docteur en ostéopathie ou un docteur en chirurgie dentaire à la condition que le prestataire soit également un acupuncteur agréé.

Les prestations s'appliquent à des états liés aux syndromes suivants de douleur chronique, susceptibles d'être traités par acupuncture :

- Céphalée par tension nerveuse;
- Migraine;
- Psychalgie;
- Névralgie;
- Dorsalgie;
- Lumbago;
- Spasme musculaire;
- Bursite.

Prestataires non affiliés

Si l'assuré décide de s'adresser, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin affilié, à un prestataire non affilié, BlueChoice paiera 80 % des honoraires raisonnables et habituels après déduction d'une franchise de 150 dollars par personne ou de 450 dollars par famille. Une fois que le montant des frais médicaux raisonnables et habituels non remboursés atteint 900 dollars au cours d'une année donnée, les frais raisonnables et habituels supplémentaires sont remboursés intégralement (100 % au lieu de 80 %).

RÉCAPITULATIF DES PRESTATIONS BLUECHOICE PPO

PRESTATIONS	
MONTANT GLOBAL REMBOURSABLE SA VIE DURANT À L'ASSURÉ	Non plafonné
SOINS HOSPITALIERS	L'ASSURÉ PAIE
Soins hospitaliers¹ (soins de santé mentale exceptés)	
— Nombre illimité de journées — chambre semi-individuelle et repas	—
— Autres services, installations, fournitures et matériel	—
— Kinésithérapie, rééducation ou réadaptation — jusqu'à 45 jours par année civile	—
Soins non hospitaliers	
— Chirurgie ambulatoire ¹	—
— Chirurgie ¹	—
— Analyses et tests préalables à l'intervention chirurgicale (doivent être effectués dans les 7 jours de l'hospitalisation)	—
— Chimiothérapie et radiothérapie	—
— Mammographie et dépistage du cancer du col de l'utérus	—
Urgences (première visite)	Participation aux frais de 35 dollars (sauf lorsque le malade est hospitalisé dans les 24 heures)
— Blessure par accident	
— État médical grave se déclarant soudainement	
Santé mentale²	—
— Jusqu'à 90 jours par année civile	—
Alcoolisme/toxicomanie²	—
— Jusqu'à 7 jours de désintoxication, jusqu'à 30 jours de réadaptation par année civile	—
Alcoolisme/toxicomanie (traitement ambulatoire)¹	—
— Jusqu'à 60 consultations externes, dont 20 pour la famille, par année civile	—
Soins à domicile²	—
— Jusqu'à 200 visites par année civile	—
Hémodialyse dans un service de consultation externe	—
— Soins à domicile, dans un hôpital, ou dans un établissement indépendant	—
Soins infirmiers²	—
— Jusqu'à 365 jours par année civile	—
Soins courants pour enfants en bas âge	—
Hospice²	—
— Jusqu'à 210 jours la vie durant	—

¹ Approbation préalable du Programme de gestion des prises en charge requise, excepté lorsqu'il s'agit de prestataires exerçant en dehors des États-Unis d'Amérique.

² Approbation préalable du Programme de gestion des soins de santé axés sur les troubles du comportement requise, excepté lorsqu'il s'agit de prestataires exerçant en dehors des États-Unis d'Amérique.

RÉCAPITULATIF DES PRESTATIONS **BLUECHOICE PPO**

PRESTATIONS	Prestataires affiliés L'ASSURÉ PAIE	Prestataires non affiliés L'ASSURÉ PAIE
FRANCHISE ANNUELLE	—	150 dollars par assuré 450 dollars au maximum par fonctionnaire seul/famille
COASSURANCE	—	20 %
MAXIMUM COASSURANCE (Montant maximal à la charge de l'assuré)	—	900 dollars par personne (plus la franchise)
PRESTATIONS MÉDICALES	Prestataires affiliés L'ASSURÉ PAIE	Prestataires non affiliés L'ASSURÉ PAIE
Consultations au cabinet du médecin/à domicile	Participation aux frais de 10 dollars	Franchise et coassurance
Chirurgie	—	Franchise et coassurance
Chirurgien adjoint	—	Franchise et coassurance
Anesthésie	—	Franchise et coassurance
Consultations en cours d'hospitalisation	—	Franchise et coassurance
Consultations		
— Au cabinet du médecin ou à domicile (<i>une par spécialité médicale</i>)	Participation aux frais de 10 dollars	Franchise et coassurance
— En cours d'hospitalisation (<i>une consultation par hospitalisation</i>)	—	
Soins de maternité	—	Franchise et coassurance
Mammographie (dépiage)	—	Franchise et coassurance
Examens radiologiques aux fins de diagnostic	—	Franchise et coassurance
Analyses de laboratoire	—	Franchise et coassurance
Soins de santé mentale¹		
— Jusqu'à 60 consultations externes au cabinet du médecin ou dans un établissement	Participation aux frais de 25 dollars par consultation ²	Franchise et 50 % de coassurance
— Jusqu'à 90 consultations en cours d'hospitalisation par année civile	— ²	
Chimiothérapie et radiothérapie		
— Traitement ambulatoire dans un hôpital	—	Franchise et coassurance
— Au cabinet du médecin	—	
Second avis chirurgical	—	S.O.
Ambulance	S.O.	Ni franchise ni coassurance
Analyses et traitements allergologiques	10 dollars de participation aux frais par consultation —, pour les analyses et les visites pour traitements	Franchise et coassurance
Tests et analyses aux fins de diagnostic	—	Franchise et coassurance

¹ Montant maximum combiné, que le prestataire soit affilié ou non.

² Approbation préalable du Programme de gestion des soins de santé axés sur les troubles du comportement requise, excepté lorsque le prestataire exerce en dehors des États-Unis.

