

## CAISSE D'ASSURANCE POUR LA PROTECTION DE LA SANTE DU PERSONNEL

### Amendements aux Statuts et Règlement administratif de la CAPS

#### Amendements aux Statuts

Article 1.6 («Personnes à charge volontairement protégées»)

Article 2.10bis («Accords entre le Caisse et les prestataires de services»)

Article 3.5 («Cotisations pour les personnes à charge volontairement protégées»)

Article 5.2 («Formulaires et autorisations»)

Article 5.4 («Entrée en vigueur des Statuts»)

#### Amendements à l'annexe I: Barème des prestations:

Code 1.1 («Honoraires de médecins»)

Code 1.3 («Imagerie médicale»)

Code 1.5 («Traitements de réhabilitation fonctionnelle»)

Code 1.6 («Soins infirmiers ambulatoires à domicile relatifs à une affection aiguë»)

Code 2 («~~Soins hospitaliers ou de longue durée~~ Séjours en établissements hospitaliers et autres établissements»)

Code 2.1 («Frais ~~de séjour dans un établissement public fixant un prix global pour le séjour et les soins~~ d'hospitalisation dans un établissement hospitalier, en chambre commune»)

Code 2.2 («Frais de séjour ~~en hôpital ou en clinique~~ dans un établissement hospitalier, en chambre autre que chambre commune»)

Code 2.3 («Frais de séjour pour ~~C~~convalescence ou suite de traitement»)

Code 2.4 («Cures thermales»)

Code 2.5 («Séjour dans un établissement médicalisé ~~Soins infirmiers de longue durée dans un établissement~~»)

Code 2.6 («Soins infirmiers de longue durée à domicile»)

Code 2.7 («Soins médicaux dans un établissements couvert par les codes 2.2, ~~et~~ 2.3 et 2.4, ou liés à une hospitalisation à domicile»)

Code 3 («Médicaments prescrits»)

Code 4 («Soins dentaires»)

Code 5 («Prothèses, Appareils appareils et autres dispositifs médicaux ~~et prothèses~~»)

Code 5.1 («Appareils optiques»)

Code 5.2 («Appareils auditifs»)

Code 5.3 («Prothèses (sauf dentiers appareils dentaires amovibles)»)

Code 5.4 («Chaises roulantes et appareils similaires»)

Code 5.5 («Autres appareils»)

Code 6.1 («Transport en cas d'urgence»)

Code 6.2 («Transport en cas d'hospitalisation ou de traitements ambulatoires»)

Code 6.3 («Autres déplacements médicaux transports à des fins médicales»)

Code 8 («Prévention ~~Autres frais médicaux~~»)

Code 8.1 («Examens préventifs, actes de prévention et de dépistage et vaccins»)

Code 8.2 («Vaccins»)

Code 8.3 («Contraception»)

Code 9 («Médecines alternatives»)

Code 10 («Procréation médicalement assistée»)

#### Amendements au Règlement administratif:

Article 3.5 («Cotisations pour les personnes à charge volontairement protégées»)

Article 5.2 («Formulaires et autorisations»)

Code 1.5 («Traitements de Rréhabilitation fonctionnelle»)

Code 1.6 («Soins infirmiers ambulatoires à domicile relatifs à une affection aiguë»)

Code 1.7 («Psychiatrie, psychanalyse ou psychothérapie»)

Code 2.2 («Frais de séjour ~~en hôpital ou en clinique~~ dans un établissement hospitalier, en chambre autre que chambre commune»)

Code 2.3 («Frais de séjour pour convalescence/suite de traitement»)

Code 2.4 («Cures thermales»)

Code 2.5 («Séjour dans un établissement médicalisé ~~Soins infirmiers de longue durée dans un établissement~~»)

Code 2.6 («Soins infirmiers de longue durée à domicile»)

Code 3 («Médicaments prescrits»)

Code 4 («Soins dentaires»)

Code 5.2 («Appareils auditifs»)

Code 6.1 («Transport en cas d'urgence»)

Code 6.2 («Transport en cas d'hospitalisation ou de traitements ambulatoires»)

Code 6.3 («Autres déplacements médicaux transports à des fins médicales»)

Code 7 («Frais funéraires»)

Code 8.1 («Examens préventifs, actes de prévention et de dépistage et vaccins»)

Code 8.2 («Vaccins»)

Code 9 («Médecines alternatives»)

Code 10 («Procréation médicalement assistée»)

## Objet de la circulaire

1. L'objet de la présente circulaire est de notifier aux assurés de la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel (CAPS) du BIT les amendements proposés aux Statuts de la CAPS en application de l'article 4.17 («Amendements»), et de les informer des amendements à l'annexe I («Barème des prestations») et au Règlement administratif.
2. Le Comité de gestion de la Caisse a approuvé ces propositions d'amendements à ses 243<sup>e</sup> et 244<sup>e</sup> réunions les 23 octobre et 5 décembre 2017. La date d'entrée en vigueur proposée de ces amendements est le 1<sup>er</sup> juillet 2018.
3. Certains amendements proposés par cette circulaire sont expliqués ci-dessous en détail et tous les amendements proposés sont situés à la fin de cette circulaire en mode «track changes».

## Objet des amendements

4. Les amendements proposés aux Statuts de la CAPS, à l'annexe I («Barème des prestations») et au Règlement administratif, qui relèvent de la compétence du Comité de gestion, visent à clarifier des procédures administratives, modifier le mode de calcul de la cotisation pour les enfants à charge volontairement protégés, ajuster certaines prestations, renforcer les mesures préventives et rembourser certaines médecines alternatives.

## Contexte et mesures

5. Le Comité de gestion a créé un groupe de travail sur la révision des Statuts et du Règlement administratif, chargé de présenter au Comité de gestion une série de propositions d'amendements. Ce groupe était notamment chargé de recenser, parmi les codes de remboursement de la CAPS, ceux qui posaient des problèmes d'interprétation, en vue de clarifier les règles de remboursement de la CAPS et faciliter le paiement.
6. Le groupe était composé de membres du comité représentant les assurés et l'administration, du médecin-conseil de la CAPS, et du secrétariat de la CAPS. Le groupe de travail a tenu informé le Comité de gestion des avancées de ses travaux, et le Comité de gestion a approuvé les amendements proposés par le groupe de travail à sa 243<sup>e</sup> réunion le 23 octobre 2017.

## ***Amendements aux Statuts pour adaptation des procédures administratives***

7. La CAPS effectue de plus en plus de paiements directs aux prestataires de soins, notamment pour les hospitalisations. Il était devenu nécessaire de modifier l'article 2.10*bis* des Statuts pour refléter la pratique actuelle, ce qui offre une amélioration des services aux assurés et constitue un gage de sécurité pour la CAPS.
8. La CAPS prévoit de mettre en place un accès personnalisé à un site Internet sécurisé, pour permettre aux assurés, entre autres, de soumettre leur(s) demande(s) de remboursement en ligne. La modification de l'article 5.2 clarifie les procédures de demandes de remboursement.

## ***Personnes à charge volontairement protégées***

9. Afin de ne pas freiner la mobilité des fonctionnaires, l'amendement permettra en particulier au fonctionnaire d'assurer de manière volontaire les personnes mentionnées à l'article 1.6, paragraphe 1 *a)*, *b)*, et *c)*, lors d'un transfert vers un autre lieu d'affectation.

