

CAISSE D'ASSURANCE POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ DU PERSONNEL (CAPS) DU BIT

Notification des propositions d'amendements aux Statuts et au Règlement administratif de la CAPS

Propositions d'amendements aux Statuts

- Article 1.6 (*Personnes à charge volontairement protégées*)
- Article 2.4 (*Suppression et limitation du droit aux prestations*)
- Article 2.5 (*Prestations supplémentaires*)
- ~~Article 2.6 (*Obligation maximale*)~~
- Article 2.7 (*Protection par un autre régime d'assurance ou service
pour la protection de la santé*)
- Article 2.10 (*Paiement des prestations*)
- Article 2.11 (*Suspension et déchéance des droits*)
- Article 5.6 (*Entrée en vigueur des Statuts*)

Propositions d'amendements à l'Annexe I: Barème des prestations

- Code 1.1 (*Honoraires de médecins*)
- Code 1.4 (*Examens de laboratoire et autres tests*)
- Code 1.5 (*Traitements de réhabilitation fonctionnelle*)
- Code 1.7 (*Psychanalyse ou psychothérapie*)
- ~~Code 1.8 (*Nutrition et diététique*)~~
- Code 2.7 (*Soins médicaux dans un établissement couverts par les codes 2.2 et 2.3
ou liés à une hospitalisation à domicile*)
- Code 5.2 (*Appareils auditifs*)
- Code 8.2 (*Vaccins*)

Amendements au Règlement administratif

- Article 1.6 (*Personnes à charge volontairement protégées*)
- Article 2.5.3 (*Prestations supplémentaires*)
- Article 2.10 (*Paiement des prestations*)
- Article 5.2 (*Formulaires et autorisations*)
- Code 1.4 (*Examens de laboratoire et autres tests*)
- Code 1.5 (*Traitements de réhabilitation fonctionnelle*)
- Code 3 (*Médicaments prescrits*)
- Code 4 (*Soins dentaires*)
- Code 5.2 (*Appareils auditifs*)
- Code 5.5 (*Autres appareils*)
- Code 6.2 (*Transport en cas d'hospitalisation ou de traitements ambulatoires*)
- Code 8.1 (*Examens préventifs, actes de prévention et de dépistage*)
- Code 8.2 (*Vaccins*)

Objet de la circulaire

1. La présente circulaire a pour objet de notifier à toutes les personnes assurées par la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel du BIT (CAPS) les amendements qu'il est proposé d'apporter aux Statuts de la CAPS, en vertu de l'article 4.17 («Amendements aux Statuts») desdits Statuts, et de les informer des amendements au Règlement administratif.
2. Le Comité de gestion de la CAPS a examiné en détail ces propositions d'amendements à ses 284^e, 285^e, 286^e, 287^e et 288^e réunions et les a approuvées à sa 289^e réunion, le 27 août 2025. La date proposée pour leur entrée en vigueur est le 1^{er} janvier 2026.
3. Les amendements proposés sont exposés en détail ci-dessous. Tous sont annexés à la présente circulaire et signalés au moyen du système de suivi des modifications.

Objet des amendements

4. Les propositions d'amendements 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 donner suite à des recommandations faites par le Commissaire aux comptes, à clarifier des procédures administratives, à ajuster certaines prestations et à supprimer l'obligation maximale de la Caisse.

