

- ▶ **Statuts et Règlement administratif
de la Caisse d'assurance
pour la protection de la santé
du personnel**

► Table des matières

	Page
Statuts de la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel	7
Article 0.1 Buts	7
Article 0.2 Siège	7
Chapitre I. Champ d'application	8
Article 1.1 Personnes protégées.....	8
Article 1.2 Personnes obligatoirement assurées	8
Article 1.3 Personnes volontairement assurées	9
Article 1.4 Retrait de la Caisse de personnes volontairement assurées	10
Article 1.5 Personnes à charge automatiquement protégées	10
Article 1.6 Personnes à charge volontairement protégées	11
Article 1.7 Protection dans des cas exceptionnels	12
Article 1.8 Protection des fonctionnaires du Centre international de formation de l'OIT	12
Chapitre II. Prestations	13
Article 2.1 Libre choix du médecin, du pharmacien et de l'établissement médical	13
Article 2.2 Prestations ordinaires	13
Article 2.3 Transfert des droits	13
Article 2.4 Suppression et limitation du droit aux prestations	14
Article 2.5 Prestations supplémentaires.....	14
Article 2.6 (Supprimé)	5
Article 2.7 Protection par un autre régime d'assurance ou service pour la protection de la santé	15
Article 2.8 Tiers responsable	15
Article 2.9 Maladies ou accidents d'origine professionnelle	16
Article 2.10 Paiement des prestations	16
Article 2.10 bis Accords entre la Caisse et les prestataires de services.....	17
Article 2.11 Suspension et déchéance des droits	17
Article 2.11 bis Fraude aux dépens de la Caisse.....	18

	Page
Article 2.11 <i>ter</i> Exclusion de la Caisse ou cessation de la couverture en cas de fraude ou d'arriérés.....	18
Article 2.12 Droit de préemption de la Caisse sur des appareils dont l'assuré(e) cesse d'avoir besoin	19
Article 2.13 Taux de change.....	19
Chapitre III. Financement.....	20
Article 3.1 Ressources	20
Article 3.2 Cotisations pour les fonctionnaires et pour les personnes à leur charge automatiquement protégées	20
Article 3.3 Cotisations pour les anciens fonctionnaires et pour les personnes à leur charge automatiquement protégées	20
Article 3.4 Cotisations pour les survivants et pour les personnes à leur charge automatiquement protégées.....	21
Article 3.5 Cotisations pour les personnes à charge volontairement protégées	22
Article 3.6 Taux des cotisations.....	22
Article 3.7 Déduction et transfert des cotisations.....	24
Article 3.8 Fonds de garantie et mesures pour assurer l'équilibre financier ...	25
Article 3.9 Réassurance	25
Article 3.10 Révision actuarielle	25
Article 3.11 Comptabilité et investissements.....	25
Chapitre IV. Administration	26
Article 4.1 Comité de gestion	26
Article 4.2 Choix des membres et durée du mandat du Comité de gestion	26
Article 4.3 Vacances au sein du Comité de gestion	26
Article 4.4 Présidence et vice-présidence	26
Article 4.5 Réunions du Comité de gestion.....	27
Article 4.6 Décisions du Comité de gestion	27
Article 4.7 Attributions du Comité de gestion	27
Article 4.8 Sous-comité permanent.....	28
Article 4.9 Présidence du Sous-comité permanent.....	28
Article 4.10 Méthodes de travail du Sous-comité permanent.....	28
Article 4.11 Attributions du Sous-comité permanent.....	28
Article 4.12 Secrétaire exécutif de la Caisse	29

	Page
Article 4.13 Médecin-conseil.....	29
Article 4.14 Vérificateur aux comptes	30
Article 4.15 Consultation des assurés	30
Article 4.16 Assemblée générale	30
Article 4.17 Amendements aux Statuts	30
Article 4.18 Commission d'arbitrage	31
Article 4.19 Dissolution de la Caisse.....	31
Chapitre V. Dispositions diverses	32
Article 5.1 Interruption de la protection ou des services	32
Article 5.2 Formulaire et autorisations	32
Article 5.3 Réexamen d'une décision à la demande de l'assuré(e)	33
Article 5.4 Litiges concernant des questions médicales	33
Article 5.5 Litiges concernant des questions autres que médicales	33
Article 5.6 Entrée en vigueur des Statuts	34
Annexe I. Barème des prestations	35
Annexe II. Règlement des élections	44
Règlement administratif de la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel	47

► Statuts de la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel

Article 0.1

Buts

La Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel du Bureau international du Travail (BIT), dénommée ci-après «la Caisse», a pour but d'assurer, dans la mesure prescrite par les présents Statuts et leur Règlement administratif, le remboursement des frais que les personnes qu'elle protège pourraient encourir pour la sauvegarde de leur santé, et notamment pour des soins médicaux en cas de maladie, d'accident ou de maternité, ainsi que pour des soins préventifs personnels.

Article 0.2

Siège

La Caisse a son siège au Bureau international du Travail.

Chapitre I. Champ d'application

Article 1.1

Personnes protégées

1. Les personnes protégées par la Caisse sont:
 - a) les assurés, c'est-à-dire les personnes assurées de leur propre chef, obligatoirement ou volontairement, du fait de leur qualité de membre du personnel, d'ancien membre du personnel ou de survivant d'une telle personne;
 - b) certaines catégories de membres de la famille d'un(e) assuré(e) (dénommés ci-après «personnes à charge»), protégées automatiquement ou volontairement.
2. Les assurés sont redevables des cotisations prescrites pour eux-mêmes et pour les personnes à leur charge; ils reçoivent normalement les prestations dues pour eux-mêmes et pour les personnes à leur charge.

Article 1.2

Personnes obligatoirement assurées

1. Sont obligatoirement assurés:
 - a) les fonctionnaires des services organiques et des services généraux, à l'exception des membres du personnel de nettoyage engagés à temps partiel, qui travaillent au siège du BIT et qui sont nommés pour au moins six mois ou reçoivent une prolongation portant la durée totale présumée de leur service continu à au moins six mois; dans ce dernier cas, l'affiliation prend effet le premier jour du mois suivant la notification officielle de la prolongation;
 - b) les fonctionnaires des services organiques et des services généraux qui ne sont pas recrutés sur place lorsqu'ils servent dans des bureaux extérieurs du BIT, sous réserve des conditions énoncées à l'alinéa a); toutefois, les fonctionnaires rattachés à un bureau de liaison, un bureau de correspondance ou un bureau de correspondant national du BIT peuvent choisir de s'affilier à leur lieu d'affectation à un régime de protection de la santé placé sous les auspices des Nations Unies, d'une institution spécialisée ou organisation apparentée ¹ ou approuvé par le Directeur général du BIT;
 - c) les fonctionnaires des services généraux recrutés sur place qui servent dans des bureaux extérieurs du BIT, sous réserve des conditions énoncées à l'alinéa a), lorsqu'ils ne remplissent pas les conditions d'affiliation à un régime de protection de la santé à leur lieu d'affectation approuvé par le Directeur général du BIT;
 - d) à condition de ne pas être déjà affiliés à un régime d'assurance obligatoire pour la protection de la santé dans le pays d'affectation, les fonctionnaires affectés à des projets de coopération technique sous réserve des conditions énumérées à l'alinéa a) ci-dessus;

¹ La liste des organisations apparentées figure à l'article 1.2.1 du Règlement administratif.

cependant, les alinéas susmentionnés ne s'appliquent pas à un fonctionnaire engagé à temps partiel qui est:

- i) soit une personne à charge automatiquement protégée aux termes de l'article 1.5 ou assurée par un autre régime d'assurance pour la protection de la santé et qui choisit de ne pas devenir une personne assurée en vertu du présent article;
- ii) soit une personne dont la semaine de travail a une durée inférieure à la moitié de la semaine de travail normale des fonctionnaires engagés à plein temps au même lieu d'affectation.

2. Tout fonctionnaire, obligatoirement assuré en vertu du paragraphe 1 du présent article, qui est prêté à une autre organisation internationale et qui, pendant la durée du prêt, reste soumis au Statut du personnel du BIT, demeure obligatoirement assuré; si la durée du prêt est d'au moins une année, il peut toutefois choisir de s'affilier pendant cette période à un régime placé sous les auspices de l'organisation à laquelle il prête son concours.