## ***Cotisations pour les enfants à charge volontairement protégés pour les assurés à faible rémunération***

10. La CAPS compte environ 200 enfants à charge affiliés volontairement. Ce groupe présente un résultat financier très positif. Cependant, la cotisation mensuelle actuelle de 260,00 dollars E.-U. peut représenter plus de 10 pour cent de la rémunération de certains fonctionnaires hors du siège, ce qui fait que cette assurance est principalement utilisée par les fonctionnaires et anciens fonctionnaires dont la rémunération permet de payer ce montant, et donc principalement au siège.
11. Le Comité de gestion a estimé que ce n'était pas équitable et propose que la cotisation pour les enfants à charge volontairement protégés soit égale à 3,55 pour cent de la rémunération (soit le même taux – et donc la même cotisation – que pour le fonctionnaire) et plafonnée au montant de la cotisation actuelle de 260,00 dollars E.-U. Ce nouveau mode de calcul de la cotisation ne changera pratiquement pas le montant de la cotisation pour les enfants à charge volontairement protégés déjà assurés, mais permettra à d'autres assurés de la Caisse d'assurer leurs enfants pour un coût raisonnable en particulier sur le terrain, sans péjorer la situation financière de la CAPS.

## ***Amendements relatifs aux prestations***

12. Les amendements relatifs aux prestations peuvent être regroupés en plusieurs catégories, un certain nombre visent à intégrer aux Statuts des décisions du Sous-comité permanent de la Caisse, certains sont des ajustements aux prestations, d'autres sont présentés pour renforcer les premières mesures de prévention mises en place en 2016. Par ailleurs, un certain nombre d'amendements apportent principalement des clarifications par rapport aux procédures administratives.

## ***Amendements intégrant aux Statuts des décisions du Sous-comité permanent***

13. Face à l'augmentation des demandes de remboursement de traitements liés à la psychiatrie et à la psychothérapie, le Sous-comité a souvent dû prendre des mesures exceptionnelles lorsque le nombre maximal de séances ou le seuil maximal de dépenses approuvées, tel que prévu par le code 1.7 du Règlement administratif, était dépassé sur une période donnée. La nouvelle réécriture de ce code propose un nombre de séances exprimé par année civile, et non plus par période de trois années civiles. Ceci devrait améliorer la couverture, tout en facilitant la gestion administrative des demandes de remboursement.
14. Le Sous-comité ayant aussi souvent dû se prononcer sur des cas de procréation médicalement assistée, le Comité de gestion a décidé l'octroi sous un nouveau code (code 10) d'une dépense approuvée à vie de 30 000,00 dollars E.-U par personne protégée, sur une base similaire à ce qui est pratiqué par d'autres assurances santé des organisations internationales, telle que l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

## ***Amendements apportant des ajustements aux prestations***

15. Ces amendements contiennent quelques ajustements aux dépenses approuvées maximales de référence en vigueur, comme par exemple dans le cas des séances de réhabilitation fonctionnelle (code 1.5, de 85,00 dollars E.-U à 100,00 dollars E.-U par séance), des frais de séjour pour convalescence/suite de traitement (code 2.3, de 170,00 dollars E.-U à 200,00 dollars E.-U par jour) ou des frais funéraires (code 7, de 500,00 dollars E.-U à 750,00 dollars E.-U). Ces ajustements se sont avérés nécessaires, car inadaptés aux coûts actuels dans certains pays.
16. La limitation à 45 jours par année civile et par personne protégée pour la prise en charge des séjours hospitaliers et de convalescence est ramenée à 30 jours (codes 2.1, 2.2 et 2.3). Au-delà, l'accord du médecin-conseil reste nécessaire. Cela permettra d'assurer un meilleur suivi des assurés hospitalisés, et le nombre de 30 jours est conforme à la pratique dans de nombreux pays, notamment en Suisse où la majorité des séjours hospitaliers a lieu.

17. La création d'un code 9 («Médecines alternatives») permettra de couvrir de nouveaux traitements (médecine ayurvédique et médecine traditionnelle chinoise) et simplifiera la gestion de certains traitements qui étaient jusqu'alors couverts par le code 1.5 («Traitements de réhabilitation fonctionnelle»), comme l'acupuncture, la mésothérapie, la chiropraxie ou l'ostéopathie, mais pour lesquels il était parfois difficile d'obtenir une prescription médicale et de définir les thérapeutes habilités à pratiquer ces traitements. La dépense approuvée maximale pour ce nouveau code est fixée à 1 200,00 dollars E.-U. par personne protégée par année civile.

### ***Amendements amplifiant la politique de prévention de la CAPS***

18. Suite aux premières mesures mise en œuvre en 2016, et persuadé que ces mesures permettront à terme de faire des économies tout en œuvrant dans l'intérêt de la santé des personnes protégées, le Comité de gestion a souhaité amplifier la politique de prévention de la CAPS et élargir la gamme de vaccins, examens, et actes de prévention qui seront remboursés à 100 pour cent, sur la base des recommandations de l'OMS.
19. Ainsi, certains codes ont été modifiés (codes 8 et 8.1) et un nouveau code a été créé (code 8.2) pour bien préciser les différents types de mesures préventives. Le nombre de vaccins remboursés à 100 pour cent sera élargi et intègre tous les principaux vaccins (une vingtaine au total). De nouveaux actes de prévention seront remboursés à 100 pour cent (détartrage dentaire, test de dépistage du VIH et des hépatites B et C, et test de dépistage prénatal).
20. Les pilules contraceptives et autres dispositifs de contraception ouvriront droit à un remboursement à 80 pour cent à travers un nouveau code (code 8.3).

### ***Amendements apportant des clarifications administratives ou un changement mineur***

21. D'autres amendements à l'annexe I («Barème des prestations») et au Règlement administratif des codes suivants représentent uniquement une clarification administrative ou un changement mineur:
- code 1.1, code 1.3, code 1.6, code 2, code 2.1, code 2.2, code 2.4, code 2.5, code 2.6, code 2.7, code 3, code 4, code 5, code 5.1, code 5.2, code 5.3, code 5.4, code 5.5, code 6.1, code 6.2, code 6.3.

### ***Procédure***

22. Conformément au paragraphe 2 de l'article 4.17 des Statuts de la CAPS:

Les amendements approuvés par le Comité de gestion sont notifiés aux assurés. Si une demande écrite à cette fin, émanant de 200 personnes assurées, est reçue par le Comité de gestion dans les trois semaines suivant la notification, le comité soumet, par écrit, l'amendement proposé au vote des assurés. Si plus des deux tiers des suffrages exprimés sont contre l'amendement proposé et si 30 pour cent au moins de tous les assurés ont voté, l'amendement n'entre pas en vigueur.

Florian Léger  
Secrétaire exécutif  
Caisse d'Assurance pour la Protection  
de la Santé du personnel

4 mai 2018

### Statuts de la CAPS

(Note: Le texte en rouge souligné correspond à des ajouts ou à des modifications. Le texte biffé correspond à des suppressions.)

#### ARTICLE 1.6

##### *Personnes à charge volontairement protégées*

1. Sous réserve du paragraphe 2, les personnes à charge suivantes peuvent, si elles ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de la protection automatique prévue à l'article 1.5, être volontairement assurées en tant que personnes protégées, pour des périodes d'une année, renouvelables:

- a) le conjoint de l'assuré(e);
- b) les enfants de l'assuré(e) âgés de moins de 30 ans, non mariés et n'occupant pas un emploi régulier à plein temps;
- c) les parents et les beaux-parents de l'assuré(e), sur présentation de preuves suffisantes montrant qu'ils sont entretenus de façon continue, conformément aux critères appliqués en vertu des dispositions du Statut du personnel applicables aux personnes à charge au second degré.