Contexte et propositions d'amendements aux Statuts

5. Conformément à l'article 4.14 des Statuts de la CAPS, «[l]e Commissaire aux comptes de l'OIT présente les conclusions de son examen». Le Commissaire aux comptes a récemment adressé un certain nombre de recommandations au Comité de gestion de la CAPS concernant l'article 2.5 (Prestations supplémentaires), l'article 2.7 (Protection par un autre régime d'assurance ou service pour la protection de la santé) et l'article 2.10 (Paiement des prestations), demandant que les Statuts soient mis à jour pour tenir compte de décisions qui avaient été prises par le Comité de gestion ou le Secrétariat de la CAPS et qui n'étaient pas pleinement reflétées dans les règlements. Les amendements proposés traduisent ces évolutions.
6. Parallèlement, en vertu de sa mission consistant à veiller à ce que la couverture offerte par la CAPS continue de correspondre aux besoins de tous les assurés, le Comité de gestion a décidé de proposer certains amendements aux Statuts et au Règlement administratif de la Caisse.
7. L'amendement tendant à supprimer l'article 2.6 (Obligation maximale) est important. Si le Comité de gestion a toujours autorisé le paiement de prestations additionnelles en cas de nécessité, cet article est susceptible d'empêcher les assurés de la CAPS d'accéder à des soins de santé dans certains pays. Le Comité de gestion a estimé que l'article 3.8 des Statuts constituait une base suffisante pour garantir la situation financière de la Caisse.
8. Certains des amendements proposés visent à améliorer le remboursement de services dispensés en pharmacie, comme la consultation d'un pharmacien, la réalisation de tests ou l'administration de vaccins. Un nouveau code (1.8) a été créé pour la nutrition. Les conditions de remboursement des séances de psychanalyse et de psychothérapie ont été simplifiées (une prescription n'est plus nécessaire). De même, il n'est plus nécessaire de disposer d'une prescription pour obtenir le remboursement de vaccins. En outre, la liste des vaccinations ouvrant droit à un remboursement à 100 pour cent a été supprimée et toutes les vaccinations seront désormais remboursées intégralement.

9. Les amendements ont également pour objet de préciser les conditions dans lesquelles les médicaments prescrits (code 3) peuvent être remboursés, d'exclure le remboursement des bilans médicaux et des traitements à des fins de bien-être proposés dans le cadre d'un forfait, et d'exclure les traitements antivieillessement. Si la liste des produits relevant de la catégorie des appareils auditifs (code 5.2) est élargie, le remboursement de ces appareils ne pourra plus donner droit au versement de prestations supplémentaires et les dépenses approuvées au titre de ce code vaudront pour une période de cinq ans au lieu de trois. Il est rappelé que la prise en charge des appareils auditifs a été considérablement améliorée en 2022.
10. Un amendement supplémentaire tend à supprimer la condition selon laquelle pour demeurer volontairement protégé par la CAPS un enfant doit être non marié.
11. Enfin, les amendements précisent également les règles régissant le remboursement des factures rédigées dans des langues autres que l'anglais, l'espagnol, le français ou l'italien. Ils donnent aussi la possibilité au médecin-conseil de la CAPS de limiter la quantité d'appareils médicaux ouvrant droit à remboursement, autorisent la CAPS à procéder à des remboursements périodiques pour des traitements orthodontiques lorsque le paiement est effectué au début du traitement et ramène le délai de présentation des factures à 18 mois (au lieu de 21) à compter de la date d'émission et à 24 mois (au lieu de 27) à compter de la date du traitement.

Procédure

12. Conformément à l'article 4.17, paragraphe 2, 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 la majorité des suffrages exprimés est contre l'amendement proposé et si un tiers au moins de tous les assurés a voté, l'amendement n'entre pas en vigueur.

Florian Léger
Secrétaire exécutif
Caisse d'assurance pour la protection
de la santé du personnel

Le 24 octobre 2025

Propositions d'amendements aux Statuts et au Règlement administratif de la CAPS

Statuts de la CAPS

(Note: Le texte en rouge et souligné indique des ajouts ou des modifications.
Le texte barré indique 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 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. 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 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 2.4