RÉCAPITULATIF DES PRESTATIONS BLUECHOICE PPO

PRESTATIONS MÉDICALES (suite)	Prestataires affiliés L'ASSURÉ PAIE	Prestataires non affiliés L'ASSURÉ PAIE
Prothèses et orthèses, appareils médicaux durables	—	Franchise et coassurance
Fournitures médicales	S.O.	—, ni franchise ni coassurance
Soins infirmiers privés (à domicile seulement) Jusqu'à 5 000 dollars par année, pour un maximum de 10 000 dollars remboursables sa vie durant à l'assuré	S.O.	—, ni franchise ni coassurance
Médecine préventive femmes	Participation aux frais de 10 dollars	Franchise et coassurance
Examen médical annuel	Participation aux frais de 10 dollars	Non couvert
Médecine préventive enfants (y compris les vaccinations recommandées)		
— Nouveau-né : 1 visite à l'hôpital à la naissance — De la naissance à l'âge d'un an : 6 consultations — De 1 à 2 ans : 3 consultations — De 3 à 6 ans : 4 consultations — De 7 à 19 ans : 6 consultations	—	Franchise et coassurance
Chiropractie		
— Jusqu'à 30 consultations par année civile	Le plan paie 30 dollars par consultation; l'assuré paie la différence	
Programme d'achat à prix réduit des médicaments délivrés sur ordonnance	Participation aux frais de 15 % jusqu'à concurrence de 15 dollars par ordonnance; participation aux frais de 10 dollars à l'achat par correspondance	15 % de coassurance (sur présentation d'une demande de remboursement)
Prothèses auditives	S.O.	Un examen tous les trois ans (maximum 100 dollars); une prothèse par oreille (maximum 600 dollars) tous les trois ans
Soins oculaires	Un examen tous les 24 mois, avec une participation aux frais de 5 dollars et de 10 dollars pour les montures, exonération de 35 dollars pour la lunetterie non couverte par le plan	Non couverte
Kinésithérapie		
— Jusqu'à 45 visites en milieu hospitalier par année civile ¹ — Jusqu'à 30 visites au total (à domicile, au cabinet du praticien, ou en traitement ambulatoire) ¹	—, en traitement ambulatoire Participation aux frais de 10 dollars par visite (domicile ou cabinet)	Franchise et coassurance
Autres thérapies (ergothérapie, orthophonie, audiothérapie, traitement orthoptique) — Jusqu'à 30 consultations au total (à domicile, au cabinet du praticien ou en traitement ambulatoire) ¹	—, en traitement ambulatoire Participation aux frais de 10 dollars par consultation (domicile ou cabinet)	Franchise et coassurance

¹ Montant total, que les prestataires soient affiliés ou non.

Programme d'achat à prix réduit des médicaments délivrés sur ordonnance (Empire Pharmacy Management)

1. Depuis le 1er avril 1997, le programme d'achat à prix réduit des médicaments délivrés sur ordonnance (Empire Pharmacy Management) est géré par MedImpact. De nouvelles cartes ont été adressées à tous les participants en conséquence.
2. Le programme Empire Pharmacy Management (EPM) permet aux assurés de réaliser des économies importantes en achetant les médicaments qui leur sont délivrés sur ordonnance dans des pharmacies affiliées, soit dans le cadre du réseau d'officines d'Empire Pharmacy Management, par l'intermédiaire de MedImpact, soit par correspondance, par l'intermédiaire d'Express Pharmacy Services.
3. En achetant leurs médicaments soit directement dans des pharmacies affiliées soit par l'intermédiaire du plan d'achat par correspondance d'Express Pharmacy Services, les assurés bénéficient de réductions importantes. Les médicaments achetés dans les pharmacies affiliées sont vendus à un prix inférieur d'au moins 15 % au prix de gros moyen. Si le médecin ne fait pas figurer sur l'ordonnance le nom d'une spécialité pharmaceutique particulière, le pharmacien délivrera le médicament générique correspondant, le prix des médicaments génériques étant selon le cas inférieur en moyenne de 43 % au prix de gros moyen. L'économie réalisée sur le prix des médicaments d'entretien (délivrés dans le cadre d'un traitement médicamenteux continu pour des affections chroniques) achetés par correspondance auprès d'Express Pharmacy Services peut aller de 18 à 50 % du prix de gros moyen selon qu'un médicament générique équivalant à une spécialité pharmaceutique donnée existe. Si l'expression "Dispense as written" ou "DAW" (délivrer tel que prescrit) figure sur l'ordonnance, le pharmacien ou la société de vente par correspondance exécutera l'ordonnance telle qu'elle est faite et ne procédera à aucun échange.
4. La procédure à suivre pour acheter des médicaments délivrés sur ordonnance au titre du programme d'Empire Pharmacy Management est la suivante : les ordonnances écrites sont présentées à la pharmacie affiliée de son choix EN MÊME TEMPS QUE LA CARTE EMPIRE PHARMACY MANAGEMENT (la liste des pharmacies affiliées dans l'agglomération new-yorkaise figure à l'annexe VII). Le pharmacien délivre la quantité de médicaments prescrits pour une durée maximale de 34 jours et perçoit, au titre de la coassurance, l'équivalent de 15 % (contre 20 % normalement) du prix du médicament après réduction, la somme perçue ne dépassant en aucun cas 15 dollars par ordonnance. Il n'y a aucun formulaire à remplir pour faire exécuter une ordonnance dans une pharmacie affiliée.
5. Les ordonnances pour médicaments d'entretien peuvent couvrir une période de 90 jours et être exécutées à moindre coût par l'intermédiaire du programme d'achat par correspondance d'Express Pharmacy Services moyennant une participation aux frais forfaitaire de 10 dollars par ordonnance. Le bon de commande d'Express Pharmacy Services envoyé avec la carte Empire Pharmacy Management est à utiliser pour commander des médicaments d'entretien par correspondance. Un nouveau bon de commande sera joint aux médicaments à la livraison.