2. Une demande de protection d'une personne visée au paragraphe 1 est acceptée uniquement si elle est soumise par l'assuré(e), par écrit, dans un délai de ~~trois~~six mois suivant son affiliation à la Caisse ou suivant le premier jour où la personne remplit les conditions requises pour bénéficier de la protection volontaire ou suivant la réaffectation du fonctionnaire sur un autre lieu d'affectation, selon celle de ces dates qui sera la plus tardive. ~~Dans le second cas~~En outre, une demande de protection d'une personne visée au paragraphe 1 c) est acceptée uniquement si la personne concernée est âgée de moins de 70 ans et s'est réinstallée au lieu d'affectation de l'assuré(e) au cours des ~~trois~~six derniers mois.

3. Si la protection est interrompue, elle ne peut être reprise que si le Comité de gestion estime que l'interruption a été décidée en toute bonne foi et pour des raisons valables.

4. En cas de décès d'un(e) assuré(e), le conjoint, les enfants, les parents ou les beaux-parents qui, à la date du décès, étaient volontairement protégés en vertu du présent article peuvent s'affilier volontairement à partir de ladite date sous réserve des conditions suivantes:

- a) à la date du décès, ils devront avoir été protégés depuis au moins une année;
- b) un enfant ne pourra être assuré que s'il n'y a pas de conjoint survivant; cette assurance ne pourra continuer qu'aussi longtemps que les dispositions du paragraphe 1 b) de cet article continuent à être remplies;
- c) ils devront présenter leur demande d'affiliation dans les trois mois qui suivent la date du décès;
- d) l'article 1.5 et le paragraphe 1 du présent article ne sont pas applicables à de tels assurés;
- e) ils paieront des cotisations au taux prévu à l'article 3.5 pour les personnes à charge volontairement protégées;
- f) à tous autres égards, ils auront les mêmes droits et obligations que les personnes assurées en vertu de l'article 1.3.

5. En cas de divorce, le conjoint qui, à la date de ce divorce, était protégé automatiquement en vertu de l'article 1.5 ou à titre volontaire en vertu du présent article peut rester protégé à compter de cette date, à condition qu'il le soit déjà depuis au moins un an et qu'il demande à bénéficier de l'assurance dans les trois mois du divorce. Cette assurance est soumise aux conditions précisées aux alinéas d), e) et f) du paragraphe 4 du présent article.

## ARTICLE 2.10BIS

### *Accords entre la Caisse et les prestataires de services*

1. La Caisse peut conclure des accords avec des prestataires de services afin de développer les moyens qui semblent de temps à autre souhaitables pour la bonne administration de la Caisse et la fourniture prompte de services. Ces accords peuvent contenir des dispositions prévoyant la garantie du paiement des factures et le versement des sommes garanties directement à tel ou tel prestataire ou groupe de prestataires de services.

2. Lorsque des dispositions prévoyant le versement direct de prestations aux prestataires sont adoptées, les conditions suivantes s'appliquent:

- a) les factures présentées à la Caisse par le prestataire, ~~lorsque l'assuré(e) a attesté par écrit avoir bénéficié des services correspondants,~~ sont payées directement par la Caisse au prestataire;
- b) lorsque l'assuré(e) est un fonctionnaire en service, la partie de la facture qui est à sa charge est payée à la Caisse par l'organisation qui l'emploie et qui la déduit de son traitement;
- c) les autres assurés remboursent à la Caisse la partie de la facture qui est à leur charge; s'ils ne le font pas dans un délai d'un mois à compter de la demande, la Caisse peut déduire les montants dus des prestations qui leur sont payables ou prendre toute autre mesure appropriée.

## ARTICLE 3.5

### *Cotisations pour les personnes à charge volontairement protégées*

Les cotisations pour les personnes à charge, volontairement protégées aux termes de l'article 1.6, sont ~~forfaitaires, fixées par le~~ Comité de gestion ~~fixe ce taux~~, le cas échéant, par groupe, de telle sorte que les sommes perçues par la Caisse au titre de cette catégorie de personnes protégées suffisent à couvrir les prestations pour ladite catégorie au fil des années.

## Règlement administratif de la CAPS

(Note: Le texte en rouge souligné correspond à des ajouts ou à des modifications. Le texte biffé correspond à des suppressions.)

### ARTICLE 3.5

*(Cotisations pour les personnes à charge volontairement protégées)*

#### Taux des cotisations (en dollars E.-U.)

Catégorie	Cotisation mensuelle à partir du 01. <del>07-10.2018</del> 14
Pour les enfants de moins de 30 ans	<u>3,55 % de la rémunération, limitée à</u> 260,00
Pour les conjoints	650,00
Pour les parents et beaux-parents	1 400,00

### ARTICLE 5.2

*(Formulaires et autorisations)*

1. Les personnes assurées sont tenues de présenter leurs demandes de prestations à l'aide du formulaire ILO 937 «Demande de remboursement» ~~et d'observer les prescriptions inscrites sur ce formulaire.~~ ou via l'accès personnalisé au site Internet sécurisé de la CAPS.

2. Les demandes de remboursement présentées à l'aide du formulaire ILO 937 doivent être accompagnées des factures originales et des autres éléments justificatifs, et doivent observer les prescriptions inscrites sur ce formulaire.

3. Les demandes de remboursement présentées via l'accès personnalisé au site Internet sécurisé de la CAPS doivent être accompagnées de copies électroniques des factures originales et des autres éléments justificatifs, et doivent observer les prescriptions contenues sur le site. Les factures originales et les autres éléments justificatifs doivent être conservés par l'assuré pendant cinq ans à compter de la date de remboursement et devront être présentés à la CAPS en cas de demande, que ce soit pour des fins administratives ou de vérification.

## Amendements aux Statuts

### Annexe I Barème des prestations

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
1.	<b>SERVICES PROFESSIONNELS</b> <sup>1</sup>				
1.1	<b>HONORAIRES DE MÉDECINS</b> <sup>2</sup>	80 %	Oui		
	CONSULTATIONS au cabinet d'un médecin (omnipraticien ou spécialiste), <u>ou en milieu hospitalier/clinique.</u>			<u>Traitement indiqué sous le code 1.7.</u>	<u>Les traitements amaigrissants ne sont remboursés que s'ils concernent les cas de grave obésité (indice de masse corporelle &gt; 30) ou de graves troubles métaboliques, à condition d'être prescrits par un médecin et d'être pratiqués dans un établissement reconnu. Le paiement des prestations est soumis au respect des conditions ci-dessus, vérifié par le médecin conseil.</u>
	<u>VISITES d'un médecin à domicile ou dans un établissement.</u>				
	TRAITEMENTS <u>s</u> pratiqués par un médecin.			Traitements à des fins esthétiques. <u>Traitements indiqués sous le code 1.7.</u>	
	<del>VISITES d'un médecin à domicile ou dans un établissement.</del>				
	<u>CONSULTATIONS auprès d'un diététicien.</u>				<u>Sur prescription médicale, et sous réserve de l'approbation du médecin-conseil.</u>
					<u>Traitements remboursés en cas d'obésité (indice de masse corporelle &gt; 30), d'anorexie ou de troubles métaboliques, à condition d'être prescrits par un médecin et d'être pratiqués dans un établissement reconnu, le cas échéant.</u>

