



Secrétariat

ST/IC/1998/39
22 mai 1998

CIRCULAIRE*

Circulaire du Contrôleur

Destinataires : Les fonctionnaires du Secrétariat en poste au Siège

Objet : RENOUVELLEMENT DES PLANS D'ASSURANCE MALADIE ET D'ASSURANCE SOINS DENTAIRE OFFERTS AU SIÈGE AVEC EFFET AU 1er JUILLET 1998, ET CAMPAGNE ANNUELLE D'ADHÉSION, 1er-5 JUIN 1998**

Généralités

1. La présente circulaire a pour objet d'annoncer :

a) Les modifications ci-après des primes et taux de cotisation (voir p. 2), à compter du 1er juillet 1998 :

- AETNA Open Choice PPO – les primes restent inchangées;
- Blue Cross BlueChoice PPO – les primes augmentent de 12,5 %;
- HIP HMO – les primes augmentent de 6 %;
- Kaiser HMO – les primes augmentent de 13,1 %;
- Assurance soins dentaires (voir b) ci-après) – les primes restent inchangées;

b) L'introduction, avec effet au 1er juillet 1998, du plan d'assurance soins dentaires CIGNA PPO. Ce plan remplace le plan d'assurance soins dentaires GHI qui est résilié à compter du 30 juin 1998. Les fonctionnaires affiliés au plan GHI seront automatiquement affiliés au plan CIGNA à compter du 1er juillet 1998, à moins qu'ils ne décident d'annuler leur assurance soins dentaires. De nouvelles cartes d'identité CIGNA seront délivrées aux participants. Les fonctionnaires qui ne sont pas affiliés au plan GHI peuvent

* La présente circulaire expire le 30 juin 1999.

** Manuel d'administration du personnel, No 6171 de l'index.

adhérer, ainsi que les membres de leur famille qui remplissent les conditions requises, au nouveau plan CIGNA au cours de la campagne annuelle d'adhésion. On trouvera à l'annexe V à la présente circulaire une description des prestations ainsi que du réseau de prestataires du plan CIGNA;

c) Des modifications aux prestations pour les soins de santé mentale ambulatoire au titre du plan AETNA PPO et des prestations pour les soins de chiropractie et d'acupuncture au titre du plan Blue Cross BlueChoice PPO. Les changements relatifs à ces prestations sont décrits dans les annexes I et II, respectivement.

2. Les annexes I à VIII à la présente circulaire, dont la liste figure au paragraphe 14, donnent un aperçu de chacun des plans et des prestations auxquelles il ouvre droit.

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 1998)

Personnes assurées	Aetna Open Choice	Blue Cross BlueChoice	HIP/HMO	Kaiser/HMO	Assurance soins dentaires CIGNA, associée à un plan d'assurance maladie	Assurance soins dentaires CIGNA (seule)
Fonctionnaire seul						
Prime (dollars)	319,34	229,84	185,13	214,63	23,14	23,14
Cotisation (pourcentage)	2,76	2,00	1,62	1,85	0,19	0,29
Fonctionnaire et un enfant						
Prime (dollars)	614,51	458,60	366,49	429,28	55,15	55,15
Cotisation (pourcentage)	4,66	3,53	2,69	3,28	0,39	0,59
Fonctionnaire et conjoint						
Prime (dollars)	614,51	458,60	366,49	429,28	55,15	55,15
Cotisation (pourcentage)	4,66	3,53	2,69	3,28	0,39	0,59
Fonctionnaire et deux membres de sa famille ou plus						
Prime (dollars)	775,05	665,84	540,58	579,51	115,59	115,59
Cotisation (pourcentage)	5,24	4,53	3,59	3,88	0,77	1,16

^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 1^{er} au 5 juin 1998. 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 1^{er} au 3 juin – dans le cas de CIGNA, les 4 et 5 juin également – 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 que la campagne d'adhésion est la seule occasion qu'ils auront d'ici à juin 1999 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. 8);
- b) Blue Cross BlueChoice (p. 21);
- c) Health Insurance Plan of Greater New York, Health Maintenance Organization (HIP/HMO) (p. 30);
- d) Kaiser Foundation Health Plan of the Northeast, Health Maintenance Organization (Kaiser/HMO) (p. 34);
- e) CIGNA Dental PPO Plan (p. 38).

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 1^{er} juillet 1998. **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 et règlement régissant l'adhésion

7. Jusqu'à présent, la circulaire annuelle fixant le montant des primes et les taux de cotisation et décrivant les prestations prévues par les plans d'assurance maladie offerts au Siège concernait également les critères d'admissibilité et la réglementation en matière d'adhésion. Par ses circulaires ST/SGB/1997/1 et ST/SGB/1997/2 en date du 28 mai 1997, le Secrétaire général a introduit un nouveau système de promulgation des textes administratifs et des circulaires. Conformément à ce nouveau système, la présente circulaire est donc limitée aux renseignements concernant les primes, les cotisations et les prestations liées aux plans d'assurance offerts au Siège. Il sera publié en temps utile une instruction administrative distincte énonçant les critères d'admissibilité et le règlement régissant l'adhésion intéressant tous les plans d'assurance maladie de l'Organisation des Nations Unies. En attendant la promulgation de cette nouvelle instruction administrative, les critères d'admissibilité et le règlement régissant l'adhésion aux plans offerts au Siège énoncés dans la circulaire ST/IC/1997/32 en date du 28 mai 1997 (par. 7 à 16) resteront en vigueur.