L'adresse et le numéro de téléphone du programme d'achat par correspondance sont indiqués ci-après :

Express Pharmacy Services
P.O. Box 270
Pittsburgh, PA 15230-9949
Tel. (888) 624-5376

6. Si un assuré souhaite se faire délivrer une spécialité pharmaceutique alors que son médecin ne l'a pas expressément prescrite, la pharmacie affiliée ou Express Pharmacy Services fera payer à l'assuré la participation aux frais habituelle (10 dollars) plus la différence entre le coût de la spécialité pharmaceutique et celui du médicament générique équivalent.
7. Étant donné que la prestation offerte dans le cadre du programme Blue Cross BlueChoice d'achat de médicaments délivrés sur ordonnance est gérée séparément par Empire Pharmacy Management, la franchise annuelle habituelle du plan NE S'APPLIQUE PAS aux médicaments délivrés sur ordonnance. Les dépenses de ce type NE SERONT PAS non plus prises en compte pour atteindre le plafond annuel de 900 dollars fixé pour la coassurance. Les médicaments délivrés sur ordonnance achetés ailleurs qu'aux États-Unis ou aux États-Unis mais autrement que par l'intermédiaire du réseau MedImpact d'Empire Pharmacy Management seront remboursés sur présentation d'une demande de remboursement au service compétent :

Empire BCBS (EPM)
Pharmacy Unit
P.O. Box 5099
Middletown, NY 10940-9099
Tel. (800) 839-8442

Le formulaire spécial à utiliser dans ce cas est disponible auprès de la Section des assurances, bureau S-2765. Les demandes de remboursement présentées au bureau compétent ne seront pas soumises à la franchise annuelle. Une coassurance de 15 % sera toutefois perçue sur les dépenses à rembourser et la limite de 15 dollars fixée pour chaque ordonnance NE S'APPLIQUERA PAS. En outre, le montant de 15 % perçu au titre de la coassurance ne sera pas pris en compte pour atteindre le plafond annuel de 900 dollars fixé pour la coassurance.

Autres dispositions

1. Certaines dépenses ne sont pas couvertes par le plan BlueChoice. Il s'agit notamment du coût des services ou fournitures dont Blue Cross considère qu'ils ne sont ni nécessaires, ni raisonnables, ni habituels, ou qui n'ont pas été prescrits par le médecin traitant. Certaines exclusions et limitations s'appliquent également au plan. Par exemple, les actes de chirurgie esthétique et certains traitements expérimentaux ou encore à l'étude ne sont pas couverts. Les participants qui souhaitent savoir si un traitement est remboursable ou non au titre du plan doivent se mettre en rapport avec les représentants de Blue Cross au (800) 377-5156 avant le début du traitement. La police d'assurance Blue Cross peut en outre être consultée et photocopiée, sur rendez-vous, à la Section des assurances.

/...

2. Si une demande de remboursement est rejetée en tout ou en partie, l'assuré peut contester la décision de Blue Cross, qui lui fera alors parvenir un exposé de ses motifs, après quoi il aura 60 jours pour présenter une demande écrite de réexamen. Blue Cross lui fera connaître et justifiera sa nouvelle décision par écrit dans les 60 jours suivant la date de réception de la réclamation. S'il le faut, la période de réexamen pourra être prolongée, mais la durée n'en dépassera pas 120 jours à compter de la date de réception de la réclamation. On écrira à l'adresse suivante pour faire réexaminer une demande de remboursement de frais hospitaliers ou médicaux :

Empire Blue Cross and Blue Shield
P.O. Box 4606
New York, NY 10163-4606
Attention: Group Accounts

3. On notera que les demandes de remboursement doivent être soumises dans les deux ans suivant la date à laquelle les dépenses ont été effectuées. IL NE SERA PAS DONNÉ SUITE AUX DEMANDES REÇUES AU-DELÀ DE CE DÉLAI.

Annexe III

HEALTH INSURANCE PLAN OF GREATER NEW YORK/HEALTH
MAINTENANCE ORGANIZATION

Aperçu du plan

Le plan HIP/HMO repose sur le principe du prépaiement intégral des soins médicaux et hospitaliers dispensés par un centre du groupe, c'est-à-dire que le fonctionnaire n'a pas à effectuer de déboursement pour les services couverts s'il s'adresse à un des nombreux groupes médicaux affiliés au plan dans l'agglomération new-yorkaise, y compris le New Jersey et certaines régions de la Floride. Les soins médicaux d'urgence dispensés en dehors de ces zones sont aussi couverts par le plan. En outre, les médicaments (avec une participation aux frais de 5 dollars) et appareils médicaux (remboursés intégralement) prescrits par un médecin affilié sont couverts lorsqu'ils sont fournis par une pharmacie affiliée. Ces articles peuvent être prescrits par tout médecin dans le cas d'une urgence couverte par l'assurance. Les participants au plan HIP/HMO peuvent s'adresser à un médecin travaillant dans un des centres médicaux HIP ou figurant sur une nouvelle liste de médecins de quartier affiliés pour recevoir des soins de santé primaires. Le médecin affilié voit l'assuré à son cabinet personnel. Les soins spécialisés continueront par contre d'être dispensés dans les centres médicaux HIP sur recommandation du médecin traitant affilié. Pour choisir un médecin de quartier affilié, les participants au plan HIP sont invités à appeler HIP au (800) HIP-TALK. Des renseignements plus détaillés concernant la nouvelle liste de médecins affiliés pourront être obtenus lors de la campagne annuelle d'adhésion, et HIP les communiquera également par courrier à tous les participants.

Primes

Le montant total des primes mensuelles applicables pour le plan HIP/HMO (réparti entre le fonctionnaire et l'Organisation) diminuera de 4 % à compter du 1er juillet 1997. Les nouvelles primes et nouveaux taux de cotisation (en pourcentage de la rémunération) sont indiqués à la page 2 de la présente circulaire. La part du fonctionnaire, en pourcentage de sa rémunération, ne figure pas en tant que telle sur le relevé mensuel des émoluments, lequel indique toutefois le montant total de la prime pour le niveau donné de couverture en tant que retenue opérée sur le traitement, la subvention de l'Organisation y figurant au titre des émoluments. Les frais d'assurance à la charge du fonctionnaire correspondent à la différence entre le montant total de la prime et ladite subvention.

Prestations

Les prestations auxquelles ouvre droit le plan HIP/HMO demeurent inchangées.