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
1.2	OPÉRATIONS CHIRURGICALES Y compris les services des chirurgiens et des anesthésistes.	80 %	Oui	<p>Les opérations de chirurgie plastique effectuées à des fins esthétiques, sauf dans les cas résultant d'une blessure grave, d'un néoplasme ou d'une infection.</p> <p>Si l'opération est effectuée partiellement pour des motifs esthétiques, une proportion correspondante des dépenses est exclue du remboursement; les cas de ce type exigent l'accord préalable du médecin-conseil, qui fixe la proportion exclue.</p> <p>Les opérations chirurgicales à des fins esthétiques sont définies comme les opérations effectuées pour améliorer une défiguration corporelle qui ne présente en elle-même ni danger pour la vie ou la santé, ni altération d'une fonction du corps.</p>	
1.3	<b>IMAGERIE MÉDICALE</b> <del>(radiographie, IRM, scanographie, mammographie, etc.)</del> Pratiquée ou prescrite par un médecin (ou, pour les radiographies, pratiquées ou prescrites par un dentiste).	80 %	Oui		
1.4	<b>EXAMENS DE LABORATOIRE ET AUTRES TESTS</b> Pratiqués ou prescrits par un médecin.	80 %	Oui		
1.5	<b>TRAITEMENTS DE RÉHABILITATION FONCTIONNELLE</b> Prescrits par un médecin et pratiqués par <del>une</del> <u>personne un(e) thérapeute titulaire d'un diplôme reconnu par l'administration du pays où il/elle est autorisé(e) à exercer. habilitée à le faire dans le pays où il a lieu.</u>	80 %	Oui	Traitement pratiqué par <del>du personnel un(e) thérapeute non qualifié titulaire d'un diplôme reconnu par l'administration du pays où il/elle est autorisé(e) à exercer.</del>	<p>Sous réserve d'un plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif, y compris la liste des traitements ouvrant droit à remboursement.</p> <p><u>Sous réserve d'une prescription antérieure au début de traitement.</u></p>

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
1.6	<b>SOINS INFIRMIERS À DOMICILE AMBULATOIRES RELATIFS À UNE AFFECTION AIGÜE</b> (autres que les traitements spécifiés au code 2.6) Prescrits par un médecin, <u>y compris prestations d'aide-soignante et d'auxiliaire de vie, et y compris prestations de sage-femme.</u>	80 %	Oui	Soins non médicaux comme le <u>nettoyage ménager</u> , la cuisine, les courses, l'aide familiale, etc. Soins assurés par du personnel non qualifié, sauf lorsqu'ils le sont sous <u>contrôle médical régulier</u> <u>la supervision du médecin prescripteur</u> .	Sous réserve d'un plafond et autres conditions fixées par le Règlement administratif.
1.7	<b>PSYCHIATRIE, PSYCHANALYSE OU PSYCHOTHÉRAPIE</b> Consultations avec un psychiatre et séances de psychanalyse ou de psychothérapie données ou prescrites par un médecin.	80 %	Oui		Sous réserve d'un plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.
2.	<b><u>SOINS HOSPITALIERS OU DE LONGUE DURÉE SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET AUTRES ÉTABLISSEMENTS</u></b>			Chirurgie plastique et autres traitements à des fins esthétiques – mêmes conditions que pour le code 1.2. <del>Traitements antitabac.</del> Traitements amaigrissants, sauf approbation préalable du médecin-conseil.	
2.1	<b><u>FRAIS DE SÉJOUR D'HOSPITALISATION DANS UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER, EN CHAMBRE COMMUNE PUBLIC FIXANT UN PRIX GLOBAL POUR LE SÉJOUR ET LES SOINS</u></b> <del>Frais de séjour en salle commune (publique) dans un hôpital public.</del> Aux fins d'examen, de diagnostic ou de traitement curatif.	100 %	Non		<del>i) Séjour en salle commune (publique) signifie le logement dans des chambres de cinq lits ou plus, sauf dans les cas prévus au Règlement administratif.</del> <del>ii) Lorsque l'hôpital fixe un coût global couvrant l'ensemble des frais (logement, honoraires des médecins, des chirurgiens et des anesthésistes, salle d'opération, soins médicaux, médicaments, frais de laboratoire, etc.).</del> Prestation limitée à <del>45</del> 30 jours par personne protégée par année civile, sauf si le médecin-conseil certifie que le séjour correspond toujours à des soins curatifs et fixe le nombre de jours supplémentaires.

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
2.2	<p><b>FRAIS DE SÉJOUR <del>EN HÔPITAL OU EN CLINIQUE</del> DANS UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER, EN CHAMBRE AUTRE QUE CHAMBRE COMMUNE</b></p> <p>(Autres que dans les cas régis par les codes 2.1, 2.3 et 2.5.)</p> <p>Frais de séjour dans un hôpital ou une clinique reconnu aux fins d'examen, de diagnostic ou de traitement curatif.</p>	80 %	Oui		<p>Sous réserve d'un plafond journalier et des conditions fixées par le Règlement administratif.</p> <p>Prestations limitées à <del>45</del>30 jours par personne protégée, par année civile, sauf si le médecin-conseil certifie que le séjour correspond toujours à des soins curatifs et qu'il fixe le nombre de jours supplémentaires.</p> <p><del>Des conditions distinctes, notamment en ce qui concerne les prestations et la durée journalière maximale, peuvent être fixées pour les séjours dans un hôpital ou une clinique à des fins de psychothérapie.</del></p>
2.3	<p><b>FRAIS DE SEJOUR POUR CONVALESCENCE OU SUITE DE TRAITEMENT</b></p> <p>Frais de séjour en hôpital, <del>ou en</del> clinique <u>ou établissement de convalescence</u> aux fins de suite de traitement, y compris la rééducation cardiovasculaire, ou de convalescence après hospitalisation au titre du code 2.1 ou 2.2.</p>	80 %	Oui	Séjours en hôtel.	<p>Sous réserve du plafond journalier fixé par le Règlement administratif.</p> <p>Prestations limitées à <del>45</del>30 jours par personne protégée, par année civile, sauf si le médecin-conseil juge nécessaire la poursuite de la convalescence ou de la suite du traitement et qu'il fixe le nombre de jours supplémentaires.</p>
2.4	<p><b>CURES THERMALES</b></p> <p><del>Séjours prescrits par un médecin dans une maison de santé, une maison de repos, un centre thermal ou climatique ou un établissement similaire aux fins d'autres convalescences ou de cures. Soins</del> <u>thermaux prescrits par un médecin et dispensés dans un établissement thermal.</u></p>	80 %	Non	<p>Frais d'hébergement.</p> <p><u>Thalassothérapie.</u></p> <p><u>Ayurvéda.</u></p> <p><u>Jeûne thérapeutique.</u></p> <p><u>Cure de détoxification.</u></p> <p><u>Cure de rajeunissement.</u></p>	<p>Sous réserve des conditions fixées par le Règlement administratif.</p> <p>Sous réserve de la confirmation préalable du médecin-conseil que la cure s'inscrit dans le traitement d'une pathologie déjà déclarée.</p>

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
2.5	<p><b>SOINS INFIRMIERS DE LONGUE DURÉE SÉJOUR DANS UN ÉTABLISSEMENT MÉDICALISÉ</b></p> <p>Séjours à l'hôpital, en clinique, <del>ou</del> maison de <del>repos</del> <del>retraite, unité d'accueil temporaire ou en foyer de</del> <del>jour. Séjours</del> prescrits par un médecin (pour d'autre motifs qu'un traitement, examen, diagnostic, une cure ou une convalescence) essentiellement pour la fourniture de soins de longue durée qui ne peuvent être dispensés à domicile.</p>	80 %	Oui		Sous réserve du plafond journalier et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.
2.6	<p><b>SOINS INFIRMIERS DE LONGUE DURÉE À DOMICILE</b></p> <p><del>Les codes 2.5 et 2.6 concernent la fourniture de</del> <del>soins infirmiers</del> prescrits par un médecin en cas de pathologie chronique ou incurable, <del>y compris</del> <del>prestations de garde-malade, d'aide-soignante et</del> <del>d'auxiliaire de vie.</del></p>	80 %	Oui	Soins non médicaux comme le <del>nettoyageménage</del> , la cuisine, les courses, <del>l'aide familiale</del> , etc. Soins assurés par du personnel non qualifié, sauf lorsqu'ils le sont sous <del>contrôle médical régulier</del> <u>la supervision</u> <u>du médecin prescripteur.</u>	Sous réserve du plafond mensuel et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.
2.7	<p><b>SOINS MÉDICAUX DANS UN ÉTABLISSEMENT COUVERTS PAR LES CODES 2.2, <u>ET 2.3 et</u> <u>2.4</u> OU LIÉS À UNE HOSPITALISATION À DOMICILE</b></p> <p><del>Soumis à l'ensemble des conditions applicables au</del> <del>type de soins régis par le code correspondant au</del> <del>présent barème.</del></p>	80 %	Oui		



Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
5.	<b>APPAREILS ET PROTHÈSES, APPAREILS ET AUTRES DISPOSITIFS MÉDICAUX</b> (achat, location et réparation)				
5.1	<b>APPAREILS OPTIQUES</b> (y compris lentilles de contact)	80 %	Oui	Lunettes de soleil non correctrices. <u>Entretien.</u> <u>Frais de port.</u> <u>Forfait.</u>	Sous réserve du plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.
5.2	<b>APPAREILS AUDITIFS</b> ( <u>Y compris entretien</u> )	80 %	Oui	<u>Piles.</u> <u>Frais de port.</u> <u>Forfait.</u>	Sous réserve du plafond fixé par le Règlement administratif.
5.3	<b>PROTHÈSES</b> (sauf <del>dentiers</del> <b>appareils dentaires amovibles</b> ) Prescrites par un médecin, <u>y compris entretien.</u>	80 %	Oui	<u>Frais de port.</u>	<del>En cas d'achat, s</del> Sous réserve de l'approbation <del>par le Comité de gestion après avis</del> du médecin-conseil.
5.4	<b>CHAISES ROULANTES ET APPAREILS SIMILAIRES</b> Prescrits par un médecin, <u>y compris entretien, livraison et installation.</u>	80 %	Oui		<del>En cas d'achat, s</del> Sous réserve de l'approbation <del>par le Comité de gestion après avis</del> du médecin-conseil.
5.5	<b>AUTRES APPAREILS</b> prescrits par un médecin, <u>y compris entretien, livraison et installation.</u>	80 %	Oui	Coût d'achat, de location ou de réparation d'appareils médicaux auxiliaires ou d'importance secondaire ( <del>lampes, systèmes d'alarme, etc.</del> ).	<del>En cas d'achat, s</del> Sous réserve de l'approbation <del>par le Comité de gestion après avis</del> du médecin-conseil.

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
6.	<b>FRAIS DE TRANSPORT</b>				
6.1	<b><u>TRANSPORT EN CAS D'URGENCE</u></b>				
	Transport de la personne protégée en ambulance terrestre ou aérienne du lieu de l'urgence au lieu de traitement le plus proche.	80 %	Oui	Est exclu le transport dans les cas suivants: a) <del>états survenant au cours de voyages ou de séjours à l'extérieur du pays de résidence principale de la personne protégée et nécessitant soit un transport terrestre de longue distance, soit un transport aérien, lorsqu'il aurait pu être raisonnablement attendu que la personne protégée ait souscrit un contrat d'assistance ou d'assurance-voyage pour couvrir ces cas</del> <u>transport pour convenance personnelle vers un lieu autre que le lieu de traitement adapté le plus proche;</u> b) <del>états survenant au cours de la pratique d'une activité sportive</del> <u>ou de détente</u> réputée à risques. c) <del>états survenant au cours de la pratique d'une activité sportive ou de détente, lorsqu'il aurait pu être raisonnablement attendu que la personne protégée ait souscrit un contrat d'assurance spécifique couvrant ces cas;</del> d) <del>état dont est victime, dans son pays de résidence, une personne retraitée après le 31 décembre 2011 n'ayant pas élu domicile soit dans son pays d'origine ou celui de son conjoint, soit dans un pays où elle a été affectée en tant que fonctionnaire du BIT, soit dans un pays voisin du lieu d'affectation tel que défini par le Règlement administratif, lorsque l'état nécessite soit un transport terrestre de longue distance, soit un transport aérien.</del>	<del>Une urgence est un événement soudain et inattendu exigeant une intervention médicale immédiate. <u>Sous réserve des conditions fixées par le Règlement administratif.</u></del> <del>Le transport en ambulance terrestre ou aérienne, selon le cas, doit apparaître comme le seul moyen de transport adapté au vu de la gravité médicale de l'état et des autres circonstances de l'urgence.</del> <del>La détermination du lieu de traitement le plus proche est laissée à l'appréciation de l'équipe médicale assurant le transport.</del>

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
6.2	<b><u>TRANSPORT EN CAS D'HOSPITALISATION OU DE TRAITEMENTS AMBULATOIRES</u></b>				
6.2.1	Transport de la personne protégée d'un établissement hospitalier vers un autre établissement hospitalier ou vers un centre de convalescence médicalisé.	80 %	Oui	Transport pour convenance personnelle et transport médicalement non justifié dans le cadre de la poursuite du traitement de l'état ayant entraîné l'hospitalisation.	Sous réserve de l'approbation du médecin-conseil, prise en charge soit du transport médicalisé terrestre ou aérien, soit du transport en taxi sous réserve du plafond fixé par le Règlement administratif.
6.2.2	Transport terrestre de la personne protégée du lieu de l'hospitalisation à son lieu de résidence.	80 %	Oui	<del>a) Transport pour convenance personnelle et transport médicalement non justifié. b) Transport de longue distance tel que défini dans le Règlement administratif.</del>	Sous réserve de l'approbation du médecin-conseil, prise en charge soit du transport médicalisé terrestre, soit du transport en taxi sous réserve du plafond fixé par le Règlement administratif.  Prestation ordinaire servie une seule fois par hospitalisation, à l'issue de celle-ci.
6.2.3	Transport de la personne protégée entre <del>sa son lieu de résidence principale</del> et un <del>établissement médical lieu de traitement</del> , ayant pour objet la suite du traitement de l'état ayant entraîné l'hospitalisation.	80 %	Oui	<del>Transport de longue distance tel que défini dans le Règlement administratif.</del>	Transport médicalement justifié, soit vers l'établissement hospitalier ayant délivré le premier traitement de l'état, soit vers <del>l'établissement médical</del> <u>le lieu de traitement</u> le plus proche du lieu de résidence <del>principale</del> de la personne protégée <del>proposant le traitement requis</del> .  Sous réserve de l'approbation du médecin-conseil, prise en charge soit du transport médicalisé terrestre, soit du transport en taxi sous réserve du plafond fixé par le Règlement administratif.
6.2.4	Transport de la personne protégée entre sa résidence principale et le lieu de traitement <u>ou de prescription du traitement</u> en cas de certains traitements de maladies ou états chroniques définis dans le Règlement administratif.	80 %	Oui		Prise en charge du transport en taxi sous réserve du plafond fixé par le Règlement administratif.  Sous réserve de l'approbation <del>préalable</del> du médecin-conseil.