Radiation de fonctionnaires ou d'ayants droit

8. 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 se faire radier ou 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

9. 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

10. 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 fait que l'assureur ne peut refuser une demande présentée à ce titre et qu'aucun certificat médical préalable n'est requis. D'une manière générale, sauf en cas de mauvaise santé chronique, il sera plus avantageux d'adhérer à un nouveau plan d'assurance que d'exercer le droit à conversion. PAR AILLEURS, 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 et Kaiser, il convient de s'adresser directement aux compagnies d'assurances. Le plan d'assurance soins dentaires n'offre pas la possibilité de conversion.

Demandes de remboursement ou de renseignements et différends

11. 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 plan d'assurance offert 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.

12. 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, chacun des plans prévoit des exclusions et des limitations, qui sont exposées dans les manuels des plans et les polices d'assurance. En cas de différend entre un assuré et l'assureur ou le gestionnaire de plan, la décision finale, qui est dictée par les clauses de la police d'assurance, appartient non pas à l'ONU mais à l'assureur ou au gestionnaire de plan. Les polices souscrites auprès des différents assureurs ou gestionnaires de plan 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

13. Les contrats passés entre l'ONU d'une part et les compagnies Aetna, Blue Cross et CIGNA 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

14. 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	8
II. Blue Cross BlueChoice	21
III. HIP/HMO	30
IV. Kaiser/HMO	34
V. CIGNA Dental PPO	38

On trouvera en outre des renseignements concernant le service d'urgence World Access, 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	45
VII. Pharmacies affiliées à Aetna et BlueChoice	46
VIII. Adresses et numéros de téléphone des compagnies d'assurances (pour renseignements concernant les indemnisations et prestations)	48

/...

15. La liste des praticiens et autres prestataires affiliés aux plans Aetna, Blue Cross et CIGNA PPO peut être consultée à la Section des assurances, bureau S-2765. En outre, il est conseillé aux fonctionnaires d'utiliser l'Intranet de l'ONU pour obtenir des renseignements au sujet des prestataires. Il leur suffit pour cela de cliquer sur "Insurance" sur la page d'accueil.

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 10 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'un ticket modérateur 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 le ticket modérateur 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 à titre de ticket modérateur 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 à titre de ticket modérateur.

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 1998. 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 10 à 14. La législation fédérale des États-Unis interdit l'application d'un plafond annuel au remboursement des traitements ambulatoires de santé mentale lorsque les services de santé physique ne sont pas soumis à des limitations comparables. En conséquence, le plafond annuel de 3 216 dollars cesse d'être appliqué aux traitements ambulatoires de santé mentale, à compter du 1er juillet 1998. On trouvera à la section C de la présente annexe (p. 18) les prestations révisées au titre des traitements ambulatoires de santé mentale.

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

Caractéristiques	Prestataires affiliés	Prestataires non affiliés
Franchise	Aucune pour l'assuré Aucune pour la famille	125 dollars pour l'assuré 375 dollars pour la famille
Plafond de la coassurance		1 000 dollars pour l'assuré 3 000 dollars pour la famille
Montant global remboursable à l'assuré sa vie durant	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'un ticket modérateur de 10 dollars	80 % après paiement de la franchise
Spécialistes (consultations au cabinet)	100 % après paiement d'un ticket modérateur de 10 dollars	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 %
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'un ticket modérateur de 10 dollars	80 % après paiement de la franchise
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
Examen obstétrique/gynécologique de routine (1 par année civile, comprenant 1 test de Papanicolaou et frais connexes)	100 % après paiement d'un ticket modérateur de 10 dollars	80 % après paiement de la franchise
Chirurgie	100 %	80 % après paiement de la franchise
Services dispensés par un médecin en milieu hospitalier	100 %	80 % après paiement de la franchise
Analyses et traitements allergologiques (effectués par un médecin)	100 % après paiement d'un ticket modérateur de 10 dollars	80 % après paiement de la franchise
Injections d'allergènes (non effectuées par un médecin)	100 %	80 % après paiement de la franchise
Autres services dispensés par un médecin	100 %	80 % après paiement de la franchise