Suppression et limitation du droit aux prestations

1. Aucune prestation n'est payée:

- ~~a) — au titre de soins médicaux afférents à une maladie ou un accident provoqués intentionnellement sur elle-même par la personne protégée;~~
- ~~b)~~ au titre de soins médicaux dus au service militaire;
- ~~c)~~ au titre de soins médicaux relatifs à une intervention chirurgicale à des fins esthétiques (sauf dans la mesure où une telle intervention chirurgicale donne droit au paiement de prestations selon les conditions régissant le code n° 1.2 du Barème des prestations);
- ~~d)~~ au titre de soins médicaux que le médecin-conseil déclare inutiles, superflus ou médicalement inappropriés;
- ~~e) — dans les cas où une personne protégée n'a pas suivi les prescriptions du médecin traitant;~~
- ~~f)~~ au titre de rapports médicaux, autres que ceux présentés en vue de la poursuite du traitement, établis à l'intention d'organismes administratifs, d'employeurs, etc.

2. Lorsqu'il estime, après avoir consulté le médecin-conseil, que certains frais dont le remboursement est demandé sont excessifs, le Comité de gestion peut réduire la somme qui devrait être normalement remboursée au titre des présents Statuts.

Article 2.5

Prestations supplémentaires

1. Aux fins du présent article ~~et de l'article 2.6~~, et sauf indication contraire, les termes «dépenses approuvées» signifient les dépenses effectives à l'égard desquelles des prestations ordinaires sont payables conformément à l'article 2.2, étant entendu que, si le montant de la prestation ordinaire est limité par une quelconque condition énoncée dans les présents Statuts, seule la partie des dépenses qui ouvre droit au paiement de cette prestation ordinaire est considérée comme «dépenses approuvées».

2. Aux fins du calcul du droit aux prestations supplémentaires, il est tenu compte de l'ensemble des frais à l'égard desquels des prestations ordinaires sont payables, sauf dispositions contraires du Barème des prestations ou de l'article 2.7.

3. Lorsque le montant des dépenses approuvées qui ont été engagées au cours d'une année civile par un(e) assuré(e) et les personnes à sa charge protégées par la Caisse dépasse un montant (appelé «le seuil») fixé dans le Règlement administratif, des prestations supplémentaires sont versées sur le montant dépassant le seuil, au taux fixé par le Règlement administratif.

~~4. — Les prestations supplémentaires sont normalement payées après la fin de l'année civile de référence, mais elles peuvent être versées au cours de cette même année civile, si le Comité de gestion le juge bon.~~

~~54.~~ Le Comité de gestion peut modifier périodiquement le seuil des dépenses à partir duquel des prestations supplémentaires sont payables, ainsi que le taux de celles-ci. Il peut aussi fixer un seuil inférieur pour certaines catégories d'assurés.

Article 2.6

Obligation maximale

~~1. La Caisse n'est plus tenue d'attribuer des prestations lorsque les dépenses approuvées dépassent 150 000,00 dollars des États-Unis (dollars É.-U.) au cours d'une année civile pour une personne assurée et les personnes à sa charge protégées par la Caisse. Dans des circonstances exceptionnelles et après avoir examiné la situation financière de la Caisse, le Comité de gestion peut, par une décision unanime, autoriser le paiement de prestations additionnelles.~~

~~2. Aux fins du présent article, lorsque les dépenses ouvrent droit au paiement de prestations dans le cadre d'un autre régime de protection de la santé ou service de soins, seul le montant des prestations versées par la Caisse est considéré comme «dépenses approuvées».~~

Article 2.7

Protection par un autre régime d'assurance ou service pour la protection de la santé

1. Si l'assuré(e), ou une personne à sa charge protégée par la Caisse, est couvert(e) par un autre régime, public ou privé, d'assurance pour la protection de la santé, ou à un service public de soins médicaux, l'assuré(e) est tenu(e): de présenter un décompte de prestations du régime d'assurance primaire indiquant les prestations qu'il(elle) a reçues ou doit recevoir au titre des dépenses concernées.