Article 1.3

Personnes volontairement assurées

Peuvent s'affilier volontairement:

- a) les fonctionnaires en congé sans traitement ou en congé avec traitement partiel qui étaient assurés au moment de prendre leur congé;
- b) les fonctionnaires détachés auprès d'autres organisations internationales qui ne sont plus soumis au Statut du personnel du BIT et qui étaient assurés à la date où leur détachement a pris effet, s'ils en font la demande avant cette date;
- c) les fonctionnaires dont le service cesse, pourvu qu'ils aient été assurés immédiatement avant la date de cette cessation et qu'ils en aient fait la demande avant cette date. L'affiliation volontaire obtenue au titre du présent paragraphe sera limitée à six mois après la fin du service;
- d) les anciens fonctionnaires qui ont atteint l'âge de 55 ans lors de la fin de leur service, qui ont travaillé au moins dix ans à l'ONU, dans une institution spécialisée ou dans une organisation apparentée ² et ont été, pendant les cinq années précédant immédiatement la fin de leur service, assurés de la Caisse ou protégés d'autre manière contre les risques de maladie par le BIT, s'ils en font la demande et s'ils signent l'autorisation de prélèvement des cotisations sur leur pension de retraite avant la date effective de la fin de leur service;
- e) les anciens fonctionnaires bénéficiant d'une pension d'invalidité de la CCPPNU ou d'un autre régime de pension de l'OIT qui, à la date effective de la fin de leur service, étaient assurés par la Caisse ou par un autre régime d'assurance pour la protection de la santé approuvé par le Directeur général du BIT, s'ils en font la demande et s'ils signent l'autorisation de prélèvement des cotisations sur leur pension dans les trois mois qui suivent l'attribution de la pension d'invalidité;
- f) les veuves ou les veufs de fonctionnaires ou d'anciens fonctionnaires qui, au moment de leur mort, étaient assurés par la Caisse ou par un autre régime d'assurance pour la protection de la santé approuvé par le Directeur général du BIT, si ces survivants étaient des personnes à charge automatiquement protégées à la date du décès et

² La liste des organisations apparentées figure à l'article 1.2.1 du Règlement administratif.

bénéficiant d'une pension de survivant de la CCPNU ou d'un autre régime de pension de l'OIT et s'ils en font la demande et signent l'autorisation de prélèvement des cotisations sur leur pension dans les trois mois suivant la date à laquelle la Caisse informe lesdits survivants des dispositions du présent alinéa; si le fonctionnaire ou ancien fonctionnaire décédé ne laisse pas de veuve ou de veuf ou si une veuve ou un veuf assuré selon le présent alinéa décède, le présent alinéa s'applique aux enfants qui étaient, à la date du décès, des personnes à charge automatiquement protégées et bénéficiant des prestations de survivants de la CCPNU ou d'un autre régime de pension de l'OIT³.

Article 1.4

Retrait de la Caisse de personnes volontairement assurées

1. Les personnes volontairement assurées en vertu des alinéas *d)*, *e)* et *f)* de l'article 1.3 peuvent se retirer de la Caisse à condition d'en donner préavis trois mois à l'avance; elles ne peuvent y être réaffiliées par la suite.

2. Si une personne volontairement assurée bénéficie obligatoirement de la protection d'un régime d'assurance pour la protection de la santé dépendant de l'ONU ou d'une institution spécialisée, l'assurance volontaire est suspendue pour la durée de la protection du régime obligatoire.

Article 1.5

Personnes à charge automatiquement protégées

1. Le conjoint et les enfants d'un(e) assuré(e) visé(e) à l'article 1.2 ou à l'article 1.3 *a)*, *b)* ou *c)* sont protégés automatiquement dans les cas suivants:

- a)* si des allocations familiales sont payées en leur faveur aux termes du Statut du personnel du BIT, ou seraient payées si les conditions d'emploi de la personne assurée prévoyaient l'attribution d'allocations familiales dans les conditions respectivement prévues par le Statut ou le Règlement applicable au personnel du siège;
- b)* si, en vertu du Statut ou Règlement du personnel applicable, la contribution du personnel est appliquée au salaire au taux familial au titre du conjoint ou des enfants en question;
- c)* s'il s'agit d'un enfant qui n'est pas automatiquement protégé par un autre régime de protection de la santé ou service de soins médicaux – lorsque des allocations familiales, bien que dues aux termes du Statut ou Règlement du personnel applicable, ne sont pas payées du seul fait que l'assuré(e) ou son conjoint perçoit déjà des allocations d'un montant égal ou supérieur.

2. Le conjoint et les enfants d'un(e) assuré(e) visé(e) à l'article 1.3 *d)* ou *e)* sont protégés automatiquement aussi longtemps qu'ils auraient rempli les conditions requises pour la protection automatique aux termes du paragraphe 1 du présent article si l'assuré(e) avait continué à être fonctionnaire du BIT; toutefois si, en raison du niveau de ses revenus professionnels, un conjoint n'est pas protégé automatiquement à la date de cessation de service de l'assuré(e) ou cesse, à tout moment après cette date, d'être protégé automatiquement, il ne

³ Les personnes à charge au second degré qui étaient assurées le 1^{er} novembre 1983 en vertu des dispositions de l'article 1.3 *f)* en vigueur avant cette date continueront à bénéficier de cette assurance.

peut ultérieurement bénéficier de la protection automatique que s'il n'a pas le droit de continuer à bénéficier de la protection du régime d'assurance de protection de la santé ou du service de soins médicaux dont il bénéficiait du fait de son activité professionnelle.

3. Les enfants de veuves ou de veufs assurés au titre de l'article 1.3 f) et qui étaient automatiquement protégés en vertu du paragraphe 1 du présent article à la date du décès de l'assuré(e) continuent, à moins qu'ils ne remplissent eux-mêmes les conditions requises pour être assurés au titre de l'article 1.3 f), à être automatiquement protégés aussi longtemps qu'ils auraient rempli les conditions qui auraient été requises pour bénéficier de cette protection au titre du paragraphe 1 du présent article si l'assuré(e) avait continué à être fonctionnaire du BIT. Aux fins du présent paragraphe, un enfant né moins de 300 jours après le décès du fonctionnaire ou de l'ancien fonctionnaire est assimilé aux enfants protégés automatiquement à la date du décès.

4. Le présent article s'applique aux assurés visés à l'article 1.3 a), b) et c) comme si la rémunération sur la base de laquelle leurs contributions sont calculées était reçue du BIT.

Disposition transitoire. Un parent qui était automatiquement protégé le 1^{er} novembre 1983 au titre des dispositions de l'article 1.5 en vigueur avant cette date continue à être ainsi protégé aussi longtemps qu'il remplit les conditions énoncées dans ces dispositions. Cette protection cesse si le conjoint de l'assuré(e) est protégé automatiquement.

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 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 1.7

Protection dans des cas exceptionnels

Dans des cas exceptionnels, le Comité de gestion de la Caisse peut, par une décision unanime, admettre en qualité de personne protégée un fonctionnaire, un ancien fonctionnaire ou une personne à charge qui ne remplit pas les conditions requises pour bénéficier de la protection prévue en vertu des présents Statuts. Dans de tels cas, le Comité de gestion prescrit les conditions de protection.

Article 1.8

Protection des fonctionnaires du Centre international de formation de l'OIT

1. Sont obligatoirement assurés les fonctionnaires du Centre international de formation de Turin (dénommé ci-après le «Centre de Turin») s'ils sont nommés pour la période ou les périodes prescrites à l'article 1.2, paragraphe 1 a).

2. Aux fins d'application des articles 2.9 (Maladies ou accidents d'origine professionnelle), 3.1 (Ressources) et 3.7 (Déduction et transfert des cotisations) des présents Statuts, ledit Centre aura les obligations d'une organisation employant des assurés.

3. Sous réserve des dispositions du paragraphe précédent, aux fins de l'application des présents Statuts, les personnes assurées en vertu du présent article seront assimilées aux assurés du BIT, et le terme «BIT» s'entend comme incluant le Centre de Turin.

Chapitre II. Prestations

Article 2.1

Libre choix du médecin, du pharmacien et de l'établissement médical

1. Le choix du médecin et du pharmacien, ainsi que le choix de l'hôpital, de la clinique ou de tout autre établissement médical est libre.

2. Le Comité de gestion peut prévoir ou approuver d'autres mesures dans une région particulière s'il estime qu'en raison des conditions spéciales existant dans cette région ces mesures seraient plus avantageuses pour les personnes protégées et pour la Caisse.

3. Aux fins des présents Statuts, l'expression «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.

Article 2.2

Prestations ordinaires

1. Sous réserve de l'article 2.4, des prestations ordinaires relatives aux soins médicaux sont versées conformément au Barème des prestations ¹ dans les conditions qui y sont spécifiées en ce qui concerne:

- a) la période de stage et les autres conditions relatives à la périodicité des remboursements;
- b) le taux de remboursement;
- c) la limitation du montant des prestations;
- d) les frais non remboursables;
- e) l'approbation du traitement par le médecin-conseil.

2. Des prestations ordinaires pour soins préventifs personnels sont versées selon les conditions énoncées dans le Règlement administratif.

3. Dans des cas exceptionnels, le Comité de gestion peut, par une décision unanime, accorder le remboursement de frais encourus pour la protection de la santé non prévus au présent article. Dans de tels cas, le Comité de gestion fixe les conditions du paiement de ces prestations.

Article 2.3

Transfert des droits

En vue du calcul des périodes de stage prévues par l'article 2.2 des présents Statuts, toute période précédant immédiatement la protection accordée par la Caisse et pendant laquelle l'intéressé bénéficiait d'un régime d'assurance pour la protection de la santé dépendant des Nations Unies ou d'une institution spécialisée, ou était protégé d'une autre façon par l'OIT contre les risques de maladie, est assimilée à une période de protection par la Caisse.

¹ Annexe I.

Article 2.4

Suppression et limitation du droit aux prestations

1. Aucune prestation n'est payée:
 - a) au titre de soins médicaux dus au service militaire;
 - b) 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);
 - c) au titre de soins médicaux que le médecin-conseil déclare inutiles, superflus ou médicalement inappropriés;
 - d) 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 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. 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

(Supprimé)

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.

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 2.8

Tiers responsable

1. Lorsqu'une personne protégée souffre d'une maladie ou d'un accident dont un tiers est ou peut être totalement ou partiellement responsable, les faits se rapportant au cas doivent être signalés à la Caisse dès que possible, selon les modalités précisées dans le Règlement administratif.