Caractéristiques	Prestataires affiliés	Prestataires non affiliés
Examens radiologiques et analyses de laboratoire aux fins de diagnostic (traitement ambulatoire)	100 %	80 % après paiement de la franchise
Services hospitaliers		
En cours d'hospitalisation	100 %	100 %
Traitement ambulatoire	100 %	100 %
Urgences (selon les symptômes)	100 %	100 %
	Remboursement intégral lorsque les soins sont dispensés dans les 12 heures qui suivent le moment où la maladie s'est déclarée ou, en cas d'opération chirurgicale, dans les 72 heures qui suivent l'accident	
Utilisation des services d'urgence à des fins non urgentes (notamment lors d'éruption cutanée, de maux d'oreille, de bronchites, etc.)	80 %	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'un ticket modérateur de 10 dollars; prestation plafonnée à 1 000 dollars	80 % après paiement de la franchise; prestation plafonnée à 1 000 dollars
Manipulations vertébrales*	100 % après paiement d'un ticket modérateur de 10 dollars; prestation plafonnée à 1 000 dollars	80 % après paiement de la franchise; prestation plafonnée à 1 000 dollars
Services de santé mentale**		
Soins hospitaliers	100 % Jusqu'à 90 jours par année civile*	100 % après paiement de la franchise Jusqu'à 90 jours par année civile*
Traitement ambulatoire	100 % jusqu'à concurrence de 50 consultations par année civile***	80 % après déduction de la franchise jusqu'à concurrence de 50 consultations par année civile***
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*

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

** Voir "Évaluation du traitement psychiatrique proposé" (p. 17).

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

Caractéristiques	Prestataires affiliés	Prestataires non affiliés
Alcoolisme/toxicomanie		
Soins hospitaliers	100 %	100 % après paiement de la franchise
Maximum	60 jours par année civile*	60 jours par année civile*
Maximum remboursable la vie durant de l'assuré	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)
Maternité (y compris la stérilisation et l'avortement volontaires)		
	100 % après paiement d'un ticket modérateur 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
Médicaments délivrés sur ordonnance		
	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	80 % après paiement de la franchise
	100 % après paiement d'un ticket modérateur 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 le ticket modérateur 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	

* Voir "Évaluation du traitement psychiatrique proposé" (p. 17).

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

Caractéristiques	Prestataires affiliés	Prestataires non affiliés
AUTRES PRESTATIONS		
Soins infirmiers spécialisés		100 % Jusqu'à concurrence de 365 jours par année civile
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 % pour les 200 premières 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)
Ambulance*		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
Soins d'accompagnement Soins hospitaliers ou externes		100 % Jusqu'à 210 jours pour services hospitaliers et externes
Psychothérapie de soutien en cas de deuil		100 % Jusqu'à 5 consultations
Rééducation de courte durée		
Physiothérapie, ergothérapie	100 %	80 % après paiement de la franchise
Orthophonie		80 % Non soumis à la franchise**
Prothèses auditives*		80 % Non soumis à la franchise Jusqu'à concurrence de 750 dollars et d'une prothèse par oreille tous les 3 ans
Évaluation et examen audiométriques	100 % après paiement d'un ticket modérateur 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
Programme visant à aider les patients diabétiques en traitement ambulatoire à gérer eux-mêmes leur maladie		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 %.

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

Caractéristiques	Prestataires affiliés	Prestataires non affiliés
Appareils médicaux durables		80 % Non soumis à la franchise*
Soins oculaires		
Verres correcteurs (y compris les verres de contact)		80 % Non soumis à 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
Approbation préalable à l'hospitalisation	À la charge du prestataire	Non requise
Évaluation du traitement** psychiatrique proposé		
Pénalité pour non-obtention de l'accord préalable d'Aetna en cas d'hospitalisation	Aucune	100 dollars par cas
Second avis chirurgical	Non requis, mais couvert à 100 % après paiement du ticket modérateur de 10 dollars	Non requis, mais couvert à 100 % après paiement de la franchise
Demande de remboursement	À la charge du prestataire	À la charge de l'assuré

* Si les services sont rendus par un prestataire affilié ou en milieu hospitalier, le remboursement est effectué à 100 % sans ticket modérateur.

** Les soins hospitaliers de santé mentale, y compris le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, sont dispensés dans le cadre du programme d'évaluation du traitement psychiatrique proposé. L'hospitalisation est soumise à approbation préalable. Cette approbation incombe soit au prestataire, s'il est affilié, soit au médecin ou au fonctionnaire, si le prestataire n'est pas affilié.

Programme "Vision One" de soins oculaires à prix réduit

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. Ce programme s'ajoute, sans les remplacer, aux prestations auxquelles le plan donne droit actuellement pour verres correcteurs et qui seront administrées comme par le passé. Les assurés peuvent 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'ont qu'à produire leur carte Aetna au moment de la visite. Le prestataire applique le tarif réduit à tout achat et exécute 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 de réduction de prix, 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.

<u>Prestations</u>	<u>Coût</u> <u>Vision One</u> (dollars)
Montures – prix de détail	
Jusqu'à 60 dollars	16
De 61 à 80 dollars	26
De 81 à 100 dollars	36
De 101 à 200 dollars	50 %
Verres de lunettes – par paire (matière plastique sans revêtement)	
Verres à simple foyer	25
Verres bifocaux	45
Verres trifocaux	55
Verres lenticulaires	95
Options – par paire (les montants s'ajoutent aux prix ci-dessus)	
Verres progressifs standard (bifocaux sans ligne de séparation)	50
Verres en polycarbonate	30
Verres antirayures	12
Verres filtrants	12
Verres teintés unis ou progressifs	8
Verres en verre	15
Verres photochromiques	30
Verres à revêtement antiréfléchissant	35
Verres photochromiques en plastique	55

Examen oculaire (par un optométriste indépendant agréé)

Verres – 33 dollars

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.