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
6.3	<b>AUTRES DÉPLACEMENTS MÉDICAUX TRANSPORTS À DES FINS MÉDICALES</b>				
	Déplacements aux fins de l'obtention de soins médicaux <del>couverts au titre des codes 1.2, 2.1 et 2.2 du présent Barème des prestations</del> , lorsque des soins médicaux adéquats ne peuvent être obtenus au lieu d'affectation ou dans la zone de résidence.	80 %	Oui	<p>a) Transport au titre d'évacuation sanitaire de la personne protégée, dans la mesure où l'évacuation sanitaire est prise en charge par l'organisation qui emploie la personne assurée ou par l'employeur de la personne protégée.</p> <p>b) Transport dans les limites géographiques du lieu d'affectation ou dans la zone de résidence, telle que définie dans le Règlement administratif.</p> <p><del>c) Transport d'une personne retraitée après le 31 décembre 2011 n'ayant pas élu domicile soit dans son pays d'origine ou celui de son conjoint, soit dans un pays où elle a été affectée en tant que fonctionnaire du BIT, soit dans un pays voisin du lieu d'affectation tel que défini par le Règlement administratif.</del></p>	Sous réserve de l'approbation préalable du médecin-conseil et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.
7.	<b>FRAIS FUNÉRAIRES</b> (y compris l'incinération)	100 %	Non		Sous réserve du plafond fixé par le Règlement administratif.
8.	<b>AUTRES FRAIS MÉDICAUX PRÉVENTION</b>				
8.1	Examens préventifs, <u>actes de prévention et de dépistage et vaccins</u>	100 %	Non		Sous réserve des conditions fixées par le Règlement administratif, y compris la liste des examens, <u>actes de prévention et de dépistage et des vaccins</u> ouvrant droit à remboursement.

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (art 2.2)	Supplémentaires (art. 2.5)		
8.2	<b>VACCINS</b>	100 %	Non		<u>Sous réserve des conditions fixées par le Règlement administratif, y compris la liste des vaccins ouvrant droit à remboursement.</u> <u>Sous réserve de prescription médicale.</u>
8.3	<b>CONTRACEPTION</b> <u>Pilules contraceptives et autres dispositifs de contraception.</u>	80 %	Oui	<u>Préservatifs masculins.</u> <u>Préservatifs féminins.</u>	<u>Sous réserve de prescription médicale.</u>
9	<b>MÉDECINES ALTERNATIVES</b> <u>Traitements pratiqués par un(e) thérapeute habilité(e) à exercer dans le pays où le traitement a lieu.</u>	80 %	Non		<u>Sous réserve d'un plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif, y compris la liste des traitements ouvrant droit à remboursement.</u>
10	<b>PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE</b> <u>Stimulation ovarienne, insémination artificielle, fécondation in vitro (FIV) avec ou sans ICSI, y compris examens de laboratoire y relatifs.</u>	80 %	Non	<u>Gestation pour autrui (GPA).</u> <u>Frais de transport vers le lieu de traitement.</u>	<u>Sous réserve d'un plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.</u>

Notes: <sup>1</sup> En règle générale, toutes les prescriptions de soins ou de médicaments doivent être faites avant la date du service ou de l'achat. <sup>2</sup> Aux termes de l'article 2.1.3 des Statuts, le mot «médecin» vise tout médecin ou dentiste qualifié et habilité à prodiguer les divers types de traitement médical énumérés dans le Barème des prestations, dans le pays où une personne protégée fait appel à ses services professionnels.

## Amendements au Règlement administratif

### Annexe I (Barème des prestations)

#### CODE 1.5

#### (TRAITEMENTS DE RÉHABILITATION FONCTIONNELLE)

1. a) Les dépenses approuvées maximales sont fixées à ~~85,00~~100,00 dollars E.-U. par séance (soit une prestation ordinaire maximale de ~~68,00~~80,00 dollars par séance). Le nombre maximum de séances remboursées est porté à ~~30-40 pour chaque pathologie~~ par personne protégée et par année civile.

b) Le nombre de séances peut être augmenté dans les cas de réhabilitation faisant suite à un accident, ~~ou à~~ une opération chirurgicale importante, ~~ou~~ une maladie neuromusculaire, une pathologie ostéo-articulaire, une situation de handicap, quand le médecin-conseil en confirme la nécessité et indique le nombre de séances supplémentaires.

c) Une nouvelle prescription est exigée dans tous les cas tous les 12 mois.

~~2.— La prestation ne peut être servie pour des cures de moins de deux semaines, ni pour plus d'une cure par année civile.~~

~~3.—~~2. Seuls les traitements énumérés ci-dessous donnent droit à remboursement:

- physiothérapie/kinésithérapie;
- ~~—~~ kinésithérapie;
- ~~—~~ chiropraxie;
- orthophonie/logopédie;
- ~~—~~ graphothérapie
- orthoptique/optométrie;
- ~~—~~ ostéopathie;
- ergothérapie;
- ~~—~~ psychomotricité;
- drainage lymphatique (si le système lymphatique est touché);
- podologie/pédicurie pour raisons médicales;
- ~~—~~ acupuncture et mésothérapie.

#### CODE 1.6

#### (SOINS INFIRMIERS ~~A DOMICILE~~AMBULATOIRES RELATIFS A UNE AFFECTION AIGUË)

Le maximum des dépenses approuvées est fixé à 2 500,00 dollars E.-U. par personne protégée par année civile (soit une prestation ordinaire maximale de 2 000,00 dollars E.-U. par personne protégée par année civile), sauf si le médecin-conseil certifie que les soins infirmiers correspondent toujours à une affection aiguë.

#### CODE 1.7

#### (PSYCHIATRIE, PSYCHANALYSE OU PSYCHOTHERAPIE)

Le maximum est fixé à ~~60-40~~ séances ou ~~6 000,00-4 000,00~~ dollars E.-U. de dépenses approuvées (soit une prestation ordinaire de ~~4 800~~200,00 dollars E.-U.), selon le premier chiffre atteint, par personne ~~pour la période de trois années civiles~~ par année civile.

Sur approbation du médecin-conseil, le nombre maximum de séances et le seuil maximal de dépenses approuvées peuvent être augmentés jusqu'à concurrence de 20 séances supplémentaires ou 2 000,00 dollars E.-U. supplémentaires de dépenses approuvées par année civile (soit une prestation ordinaire maximale de 1 600,00 dollars E.U.).

CODE 2.2

(FRAIS ~~D'ENTRETIEN DE SEJOUR EN HOPITAL OU EN CLINIQUE~~ DANS UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER EN CHAMBRE AUTRE QUE CHAMBRE COMMUNE)

1. Les dépenses approuvées maximales et les prestations ordinaires maximales afférentes aux frais de séjour en hôpital ou en clinique à des fins d'examen, de diagnostic ou de traitement (remboursables à 80 pour cent au titre du code 2.2) correspondent au coût d'un séjour en ~~deuxième classe chambre semi-privée, (deux patients ou plus par chambre),~~ sous réserve des plafonds suivants:

Pays	D'application à dater du 1 <sup>er</sup> avril 2004	
	Dépenses approuvées maximales par jour (dollars E.-U.)	Prestations ordinaires maximales par jour (dollars E.-U.)
Canada, Etats-Unis, Suisse	500,00	400,00
Tous les autres pays	400,00	320,00

~~2.~~ Lorsque l'établissement choisi n'offre que le séjour en chambre individuelle, les frais de séjour pris en charge comme base de remboursement correspondent à 80 pour cent du coût de la chambre. ~~règles suivantes s'appliquent:~~

~~a) — en Europe, au Canada, aux Etats Unis, au Japon et en République de Corée, les frais de séjour en deuxième classe, aux fins de la fixation des dépenses approuvées maximales, sont censés correspondre à 80 pour cent du coût de la chambre individuelle la moins chère;~~

~~b) — dans tous les autres pays, les frais de séjour en deuxième classe sont censés correspondre au coût de la chambre individuelle la moins chère.~~

~~3.2.~~ En cas de facturation globale, les dépenses approuvées maximales de référence sont imputées à l'hébergement et le solde de la facture globale aux frais médicaux. Toutefois, les prestations ordinaires maximales prévues au paragraphe 1 ci-dessus s'appliquent.