2. Lorsque le Comité de gestion ou le Sous-comité permanent agissant en son nom estime que la responsabilité légale d'un tiers est probablement engagée, il peut, après consultation des parties intéressées, demander à l'assuré(e) et à la personne protégée qui est en cause ou aux personnes qui leur survivent:

- i) de céder son droit d'ester en justice, selon les modalités précisées dans le Règlement administratif ou les instructions du Comité de gestion ou du Sous-comité permanent, auquel cas les prestations prévues par les présents Statuts sont payables; ou
- ii) de prendre toutes mesures nécessaires à l'encontre du tiers, conjointement ou en consultation étroite avec la Caisse, auquel cas aucune prestation n'est due relativement aux frais médicaux dont un tiers est ou peut être responsable.

3. Nonobstant le paragraphe 2 ii) ci-dessus, lorsque la personne assurée ou les autres personnes intéressées ont pris les mesures stipulées par le Comité de gestion pour se faire indemniser par le tiers, les prestations prévues par le présent Règlement administratif sont versées:

- i) en totalité lorsque aucune indemnité n'est obtenue du tiers;
- ii) après déduction de toute indemnité versée par le tiers relativement aux chefs du préjudice pour lesquels les prestations susmentionnées sont versées;
- iii) les frais entraînés par toute action en justice qui pourrait être prescrite ou approuvée par le Comité de gestion seront équitablement répartis entre la Caisse et la personne assurée ou les autres personnes intéressées de la manière décidée par le Comité de gestion ou le Sous-comité permanent, en tenant compte du montant des sommes recouvrées par la Caisse.

4. L'assuré(e) ou la personne protégée ou les personnes qui lui survivent sont tenus de donner à la Caisse toutes les informations et l'assistance nécessaires quant aux actions en justice entreprises. L'assuré(e) ou la personne protégée ou les personnes qui lui survivent n'accepteront aucun règlement de telles actions ou de tout recours à l'égard d'un tiers sans l'accord de la Caisse.

Article 2.9

Maladies ou accidents d'origine professionnelle

La Caisse ne doit aucune prestation pour les frais médicaux et connexes qui résultent de maladies ou d'accidents imputables à l'exercice de fonctions officielles et qui sont à la charge de l'Organisation employant l'assuré(e). Elle peut, cependant, faire l'avance des prestations sous réserve que l'assuré(e) les lui rembourse lors du règlement de son cas par le BIT ou par le Centre de Turin.

Article 2.10

Paiement 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 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 système de facturation applicable dans le pays où les frais médicaux sont engagés n'autorise le règlement différé des factures.

3. Les personnes normalement 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 18 mois après la date de leur établissement, ou plus de 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 2.10 bis

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 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.

3. Lorsque les dispositions visées aux paragraphes 1 et 2 ne peuvent être prises, la Caisse peut autoriser à titre exceptionnel un paiement anticipé au prestataire, sur la base d'une facture pro forma. En pareil cas, l'assuré(e) demeure tenu(e) de payer tout solde dû et de présenter une demande de remboursement à la Caisse.

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 2.11 bis

Fraude aux dépens de la Caisse

1. Si, à l'issue d'un premier examen, le secrétariat a une forte suspicion de penser qu'un(e) assuré(e) ou une personne à sa charge protégée par la Caisse a obtenu ou tenté d'obtenir par la fraude² des prestations auxquelles il(elle) n'avait pas droit, le Secrétaire exécutif soumet le cas au Trésorier et au Chef auditeur interne. Le cas est traité conformément aux dispositions statutaires et réglementaires applicables de l'Organisation.

2. Le paiement des prestations concernées par la fraude alléguée est suspendu en application du paragraphe 5 de l'article 2.10 et l'assuré(e) est informé(e) en conséquence. Si et lorsque la suspension paraît devoir durer plus de quatre mois, le secrétariat informe le Comité de gestion, qui peut décider de maintenir ou de lever ladite suspension.

Article 2.11 ter

Exclusion de la Caisse ou cessation de la couverture en cas de fraude ou d'arriérés

1. Le Comité de gestion peut exclure de la Caisse une personne volontairement assurée en vertu de l'article 1.3, ou mettre fin à la couverture d'une personne volontairement assurée en vertu de l'article 1.6, si:

- a) il est établi, après enquête, que cette personne a obtenu ou tenté d'obtenir par la fraude des prestations auxquelles elle n'avait pas droit, ou aidé une autre personne à cette fin;
- b) le montant total des arriérés de cotisations dus pour la personne concernée excède, sans raison valable, le montant des cotisations dues au titre des six derniers mois.

2. L'exclusion de la Caisse ou la cessation de la couverture en application du présent article sont sans préjudice du droit de la Caisse de recouvrer toute somme qui lui est due auprès de l'assuré(e) concerné(e).

Article 2.12

Droit de préemption de la Caisse sur des appareils dont l'assuré(e) cesse d'avoir besoin

1. Lorsqu'un(e) assuré(e) cesse d'avoir besoin d'un appareil auquel le présent article est applicable et pour lequel la Caisse a versé des prestations selon le Barème des prestations, numéros de code 5.4 et 5.5 (chaises roulantes et appareils similaires; autres appareils), l'assuré(e) (ou, en cas de décès, ses héritiers) est tenu(e) d'en informer le Secrétaire de la Caisse et de proposer à la Caisse l'acquisition de l'appareil considéré.

2. Le Comité de gestion, par avis adressé dans les 30 jours qui suivent la réception de l'offre à l'assuré(e) ou à toute personne concernée, peut décider d'acquérir l'appareil, moyennant paiement du montant net (après déduction des prestations ordinaires ainsi que, le cas échéant, la fraction appropriée des prestations supplémentaires) assumé par l'assuré(e) lors de son achat.

² Le terme «fraude» s'entend de tout acte ou omission par lequel une personne physique ou morale déforme ou dissimule sciemment un fait *a)* afin d'obtenir un avantage indu pour elle-même ou pour un tiers ou de se soustraire ou de soustraire un tiers à une obligation, et/ou *b)* de manière à induire une personne physique ou morale à agir ou à ne pas agir à son détriment (directive du Bureau, IGDS n° 69 (version 3), *Politique de lutte contre la fraude et contre la corruption*, 19 octobre 2017).

3. Le Comité de gestion pourra disposer de l'appareil dans les conditions qu'il estime les plus appropriées pour la Caisse.

4. Le présent article s'applique à:

- a) tout appareil dont le prix d'achat initial était d'au moins 500,00 dollars É.-U;
- b) tout autre appareil qui pourra être spécifié par le Comité de gestion dans le Règlement administratif ou par décision notifiée à l'assuré(e).

Article 2.13

Taux de change

Le Comité de gestion peut fixer de temps à autre, et pour telle période qu'il précisera, le taux de conversion qui sera applicable entre le dollar des États-Unis et d'autres monnaies spécifiées pour calculer les droits, les maxima et les cotisations libellés en dollars des États-Unis dans les présents Statuts ou dans le Règlement administratif.

Chapitre III. Financement

Article 3.1

Ressources

1. La Caisse est alimentée par les cotisations des assurés et par celles du BIT et du Centre de Turin, dont les taux sont indiqués à l'article 3.6 et appliqués conformément aux dispositions des articles 3.2 à 3.5.
2. L'OIT supporte tous les frais de gestion de la Caisse.

Article 3.2

Cotisations pour les fonctionnaires et pour les personnes à leur charge automatiquement protégées

1. Les cotisations pour les fonctionnaires obligatoirement assurés aux termes de l'article 1.2 et pour les personnes à leur charge automatiquement protégées aux termes de l'article 1.5 sont calculées sur la base de la rémunération du/de la fonctionnaire et de toute pension telle que définie au paragraphe 2 de l'article 3.3. Si le(la) fonctionnaire travaille à temps partiel, les cotisations sont calculées sur la base de la rémunération qu'il(elle) recevrait si il(elle) travaillait à plein temps.
2. Les cotisations pour les fonctionnaires en congé sans traitement ou avec traitement partiel, volontairement assurés aux termes de l'article 1.3 a), les cotisations pour les fonctionnaires dont le service a pris fin, volontairement assurés aux termes de l'article 1.3 c), ainsi que les cotisations pour les personnes à charge automatiquement protégées de ces fonctionnaires volontairement assurés, sont calculées sur la base de la dernière rémunération du/de la fonctionnaire et de toute pension telle que définie au paragraphe 2 de l'article 3.3.
3. Les cotisations pour les fonctionnaires détachés, volontairement assurés aux termes de l'article 1.3 b), et pour les personnes à leur charge automatiquement protégées, sont calculées sur la base de la rémunération que le(la) fonctionnaire perçoit de l'organisation auprès de laquelle il(elle) est détaché(e) et de toute pension telle que définie au paragraphe 2 de l'article 3.3.
4. Le terme «rémunération» comprend, aux fins du présent article, le traitement de base du fonctionnaire et toutes les indemnités qui lui sont versées de manière régulière et continue, mais non les autres versements qui lui sont faits au titre du Statut ou du Règlement du personnel. Les indemnités et autres versements qui entrent dans le calcul des cotisations, et ceux qui en sont exclus, sont fixés par le Comité de gestion dans le Règlement administratif.

Article 3.3

Cotisations pour les anciens fonctionnaires et pour les personnes à leur charge automatiquement protégées

1. Les cotisations pour les anciens fonctionnaires volontairement assurés aux termes de l'article 1.3 d) ou e) et pour les personnes à leur charge automatiquement protégées aux termes de l'article 1.5 sont calculées:
 - a) sur le plus élevé, au moment donné, des montants suivants:
 - i) la pension (telle qu'elle est définie ci-après);

- ii) le montant de la pension que le fonctionnaire aurait perçue s'il avait cotisé pendant 25 ans au régime de retraite considéré; et
- b) sur toute rémunération perçue en contrepartie de tout travail effectué pour le BIT par la personne assurée.