Appeler le numéro (800) 391-5367 pour de plus amples renseignements.

Honoraires

Un montant de 10 dollars est perçu pour l'essayage et la préparation, sans limitation du nombre d'ajustements.

Prestations au titre de l'acupuncture

Le plan Aetna Open Choice couvre 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.

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 du ticket modérateur.
2. Coût intégral de 30 jours d'hospitalisation (en chambre à plusieurs lits) 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 traitement est pris en charge à 100 % s'il est dispensé par un prestataire affilié. Si le prestataire n'est pas affilié, le traitement est pris en charge à 80 % des frais raisonnables et habituels pour la zone considérée, la franchise annuelle étant appliquée. Le maximum de 50 consultations par an s'applique globalement aux prestataires affiliés et non affiliés. Le ticket modérateur afférent à cette prestation ne s'applique pas au plafond annuel de 1 000 dollars fixé pour le ticket modérateur.
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 soit 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 remplacement.

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 du ticket modérateur. 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 un ticket modérateur 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 montant 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 le ticket modérateur normal (10 dollars), plus la différence entre le coût de la spécialité pharmaceutique et celui du médicament générique équivalent.
- 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 le ticket modérateur. 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 par l'envoi du formulaire habituel 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 le ticket modérateur de 20 % qui sera pris 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 un ticket modérateur de 10 dollars 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 ticket modérateur (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 ticket modérateur.

Primes

À compter du 1er juillet 1998, le montant total des primes mensuelles applicables pour le plan BlueChoice (réparti entre le fonctionnaire et l'Organisation) sera relevé de 12,5 %. 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

Jusqu'ici, le plan BlueChoice prévoyait 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. À compter du 1er juillet 1998, BlueCross remboursera également les traitements par acupuncture dispensés par un acupuncteur agréé qui n'est pas médecin.

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	—
— Physiothérapie, 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)	
— Blessure par accident	Ticket modérateur de 35 dollars (sauf lorsque le malade est hospitalisé dans les 24 heures)
— État médical grave se déclarant soudainement	Ticket modérateur de 35 dollars (sauf lorsque le malade est hospitalisé dans les 24 heures)
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	
—	—
Soins d'accompagnement²	
— 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 famille
COASSURANCE	—	20 %
TICKET MODÉRATEUR (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	Ticket modérateur de 10 dollars	Franchise et ticket modérateur
Chirurgie	—	Franchise et ticket modérateur
Assistance chirurgicale	—	Franchise et ticket modérateur
Anesthésie	—	Franchise et ticket modérateur
Consultations en cours d'hospitalisation	—	Franchise et ticket modérateur
Consultations		
— Au cabinet du médecin ou à domicile (<i>une par spécialité médicale</i>)	Ticket modérateur de 10 dollars	Franchise et ticket modérateur
— En cours d'hospitalisation (<i>une consultation par hospitalisation</i>)	—	
Soins de maternité	—	Franchise et ticket modérateur
Mammographie (dépistage)	—	Franchise et ticket modérateur
Examens radiologiques aux fins de diagnostic	—	Franchise et ticket modérateur
Analyses de laboratoire	—	Franchise et ticket modérateur
Soins de santé mentale¹		
— Jusqu'à 60 consultations externes au cabinet du médecin ou dans un établissement	Ticket modérateur de 25 dollars par consultation ²	Franchise et ticket modérateur de 50 %
— Jusqu'à 90 consultations en cours d'hospitalisation par année civile	— ²	
Chimiothérapie et radiothérapie		
— Traitement ambulatoire dans un hôpital	—	Franchise et ticket modérateur
— Au cabinet du médecin	—	
Second avis chirurgical	—	S.O.
Ambulance	S.O.	Ni franchise ni ticket modérateur
Analyses et traitements allergologiques	Ticket modérateur de 10 dollars par consultation —, pour les analyses et les visites pour traitements	Franchise et ticket modérateur
Tests et analyses aux fins de diagnostic	—	Franchise et ticket modérateur

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 ticket modérateur
Fournitures médicales	S.O.	—, ni franchise ni ticket modérateur
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 ticket modérateur
Médecine préventive femmes	Ticket modérateur de 10 dollars	Franchise et ticket modérateur
Examen médical annuel	Ticket modérateur de 10 dollars	Non couvert
Médecine préventive enfants (y compris les vaccinations recommandées)	—	Franchise et ticket modérateur
— 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		
Chiropractie	Ticket modérateur de 10 dollars	Franchise et ticket modérateur
Programme d'achat à prix réduit des médicaments délivrés sur ordonnance	Ticket modérateur de 15 % jusqu'à concurrence de 15 dollars par ordonnance; ticket modérateur de 10 dollars à l'achat par correspondance	Ticket modérateur de 15 % (sur présentation d'une demande de remboursement)
Acupuncture	Ticket modérateur de 10 dollars	Franchise et ticket modérateur
Prothèses auditives	S.O.	Un examen tous les trois ans (maximum 100 dollars); une prothèse par oreille tous les trois ans
Soins oculaires	Un examen tous les 24 mois, avec ticket modérateur de 5 dollars et de 10 dollars pour les montures, exonération de 35 dollars pour la lunetterie non couverte par le plan	Non couvertes