Récapitulatif des prestations auxquelles
ouvre droit le plan HIP/HMO

<u>Type de prestations</u>	<u>Couverture</u>
Soins hospitaliers	Remboursement intégral lorsqu'ils ont été autorisés par un médecin affilié
Soins médicaux administrés à l'hôpital	Remboursement intégral lorsqu'ils sont dispensés par un médecin affilié
Soins infirmiers privés	Remboursement intégral lorsqu'ils ont été autorisés par un médecin affilié, ou, dans le cas de soins d'urgence couverts par le plan, par un médecin affilié ou non
Soins infirmiers spécialisés dispensés dans un établissement	Remboursés sans limitation du nombre de jours lorsqu'ils tiennent lieu d'hospitalisation. Ils doivent avoir été prescrits par un médecin affilié
Consultations au cabinet du médecin ou au centre médical	Prise en charge à 100 % dans tout centre médical HIP/HMO et lorsqu'il s'agit d'un médecin affilié
Visites à domicile	Remboursement intégral lorsqu'elles ont été autorisées par un médecin affilié ou par un service de soins d'urgence
Soins de maternité	Pas de période d'attente. Ces soins sont remboursés intégralement lorsqu'ils sont dispensés par un médecin affilié. Les consultations prénatales, postnatales et de protection infantile sont remboursées intégralement
Soins préventifs :	
Visites médicales annuelles, protection infantile, examens des yeux, tests audiométriques, examens radiologiques aux fins de diagnostic, analyses de laboratoire, vaccinations et injection d'allergènes	Remboursement intégral lorsqu'ils sont dispensés par un médecin affilié. Les examens des yeux sont remboursés intégralement lorsqu'ils sont effectués par un oculiste affilié. (Les lunettes et les prothèses auditives ne sont pas remboursées.)
Soins de santé mentale :	
Hospitalisation	Remboursement intégral à concurrence de 30 jours par année civile pour les troubles mentaux ou nerveux
Traitement ambulatoire	Les centres de santé mentale HIP/HMO offrent des services de psychothérapie et de conseils aux adultes et aux enfants souffrant de troubles mentaux ou affectifs

Type de prestations

Couverture

Les patients peuvent suivre des séances de thérapie individuelle, familiale ou de groupe aussi longtemps que le traitement est efficace. Sont exclues de ces prestations les psychothérapies intensives

Alcoolisme et toxicomanie :

Hospitalisation

Remboursement intégral, à concurrence de 30 jours par année civile, si elle a lieu dans un établissement de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie agréé par l'État

Traitement ambulatoire

Les soins médicaux portant sur le diagnostic et le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie sont remboursés sous réserve d'un maximum de 60 consultations par année civile. Les malades externes doivent être traités dans des centres de santé mentale HIP/HMO

Soins d'urgence :

Dans la région

HIP/HMO a mis en place un service de soins d'urgence qui fonctionne lorsque le groupe médical de l'assuré est fermé et qui fournit des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

En dehors de la région

Soins hospitaliers :

Hospitalisation – remboursement intégral

Traitement ambulatoire – remboursement intégral lorsque les soins sont reçus dans les 12 heures qui suivent le moment où la maladie s'est déclarée ou, en cas de blessure accidentelle, dans les 72 heures (trois jours) qui suivent l'accident

Soins médicaux :

Remboursement des honoraires habituels et raisonnables pour services dispensés par un médecin non affilié en cas de maladie grave se déclarant soudainement ou de blessure accidentelle couverte

Type de prestations

Couverture

Médicaments et appareils médicaux prescrits par ordonnance

Participation aux frais de 5 dollars pour l'achat des médicaments prescrits sur ordonnance, à l'exclusion des appareils médicaux, lorsqu'ils sont fournis par une pharmacie affiliée HIP/HMO. Les médicaments et les appareils médicaux doivent être prescrits par un médecin affilié, mais peuvent l'être par tout médecin dans le cas d'une urgence couverte par l'assurance

Soins dentaires préventifs

Détartage annuel et autres services préventifs dispensés par un dentiste affilié. Participation aux frais de 5 dollars par service

Réclamations

Se reporter au guide qui est adressé à tout assuré

Annexe IV

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN OF THE NORTHEAST/
HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION

Aperçu du plan

Le Kaiser Foundation Health Plan est un plan de surveillance médicale (HMO) qui dispense tous les services médicaux dans l'un des centres médicaux Kaiser ou auprès de praticiens affiliés. Peuvent y participer les fonctionnaires qui résident dans le nord du Bronx, dans le comté de Westchester et dans le sud du Connecticut. Les centres Kaiser sont dotés non seulement de cabinets médicaux, mais aussi de laboratoires, de services de radiologie, de pharmacies et de services de santé mentale. Les soins d'urgence dispensés en dehors de la région sont aussi couverts par le plan. Il n'y a pas de plafond pour l'utilisation des services autorisés, pas plus qu'il n'y a de franchise ou de formulaire à remplir. Le plan met l'accent sur le dépistage précoce, avant qu'il n'y ait maladie grave.

Primes

Le montant total des primes mensuelles applicables pour le plan Kaiser/HMO (réparti entre le fonctionnaire et l'Organisation) augmentera de 3,5 % à compter du 1er juillet 1997. Les nouvelles primes et nouveaux taux de cotisation (en pourcentage de la rémunération) sont indiqués à la page 2 de la présente circulaire. La part du fonctionnaire, en pourcentage de sa rémunération, ne figure pas en tant que telle sur le relevé mensuel des émoluments, lequel indique toutefois le montant total de la prime pour le niveau donné de couverture en tant que retenue opérée sur le traitement, la subvention de l'Organisation y figurant au titre des émoluments. Les frais d'assurance à la charge du fonctionnaire correspondent à la différence entre le montant total de la prime et ladite subvention.

Prestations

Les prestations auxquelles ouvre droit le plan Kaiser/HMO demeurent inchangées.