2. Aux fins du présent article, le terme «pension» comprend:

- a) toutes les sommes perçues sous forme de paiements périodiques – y compris toute majoration au titre du coût de la vie et toute prestation pour enfant, que ce soit en vertu du service de l'assuré(e) ou en qualité de veuf ou veuve d'un fonctionnaire – versées conformément aux Statuts de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies ou à un autre régime de pension du BIT, celles reçues conformément aux dispositions du Statut du personnel ou à d'autres conditions d'emploi du BIT relatives à la réparation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, et celles reçues en vertu d'une assurance contractée entièrement ou partiellement aux frais du BIT pour la couverture des accidents et maladies non imputables au service; et
- b) toutes les sommes correspondantes reçues par le conjoint de l'assuré(e), si ce conjoint est automatiquement protégé aux termes de l'article 1.5.

Si tout ou partie de ces prestations a été converti en une somme en capital, le montant des cotisations dues sera calculé sur la même base que si la prestation totale avait été versée sous forme de paiements périodiques.

3. Les cotisations pour une personne assurée aux termes de l'article 1.3 d), qui a opté pour une pension de retraite différée, et les cotisations pour les personnes à sa charge automatiquement protégées, sont calculées sur la base du paragraphe 1 a) ii) et 1 b) du présent article jusqu'au moment où la pension est due.

Article 3.4

Cotisations pour les survivants et pour les personnes à leur charge automatiquement protégées

1. Les cotisations pour les veuves ou les veufs de fonctionnaires ou d'anciens fonctionnaires, volontairement assurés aux termes de l'article 1.3 f), et pour les personnes à leur charge automatiquement protégées aux termes de l'article 1.5, sont calculées:

- a) périodiquement sur le plus élevé des montants suivants:
 - i) la pension (telle qu'elle est définie à l'article 3.3, paragraphe 2);
 - ii) le montant de la pension que le veuf ou la veuve aurait perçue si le fonctionnaire ou l'ancien fonctionnaire avait cotisé pendant 25 ans au régime de retraite considéré; et
- b) sur toute rémunération perçue par la personne assurée en contrepartie de tout travail effectué pour le BIT.

2. Les cotisations pour les enfants survivants de fonctionnaires ou d'anciens fonctionnaires, volontairement assurés aux termes de l'article 1.3 f), sont calculées sur la base du montant de la pension qu'ils auraient perçue si le fonctionnaire ou l'ancien fonctionnaire avait contribué pendant 25 ans au régime de retraite applicable.

Disposition transitoire. En ce qui concerne les personnes assurées au titre de l'article 1.3 d), e) ou f) avant le 1^{er} janvier 1989 et les survivants d'anciens fonctionnaires qui étaient assurés au titre de l'article 1.3 d) ou e) avant cette date, la durée de cotisation fixée à 25 ans dans

les paragraphes 1 a) ii) de l'article 3.3 et 1 a) ii) et 2 de l'article 3.4 est remplacée par une durée de 20 ans.

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 fixées par le Comité de gestion, 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.

Article 3.6

Taux des cotisations

1. Sous réserve des dispositions du paragraphe 2 du présent article, les taux de cotisation sont les suivants:

Catégorie de personnes protégées	Payable par l'assuré(e) Taux de cotisation à partir du 1 ^{er} janvier 2024	Payable par l'Organisation	Payable par l'assuré(e) Taux de cotisation à partir du 1 ^{er} janvier 2025	Payable par l'Organisation
Personnes obligatoirement assurées (articles 1.2, 1.5 et 3.2)	3,64%	3,64%	3,73%	3,73%
Conjoint automatiquement protégé	1,10%	1,10%	1,13%	1,13%
Premier enfant automatiquement protégé	0,37%	0,37%	0,38%	0,38%
Tous les autres enfants automatiquement protégés	0,37%	0,37%	0,38%	0,38%
Fonctionnaires en congé sans traitement ¹ (articles 1.3 a) et 3.2)	7,28%	0,00%	7,46%	0,00%
Fonctionnaires en congé avec traitement partiel (articles 1.3 a) et 3.2)				
a) sur la rémunération versée	3,64%	3,64%	3,73%	3,73%
b) sur la rémunération non versée ¹	7,28%	0,00%	7,46%	0,00%
Conjoint automatiquement protégé (sur la rémunération versée)	1,10%	1,10%	1,13%	1,13%
Conjoint automatiquement protégé (sur la rémunération non versée)	2,20%	0,00%	2,26%	0,00%
Premier enfant automatiquement protégé (sur la rémunération versée)	0,37%	0,37%	0,38%	0,38%
Premier enfant automatiquement protégé (sur la rémunération non versée)	0,74%	0,00%	0,76%	0,00%

Catégorie de personnes protégées	Payable par l'assuré(e) Taux de cotisation à partir du 1 ^{er} janvier 2024	Payable par l'Organisation Taux de cotisation à partir du 1 ^{er} janvier 2024	Payable par l'assuré(e) Taux de cotisation à partir du 1 ^{er} janvier 2025	Payable par l'Organisation Taux de cotisation à partir du 1 ^{er} janvier 2025
Tous les autres enfants automatiquement protégés (sur la rémunération versée)	0,37%	0,37%	0,38%	0,38%
Tous les autres enfants automatiquement protégés (sur la rémunération non versée)	0,74%	0,00%	0,76%	0,00%
Fonctionnaires détachés (articles 1.3 b) et 3.2)	7,28%	0,00%	7,46%	0,00%
Conjoint automatiquement protégé	2,20%	0,00%	2,26%	0,00%
Premier enfant automatiquement protégé	0,74%	0,00%	0,76%	0,00%
Tous les autres enfants automatiquement protégés	0,74%	0,00%	0,76%	0,00%
Fonctionnaires dont le contrat arrive à échéance – protection pour six mois (articles 1.3 c) et 3.2)	7,28%	0,00%	7,46%	0,00%
Conjoint automatiquement protégé	2,20%	0,00%	2,26%	0,00%
Premier enfant automatiquement protégé	0,74%	0,00%	0,76%	0,00%
Tous les autres enfants automatiquement protégés	0,74%	0,00%	0,76%	0,00%
Anciens fonctionnaires ayant quitté le service à l'âge de 55 ans ou plus, ou pour cause d'invalidité (articles 1.3 d) et e) et 3.3)	3,64%	7,28%	3,73%	7,46%
Conjoint automatiquement protégé	1,10%	2,20%	1,13%	2,26%
Premier enfant automatiquement protégé	0,37%	0,74%	0,38%	0,76%
Tous les autres enfants automatiquement protégés	0,37%	0,74%	0,38%	0,76%
Survivants de fonctionnaires ou d'anciens fonctionnaires (articles 1.3 f) et 3.4)	3,64%	7,28%	3,73%	7,46%
Premier enfant automatiquement protégé	0,37%	0,74%	0,38%	0,76%
Tous les autres enfants automatiquement protégés	0,37%	0,74%	0,38%	0,76%

¹ Cette disposition peut être modifiée si le BIT, dans certains cas ou pour certaines catégories de cas, décide de payer des cotisations sur des rémunérations non versées.

2. Le Comité de gestion peut fixer périodiquement des cotisations minimales pour les personnes volontairement assurées.

3. À partir du 1^{er} juillet 1987, à titre de mesure exceptionnelle, ni l'assuré(e) ni l'Organisation ne paieront de cotisation pour un ancien fonctionnaire, ou le survivant d'un

fonctionnaire, ou d'un ancien fonctionnaire, assuré en vertu de l'article 1.3 *d)*, *e)* ou *f)*, ou pour les personnes à charge automatiquement protégées (assurées en vertu de l'article 1.5) d'un ancien fonctionnaire, ou du survivant d'un fonctionnaire ou d'un ancien fonctionnaire assuré en vertu de l'article 1.3 *d)*, *e)* ou *f)*, si la pension de l'assuré(e), telle qu'elle est définie à l'article 3.3, paragraphe 2, ou, selon le cas, la proportion de la dernière rémunération visée aux articles 3.3 ou 3.4, est inférieure à 4 500,00 dollars É.-U. par an. La présente disposition cesse de porter effet le 1^{er} janvier 1989, sauf dans le cas des personnes auxquelles elle était applicable au 31 décembre 1988.

Article 3.7

Déduction et transfert des cotisations

1. Les cotisations que doivent les fonctionnaires recevant une rémunération du BIT ou du Centre de Turin, pour leur protection personnelle et pour celle des personnes à leur charge automatiquement protégées (assurées en vertu de l'article 1.5) et des personnes à leur charge volontairement protégées, sont retenues sur cette rémunération par les services financiers de l'organisation.

2. Les cotisations que les personnes assurées en application de l'alinéa *d)*, *e)* ou *f)* de l'article 1.3 et qui reçoivent une pension du BIT ou de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies (CCPPNU) doivent payer pour leur protection personnelle et pour celle des personnes à leur charge automatiquement protégées (assurées en vertu de l'article 1.5) et des personnes à leur charge volontairement protégées sont prélevées sur cette pension selon les modalités indiquées dans le Règlement administratif.

3. Les cotisations que d'autres assurés doivent pour leur protection personnelle et pour celle des personnes à leur charge automatiquement protégées (assurées en vertu de l'article 1.5) et des personnes à leur charge volontairement protégées sont payées conformément au Règlement administratif.