~~a) d'indiquer au Secrétaire exécutif de la Caisse le nom de ce régime ou de ce service;~~

~~b) de fournir au Secrétaire exécutif, pour toute demande de prestations qu'il(elle) présente à la Caisse, une déclaration accompagnée de toutes pièces justificatives énumérant les prestations qu'il(elle) a reçues ou doit recevoir du régime ou du service susmentionné au titre des dépenses en question.~~

2. Lorsque les dépenses donnent droit à remboursement ou à prestations au titre d'un autre régime d'assurance ou service pour la protection de la santé:

- a) si la prestation est réclamée à la Caisse en tant qu'assureur primaire, les dépenses donnent droit à des prestations supplémentaires, sous réserve du plafond imposé par le paragraphe 3;
- b) si les prestations sont réclamées à l'autre régime en tant qu'assureur primaire, les dépenses ne donnent pas droit à des prestations supplémentaires et ne peuvent être prises en considération dans le calcul du «seuil».

3. En aucun cas, la somme des prestations versées par la Caisse et de celles accordées par l'autre régime d'assurance pour la protection de la santé ou par le service public de soins médicaux (après déduction des indemnités qui ne sont pas destinées à couvrir des frais médicaux) ne doit dépasser le total des frais de l'assuré(e).

Article 2.10

Païement des prestations

1. Conformément au paragraphe 2 de l'article 1.1, les prestations ne sont normalement versées qu'à l'assuré(e) ou à ses héritiers. Dans des circonstances exceptionnelles, elles peuvent être versées à la personne qui a effectivement supporté les dépenses au titre desquelles le remboursement est demandé.

2. Les prestations ~~sont devraient être~~ payables une fois que ~~le traitement a été reçu et que~~ les frais donnant droit à un remboursement ont été payés par l'assuré(e), à moins que le ~~Secrétaire exécutif n'autorise le remboursement d'une facture avant son acquittement, compte tenu du~~ système de facturation applicable dans le pays où les frais médicaux sont engagés ~~n'autorise le règlement différé des factures. Les factures de plus de 1 000,00 dollars É.-U. qui ont été acquittées en espèces ne sont pas remboursables, sauf autorisation exceptionnelle du Secrétaire exécutif, au regard des conditions particulières appliquées par les prestataires de soins de santé du pays où les frais sont engagés.~~

3. Normalement, les personnes assurées apportent la preuve du paiement de la dépense dont elles demandent le remboursement. Lorsqu'aucune preuve de paiement n'est fournie avec la demande de remboursement, l'assuré(e) peut être invité(e) à fournir tous les justificatifs nécessaires.

4. Les notes et factures remises à la Caisse plus de ~~21~~ 18 mois après la date de leur établissement, ou plus de ~~27~~ 24 mois après la fin du traitement auquel elles se rapportent, n'ouvrent pas droit à des prestations de la Caisse. Les notes et factures remises à la Caisse plus de 9 mois après que l'assuré(e) cesse d'y participer ne sont pas remboursées, quelle que soit la date du traitement auquel elles se rapportent ou la date de leur établissement.

5. Lorsqu'il existe un doute quant à l'authenticité ou à l'exactitude d'une facture ou quant au droit à prestations, il n'est pas versé de prestations tant que l'assuré(e) n'a pas fourni les renseignements permettant de dissiper le doute de manière satisfaisante.

6. Les sommes payées par la Caisse en plus des prestations prévues dans les présents Statuts sont remboursées par l'assuré(e) selon la même procédure que celle indiquée au paragraphe 2 de l'article 2.10 *bis*.

7. Les factures de plus de 1 000,00 dollars É.-U. qui ont été acquittées en espèces ne sont pas remboursables, sauf autorisation exceptionnelle du Secrétaire exécutif, au regard des conditions particulières appliquées par les prestataires de soins de santé du pays où les frais sont engagés.

Article 2.11

Suspension et déchéance des droits

1. Le Comité de gestion peut décider que le droit d'un(e) assuré(e) est totalement ou partiellement suspendu si l'intéressé(e) ne se conforme pas aux dispositions des présents Statuts et Règlement administratif, et notamment:

- a) si l'assuré(e) ou une personne à sa charge protégée par la Caisse refuse de subir un examen médical prescrit par le Comité de gestion ou par le médecin-conseil de la Caisse;
- b) si l'assuré(e) est en retard dans le versement de cotisations volontaires.