~~4.3.~~ Les dépenses approuvées maximales de référence à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2011 sont fixées à 550,00 dollars des Etats-Unis.

~~5.4.~~ Lorsque les dépenses approuvées maximales de référence excèdent un tiers de la totalité des frais journaliers, un tiers de ces frais sera imputé à l'hébergement et le solde de la facture globale aux frais médicaux. Toutefois, les prestations ordinaires maximales prévues au paragraphe 1 ci-dessus s'appliquent.

CODE 2.3

(FRAIS DE SEJOUR POUR CONVALESCENCE ~~/OU~~ SUITE DE TRAITEMENT)

1. Les dépenses approuvées maximales sont fixées à ~~170,00~~200,00 dollars E.-U. par jour (soit une prestation ordinaire maximale de ~~136,00~~160,00 dollars E.-U.).

2. En cas de facturation globale, un tiers des sommes facturées est imputé aux frais de séjour et les deux autres tiers aux soins médicaux.

CODE 2.4

(CURES THERMALES)

~~3.1.~~ La prestation ~~ne peut être servie pour des séjours en cure de moins de deux semaines~~ est limitée à une seule cure par année civile, d'une durée maximale de trois semaines, dont un minimum de quinze jours de traitement. ~~Les prestations sont limitées à une cure et un maximum de 14 jours par année civile.~~

CODES 2.5 ~~ET~~ 2.6

(~~SOINS INFIRMIERS~~ SEJOUR DE LONGUE DUREE DANS UN ETABLISSEMENT MEDICALISE)

1. Les dépenses approuvées maximales ~~et les prestations ordinaires maximales~~ afférentes ~~aux soins infirmiers au séjour de longue durée sont soumises aux plafonds suivants:~~ dans un établissement médicalisé sont fixées à 150,00 dollars E.-U. par jour (soit une prestation ordinaire maximale de 120,00 dollars E.-U.).

**Date d'entrée en vigueur: 1<sup>er</sup> janvier 2016**

<b>Dans un établissement</b>		<b>A domicile</b>	
<b>Dépenses maximales approuvées par jour (dollars E.-U.)</b>	<b>Prestations ordinaires par jour (dollars E.-U.)</b>	<b>Dépenses maximales approuvées par mois (dollars E.-U.)</b>	<b>Prestations ordinaires par mois (dollars E.-U.)</b>
150,00	120,00	3 450,00	2 760,00

2. ~~a) Les prestations concernant les soins infirmiers séjours de longue durée dans un établissement médicalisé sont soumises à l'approbation du médecin-conseil.~~

~~b) Au moins une fois par année civile, un médecin doit préciser la nature des soins infirmiers nécessaires et doit confirmer que l'établissement ou la personne choisi est à même de les fournir.~~

~~3. En cas d'interruption du paiement des prestations pendant moins de six mois, celles-ci continueront à être versées selon les mêmes modalités que précédemment.~~

#### CODE 2.6

##### (SOINS INFIRMIERS DE LONGUE DUREE A DOMICILE)

1 Les dépenses approuvées maximales afférentes aux soins infirmiers de longue durée à domicile sont fixées à 3 450,00 dollars E.-U. par mois (soit une prestation ordinaire maximale de 2 760,00 dollars E.-U.).

2. a) Les prestations concernant les soins infirmiers de longue durée à domicile sont soumises à l'approbation du médecin-conseil.

b) La nature des soins infirmiers nécessaires doit faire l'objet d'une prescription médicale.

#### CODE 3

##### (MEDICAMENTS PRESCRITS)

1. ~~Le Comité de gestion a considéré que~~ Les articles et fournitures figurant dans la liste ci-après (non exhaustive) sont exclus du remboursement au titre du code 3:

- petits pansements adhésifs et bandages courants;
- eau distillée et eaux minérales;
- dentifrices (tous types);
- brosses à dents;
- cure-dents;
- produits de nettoyage des appareils dentaires;
- produits d'hygiène personnelle tels que gants de toilette, poudre de talc, bâtonnets pour les oreilles, etc.;
- sel marin;
- sels de bain;
- coton hydrophile;
- pansements pour cors;
- produits de pédicurie;
- crèmes solaires;
- produits diététiques;
- désodorisants;
- shampooings et lotions capillaires;
- désinfectants ménagers;
- produits cosmétiques spéciaux pour peaux sensibles ou allergiques;
- produits de nettoyage des lentilles de contact;

– alcools, vins et liqueurs.

2. Lorsque des produits pharmaceutiques sont achetés plus d'une fois, la prescription doit préciser clairement le nombre de fois où cet achat doit être renouvelé ou la période durant laquelle il doit l'être. Une simple indication comme «à renouveler» est considérée comme donnant droit à un seul renouvellement.

3. Une nouvelle prescription est exigée dans tous les cas tous les 12 mois.

4. En principe, n'ouvrent pas droit à prestations par la Caisse les médicaments qui sont considérés comme non remboursables autant en Suisse qu'en France en vertu des listes de médicaments officiellement reconnues, à moins qu'il ne soit établi qu'ils ouvrent droit à des prestations dans le cadre du régime général d'assurance-maladie du pays, autre que la Suisse ou la France, dans lequel les produits sont prescrits.

#### CODE 4 (SOINS DENTAIRES)

1. Aucune prestation n'est payable pour les traitements entrepris au cours de la première année de protection.

2. Par la suite, les dépenses approuvées maximales sont fixées à 1 500,00 dollars E.-U. par personne protégée et par année civile (soit un montant de prestations ordinaires de 1 200,00 dollars).

3. Le solde des dépenses approuvées restant à la fin de chaque année civile est reporté et ajouté au crédit de l'année suivante, sous réserve d'un maximum de report d'une année à l'autre de 4 500,00 dollars E.-U. (soit un montant de prestations ordinaires de 3 600,00 dollars).

4. ~~Sont considérés comme traitements de maladies ordinaires les traitements suivants~~ Les traitements ou interventions suivants ne sont pas considérés comme des soins dentaires mais comme des soins médicaux aux fins de prise en charge:

- i) traitement des malformations cranio-faciales;
- ii) chirurgie des fentes de la face;
- iii) chirurgie ~~orthognathique~~ orthognathique;
- iv) greffes osseuses non liées aux soins dentaires;
- v) traitement du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire;
- vi) traitement de l'agénésie dentaire congénitale.

#### CODE 5.1 (APPAREILS OPTIQUES)

1. Tout achat ou réparation effectué au cours de la première année de protection ne donne droit à aucune prestation.

2. Par la suite, les dépenses approuvées maximales sont fixées à 320,00 dollars E.-U. par personne protégée et par année civile (ce qui correspond à 256,00 dollars de prestations ordinaires).

3. Dans les limites du plafond prévu au paragraphe 2, les prestations afférentes aux montures ne peuvent dépasser 100,00 dollars E.-U.

4. Le solde des dépenses approuvées restant à la fin de toute année civile est reporté et ajouté au crédit de l'année suivante, sous réserve d'un report maximum d'une année à l'autre de 960,00 dollars E.-U. (soit un montant de prestations ordinaires de 768,00 dollars).

5. Le Comité de gestion peut autoriser le versement de prestations supérieures au maximum lorsque, par suite d'une opération chirurgicale, l'état des yeux nécessite un changement de verres.

#### CODE 5.2 (APPAREILS AUDITIFS)

1. Tout achat ou réparation effectué au cours de la première année de protection ne donne droit à aucune prestation.

2. Les dépenses approuvées sont limitées à 3 750,00 dollars E.-U. (ce qui correspond à 3 000,00 dollars E.-U. de prestations ordinaires) par oreille pour la période de trois années civiles.