Article 3.8

Fonds de garantie et mesures pour assurer l'équilibre financier

1. Il est constitué un Fonds de garantie dont le montant, sans compter les réserves faites pour des demandes de prestations non encore liquidées, doit, à la fin de chaque exercice financier annuel, ne pas être inférieur à un sixième des dépenses de la Caisse au cours des trois exercices financiers précédents, ni supérieur à la moitié de ces mêmes dépenses.

2. Si, à la fin d'un exercice financier, le Fonds de garantie dépasse le maximum prévu au paragraphe 1, le Comité de gestion prend des mesures appropriées pour l'abaisser au niveau prescrit en augmentant les prestations et en diminuant les cotisations sur la base d'une évaluation actuarielle.

3. Si, à la fin d'un exercice financier, le Fonds de garantie est tombé au-dessous du minimum prévu au paragraphe 1, le Comité de gestion prend des mesures appropriées pour restaurer l'équilibre financier de la Caisse et ramener le Fonds de garantie au niveau prescrit en augmentant les cotisations et en adaptant les prestations.

4. Si, pendant neuf mois consécutifs, les dépenses du Fonds sont supérieures aux recettes et si, à la fin de l'exercice financier précédent, le Fonds de garantie ne dépassait pas le maximum prévu au paragraphe 1, le Comité de gestion doit, dans les trois mois suivant le neuvième mois de déficit, prendre des mesures appropriées pour restaurer l'équilibre financier de la Caisse en augmentant les cotisations et en ajustant les prestations sur la base d'une évaluation actuarielle.

Article 3.9

Réassurance

Le Comité de gestion peut, en accord avec le Directeur général du BIT, prendre les mesures nécessaires en vue d'une réassurance.

Article 3.10

Révision actuarielle

Il est procédé à une révision actuarielle de la Caisse chaque fois qu'à la fin d'un exercice financier le Fonds de garantie est tombé au-dessous du minimum prescrit et, en tout état de cause, au moins une fois tous les trois ans.

Article 3.11

Comptabilité et investissements

Les services financiers du BIT sont chargés de tenir la comptabilité de la Caisse, de garder les fonds et de prendre des dispositions pour les placer en consultation avec le Comité de gestion. Ils fournissent à celui-ci, selon ses instructions, un relevé trimestriel de la comptabilité de la Caisse et un rapport annuel sur la situation financière et sur les investissements, ainsi que tous autres renseignements que le Comité de gestion peut raisonnablement demander de temps à autre.

Chapitre IV. Administration

Article 4.1

Comité de gestion

La gestion de la Caisse incombe à un Comité de gestion, composé de six membres titulaires et de six membres suppléants, soit:

- trois membres titulaires et trois membres suppléants représentant les assurés du BIT;
- trois membres titulaires et trois membres suppléants représentant le Directeur général du BIT.

Le médecin-conseil de la Caisse est membre d'office, sans droit de vote, du Comité de gestion.

Article 4.2

Choix des membres et durée du mandat du Comité de gestion

1. Les assurés du BIT élisent au scrutin secret les membres du comité qui les représentent; seuls les assurés sont éligibles.
2. Les membres du Comité de gestion représentant les assurés sont élus pour trois années civiles. Le règlement des élections constitue l'annexe II aux présents Statuts.
3. Aucun assuré ne peut servir simultanément comme membre du Comité de gestion et comme membre du secrétariat de la Caisse.
4. Le Directeur général du BIT désigne les membres du Comité de gestion qui le représentent. La durée du mandat de ces membres est laissée à la discrétion du Directeur général.

Article 4.3

Vacances au sein du Comité de gestion

1. Tout membre titulaire ou suppléant représentant les assurés doit résigner ses fonctions au moment où il perd la qualité d'assuré(e). Il peut également se démettre de ses fonctions par avis écrit adressé à la présidence du Comité de gestion.
2. Si un siège de membre titulaire représentant les assurés devient vacant pour tout motif autre qu'une expiration de mandat, le membre suppléant représentant les assurés ayant obtenu le plus grand nombre de voix l'occupe pour le reste de la durée du mandat. Si un siège de membre suppléant représentant les assurés devient vacant, le premier de ceux qui venaient ensuite l'occupe pendant le reste de la durée du mandat.
3. S'il n'est pas possible de pourvoir un siège vacant de membre titulaire ou suppléant représentant les assurés conformément au paragraphe 2, le Comité de gestion peut coopter un(e) assuré(e) jusqu'à ce que des élections aient lieu.

Article 4.4

Présidence et vice-présidence

1. Le Comité de gestion élit parmi ses membres un(e) président(e) et un(e) vice-président(e).

2. Si le(la) président(e) est un membre du Comité de gestion représentant les assurés, le(la) vice-président(e) est un membre représentant le Directeur général du BIT, et inversement.

3. Le(La) président(e) et le(la) vice-président(e) sont élus pour une année civile; ils(elles) sont rééligibles.

Article 4.5

Réunions du Comité de gestion

1. Le(La) président(e) réunit le Comité de gestion. Il(Elle) est tenu(e) de le réunir au moins deux fois par année, ainsi qu'à la demande du Sous-comité permanent ou d'au moins quatre membres titulaires ou suppléants.

2. Les droits et les responsabilités des membres suppléants lors des réunions sont les mêmes que ceux des membres titulaires; cependant, les membres suppléants ne peuvent voter que lorsqu'ils remplacent un membre titulaire absent.

3. En cas d'absence d'un membre titulaire représentant les assurés, il est remplacé par le membre suppléant représentant les assurés qui a obtenu le plus grand nombre de voix lors de l'élection. Le membre suppléant chargé de remplacer, pour cause d'absence, un membre titulaire représentant le Directeur général du BIT est choisi par les membres titulaires et les membres suppléants représentant le Directeur général, présents à la réunion.

Article 4.6

Décisions du Comité de gestion

1. Sous réserve du paragraphe 2, les décisions du Comité de gestion sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés.

2. Pour être approuvés, les amendements aux présents Statuts doivent recueillir la majorité des suffrages des membres représentant les assurés, présents à la réunion, et la majorité des suffrages des membres représentant le Directeur général du BIT, présents à la réunion.

3. La validité des décisions est subordonnée à la présence à la réunion d'au moins trois membres représentant les assurés et trois membres représentant le Directeur général.

Article 4.7

Attributions du Comité de gestion

1. Dans l'exercice de ses attributions générales relatives à la gestion de la Caisse, le Comité de gestion est chargé notamment:

- a) de définir la politique de la Caisse, compte tenu de ses objectifs;
- b) d'étudier les questions concernant l'assurance pour la protection de la santé des fonctionnaires du BIT et des personnes à leur charge, entre autres les propositions formulées par les assurés ou par le BIT;
- c) de rédiger et d'approuver les propositions d'amendements aux présents Statuts;
- d) d'appliquer les mesures prévues par les présents Statuts pour maintenir l'équilibre financier de la Caisse;
- e) de maintenir un contact avec les assurés au moyen de consultations écrites, d'assemblées générales ou de toute autre façon;

- f) de solliciter des services de l'Organisation tout avis de caractère médical, technique, actuariel ou juridique qu'il juge nécessaire;
- g) d'élaborer les règlements administratifs que peut exiger l'application pratique des présents Statuts;
- h) d'interpréter les présents Statuts et de statuer sur tout cas porté devant lui par son Sous-comité permanent, ou par un(e) assuré(e) conformément à l'article 5.3;
- i) de soumettre au Directeur général du BIT, ainsi qu'aux assurés, un rapport annuel sur les activités de la Caisse.

2. Le Comité de gestion nomme un Sous-comité permanent auquel il peut déléguer certaines de ses attributions de gestion.

Article 4.8

Sous-comité permanent

1. Le Sous-comité permanent, prévu au paragraphe 2 de l'article 4.7, est composé d'un nombre restreint de membres titulaires ou suppléants du Comité de gestion, que celui-ci choisit en tenant dûment compte de la nécessité d'assurer une représentation équilibrée entre les assurés et le Directeur général du BIT.

2. Les membres du Sous-comité permanent conservent leur qualité de membre tant que le Comité de gestion n'en décide pas autrement, à condition toutefois qu'ils continuent d'être des membres titulaires ou suppléants de ce comité.

Article 4.9

Présidence du Sous-comité permanent

Le(La) président(e) du Comité de gestion préside le Sous-comité permanent. Le Comité de gestion désigne un(e) président(e) suppléant(e) du Sous-comité permanent.

Article 4.10

Méthodes de travail du Sous-comité permanent

1. Le Sous-comité permanent règle les affaires qui lui sont confiées sur pièces ou au cours de réunions. Le(La) président(e) peut convoquer des réunions du Sous-comité permanent aussi souvent qu'il(elle) le juge nécessaire; il(elle) est tenu(e) de le faire à la demande de deux membres du Sous-comité permanent.

2. Le Sous-comité permanent prend ses décisions à l'unanimité.

Article 4.11

Attributions du Sous-comité permanent

1. Le Sous-comité permanent est chargé, sous l'autorité générale du Comité de gestion et conformément aux instructions particulières de celui-ci:

- a) de s'acquitter des tâches de gestion que le Comité de gestion lui délègue;
- b) d'interpréter les présents Statuts et le Règlement administratif de la Caisse, sous réserve du pouvoir de réexamen du Comité de gestion;

- c) de surveiller le travail du Secrétaire exécutif de la Caisse et de statuer sur tout cas porté devant lui par celui-ci, ou par un(e) assuré(e) conformément à l'article 5.3.