2. Dans l'attente de la décision du Comité de gestion sur l'une ou l'autre des situations visées au paragraphe 1, le Secrétaire exécutif peut suspendre à titre provisoire le paiement des prestations concernées pour une période maximale de quatre mois et, en pareil cas, informe le(la) président(e) du Comité de gestion en conséquence.

3. L'assuré(e) est informé(e) de toute décision de suspendre son droit à prestations.

4. Si le Comité de gestion considère que la situation ayant justifié la suspension de paiement n'est vraisemblablement pas susceptible d'être réglée dans un délai raisonnable, il peut décider que l'assuré(e) soit déchu(e) de son droit aux prestations concernées.

Article 5.6

Entrée en vigueur des Statuts

Les présents Statuts sont entrés en vigueur le 1^{er} avril 1969. Sont incorporés dans cette réimpression tous les amendements approuvés jusqu'au ~~6 octobre 2021~~ 27 août 2025 selon l'article 4.17.

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 (article 2.2)	Supplémentaires (article 2.5)		
1.	SERVICES PROFESSIONNELS ¹				
1.1.	HONORAIRES DE MÉDECINS ²	80 %	Oui		
	CONSULTATIONS au cabinet d'un médecin (omnipraticien ou spécialiste, y compris psychiatre), ou en milieu hospitalier/clinique. <u>CONSULTATIONS auprès d'un pharmacien.</u>			<u>Forfait bilan médical</u> ³ . <u>Forfait bien-être</u> ³ .	
	VISITES d'un médecin à domicile ou dans un établissement.				
	TRAITEMENTS pratiqués par un médecin.			Traitements à des fins esthétiques. <u>Traitements anti-âge.</u>	
	CONSULTATIONS auprès d'un diététicien.				Sur prescription médicale, et sous réserve de l'approbation du médecin-conseil. Traitements remboursés en cas d'obésité (indice de masse corporelle > 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.

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (article 2.2)	Supplémentaires (article 2.5)		
1.2.	OPÉRATIONS CHIRURGICALES Y compris les services des chirurgiens et des anesthésistes.	80 %	Oui	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. 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. 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.	
1.4.	EXAMENS DE LABORATOIRE ET AUTRES TESTS Pratiqués ou prescrits par un médecin <u>ou pratiqués (sans prescription) par un pharmacien.</u>	80 %	Oui		<u>Sous réserve des conditions fixées par le Règlement administratif.</u>
1.5.	TRAITEMENTS DE RÉHABILITATION FONCTIONNELLE Prescrits par un médecin et pratiqués par un(e) thérapeute titulaire d'un diplôme reconnu par l'administration du pays où il(elle) est autorisé(e) à exercer.	80 %	Oui	Traitements pratiqués par un(e) thérapeute non titulaire d'un diplôme reconnu par l'administration du pays où il(elle) est autorisé(e) à exercer. <u>Thérapies ou traitements considérés comme alternatifs ou complémentaires dans le pays où ils sont administrés.</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. Sous réserve d'une prescription antérieure au début du traitement, <u>à moins que le Règlement administratif n'en dispose autrement.</u>