Récapitulatif des prestations auxquelles ouvre droit
le plan Kaiser/HMO

<u>Type de prestations</u>	<u>Couverture</u>
Soins hospitaliers	Remboursement intégral lorsqu'ils sont autorisés par un médecin affilié
Soins de réadaptation dispensés à l'hôpital	Soixante jours de soins de réadaptation par affection, dispensés dans un hôpital ou un établissement de soins spécialisés
Soins médicaux dispensés à l'hôpital	Remboursement intégral lorsqu'ils sont dispensés ou autorisés par un médecin affilié
Soins infirmiers privés	Remboursement intégral lorsqu'ils sont considérés comme nécessaires du point de vue médical
Soins infirmiers spécialisés dispensés dans un établissement	Remboursés intégralement à concurrence de 100 jours par période de 12 mois de contrat, lorsqu'ils sont prescrits et approuvés par un médecin affilié et dispensés sous ses ordres
Consultations au cabinet du médecin	Intégralement prises en charge si elles ont lieu dans l'un des centres médicaux Kaiser aux États-Unis ou si elles sont données par un médecin affilié ou un médecin auquel le patient a été adressé par un médecin affilié
Visites à domicile	Remboursement intégral si elles sont effectuées par un infirmier diplômé et sont jugées médicalement nécessaires. Ces visites doivent avoir lieu dans la région couverte par le plan
Soins de maternité	Pas de période d'attente. Ces soins sont remboursés intégralement lorsqu'ils sont dispensés par un médecin affilié. Les consultations prénatales, postnatales et de protection infantile sont remboursées intégralement

Type de prestations

Couverture

Soins préventifs :

Visites médicales annuelles, protection infantile, examens des yeux, tests audiométriques, examens radiologiques aux fins de diagnostic, analyses de laboratoire, vaccinations et injection d'allergènes, soins dentaires préventifs (deux par année)

Remboursement intégral s'ils sont dispensés ou autorisés par un médecin. Seuls les enfants de moins de 12 ans peuvent bénéficier des soins dentaires préventifs

Traitement de l'alcoolisme :

Hospitalisation

Les soins ne sont remboursés à 100 % que lorsqu'il s'agit d'une cure de désintoxication

Traitement ambulatoire

Remboursement intégral jusqu'à concurrence de 60 visites par année civile aux fins de diagnostic et de traitement de l'alcoolisme

Soins de santé mentale :

Hospitalisation

Remboursement intégral jusqu'à concurrence de 30 jours par période de 12 mois de contrat

Traitement ambulatoire

Remboursement intégral s'il est dispensé dans un centre médical Kaiser aux fins d'un diagnostic à court terme ou d'une intervention d'urgence, pour les 10 premières consultations par période de 12 mois de contrat. L'assuré doit prendre en charge une coassurance de 25 % du tarif fixé par Kaiser pour les 10 consultations suivantes et de 50 % pour les 21e à 30e consultations

Soins d'urgence :

Participation aux frais de 25 dollars

L'assuré doit acquitter une somme de 25 dollars à titre de participation aux frais pour les soins d'urgence. Kaiser doit être informé immédiatement (ou dans un délai raisonnable si l'intéressé n'est pas en état de le faire immédiatement) si l'assuré est admis dans un hôpital, et dans les 48 heures si les soins ont été administrés en consultation externe

Type de prestations

Dans la région

En dehors de la région

Médicaments et appareils
prescrits par ordonnance

Réclamations

Couverture

Remboursement intégral s'ils sont dispensés dans la salle des urgences d'un hôpital et qu'il y va de la vie du patient. Kaiser doit si possible être informé au préalable, sinon dans les 48 heures

Remboursement intégral jusqu'à concurrence d'un montant raisonnable pour le traitement d'urgence d'une maladie ou d'un accident. Kaiser doit être contacté dans les 48 heures

L'assuré verse une participation aux frais de 3 dollars pour tout médicament prescrit par un médecin affilié et acheté dans une pharmacie affiliée. Les appareils médicaux durables sont remboursés intégralement. Les prothèses internes et leur remplacement sont couverts

Se reporter au guide qui est adressé à tout assuré

Annexe V

GROUP HEALTH INCORPORATED (PREFERRED) DENTAL PLAN

Aperçu du plan

Les prestations auxquelles ouvre droit le plan d'assurance soins dentaires GHI Preferred font l'objet d'un barème portant sur une vaste gamme de soins dentaires. Les assurés qui s'adressent à des dentistes indépendants peuvent se prévaloir du régime de prestations offert par le plan, mais ils sont encouragés à recourir le plus possible aux services de praticiens affiliés.

Dans la plupart des cas, les prestataires affiliés acceptent de ne pas dépasser les tarifs prévus. Le plan ne comportant ni franchise ni participation aux frais de la part de l'assuré, celui-ci n'aura alors généralement rien à déboursier.

Répertoire des praticiens affiliés

Un répertoire complet des praticiens affiliés exerçant dans l'agglomération new-yorkaise, dont la mise à jour paraîtra le 1er juillet 1997, peut être consulté à la Section des assurances (bureau S-2765).

Prime

Le montant des primes mensuelles applicables au titre du plan d'assurance soins dentaires GHI par rapport aux primes actuelles demeurera inchangé à compter du 1er juillet 1997. Les nouvelles primes et nouveaux taux de cotisation (en pourcentage de la rémunération) sont indiqués à la page 2 de la présente circulaire. La part du fonctionnaire, en pourcentage de sa rémunération, ne figure pas en tant que telle sur le relevé mensuel des émoluments, lequel indique toutefois le montant total de la prime pour le niveau donné de couverture en tant que retenue opérée sur le traitement, la subvention de l'Organisation y figurant au titre des émoluments. Les frais d'assurance à la charge du fonctionnaire correspondent à la différence entre le montant total de la prime et ladite subvention.

Prestations

Les prestations auxquelles ouvre droit le plan d'assurance soins dentaires GHI demeurent inchangées.