PHYSIOTHÉRAPIE ET AUTRES THÉRAPIES	Prestataires affiliés L'ASSURÉ PAIE	Prestataires non affiliés L'ASSURÉ PAIE
Physiothérapie — 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 Ticket modérateur de 10 dollars par visite (domicile ou cabinet)	Franchise et ticket modérateur
Autres thérapies (ergothérapie, orthophonie, audithérapie, traitement orthoptique) — Jusqu'à 30 consultations au total (à domicile, au cabinet du praticien ou en traitement ambulatoire) ¹	—, en traitement ambulatoire Ticket modérateur de 10 dollars par consultation (domicile ou cabinet)	Franchise et ticket modérateur

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. Le programme d'achat à prix réduit des médicaments délivrés sur ordonnance (Empire Pharmacy Management) est géré par MedImpact. Ce 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.
2. 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 libellée et ne procédera à aucune substitution.
3. 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 de 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, à titre de ticket modérateur, 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.
4. 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 un ticket modérateur 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

5. 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 le ticket modérateur normal (10 dollars) plus la différence entre le coût de la spécialité pharmaceutique et celui du médicament générique équivalent.
6. 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 le ticket modérateur. 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. Un ticket modérateur de 15 % sera toutefois perçu 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 du ticket modérateur ne sera pas pris en compte pour atteindre le plafond annuel de 900 dollars fixé pour le ticket modérateur.

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 un ticket modérateur 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) augmentera de 6 % à compter du 1er juillet 1998. 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

Ticket modérateur 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

Détartrage annuel et autres services préventifs dispensés par un dentiste affilié. Ticket modérateur 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 1998. 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 prestationsCouverture

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 un ticket modérateur de 25 % du tarif fixé par Kaiser pour les 10 consultations suivantes et de 50 % pour les 21e à 30e consultations

Soins d'urgence :

Ticket modérateur de 25 dollars

L'assuré doit acquitter un ticket modérateur de 25 dollars 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

Couverture

Dans la région

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

En dehors de la région

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

Médicaments et appareils prescrits par ordonnance

L'assuré verse un ticket modérateur 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

Réclamations

Se reporter au guide qui est adressé à tout assuré

Annexe V

PLAN D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES CIGNA DENTAL PPO

Historique

Sur la base d'une procédure d'appel d'offres lancé au début de cette année et compte tenu des résultats d'une enquête relative au plan d'assurance soins dentaires menée auprès des fonctionnaires et des retraités de l'ONU, du PNUD et de l'UNICEF, il a été décidé de remplacer le plan d'assurance soins dentaires GHI du Siège par un plan consistant en un réseau de prestataires affiliés géré par CIGNA. Le choix de CIGNA pour gérer le nouveau plan a été opéré à l'issue d'un examen approfondi des offres reçues, fondé sur des critères d'évaluation de base tels que la capacité générale de prestation de services, l'aptitude à gérer le plan voulu ainsi que la taille et l'étendue géographique du réseau de prestataires.

Aperçu du plan

Le plan CIGNA Dental PPO offre aux fonctionnaires non seulement un réseau plus étendu qu'auparavant de prestataires affiliés dans l'agglomération new-yorkaise, mais aussi deux options distinctes, à savoir l'Option A et l'Option B, tout en maintenant une structure de prime unique. Le système à deux options vise à faire en sorte a) que les fonctionnaires satisfaits de plans du type GHI puissent continuer de se faire rembourser leurs soins dentaires, ainsi que ceux des membres de leur famille, de la même manière qu'auparavant et b) que les fonctionnaires dont le traitement dentaire n'est pas assuré par des dentistes affiliés aient désormais la possibilité de choisir une formule leur assurant le remboursement sur la base d'un certain pourcentage d'honoraires dentaires "raisonnables et habituels", comme dans le cas des plans d'assurance maladie Aetna et Blue Cross PPO.

Tous les assurés qui adhèrent actuellement au plan GHI seront automatiquement affiliés au nouveau plan CIGNA au titre de l'Option A, celle-ci correspondant à la structure des plans traditionnels. Tous les participants auront la possibilité de choisir l'Option B s'ils estiment y avoir intérêt. Il faut toutefois noter que l'option choisie s'appliquera également à tous les membres de la famille. C'est ainsi qu'il n'est pas possible qu'un fonctionnaire retienne l'Option A et que le conjoint choisisse l'Option B. De surcroît, afin que les fonctionnaires disposent de suffisamment de temps pour prendre leur décision au cas où ils ne seraient pas en mesure de le faire pendant la campagne annuelle, l'Option B pourra être choisie jusqu'au 31 août 1998, après quoi les fonctionnaires devront attendre la campagne d'adhésion de 1999 pour sélectionner cette option. Le choix de l'Option B doit se faire par un formulaire spécial CIGNA, qui doit être transmis par l'intermédiaire de la Section des assurances et des demandes d'indemnisation. On pourra se procurer ce formulaire pendant la campagne d'adhésion au comptoir CIGNA situé devant les panneaux d'affichage réservés aux activités du personnel, près de l'entrée de la cafétéria du Secrétariat, ainsi qu'à la Section des assurances et des demandes d'indemnisation (bureau S-2765).