2. Le Sous-comité permanent soumet au Comité de gestion toute question sur laquelle il n'est pas parvenu à une décision unanime, ainsi que tous les autres cas dont il estime, eu égard à l'importance des questions en jeu, qu'il appartient au Comité de gestion de trancher lui-même. Il présente à chaque réunion du Comité de gestion un rapport d'activités, oral ou écrit.

Article 4.12

Secrétaire exécutif de la Caisse

1. Après consultation du Comité de gestion, le Directeur général du BIT nomme un(e) fonctionnaire du BIT au poste de Secrétaire exécutif de la Caisse.

2. Le Secrétaire exécutif est chargé de gérer les affaires courantes de la Caisse, conformément aux présents Statuts et au Règlement administratif, sous l'autorité générale du Comité de gestion et du Sous-comité permanent, et conformément à leurs instructions particulières.

3. Le Secrétaire exécutif est chargé notamment:

- a) de fournir des renseignements sur les dispositions des présents Statuts et du Règlement administratif, de recevoir des demandes de prestations des assurés et de régler ces demandes selon les dispositions statutaires, les précédents et les interprétations applicables en la matière;
- b) de soumettre au médecin-conseil de la Caisse les questions médicales découlant de l'examen des demandes de prestations;
- c) de soumettre à la décision du Sous-comité permanent les cas donnant lieu à des difficultés ou à des problèmes particuliers dans l'application des présents Statuts et du Règlement administratif, ainsi que les réclamations d'assurés invoquant l'inobservation des présents Statuts;
- d) de porter à la connaissance du Sous-comité permanent toute anomalie rencontrée dans l'application des présents Statuts;
- e) de remplir les fonctions de Secrétaire exécutif du Comité de gestion et du Sous-comité permanent et de rédiger leur correspondance;
- f) sous réserve des instructions de la présidence, de préparer et d'organiser les réunions du Comité de gestion et du Sous-comité permanent, de rédiger les procès-verbaux de ces réunions et de préparer le projet de rapport annuel du Comité de gestion;
- g) de recueillir et de réunir, conformément aux instructions du Comité de gestion ou du Sous-comité permanent, les renseignements relatifs aux questions à l'étude;
- h) d'exécuter les décisions du Comité de gestion ou du Sous-comité permanent;
- i) de prendre, conformément aux présents Statuts, les dispositions nécessaires à l'élection des membres du Comité de gestion;
- j) de superviser le travail du secrétariat de la Caisse.

Article 4.13

Médecin-conseil

Un médecin-conseil de la Caisse est désigné par le Comité de gestion, en accord avec le Directeur général du BIT.

Article 4.14

Vérificateur aux comptes

1. Dans le cadre de ses activités de vérification externe des comptes de l'OIT, le Commissaire aux comptes de l'OIT examine les recettes et les dépenses de la Caisse, tout actif ou passif important comptabilisé en fin d'année, ainsi que toute autre question relevant de son mandat en qualité de Commissaire aux comptes de l'OIT.

2. Le Commissaire aux comptes de l'OIT présente les conclusions de son examen au Comité de gestion ainsi qu'au Directeur général.

3. Des audits de conformité et des audits en lien avec les activités de la Caisse sont régulièrement effectués par le Bureau de l'audit interne et du contrôle du BIT; les rapports d'audit sont soumis au Comité de gestion ainsi qu'au Directeur général.

4. Aux fins de la réalisation de leur examen ou de leur audit, le Commissaire aux comptes de l'OIT et le Bureau de l'audit interne et du contrôle du BIT doivent avoir accès sans restriction et sans délai aux documents comptables de la Caisse et à son personnel.

Article 4.15

Consultation des assurés

Le Comité de gestion maintient un contact avec les assurés par les moyens qu'il juge appropriés, soit notamment:

- a) des assemblées générales des assurés, conformément à l'article 4.16;
- b) la consultation écrite des assurés et l'échange, avec eux, de communications écrites;
- c) des consultations particulières de personnes représentant certains groupes d'assurés.

Article 4.16

Assemblée générale

1. Une assemblée générale des assurés est convoquée par le Comité de gestion à des intervalles réguliers, au moins une fois tous les deux ans; elle est également convoquée à la demande de la majorité des membres titulaires et suppléants du Comité de gestion représentant les assurés, ou à la demande écrite de 100 assurés.

2. Chaque assuré(e) peut participer à l'assemblée générale.

3. Les conclusions auxquelles l'assemblée générale peut aboutir ont un caractère consultatif. Elles sont soumises au Comité de gestion à sa session suivante afin qu'il examine les mesures éventuellement nécessaires.

Article 4.17

Amendements aux Statuts

1. Les propositions d'amendement aux présents Statuts doivent être approuvées par le Comité de gestion, conformément au paragraphe 2 de l'article 4.6.

2. 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.

3. L'entrée en vigueur de tout amendement est subordonnée à l'approbation du Directeur général du BIT.

Article 4.18

Commission d'arbitrage

1. Si la majorité des membres du Comité de gestion représentant les assurés ou la majorité des membres représentant le Directeur général du BIT le demande, une commission d'arbitrage est constituée en vue d'examiner toute question que le Comité de gestion n'aurait pu résoudre ainsi que tout projet d'amendement aux présents Statuts, approuvé conformément aux paragraphes 1 et 2 de l'article 4.17, mais qui n'a pas reçu l'approbation du Directeur général.

2. Il est tenu à jour une liste contenant, d'une part, les noms de cinq personnes au plus désignées par les membres titulaires et suppléants du Comité de gestion représentant les assurés et, d'autre part, de cinq personnes au plus désignées par les membres titulaires et suppléants de ce comité représentant le Directeur général. Chaque fois qu'une commission d'arbitrage doit être constituée conformément au paragraphe 1, les membres titulaires et suppléants du Comité de gestion représentant les assurés et les membres titulaires et suppléants de ce comité représentant le Directeur général choisissent pour faire partie de la Commission d'arbitrage deux des personnes figurant sur la liste qu'ils ont chacun établie. Ces quatre personnes désignent un cinquième membre qui fonctionne comme président(e) de la Commission d'arbitrage.

3. Les décisions de la Commission d'arbitrage sont prises à la majorité de ses membres, y compris le(la) président(e); elles sont définitives et lient le Comité de gestion, les assurés et le Directeur général.

Article 4.19

Dissolution de la Caisse

La dissolution de la Caisse et la liquidation de son actif peuvent être prononcées sur une proposition du Comité de gestion soumise par écrit au vote de tous les assurés. La proposition n'est adoptée que si elle recueille la majorité des voix reçues au cours d'une période déterminée par le Comité de gestion et supérieure à quatre semaines à compter de la date de la soumission de la proposition aux assurés. La dissolution de la Caisse et la liquidation de son actif ainsi prononcées n'entrent en vigueur qu'après avoir été approuvées par le Directeur général du BIT.

Chapitre V. Dispositions diverses

Article 5.1

Interruption de la protection ou des services

1. Sous réserve des dispositions du présent article, la réadmission d'une personne protégée à la Caisse après toute interruption de la protection est considérée comme première affiliation.

2. Les périodes suivantes ne sont pas considérées comme rompant la continuité de la protection:

- a) toute période durant laquelle la personne protégée a été couverte par un régime d'une autre organisation internationale, conformément à la disposition de l'article 1.2, paragraphe 2, ou en raison du détachement d'un(e) assuré(e) auprès de cette organisation;
- b) toute période durant laquelle un(e) assuré(e) a été en congé sans traitement ou en congé avec traitement partiel, sans rester volontairement assuré(e) conformément à l'article 1.3 a).

Toutefois, en aucun cas, des prestations ne sont versées en remboursement de dépenses encourues pendant une période visée par le présent paragraphe.

3. Une interruption de 60 jours au plus de la période de protection assurée par la Caisse, ou d'une période pendant laquelle l'intéressé bénéficie d'une autre forme de protection de la santé au sens de l'article 1.3 ou de l'article 2.3, ou d'une période de service au sens de l'article 1.2, ou encore entre deux de ces périodes, n'est pas considérée comme rompant la continuité de la protection ou du service, étant entendu:

- a) que la première admission d'une personne assurée au titre de l'article 1.2 est soumise à la condition que la période totale du dernier engagement, ou de la dernière prolongation d'engagement, et d'engagements antérieurs au BIT ne soit pas inférieure à 180 jours au cours d'une période de 9 mois;
- b) qu'en aucun cas les prestations ne sont versées en remboursement des dépenses encourues pendant une quelconque interruption de la protection.

4. Sans préjudice des dispositions du paragraphe 3, toute personne qui, dans un délai ne dépassant pas 12 mois à compter de l'interruption de la protection, redevient protégée par la Caisse sera considérée comme ayant satisfait, à la date à laquelle la nouvelle protection prendra effet, à toute obligation de stage pour l'ouverture des droits aux prestations qui serait prévue aux présents Statuts si elle a été protégée pendant au moins 12 mois immédiatement avant l'interruption de la protection.

Article 5.2

Formulaires et autorisations

1. Le Comité de gestion peut prescrire l'utilisation des formulaires qui, périodiquement, lui paraissent nécessaires à une bonne gestion de la Caisse.