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (article 2.2)	Supplémentaires (article 2.5)		
1.7.	PSYCHANALYSE OU PSYCHOTHÉRAPIE Séances de psychanalyse ou de psychothérapie données ou prescrites par un médecin données <u>par un(e) psychothérapeute, un(e) psychologue, un(e) travailleur(-euse) social(e) titulaire d'un diplôme reconnu par l'administration du pays où il(elle) est autorisé(e) à exercer.</u>	80 %	Oui	<u>Séances de coaching.</u>	Sous réserve d'un plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.
1.8.	NUTRITION ET DIÉTÉTIQUE CONSULTATIONS auprès d'un diététicien <u>ou d'un nutritionniste.</u>	80 %	Oui		Sur prescription médicale et sous réserve de l'approbation du médecin-conseil. Traitements remboursés en cas d'obésité (indice de masse corporelle > 30), d'anorexie ou de troubles métaboliques, <u>de maladies du système digestif, d'allergies alimentaires ou de réactions allergiques, et de malnutrition,</u> à condition d'être prescrits par un médecin et d'être pratiqués dans un établissement reconnu, le cas échéant.
2.7.	SOINS MÉDICAUX DANS UN ÉTABLISSEMENT COUVERTS PAR LES CODES 2.2 ET 2.3 OU LIÉS À UNE HOSPITALISATION À DOMICILE	80 %	Oui	<u>Traitements anti-âge.</u> <u>Forfait bilan médical ³.</u> <u>Forfait bien-être ³.</u>	

Code	Frais ouvrant droit à prestations	Prestations		Frais non remboursables (voir également les articles 2.1 et 2.4)	Conditions
		Ordinaires (article 2.2)	Supplémentaires (article 2.5)		
5.2.	APPAREILS AUDITIFS (y compris <u>chargeur, prestation adaptation binaurale ou monaurale, forfait de services et</u> entretien).	80 %	Oui Non	Piles. Frais de port. Forfait assurance.	Sous réserve du plafond fixé par le Règlement administratif.
5.5.	AUTRES APPAREILS Prescrits par un médecin, y compris entretien, livraison et installation.	80 %	Oui	Coût d'achat, de location ou de réparation d'appareils médicaux auxiliaires ou d'importance secondaire.	Sous réserve de l'approbation du médecin-conseil <u>et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.</u>
8.2.	VACCINS	100 %	Non		Sous réserve des conditions fixées par le Règlement administratif, y compris la liste des vaccins ouvrant droit à remboursement. Sous réserve de prescription médicale.

¹ En règle générale, toutes les prescriptions de soins ou de médicaments doivent être faites avant la date du service ou de l'achat.

² 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.

³ Forfait bilan médical ou forfait bien-être comportant un ensemble intégré de services à caractère principalement préventif et non curatif.

Administrative Rules

Article 1.6

(Personnes à charge volontairement protégées)

1. Sous réserve du paragraphe 2 ci-dessous, quand une allocation familiale est annulée rétroactivement selon le Statut applicable, la personne à charge concernée sera considérée comme ayant été volontairement protégée à partir de la date de suppression de l'allocation. L'assuré(e) versera à la Caisse, dès cette même date, des cotisations relatives à la personne à charge concernée, conformément à l'article 3.5. Les cotisations payées sur le montant de l'allocation familiale par l'assuré(e) ainsi que par l'organisation qui l'emploie pendant la période en question leur seront remboursées. L'assuré(e) pourra, par préavis communiqué à la Caisse, interrompre la protection volontaire de la personne à charge concernée, avec effet à la fin du mois suivant celui durant lequel il(elle) a été informé(e) de la suppression de l'allocation familiale; à défaut d'un tel préavis, la protection continuera telle que prévue à l'article 1.6.

2. Pour les cas visés au paragraphe 1 ci-dessus, et sur présentation de pièces attestant que la personne à charge dont il s'agit a été assurée depuis la date de suppression de l'allocation, l'assuré(e) peut notifier à la Caisse sa renonciation à la protection pour ladite personne à charge avec effet rétroactif depuis la même date. L'assuré(e) remboursera à la Caisse toute prestation payée pour ce dépendant durant la période en question et la Caisse remboursera, pour la même période, tant à l'assuré(e) qu'à l'organisation l'employant leur part respective de cotisations versées sur la base de l'allocation ou des allocations familiale(s) supprimée(s).