Récapitulatif des prestations auxquelles ouvre droit
le plan d'assurance soins dentaires GHI

LE MONTANT MAXIMUM REMBOURSABLE PAR ANNÉE CIVILE
EST DE 2 000 DOLLARS

	<u>Montant maximum</u> <u>des prestations</u>
	(Dollars)
EXAMENS	
Périodique	15
Initial	20
Urgence	15
PROPHYLAXIE (détartrage)	
Deux séances par année civile	
Personnes âgées de moins de 12 ans	20
Personnes âgées de 12 ans et plus	30
CHIRURGIE BUCCO-DENTAIRE – EXTRACTIONS	
Inclusion – Osseuse, totale	150
Sous muqueuse	100
Osseuse, partielle	125
Extraction – Difficile	50
Simple	30
RÉPARATIONS (OBTURATIONS)	
Amalgame – Une face	30
Deux faces	40
Trois faces	50
Tenon de renforcement, au maximum un par dent	15
Porcelaine synthétique – Par obturation	30
Deux obturations	45
Maximum par dent	50
Os malaire, réduction chirurgicale (enfoncement, fracture ouverte)	300
Réimplantation d'une dent par suite traumatique due à un impact extérieur	50
Articulation temporo-maxillaire, réduction orthopédique	75
Trois obturations (acrylique), maximum par dent	s.o.
Matériaux synthétiques	35
Deux obturations	45
Trois obturations, maximum par dent	50
Obturations temporaires	Néant

Montant maximum
des prestations

(Dollars)

CHIRURGIE BUCCO-DENTAIRE – AUTRES ACTES

Maxillaire supérieur, réduction chirurgicale – Fracture fermée	300
Fracture ouverte	450
Maxillaire inférieur, réduction orthopédique – Fracture fermée	350
Fracture ouverte	350
Maxillaire inférieur, réduction chirurgicale – Fracture ouverte	450
Os malaire, réduction orthopédique – Fracture fermée	100
Articulation temporo-maxillaire, réduction orthopédique avec attelle métallique	150
Incision et drainage d'abcès périodontal	25
Exérèse d'un kyste	75
Incision et drainage d'un abcès	35
Biopsie et examen de la muqueuse buccale	35
Rapport de biopsie	20
Fermeture d'une fistule orale antrale	100
Ablation du frein labial	100
Ablation du frein lingual	100
Alvéolectomie, mâchoire supérieure, avec extractions – Par dent	10
Maximum pour la mâchoire supérieure	100
Alvéolectomie, mâchoire inférieure, avec extractions – Par dent	10
Maximum pour la mâchoire inférieure	100
Alvéolectomie, sans extractions, par demi-arcade – Mâchoire supérieure	100
Mâchoire inférieure	100

ORTHODONTIE

(Les prestations ne sont versées que pour les enfants
admis au bénéfice de l'assurance, jusqu'à la fin de
l'année civile au cours de laquelle ils ont atteint
l'âge de 19 ans.)

Appareil mobile – En acrylique	75
En métal	75
Appareil fixé ou scellé – En acrylique	75
En métal	75
Diagnostic, façonnage et pose d'une prothèse d'orthodontie	300
Traitement actif (durant les 20 mois suivants)	67
Prestation maximum à vie	1 340
Traitement passif, pour un semestre	36
Prestation maximum (18 mois)	108

TRAITEMENT D'URGENCE

Visite d'urgence en cas de douleur aiguë	15
--	----

/...

Montant maximum
des prestations

(Dollars)

PARODONTIE

Traitement	40
Prestation maximum par année civile	200
Gingivectomie, portant sur l'espace de cinq dents	135
Chirurgie osseuse, par demi-arcade	250

PROTHÈSES

Prothèse complète à poser immédiatement	
- Mâchoire supérieure	400
Mâchoire inférieure	400
Prothèse complète permanente - Mâchoire supérieure	400
Mâchoire inférieure	400
Prothèse partielle en acrylique, avec au moins deux crochets et boutons - Mâchoire supérieure	285
Mâchoire inférieure	285
Prothèse partielle en métal, avec au moins deux crochets et attaches - Mâchoire supérieure	425
Mâchoire inférieure	425
Prothèse partielle en métal, avec au moins deux crochets, sans attaches - Mâchoire supérieure	425
Mâchoire inférieure	425
Prothèse partielle unilatérale (Nesbitt) - Une dent	145
Deux dents	160
Trois dents	160
Dent ajoutée à une prothèse partielle	
- Première dent	50
Par dent supplémentaire	20
Adjonction d'un nouveau crochet à une prothèse partielle existante	54
Obturbateur, prothèse non comprise	200
Réfection du revêtement ou de la base en laboratoire	
Prothèse complète - Mâchoire supérieure	130
Mâchoire inférieure	130
Prothèse partielle - Mâchoire supérieure	130
Mâchoire inférieure	130
Au cabinet dentaire	
Prothèse complète - Mâchoire supérieure	90
Mâchoire inférieure	90
Prothèse partielle - Mâchoire supérieure	75
Mâchoire inférieure	75
Double de prothèse partielle - Mâchoire supérieure	160
Mâchoire inférieure	160
Dent pontique - Métal ou acrylique	175
Porcelaine/métal	200

/...

Montant maximum
des prestations

(Dollars)

Couronne de dent pilier revêtue de porcelaine	375
Couronne de dent pilier revêtue de résine acrylique	325
Couronne de dent pilier entièrement métallique pour bridge d'au moins trois éléments	300
Couronne de dent pilier 3/4 métallique pour bridge d'au moins trois éléments	215
Dispositif d'attachement de bridge de type Maryland	135
Incrustation de support	
- Deux facettes pour bridge de trois éléments ou plus	150
Trois facettes	200
Pivot métallique avec ou sans plaque-base	95
Couronne - 3/4 métal	215
Entièrement métallique	300
Entièrement métallique revêtue de résine acrylique	325
Entièrement métallique revêtue de porcelaine	375
Incrustation - Deux faces - métallique	125
Trois faces - métallique	150
Jaquette en porcelaine	225
Jaquette en résine acrylique ou vinylique, traitee en laboratoire	125
Couronne creuse en acier	60

RÉPARATION DES PROTHÈSES

Réparation de prothèse fracturée avec ou sans dents cassées	45
Remplacement de dents cassées sur une prothèse fracturée, par dent	28
Réparation de dents cassées sur une prothèse non autrement endommagée	
- Première dent	50
Chaque dent supplémentaire	25
Nouveau crochet/remplacement d'un crochet cassé	75
Réajustement d'un crochet intact	40
Remplacement d'une facette sur une dent pontique ou une couronne	40
Rescellement d'un bridge fixe - incrustation simple, couronne ou facette	20
Deux dents support ou plus	30
Montant maximum des réparations pour chacun des membres d'une famille, par année civile	110

ENDODONTIE

Dévitalisation et thérapie des canaux radiculaires	
- Obturation d'un canal	175
De deux canaux	225
De trois canaux	275

/...