Cartes d'identité CIGNA

Des cartes d'identité CIGNA seront délivrées avant la date d'entrée en vigueur du plan, fixée au 1er juillet 1998. Il est à noter que l'option choisie ne figure pas sur ces cartes. Le choix de l'Option A ou de l'Option B est enregistré dans la base de données de CIGNA et sera communiqué au prestataire lorsqu'il vérifiera l'admissibilité au remboursement des frais. Le numéro d'identification CIGNA se compose de neuf chiffres. Les trois premiers, qui seront attribués par CIGNA, seront communs à tous les affiliés de l'ONU, les six autres étant constitués par le numéro de code attribué au fonctionnaire.

Primes

Le montant des primes mensuelles applicable au titre du plan d'assurance soins dentaires CIGNA Dental PPO sera le même que pour le plan GHI. 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, 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 la 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.

Description de l'Option A et de l'Option B

Option A :

L'Option A est analogue au plan GHI dans la mesure où elle couvre 100 % des frais sans franchise si le traitement dentaire est dispensé par un dentiste affilié à CIGNA. Le réseau CIGNA couvre l'ensemble des États-Unis et compte au total plus de 38 000 dentistes, dont environ 4 800 dans l'État de New York (3 000 dans la ville de New York), 2 100 dans le New Jersey et 700 dans le Connecticut. Les fonctionnaires qui choisissent l'Option A peuvent également consulter des dentistes non affiliés, auquel cas CIGNA rembourse le montant des honoraires correspondant aux dentistes affiliés pratiquant dans la même zone que les dentistes non affiliés. Si les honoraires du dentiste non affilié sont supérieurs à ceux que pratiquent les dentistes affiliés, la différence sera à la charge du fonctionnaire. Il est important de noter que, contrairement au plan GHI, le plan CIGNA ne prévoit pas de tarif unique pour les prestataires affiliés. Les honoraires contractuels varient d'une région à l'autre.

On trouvera à la page 41 un récapitulatif des prestations et de la couverture prévues par l'Option A.

Option B :

L'Option B se distingue essentiellement par la formule de remboursement offerte aux participants qui souhaitent faire appel à des dentistes non affiliés. Selon cette option, les traitements dentaires dispensés par des prestataires non affiliés sont remboursés à hauteur de certains pourcentages une fois acquittée la franchise annuelle de 25 dollars par personne ou de 75 dollars par famille. Les pourcentages des remboursements s'appliquent aux honoraires dentaires "raisonnables et habituels" pratiqués dans la zone postale du

/...

dentiste. Les montants raisonnables et habituels des honoraires sont fixés par rapport à une base de données nationale gérée par la Health Insurance Association of America (HIAA). Les taux de remboursement sont fonction du type de traitement dentaire : 90 % pour les traitements préventifs et les diagnostics; 80 % pour les réparations majeures et mineures; 70 % pour l'orthodontie.

Selon l'Option B, les assurés peuvent également être soignés par des dentistes affiliés, auquel cas il n'y a pas de franchise. Les taux de remboursement des soins préventifs et de diagnostic, des traitements de réparation majeurs et mineurs et d'orthodontie sont respectivement de 100 %, 90 % et 80 %, sur la base des barèmes contractuels convenus entre les prestataires affiliés et CIGNA. Seront donc à la charge de l'assuré les 10 ou 20 % représentant la différence entre les montants remboursés et les montants contractuels des honoraires fixés par CIGNA. Les prestations et couvertures prévues par l'Option B sont récapitulées à la page 42.

Traitements dentaires en dehors des États-Unis

Les assurés qui reçoivent des soins dentaires en dehors des États-Unis peuvent prétendre au même remboursement que dans le cas de soins dispensés par un dentiste non affilié de New York.

Plafond annuel des prestations

Le plafond annuel des prestations est de 2 000 dollars par assuré, que l'Option A ou l'Option B ait été choisie. Pour les traitements orthodontiques, un plafond de 2 000 dollars est en outre imposé par enfant à charge, jusqu'à l'âge de 19 ans.

Montant déterminé à l'avance

Si l'on peut raisonnablement s'attendre à ce que le coût d'un traitement couvert par l'assurance atteigne 300 dollars ou plus, il convient d'envoyer à CIGNA, 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 une demande de remboursement est présentée.

Répertoire des prestataires affiliés à CIGNA

Un répertoire des praticiens affiliés à CIGNA exerçant dans l'agglomération new-yorkaise sera disponible pendant la campagne d'adhésion au comptoir de CIGNA situé près de l'entrée de la cafétéria, au Secrétariat, puis à la Section des assurances, au bureau S-2765.