3. Bien que les personnes volontairement protégées soient en principe protégées pour des périodes d'une année, renouvelables, leur protection prend fin:

- a) lorsque la personne assurée cesse d'être protégée;
- b) lorsque les conditions prescrites à l'article 1.6 cessent d'être remplies (par exemple, lorsque l'enfant atteint l'âge de 30 ans révolus, ~~se marie~~ ou occupe un emploi régulier à plein temps).

4. En ce qui concerne les enfants volontairement protégés en vertu de l'article 1.6.1 b) et les parents ou beaux-parents volontairement protégés en vertu de l'article 1.6.1 c), la Caisse peut exiger de la personne assurée de certifier de temps à autre que les conditions prescrites dans cet article continuent d'être remplies.

Article 2.5.3

(Prestations supplémentaires)

1. Le seuil d'accès aux prestations supplémentaires est fixé pour chaque personne assurée à 25,0 pour cent du revenu applicable annuel, étant entendu que:

- a) par «revenu applicable», il faut entendre le revenu sur la base duquel les cotisations de chaque personne assurée sont calculées, conformément aux dispositions pertinentes des articles 3.2, 3.3 ou 3.4 des Statuts. Cependant, si un(e) fonctionnaire travaille à temps partiel, le revenu applicable est basé sur la rémunération à temps partiel et non sur le revenu que le(la) fonctionnaire percevrait s'il(si elle) travaillait à plein temps. Le revenu applicable annuel est obtenu en multipliant par 12 le revenu applicable mensuel intégral;
- b) le seuil est fixé une fois par an, le 1^{er} janvier, pour toute l'année civile sur la base du revenu pertinent de la personne assurée pour le mois de janvier;

- c) lorsque la protection commence après le 1^{er} janvier, le seuil pour le reste de l'année civile est basé sur le revenu applicable de la personne assurée pour le mois au titre duquel la première rémunération mensuelle intégrale est perçue;
 - d) lorsque la personne assurée prend sa retraite au cours du mois de janvier, le seuil pour le reste de l'année civile est basé sur le revenu applicable pour le mois au titre duquel la première pension mensuelle intégrale est perçue.
2. Le taux des prestations supplémentaires est fixé à 20,0 pour cent.
 3. Le Comité de gestion réexaminera régulièrement – au moins tous les ~~deux-trois~~ ans, en même temps qu'il procédera à la révision actuarielle visée à l'article 3.10 avant le début de chaque exercice financier de l'OIT – le niveau du seuil et du taux des prestations supplémentaires.

Article 2.10

(Païement des prestations)

1. Les prestations sont ~~en principe~~ payées dans la monnaie du lieu d'affectation du/de la fonctionnaire ou dans la monnaie du compte sur lequel est versé son salaire, si celle-ci est différente. Cependant, dans des circonstances exceptionnelles, lorsque des dépenses particulièrement élevées obligent une personne assurée à retirer des fonds d'un pays autre que celui où se trouve le lieu de son affectation, les prestations peuvent être payées dans une autre monnaie.
2. Par délégation du Comité de gestion, le Secrétaire exécutif peut autoriser le remboursement des factures présentées après la date limite fixée à l'article 2.10.3-4 des Statuts. Le membre intéressé doit alors faire une demande spéciale indiquant les raisons du retard.
3. Le paiement anticipé de services ou de traitements achetés dans le cadre d'un forfait n'ouvre droit à un remboursement qu'une fois l'exécution du service ou du traitement achevée.
4. Pour être remboursable, une facture doit mentionner au minimum le nom du patient, la ou les date(s) de traitement, le ou les type(s) de traitement(s) reçu(s) et le nom du prestataire. La CAPS peut demander les informations supplémentaires qu'elle juge nécessaires pour calculer la prestation due.

Article 5.2

(Formulaires et autorisations)

1. Les personnes assurées sont tenues de présenter leurs demandes de prestations remboursement à l'aide du formulaire ILO 937 «Demande de remboursement» 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.
4. Une traduction doit être fournie pour les factures et les justificatifs qui ne sont pas rédigés en anglais, espagnol, français ou italien. La traduction peut être réalisée par l'assuré.