Montant maximum
des prestations

(Dollars)

Pulpotomie	50
Apicectomie simple	140
Apicectomie, y compris thérapie des canaux radiculaires et/ou amalgame à la pointe de la racine	245
Par canal supplémentaire	50
AUTRES SERVICES	
Traitement au fluorure – Fluorure d'étain	15
Anesthésie en milieu hospitalier, par tranche de 15 minutes	24
Consultation d'un spécialiste dentaire	35
Visite d'un praticien au chevet du malade	20
Protège-dents aux fins d'activités athlétiques, amovible en acrylique	50
Mainteneur d'espace	
– Fixe à barre, linguo-vélo-palatin	100
– Fixe à barre, unilatéral	75
RADIOLOGIE	
Radiographie postéro-antérieure – Initiale	3
Chaque cliché supplémentaire	3
Denture complète, une fois tous les trois ans au maximum	30
Films intra-buccaux, mâchoire en position d'occlusion	
– Maxillaire ou mandibule sur un seul cliché, deux tous les trois ans	10
Radiographie latérale – Initiale	6
Chaque cliché supplémentaire	6
Maximum de quatre clichés par année civile	24
Vue antéro-postérieure de la tête et de la mâchoire, un seul cliché	25
Radiographie latérale, tête et mâchoire, un seul cliché	25
Articulation temporo-maxillaire, un seul cliché	25
Radiographie craniométrique	25
Vue panoramique, une série tous les trois ans	30

MONTANT DÉTERMINÉ À L'AVANCE

Si l'on peut raisonnablement s'attendre que le coût d'un traitement couvert par l'assurance atteigne 200 dollars ou plus, il convient d'envoyer à GHI, avant le début du traitement, une description des actes qui seront réalisés et une estimation des honoraires du praticien. Le dentiste doit veiller à faire figurer le numéro de code de l'American Dental Association (ADA) au regard de chaque acte pour lequel est présentée une demande de remboursement.

Réclamations

En cas de désaccord avec une décision de GHI, l'assuré peut présenter une réclamation par écrit (Attention: Claims Appeals) 60 jours au plus tard après en avoir été informé. Il doit indiquer dans sa lettre le numéro de la police GHI, le numéro de la demande de remboursement et les raisons de sa réclamation. À réception de celle-ci, la demande de remboursement est réexaminée à la lumière des renseignements complémentaires communiqués par l'assuré. GHI informe alors l'intéressé par écrit de ses conclusions en expliquant pourquoi la décision initiale a été soit maintenue, soit modifiée.

Annexe VI

WORLD ACCESS

World Access (ancien Access America) fait partie des prestations auxquelles ouvrent droit les plans Aetna et BlueChoice. Le coût de ce service, qui se chiffre à 0,25 dollar par assuré, est inclus dans la prime.

World Access permet aux voyageurs internationaux d'appeler par téléphone, 24 heures sur 24, un service d'urgence s'ils ont besoin de recevoir des soins médicaux hors des États-Unis, ou à l'intérieur des États-Unis lorsque les intéressés se trouvent à 100 miles au moins de leur lieu de résidence habituel. Chaque fois que possible, les participants sont adressés à des médecins, dentistes, hôpitaux, pharmacies et autres établissements médicaux appartenant à un réseau mondial. En outre, dans la plupart des cas, World Access règle les frais d'admission et de traitement en cas d'hospitalisation d'URGENCE hors des États-Unis. Si l'hospitalisation d'urgence a lieu aux États-Unis et si l'hôpital n'accepte ni la carte Aetna ni la carte Blue Cross/BlueChoice, World Access règle directement la facture de l'hôpital et s'adresse ensuite à Aetna ou à Blue Cross pour obtenir le remboursement des sommes acquittées. En cas d'hospitalisation, les médecins affiliés se mettent en rapport avec le médecin traitant de l'assuré pour que celui-ci puisse suivre le cas et les soins dispensés au malade. S'il s'agit d'une hospitalisation d'urgence, il est important de contacter World Access au moment de l'admission ou, en tout cas, avant la sortie de l'établissement. Il convient par ailleurs de noter que toute facture d'hôpital réglée par le participant doit être adressée à Aetna ou à Blue Cross pour remboursement, World Access ne remboursant pas directement les assurés.

Les numéros de téléphone et de télécopieur de ce service d'urgence sont les suivants :

(800) 654-1901 – (si vous vous trouvez aux États-Unis, au Canada, à Porto Rico ou dans les îles Vierges américaines)

(804) 673-1159 – appeler en PCV (si vous vous trouvez en Alaska, à Washington ou ailleurs dans le monde), ou

Télécopieur No (804) 673-1179

Si vous vous mettez en rapport avec Access America, prenez soin de vous annoncer comme participant appartenant aux Nations Unies (numéro d'identification 2065). Votre numéro d'identification Aetna et Blue Cross/BlueChoice est le suivant :

8-(VOTRE PROPRE NUMÉRO DE CODE ONU)-00.

Annexe VII

PLANS AETNA ET BLUE CROSS/BLUECHOICE

LISTE DES PHARMACIES AFFILIÉES

On trouvera ci-après les listes des principales pharmacies à succursales multiples affiliées aux programmes de gestion des dépenses pharmaceutiques d'Aetna et de Blue Cross/BlueChoice. Les répertoires complets des pharmacies affiliées à Aetna et Blue Cross peuvent être consultés à la Section des assurances de l'ONU, à la Division du personnel du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et au Bureau du personnel du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). En voyage, les fonctionnaires en déplacement ayant besoin d'une pharmacie peuvent se faire indiquer une pharmacie affiliée par Aetna au (800) 238-6279 ou par Blue Cross au (800) 839-8442.