Site Web de CIGNA

À partir du 1er juillet 1998, il sera possible d'accéder au réseau national de dentistes affiliés à CIGNA par la page d'accueil "Insurance" de l'Intranet de l'ONU. Dans l'intervalle, le répertoire de prestataires CIGNA peut être consulté à partir du site Web de CIGNA sur Internet : www.cigna.com/dental.

OPTION A

Récapitulatif des prestations

CIGNA Dental PPO

Prestations	Prestataires affiliés*		Prestataires non affiliés*	
	L'assurance paie	L'assuré paie	L'assurance paie	L'assuré paie
<i>Plafond pour l'exercice</i> — 1er juillet 1998-30 juin 1999 (Classes I, II et III)	2 000 dollars		2 000 dollars	
<i>Franchise annuelle</i>	Pas de franchise		Pas de franchise	
<i>Taux de remboursement</i>	Sur la base des honoraires contractuels réduits		Sur la base des honoraires contractuels réduits pour les prestataires non affiliés	
<i>Classe I — Soins préventifs et diagnostic</i>	100 %	—	100 % des honoraires contractuels pour les prestataires affiliés	Solde des honoraires
Examens (deux par an) Nettoyages (deux par an) Radiographie complète (une fois tous les trois ans) Radiographie latérale (deux par an) Radiographie panoramique (une fois tous les trois ans) Application de fluorure (une par an pour les personnes de moins de 19 ans) Détartrants (limités aux dents postérieures pour les personnes de moins de 14 ans — un traitement par dent tous les trois ans) Mainteneurs d'espace (limités au traitement non orthodontique) Traitement analgésique d'urgence				
<i>Classe II — Soins réparateurs de base</i>	100 %	—	100 % des honoraires contractuels pour les prestataires affiliés	Solde des honoraires
Obturations Dévitalisation et thérapie des canaux radiculaires Chirurgie osseuse Traitement de parodontie et ponçage de racine Ajustement et réparation de prothèses Extractions Chirurgie bucco-dentaire				
<i>Classe III — Soins réparateurs importants</i>	100 %	—	100 % des honoraires contractuels pour les prestataires affiliés	Solde des honoraires
Couronnes Prothèses Bridges				
<i>Classe IV — Orthodontie</i>	100 %	—	100 % des honoraires contractuels pour les prestataires affiliés	Solde des honoraires
Montant global remboursable sa vie durant à l'assuré (En sus des plafonds applicables aux classes I, II et III)	2 000 dollars Enfants à charge de moins de 19 ans		2 000 dollars Enfants à charge de moins de 19 ans	

Une détermination préalable des prestations est recommandée lorsque le coût du traitement dentaire proposé dépasse 200 dollars. Le dentiste se met en rapport avec CIGNA à ce sujet.

* Le plafond de 2 000 dollars vaut pour l'exercice, que le prestataire soit affilié ou non.

OPTION B

Récapitulatif des prestations

CIGNA Dental PPO

Prestations	Prestataires affiliés*		Prestataires non affiliés*	
	L'assurance paie	L'assuré paie	L'assurance paie	L'assuré paie
<i>Plafond pour l'exercice</i> — 1er juillet 1998-30 juin 1999 (Classes I, II et III)	2 000 dollars		2 000 dollars	
<i>Franchise annuelle</i> — 1er juillet 1998-30 juin 1999 Assuré Famille	Pas de franchise Pas de franchise		25 dollars 75 dollars	
<i>Taux de remboursement</i>	Sur la base des honoraires contractuels réduits		Sur la base des montants raisonnables et habituels	
<i>Classe I — Soins préventifs et diagnostic</i>	100 %	—	90 %	10 %
Examens (deux par an) Nettoyages (deux par an) Radiographie complète (une fois tous les trois ans) Radiographie latérale (deux par an) Radiographie panoramique (une fois tous les trois ans) Application de fluorure (une par an pour les personnes de moins de 19 ans) Détartrants (limités aux dents postérieures pour les personnes de moins de 14 ans — un traitement par dent tous les trois ans) Mainteneurs d'espace (limités au traitement non orthodontique) Traitement analgésique d'urgence				
<i>Classe II — Soins réparateurs de base</i>	90 %	10 %	80 %**	20 %**
Obturations Dévitalisation et thérapie des canaux radiculaires Chirurgie osseuse Traitement de parodontie et ponçage de racine Ajustement et réparation de prothèses Extractions Chirurgie bucco-dentaire				
<i>Classe III — Soins réparateurs importants</i>	90 %	10 %	80 %**	20 %**
Couronnes Prothèses Bridges				
<i>Classe IV — Orthodontie</i>	80 %	20 %	70 %**	30 %**
Montant global remboursable sa vie durant à l'assuré (En sus des plafonds applicables aux classes I, II et III)	2 000 dollars Enfants à charge de moins de 19 ans		2 000 dollars Enfants à charge de moins de 19 ans	

Une détermination préalable des prestations est recommandée lorsque le coût du traitement dentaire proposé dépasse 200 dollars. Le dentiste se met en rapport avec CIGNA à ce sujet.