Annexe I

(Barème des prestations)

Code 1.4

(Examens de laboratoire et autres tests)

1. Sont remboursables les examens de laboratoire et autres tests ci-dessous qui sont pratiqués par un pharmacien:

test d'orientation diagnostique de l'angine (maux de gorge);

test de dépistage du cancer colorectal;

test de dépistage du Covid-19;

test de dépistage de la cystite;

test de dépistage de la grippe;

dosage du fer.

Code 1.5

(Traitements de réhabilitation fonctionnelle)

1. a) Les dépenses approuvées maximales sont fixées à 100,00 dollars É.-U. par séance (soit une prestation ordinaire maximale de 80,00 dollars É.-U. par séance). Le nombre maximum de séances remboursées est porté à 40 par personne protégée, par type de traitement et par année civile.

b) Le nombre de séances peut être augmenté dans les cas de réhabilitation faisant suite à un accident, une opération chirurgicale importante, 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. Seuls les traitements énumérés ci-dessous donnent droit à remboursement:

- physiothérapie/kinésithérapie;
- orthophonie/logopédie;
- graphothérapie;
- orthoptie/optométrie;
- ergothérapie;
- psychomotricité;
- drainage lymphatique (si le système lymphatique est touché);
- podologie/pédicurie pour raisons médicales (prescription non exigée).

Code 3

(Médicaments prescrits)

1. 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. Aux fins du présent paragraphe, c'est le principe actif principal du médicament qui est pris en considération et pas seulement le nom commercial.

5. Si un médicament prescrit dans une forme pharmaceutique ou un dosage ouvre droit à remboursement par la Caisse, alors toutes les formes pharmaceutiques et tous les dosages de ce même médicament ouvriront droit à remboursement par la Caisse.

Code 4

(Soins dentaires)

1. Les dépenses approuvées maximales sont fixées à 1 500,00 dollars É.-U. par personne protégée et par année civile (soit un montant de prestations ordinaires de 1 200,00 dollars É.-U.).

2. 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 É.-U. (soit un montant de prestations ordinaires de 3 600,00 dollars É.-U.).

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

4. Dans le cas des traitements orthodontiques, si le prestataire n'est pas en mesure d'établir des factures aux dates des traitements et si l'assuré a fourni une facture pour l'ensemble de la période du traitement orthodontique avant l'achèvement de celui-ci, la CAPS peut procéder à des remboursements périodiques sur présentation de la facture.

Code 5.2

(Appareils auditifs)

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

Code 5.5

(Autres appareils)

La CAPS peut, après avoir consulté le médecin-conseil, limiter la quantité d'appareils médicaux ouvrant droit à remboursement.

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 500,00 dollars É.-U. par trajet.

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;
- les états neuro-dégénératifs invalidants;
- le handicap physique.

Code 8.1

(Examens préventifs, actes de prévention et de dépistage)

1. Seuls les examens énumérés ci-dessous ouvrent droit à remboursement 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;
- 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 É.-U.;
- test de dépistage des hépatites B et C dans la limite d'une dépense approuvée maximale de 100,00 dollars É.-U.;
- test de dépistage prénatal visant à diagnostiquer des maladies congénitales ou des pathologies graves.

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

4. Les examens sanguins, les échographies et les consultations de routine liés à la grossesse ne relèvent pas des examens préventifs, actes de prévention et de dépistages, et sont remboursés à 80 pour cent.

Code 8.2

(Vaccins)

~~1. Les vaccins énumérés ci-dessous ouvrent droit à remboursement à 100 pour cent:~~

- ~~• grippe;~~
- ~~• 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.

2.—Le coût de ~~l'acte médical ou de l'acte infirmier~~ l'injection, s'il est facturé à part, est remboursé à 80 pour cent.