2. Les assurés doivent se conformer à ces prescriptions.

Article 5.3

Réexamen d'une décision à la demande de l'assuré(e)

1. Un(e) assuré(e) peut demander qu'une décision du Secrétaire exécutif le(la) concernant ou concernant une personne à sa charge soit réexaminée par le Sous-comité permanent, à condition de présenter une requête en ce sens dans les six mois suivant la date à laquelle ladite décision lui a été notifiée.
2. Si l'assuré(e) n'est pas d'accord avec la décision prise par le Sous-comité permanent à l'égard de son cas, il(elle) peut, dans le mois suivant la date à laquelle ladite décision lui a été notifiée, en demander le réexamen par le Comité de gestion.

Article 5.4

Litiges concernant des questions médicales

1. Le Comité de gestion s'en remet, en principe, aux conclusions du médecin traitant. Toutefois, il a le droit, après avoir prévenu le médecin traitant, de demander un nouvel examen du malade par le médecin-conseil ou un médecin désigné par lui, s'il le juge nécessaire.
2. Si les conclusions du médecin traitant et celles qui résultent de l'examen ordonné par le comité divergent, ou si un(e) assuré(e) conteste d'autres conclusions du médecin-conseil, l'intéressé peut demander que son cas soit examiné par un comité médical composé d'un médecin désigné par lui/elle, du médecin-conseil et d'un troisième médecin désigné par les deux premiers. Les conclusions de ce comité médical lient les parties. Les honoraires du troisième médecin sont mis, à parts égales, à la charge de l'assuré(e) et de la Caisse.

Article 5.5

Litiges concernant des questions autres que médicales

1. Dans les autres cas que ceux soumis au comité médical mentionné à l'article 5.4, l'assuré(e) peut demander qu'une décision du Comité de gestion de la Caisse concernant l'application des présents Statuts à son cas soit portée devant une commission de recours, à condition de présenter une requête en ce sens dans le mois suivant la date à laquelle ladite décision lui a été notifiée.
2. La Commission de recours est composée d'assurés de la Caisse qui ne sont membres ni du Comité de gestion ni du secrétariat et qui sont désignés par le Comité de gestion, à savoir:
 - a) au moins quatre personnes choisies par les membres du Comité de gestion représentant les assurés;
 - b) au moins quatre personnes choisies par les membres du Comité de gestion représentant le Directeur général;
 - c) au moins deux personnes choisies sur décision du Comité de gestion pour présider la Commission de recours.
3. Chaque recours est examiné par un collège composé de deux des personnes désignées en vertu du paragraphe 2 a), deux des personnes désignées en vertu du paragraphe 2 b) et l'un des présidents désignés en vertu du paragraphe 2 c).
4. La Commission de recours est assistée par un secrétariat, distinct de celui de la Caisse, qui est chargé de la réception des recours ainsi que de convoquer, sur la base de critères objectifs,

un collège de membres de la Commission de recours afin d'étudier chaque cas et de faciliter les communications entre les membres du collège et les parties.

5. La Commission de recours rend sur chaque recours une décision motivée, en se fondant sur un examen approfondi, objectif et impartial du dossier, et en appliquant les présents Statuts.

6. La Commission de recours se conforme à la procédure établie dans le Règlement administratif, qui garantit une administration transparente et équitable du recours. Les décisions sont adoptées à la majorité des membres du collège examinant le recours.

7. Les décisions de la Commission de recours sont sans appel.

8. Les dépenses afférentes aux travaux de la Commission de recours, y compris les frais de son secrétariat, sont à la charge du BIT.

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 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. CONSULTATIONS auprès d'un pharmacien. VISITES d'un médecin à domicile ou dans un établissement TRAITEMENTS pratiqués par un médecin.				Forfait bilan médical ³ . Forfait bien-être ³ . Traitements à des fins esthétiques. Traitements anti-âge. Traitements indiqués sous le code 1.7.
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.

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)		
				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.	
1.3.	IMAGERIE MÉDICALE Pratiquée ou prescrite par un médecin (ou, pour les radiographies, pratiquées ou prescrites par un dentiste).	80%	Oui		
1.4.	EXAMENS DE LABORATOIRE ET AUTRES TESTS Pratiqués ou prescrits par un médecin ou pratiqués (sans prescription) par un pharmacien.	80%	Oui		Sous réserve des conditions fixées par le Règlement administratif.
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. Thérapies ou traitements considérés comme alternatifs ou complémentaires dans le pays où ils sont administrés.	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 à moins que le Règlement administratif n'en dispose autrement.
1.6.	SOINS INFIRMIERS À DOMICILE RELATIFS À UNE AFFECTION AIGUË (Autres que les traitements spécifiés au code 2.6) Prescrits par un médecin, y compris prestations d'aide-soignante et d'auxiliaire de vie, et y compris prestations de sage-femme.	80%	Oui	Soins non médicaux comme le ménage, la cuisine, les courses, l'aide familiale, etc. Soins assurés par du personnel non qualifié, sauf lorsqu'ils le sont sous la supervision du médecin prescripteur.	Sous réserve d'un plafond et autres conditions fixées par le Règlement administratif.

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 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.	80%	Oui	Séances de coaching.	Sous réserve d'un plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.
1.8.	NUTRITION ET DIÉTÉTIQUE CONSULTATIONS auprès d'un diététicien ou d'un nutritionniste.	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, de maladies du système digestif, d'allergies alimentaires ou de réactions allergiques, et de malnutrition, à condition d'être prescrits par un médecin et d'être pratiqués dans un établissement reconnu, le cas échéant.
2.	SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET AUTRES ÉTABLISSEMENTS			Chirurgie plastique et autres traitements à des fins esthétiques – mêmes conditions que pour le code 1.2. Traitements amaigrissants, sauf approbation préalable du médecin-conseil.	
2.1.	FRAIS D'HOSPITALISATION DANS UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER, EN CHAMBRE COMMUNE Aux fins d'examen, de diagnostic ou de traitement curatif.	100%	Non		Prestation limitée à 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 (article 2.2)	Supplémentaires (article 2.5)		
2.2.	FRAIS DE SÉJOUR DANS UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER, EN CHAMBRE AUTRE QUE CHAMBRE COMMUNE (Autres que dans les cas régis par les codes 2.1, 2.3 et 2.5.) Frais de séjour dans un hôpital ou une clinique reconnu(e) aux fins d'examen, de diagnostic ou de traitement curatif.	80%	Oui		Sous réserve d'un plafond journalier et des conditions fixées par le Règlement administratif. Prestations limitées à 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.
2.3.	FRAIS DE SÉJOUR POUR CONVALESCENCE OU SUITE DE TRAITEMENT Frais de séjour en hôpital, clinique ou établissement de convalescence 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.	80%	Oui	Séjours en hôtel.	Sous réserve du plafond journalier fixé par le Règlement administratif. Prestations limitées à 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.
2.4.	CURES THERMALES Soins thermaux prescrits par un médecin et dispensés dans un établissement thermal.	80%	Non	Frais d'hébergement. Thalassothérapie. Ayurvêda. Jeûne thérapeutique. Cure de détoxification. Cure de rajeunissement.	Sous réserve des conditions fixées par le Règlement administratif. Sous réserve de la confirmation préalable du médecin-conseil que la cure s'inscrit dans le traitement d'une pathologie déjà déclarée.
2.5.	SÉJOUR DANS UN ÉTABLISSEMENT MÉDICALISÉ Séjours à l'hôpital, en clinique, maison de retraite, unité d'accueil temporaire ou en foyer de jour. Séjours prescrits par un médecin (pour d'autres 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.	80%	Oui		Sous réserve du plafond journalier et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.

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)		
2.6.	SOINS INFIRMIERS DE LONGUE DURÉE À DOMICILE Soins infirmiers prescrits par un médecin en cas de pathologie chronique ou incurable, y compris prestations de garde-malade, d'aide-soignante et d'auxiliaire de vie.	80%	Oui	Soins non médicaux comme le ménage, la cuisine, les courses, etc. Soins assurés par du personnel non qualifié, sauf lorsqu'ils le sont sous la supervision du médecin prescripteur.	Sous réserve du plafond mensuel et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.
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	Traitements anti-âge. Forfait bilan médical ³ . Forfait bien-être ³ .	
3.	MÉDICAMENTS PRESCRITS Fournitures pharmaceutiques, notamment les médicaments et pansements prescrits par un médecin ou un dentiste.	80%	Oui	Produits exclus par le Règlement administratif. Pharmacie de ménage et fournitures ménagères courantes. Parapharmacie.	Sous réserve d'une prescription ANTÉRIEURE à l'achat. Sous réserve des conditions fixées par le Règlement administratif.
4.	SOINS DENTAIRES ² i) Traitements odonto-stomatologiques et frais de laboratoire pour appareils dentaires amovibles (autres que radiographie code 1.3). ii) Traitements orthodontiques, y compris les appareils. Les prestations relatives aux traitements suivants ne sont pas versées au titre du code 4, mais au titre des codes suivants: a) En cas d'hospitalisation, la chirurgie maxillo-faciale est remboursée au titre des codes 2.2 et 2.7.	80%	Oui		Sous réserve du plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif. Pour a) et b), sous réserve d'approbation par le médecin-conseil.