* Le plafond de 2 000 dollars vaut pour l'exercice, que le prestataire soit affilié ou non.

** Après paiement de la franchise annuelle.

Récapitulatif des prestations

Le récapitulatif des prestations exposé aux pages __ présente les nombreuses prestations offertes par le plan CIGNA Dental PPO. Une description complète des conditions, exclusions et limites sera établie après l'entrée en vigueur du plan.

Réclamations

En cas de désaccord avec le motif du rejet total ou partiel d'une demande de remboursement, l'assuré doit en informer par écrit, dans les 60 jours, le service des demandes de remboursement de CIGNA, en indiquant pourquoi, à son avis, la demande de remboursement aurait dû être honorée, et en présentant toute information, question ou observation jugée utile. Le service qui s'est occupé de la demande de remboursement examinera la réclamation. S'il n'est pas en mesure de régler la question, il en saisira le siège de la compagnie. L'assuré sera informé de la décision finale dans les 60 jours suivant la réception de son recours et, si des circonstances particulières l'exigent, dans les 120 jours. Si l'assuré n'accepte pas cette décision finale et qu'il souhaite examiner son dossier, il doit s'adresser par écrit au service qui a traité sa réclamation.

Exclusions

La liste d'exclusions ci-après n'est pas exhaustive :

- Services strictement d'ordre esthétique;
- Remplacement d'un appareil en cas de perte ou de vol;
- Remplacement d'un bridge ou d'une prothèse dans les cinq ans suivant la date de son installation;
- Remplacement d'un bridge ou d'une prothèse pouvant être rendu conforme aux normes dentaires;
- Actes, appareils ou réparations, autres que des prothèses complètes, qui visent essentiellement à modifier les dimensions verticales, diagnostiquer ou traiter des problèmes d'articulation temporo-maxillaire, stabiliser des dents présentant des problèmes de parodontie ou réparer des occlusions;
- Revêtements de porcelaine ou de résine acrylique de couronnes ou dents pontiques ou remplacement des première, deuxième et troisième molaires supérieures et inférieures;
- Relevés d'occlusions; fixations de précision ou de semi-précision; pose d'éclisses;
- Implants chirurgicaux de tous types et prothèses fixées à ces implants;
- Instructions relatives à la lutte contre le tartre, à l'hygiène bucco-dentaire et au régime alimentaire;

/...

- Services dentaires ne répondant pas aux normes courantes;
- Services considérés comme des services médicaux;
- Services et fournitures fournis par un hôpital;
- Frais qui ne sont pas légalement à la charge de l'assuré;
- Actes et traitements expérimentaux ou aux fins d'expertise;
- Traumatismes liés à l'exercice d'un emploi rémunéré ou d'une activité lucrative;
- Toutes maladies couvertes par la législation sur les accidents de travail et les maladies professionnelles;
- Frais dépassant les montants raisonnables et habituels.

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 mois 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), en indiquant votre propre numéro de code ONU.

Annexe VII

PLANS AETNA ET BLUE CROSS

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. 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 (888) 792-8742 ou par Blue Cross au (800) 839-8442.

Pharmacies à succursales multiples affiliées à Aetna			Pharmacies à succursales multiples affiliées à Blue Cross
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	SupeRx
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 Aetna Life Insurance Company
Unit 73
3541 Winchester Road
Allentown, PA 18195-0501
- Tél. : (888) 792-8742 Services assurés (demandes de
renseignements sur les prestations et les
demandes de remboursement)
- Tél. : (888) 792-8742 Demandes de renseignements sur les
pharmacies affiliées
- Tél. : (888) 792-8742 Service clientèle de Walgreen's (société
de vente par correspondance des
médicaments)
- Tél. : (888) 792-8742 Exécution automatisée des ordonnances pour
traitement médicamenteux continu (par
carte de crédit)
- Tél. : (800) 424-1601 Évaluation du traitement psychiatrique
proposé
- Tél. : (800) 793-8616 Vision One
- II. BLUE CROSS/BLUECHOICE
- Tél. : (800) 377-5156 Empire Blue Cross
622 Third Avenue
New York, NY 10017
- Tél. : (800) 982-8089 Services assurés (demandes de
renseignements sur les prestations et les
demandes de remboursement)
- Tél. : (800) 626-3643 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)
- Tél. : (888) 624-5376 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)

- Tél. : (800) 839-8442
- 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
- HIP Member Services Department
7 West 34th Street
New York, NY 10001
- Tél. : (800) HIP-TALK
[(800) 447-8255]
- IV. KAISER/HMO
- Kaiser Foundation Health Plan
210 Westchester Avenue
White Plains, NY 10604
- Tél. : (800) 305-1998
- V. CIGNA DENTAL PPO PLAN
- Cigna Healthcare Service Center
P.O. Box 182539
Chattanooga, TN 37422-7539
- Tél. : (800) 355-5965
(demandes de remboursement
et service clientèle)
- Tél. : (888) DENTALS
(renseignements sur les
dentistes affiliés)