Pharmacies à succursales multiples affiliées à Aetna			Pharmacies à succursales multiples affiliées à Blue Cross/BlueChoice
New York	New Jersey	Connecticut	
AARP Pharmacy Service	Acme Pharmacy	AARP Pharmacy Service	A & P
A & P Pharmacy	A & P Pharmacy	A & P Pharmacy	Brooks Pharmacy
Brooks Drug	Brooks Drug	Arrow Prescription Center	Costco
Caldor Pharmacy	Caldor Pharmacy	Arthur Drug Stores	CVS
Costco Pharmacy	Clover Pharmacy	Brooks Drug	Drug Mart
CVS	Costco Pharmacy	Caldor Pharmacy	Duane Reade
Drug Mart	CRX Pharmacy	Costco Pharmacy	Eckerd
Drug World	CVS	CVS	Edwards
Duane Reade	Drug Fair	Douglas Drug	Finast
Edwards Pharmacy	Drug World	Edwards Pharmacy	Foodtown
Fay's	Duane Reade	F & M Distributors	Freddy's
Finast Pharmacy	Eckerd Drugs	Genovese	Genovese
Freddy's	Food Town Pharmacy	Grand Union Pharmacy	Grand Union
Genovese	Foodmax Pharmacy	K Mart Pharmacy	JC Penney Prescription Ctr
Grand Union Pharmacy	Genovese	The Medicine Shoppe	K Mart
Great American Drug	Grand Union Pharmacy	NPSC/EPIC	Phar-Mor
K Mart Pharmacy	Happy Harry's	Pathmark Pharmacy	Pharmhouse
King Kullen Pharmacy	K Mart Pharmacy	Purity Pharmacy	Price Chopper
Kinney Drugs	The Medicine Shoppe	Rite Aid	Price Club
Leroy Pharmacy	Pathmark Pharmacy	Shop & Stop	Revco
The Medicine Shoppe	Phar-Mor	Shop Rite Pharmacy	Rite Aid
Pathmark Pharmacy	Pharmhouse	Super X Drug Store	Safeway
Peterson Drug Company	Quick Check	The RX Place	Sav-On
Phar-Mor	Revco	Waldbaum's Pharmacy	Shop'N Save
Pharmhouse	Rite Aid	Walgreens	Shoprite
Price Chopper Pharmacy	RXD Pharmacy	Wal-Mart	SuperRx
Revco	Sav-On	Woolworth Pharmacy	Target
Rite Aid	Shop Rite Pharmacy		The Medicine Shoppe
Rockbottom Pharmacy	Super X Drug Store		Thrift Drug Store
Shop'N Save Pharmacy	The RX Place		Tick Tock Drugs
Shop & Stop	Thrift Drug		Tops
Shop Rite Pharmacy	Thrift RX		Vons
The RX Place	Waldbaum's Pharmacy		Wal-Mart
Thrift Drug	Walgreens		Waldbaum's
Tops Pharmacy	Wal-Mart		Walgreens
Vix Pharmacy	Woolworth Pharmacy		Weis
Waldbaum's Pharmacy			
Walgreens			
Wal-Mart			
Wegmans Pharmacy			
Weis Pharmacy			
Woolworth Pharmacy			

Annexe VIII

ADRESSES ET NUMÉROS DE TÉLÉPHONE DES COMPAGNIES D'ASSURANCES

- I. AETNA OPEN CHOICE
(Demandes de remboursement des frais médicaux ou des médicaments achetés dans des pharmacies non affiliées)
Tél. : (800) 784-3991
Tél. : (800) 238-6279
Tél. : (800) 999-2655
Tél. : (800) 749-0009
Tél. : (800) 424-1601
Tél. : (800) 793-8616
- Aetna Life Insurance Company
Unit 73
3541 Winchester Road
Allentown, PA 18195-0501
- Services assurés (demandes de renseignements sur les prestations et les demandes de remboursement)
Demandes de renseignements sur les pharmacies affiliées
Service clientèle de Walgreen's (société de vente par correspondance des médicaments)
Exécution automatisé des ordonnances pour traitement médicamenteux continu (par carte de crédit)
Évaluation du traitement psychiatrique proposé
Vision One
- II. BLUE CROSS/BLUECHOICE
Tél. : (800) 377-5156
Tél. : (800) 982-8089
Tél. : (800) 626-3643
Tél. : (888) 624-5376
Tél. : (800) 839-8442
- Empire Blue Cross
622 Third Avenue
New York, NY 10017
- Services assurés (demandes de renseignements sur les prestations et les demandes de remboursement)
Programme de gestion des prises en charge (approbation préalable des admissions à l'hôpital, actes de chirurgie non vitale, soins à domicile, soins infirmiers en établissements spécialisés, et aiguillage pour second avis)
Programme de gestion des soins de santé axés sur les troubles du comportement (approbation préalable du traitement de troubles mentaux, de l'alcoolisme et de la toxicomanie)
Express Pharmacy Services, Inc. (vente par correspondance des médicaments d'entretien)
Empire Pharmacy Management
Programme/MedImpact (demandes de renseignements sur le Programme d'achat à prix réduit des médicaments délivrés sur ordonnance (carte) et sur les pharmacies affiliées)

III. HIP/HMO

Tél. : (800) HIP-TALK
[(800) 447-8255]

HIP Member Services Department
7 West 34th Street
New York, NY 10001

IV. KAISER/HMO

Tél. : (914) 682-6500

Kaiser Foundation Health Plan
210 Westchester Avenue
White Plains, NY 10604

V. ASSURANCE SOINS DENTAIRE GHI

Tél. : (212) 501-4443
(Questions concernant les
demandes de remboursement et
demandes de renseignements sur
les dentistes affiliés à GHI)

Group Health Incorporated (GHI)
P.O. Box 1701
New York, NY 10023
Attention: Dental Correspondence Unit