CODE 6.1  
(TRANSPORT EN CAS D'URGENCE)

1. ~~Un transport médicalisé de longue distance est un transport de plus de 200 km aller-retour. Une urgence est un événement soudain et inattendu exigeant une intervention médicale immédiate.~~

2. ~~Il peut être raisonnablement attendu que la personne protégée ait souscrit un contrat d'assistance ou d'assurance voyage lorsqu'un déplacement d'une durée de plus de 72 heures est effectué par transport aérien ou maritime, ou lorsque la destination ne peut être atteinte en moins de 16 heures par transport terrestre, mais en aucun cas lorsque l'urgence survient à moins de 100 km de la résidence principale de la personne protégée. Le transport en ambulance terrestre ou aérienne, selon le cas, doit apparaître comme le seul moyen de transport adapté au vu de la gravité médicale de l'état et des autres circonstances de l'urgence.~~

3. ~~La détermination du lieu de traitement le plus proche est laissée à l'appréciation de l'équipe médicale assurant le transport.~~

~~3.—4.~~ Est réputée activité à risques une activité sportive ~~ou de détente~~ comportant un risque aggravé de chute, d'impact, de blessures ou de malaises, notamment les sports de neige, les sports nautiques et subaquatiques autres que la natation, les sports aériens et l'usage (à titre de pilote ou de passager) d'un avion privé, les sports de combat, les sports et activités de tir, l'usage à titre sportif d'engins à moteur, l'alpinisme ou la grimpe en cordée, l'escalade.

5.— Il peut être raisonnablement attendu, dans de tels cas, que la personne protégée ait souscrit un contrat d'assurance spécifique couvrant les cas d'urgence, ~~survenue à l'occasion d'une activité sportive ou de détente lorsque la conclusion d'un tel contrat est proposée à l'occasion de l'adhésion à un club, une association ou une fédération sportive, ou à l'achat d'un voyage, d'un billet, d'un abonnement ou d'un forfait.~~

6.— ~~Pour les anciens fonctionnaires ayant été affectés au siège du BIT, la France est définie comme pays voisin du lieu d'affectation.~~

CODE 6.2  
(TRANSPORT EN CAS D'HOSPITALISATION OU DE TRAITEMENTS AMBULATOIRES)

1. Le rapatriement, la convenance personnelle et le droit au libre choix du médecin, du pharmacien et de l'établissement médical en vertu de l'article 2.1 des Statuts ne sont pas constitutifs de la justification médicale du transport.

2. Pour les transports en taxi, les dépenses approuvées maximales sont fixées à 125,00500,00 dollars E.-U. par ~~transport aller-retour (soit une prestation ordinaire maximale de 100,00 dollars)~~ trajet.

~~3.— Un transport de longue distance est un transport de plus de 200 km aller-retour (codes 6.2.2 et 6.2.3).~~

~~4.—3.~~ Les maladies et états chroniques dont le traitement peut ouvrir droit à prestations au titre du code 6.2.4 sont:

- l'insuffisance rénale nécessitant dialyse;
- les états cancéreux nécessitant chimiothérapie ou radiothérapie;
- états neuro-dégénératifs invalidants.

CODE 6.3  
(AUTRES ~~DEPLACEMENTS MEDICAUX~~ TRANSPORTS A DES FINS MEDICALES)

1. Le rapatriement, la convenance personnelle et le droit au libre choix du médecin, du pharmacien et de l'établissement médical en vertu de l'article 2.1 des Statuts ne sont pas constitutifs de la justification médicale du transport.

2. Le terme «zone de résidence» désigne le territoire situé dans un rayon de 100 km du lieu de résidence ~~principale~~ de la personne protégée.

3. Les prestations sont soumises à l'approbation préalable du médecin-conseil, lequel:

- i) certifie que les soins médicaux adéquats ne peuvent être assurés dans le lieu d'affectation ou la zone de résidence;
- ii) désigne le «lieu le plus proche» où les soins médicaux adéquats peuvent être assurés.

4. Les frais de déplacement ne sont remboursés que si les soins sont assurés dans le lieu le plus proche désigné par le médecin-conseil en vertu du paragraphe 2 ci-dessus.

5. Toutefois, le Secrétaire exécutif peut décider le remboursement de frais concernant un déplacement vers un lieu autre que le lieu le plus proche désigné par le médecin-conseil, sa décision étant alors justifiée soit par la préservation de la santé ou de la sécurité de la personne assurée, soit par un avantage économique pour la Caisse.

6. Le paiement ne peut dépasser le coût du billet le moins coûteux par le moyen de transport le moins onéreux, le transport en commun devant être privilégié.

~~7. Pour les anciens fonctionnaires ayant été affectés au siège du BIT, la France est définie comme pays voisin du lieu d'affectation.~~

CODE 7  
(FRAIS FUNERAIRES)

Les prestations maximales sont fixées à ~~500,00~~750,00 dollars E.-U.

CODE 8.1  
(EXAMENS PREVENTIFS, ~~ACTES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE ET VACCINS~~)

1. Seuls les examens énumérés ci-dessous ouvrent droit à remboursement ~~sans reste à charge~~à 100 pour cent:
- détermination du taux de PSA et toucher rectal tous les ans dès l'âge de 50 ans;
  - mammographie tous les deux ans dès l'âge de 40 ans;
  - frottis et examen pelvien tous les deux ans;
  - test de recherche de sang occulte dans les selles tous les ans après l'âge de 50 ans; et
  - coloscopie tous les cinq ans après l'âge de 50 ans;

2. Les actes de prévention et de dépistage énumérés ci-dessous ouvrent droit à remboursement à 100 pour cent:

- détartrage dentaire tous les ans;
- test de dépistage du VIH, dans la limite d'une dépense approuvée maximale de 100,00 dollars E.-U.;
- test de dépistage des hépatites B et C dans la limite d'une dépense approuvée maximale de 100,00 dollars E.-U.;
- test de dépistage prénatal.

3. Les examens, actes de prévention et de dépistage précités réalisés à une plus grande fréquence sont remboursés à 80 pour cent.

CODE 8.2  
(VACCINS)

12. Les vaccins énumérés ci-dessous ouvrent droit à remboursement ~~sans reste à charge~~ à 100 pour cent:
- vaccin contre le virus de la grippe tous les ans;
  - antiméningococcique conjugué (A, C, W135 et Y);
  - antipneumococcique conjugué et polysidique;
  - BCG (tuberculose) et tests tuberculiniques;
  - coqueluche;
  - diphtérie;
  - encéphalite japonaise;
  - fièvre jaune;
  - fièvre typhoïde;
  - haemophilus influenzae type B;
  - hépatite A;
  - hépatite B;
  - oreillons;
  - papillomavirus humain;

- poliomyélite;
- rage;
- rotavirus;
- rougeole;
- rubéole;
- tétanos;
- varicelle;
- zona.

~~32. Les vaccins plus fréquents seront remboursés à 80 pour cent. Le coût de l'acte médical ou de l'acte infirmier, si facturé à part, est remboursé à 80 pour cent.~~

CODE 9  
(MEDECINES ALTERNATIVES)

1. Le maximum des dépenses approuvées est fixé à 1 200,00 dollars E.-U. par personne protégée par année civile (soit une prestation ordinaire maximale de 960,00 dollars E.-U. par personne protégée par année civile).

2. Seuls les traitements énumérés ci-dessous donnent droit à remboursement:

- acupuncture;
- chiropraxie;
- médecine ayurvédique;
- médecine traditionnelle chinoise;
- mésothérapie;
- ostéopathie.

CODE 10  
(PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE)

1. Le maximum des dépenses approuvées est fixé à 30 000,00 dollars E.-U. par personne protégée pour l'ensemble de la ou les période(s) d'affiliation.