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)		
	b) Les traitements maxillo-faciaux <i>prévus au Règlement administratif</i> sont remboursés au titre du code 1.2.				
5.	PROTHÈSES, APPAREILS ET AUTRES DISPOSITIFS MÉDICAUX (Achat, location et réparation.)				
5.1.	APPAREILS OPTIQUES (Y compris lentilles de contact.)	80%	Oui	Lunettes de soleil non correctrices. Entretien. Frais de port. Forfait.	Sous réserve du plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.
5.2.	APPAREILS AUDITIFS (Y compris chargeur, prestation adaptation binaurale ou monaurale, forfait de services et entretien.)	80%	Non	Piles. Frais de port. Forfait.	Sous réserve du plafond fixé par le Règlement administratif.
5.3.	PROTHÈSES (Sauf appareils dentaires amovibles.) Prescrites par un médecin, y compris entretien.	80%	Oui	Frais de port.	Sous réserve de l'approbation du médecin-conseil.
5.4.	CHAISES ROULANTES ET APPAREILS SIMILAIRES Prescrits par un médecin, y compris entretien, livraison et installation.	80%	Oui		Sous réserve de l'approbation du médecin-conseil.
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 et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.

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)		
6.	FRAIS DE TRANSPORT				
6.1.	TRANSPORT EN CAS D'URGENCE 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: <i>a)</i> transport pour convenance personnelle vers un lieu autre que le lieu de traitement adapté le plus proche; <i>b)</i> états survenant au cours de la pratique d'une activité sportive réputée à risques.	Sous réserve des conditions fixées par le Règlement administratif.
6.2.	TRANSPORT EN CAS D'HOSPITALISATION OU DE TRAITEMENTS AMBULATOIRES				
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	Transport pour convenance personnelle et transport médicalement non justifié.	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.

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)		
6.2.3.	Transport de la personne protégée entre son lieu de résidence et un lieu de traitement, ayant pour objet la suite du traitement de l'état ayant entraîné l'hospitalisation.	80%	Oui		Transport médicalement justifié soit vers l'établissement hospitalier ayant délivré le premier traitement de l'état, soit vers le lieu de traitement le plus proche du lieu de résidence de la personne protégée. 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 et le lieu de traitement ou de prescription du traitement 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 du médecin-conseil.
6.3.	AUTRES TRANSPORTS À DES FINS MÉDICALES Déplacements aux fins de l'obtention de soins médicaux, lorsque des soins médicaux adéquats ne peuvent être obtenus au lieu d'affectation ou dans la zone de résidence.	100%	Non	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. b) Transport dans les limites géographiques du lieu d'affectation ou dans la zone de résidence, telle que définie dans le Règlement administratif.	Sous réserve de l'approbation préalable du médecin-conseil et des autres conditions fixées par le Règlement administratif
7.	FRAIS FUNÉRAIRES (Y compris l'incinération.)	100%	Non		Sous réserve du plafond fixé par le Règlement administratif.

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)		
8.	PRÉVENTION				
8.1.	EXAMENS PRÉVENTIFS, ACTES DE PREVENTION ET DE DÉPISTAGE	100%	Non		Sous réserve des conditions fixées par le Règlement administratif, y compris la liste des examens, actes de prévention et de dépistage ouvrant droit à remboursement.
8.2.	VACCINS	100%	Non		
8.3.	CONTRACEPTION Pilules contraceptives et autres dispositifs de contraception.	80%	Oui	Préservatifs masculins. Préservatifs féminins.	Sous réserve de prescription médicale.
9.	MÉDECINES ALTERNATIVES Traitements pratiqués par un(e) thérapeute habilité(e) à exercer dans le pays où le traitement a lieu.	80%	Non		Sous réserve d'un plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif, y compris la liste des traitements ouvrant droit à remboursement.
10.	PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE Stimulation ovarienne, insémination artificielle, fécondation in vitro (FIV) avec ou sans ICSI, y compris examens de laboratoire y relatifs.	80%	Non	Gestation pour autrui (GPA). Frais de transport vers le lieu de traitement.	Sous réserve d'un plafond et des autres conditions fixées par le Règlement administratif.

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.

► Annexe II

Règlement des élections

Corps électoral et éligibilité

1. Les assurés du Bureau international du Travail élisent les membres du Comité de gestion les représentants.
2. Sont éligibles tous les assurés, à l'exception des personnes suivantes:
 - a) le Directeur général du BIT, ainsi que les membres de son cabinet;
 - b) les membres du secrétariat de la Caisse;
 - c) toute personne ayant été reconnue responsable d'actes frauduleux contre les intérêts de la Caisse;
 - d) toute personne déclarée inéligible, conformément à une décision prise en vertu des dispositions du paragraphe 22 d).

Organisation des élections

3. L'élection des membres du Comité de gestion est organisée par trois commissaires électoraux qui seront nommés parmi les personnes assurées par le Comité de gestion au plus tard le 1^{er} août de l'année précédant celle au cours de laquelle doit commencer le mandat des personnes à élire.
4. Les commissaires électoraux ne peuvent pas être candidats à l'élection. Ils ne peuvent pas être nommés parmi les membres du Comité de gestion ni parmi les membres du secrétariat de la Caisse.
5. Les commissaires électoraux veillent à l'application du présent règlement et s'assurent que l'élection est conduite dans le respect des principes électoraux démocratiques. Les commissaires électoraux remplissent leurs fonctions en toute impartialité et indépendance. Toute décision prise par les commissaires électoraux est réputée collégiale. Le secrétariat de la Caisse exécute les décisions des commissaires électoraux, qui peuvent solliciter du BIT tout avis juridique qu'ils jugent nécessaire.
6. Dans les limites du présent règlement, les commissaires électoraux fixent les règles détaillées concernant le dépôt des candidatures, la publicité électorale et les opérations de vote, dans le respect du principe d'égalité des chances entre les candidats, notamment en matière d'accès aux moyens de communication.
7. Le 1^{er} septembre au plus tard, les commissaires électoraux envoient à tous les assurés un avis d'élection, ainsi que tout autre document approprié. Cet avis contient les règles détaillées fixées conformément au paragraphe 6. Un délai d'au moins cinq semaines est accordé pour la présentation des candidatures ainsi qu'un deuxième délai d'au moins cinq semaines pour le vote proprement dit, afin que les assurés dont le lieu d'affectation est hors de Genève puissent participer au vote.
8. Les propositions de candidature doivent être signées par au moins dix assurés et être accompagnées de l'acceptation dûment signée des candidat(e)s.

9. Les candidats, pour appuyer leur nomination, peuvent fournir une déclaration individuelle contenant des informations sur leurs qualifications, leur expérience et leurs engagements en cas de leur élection selon les modalités établies par les commissaires électoraux.

10. Les commissaires électoraux vérifient les candidatures et les déclarations fournies à leur appui. Cette procédure est strictement confidentielle. Les services compétents du BIT fournissent aux commissaires électoraux toute information nécessaire pour appliquer les conditions du présent règlement. Les candidatures qui ne remplissent pas les conditions du présent règlement ou qui sont reçues tardivement sont rejetées.

11. Si les commissaires électoraux considèrent qu'une déclaration soumise selon le paragraphe 9 n'est pas conforme aux conditions fixées par l'avis d'élection, ils demandent au candidat concerné de modifier, dans un délai de deux jours ouvrables, les éléments non conformes, faute de quoi les commissaires électoraux suppriment lesdits éléments ou rejettent la déclaration dans son ensemble.

12. Les candidats sont responsables de toute autre publicité électorale faite par eux-mêmes ou en leur nom. Ils s'interdisent de recourir à des moyens de communication non accessibles à l'ensemble des candidats.

13. Le 1^{er} novembre au plus tard, les commissaires électoraux font distribuer à tous les assurés des bulletins de vote portant les noms de tous les candidats dont les candidatures remplissent les conditions du présent règlement, accompagnés, le cas échéant, des déclarations soumises selon le paragraphe 9.

14. Lors de l'élection des membres représentant les assurés, un(e) assuré(e) ne peut voter que pour un maximum de six candidats. Les trois candidats qui obtiennent le nombre le plus élevé de voix sont déclarés être membres titulaires et les trois candidats qui viennent ensuite sont déclarés être membres suppléants.

15. Les commissaires électoraux comptent les voix et font un rapport sur le nombre de voix recueillies par chaque candidat et sur le résultat des élections. Si des candidats obtiennent le même nombre de voix, les commissaires électoraux les départagent par tirage au sort.

16. Les commissaires électoraux annoncent les résultats au moyen d'un avis envoyé à tous les assurés. Une copie du rapport des commissaires électoraux est affichée au tableau des informations destinées au personnel et publiée sur le site Internet de la Caisse. L'original est conservé dans les archives de la Caisse.

17. Les commissaires électoraux peuvent décider de conduire l'élection entièrement ou partiellement par des moyens électroniques. Dans ce cas, ils appliquent le présent règlement avec les adaptations nécessaires.

Règlement des litiges

18. Les commissaires électoraux examinent toute remarque ou réclamation concernant l'organisation et la procédure de l'élection et prennent toute mesure qu'ils jugent nécessaire afin d'assurer la régularité de l'élection. Leur décision est finale, sous réserve de contestation du résultat de l'élection conformément aux paragraphes suivants.

19. Le résultat de l'élection peut être contesté devant la Commission de recours visée à l'article 5.5 des Statuts, dont les décisions sont sans appel.

20. Pour être recevable, toute contestation du résultat de l'élection doit:

- a) faire l'objet d'une demande motivée soumise par écrit à la Commission de recours par un(e) candidat(e) ou une personne assurée de la Caisse ayant intérêt pour agir ou par le Comité de gestion; et

- b)* être introduite au plus tard dix jours ouvrables après la communication du résultat de l'élection.

21. La Commission de recours décide:

- a)* soit le maintien, sans recommandation, du résultat de l'élection;
- b)* soit le maintien, avec recommandation, du résultat de l'élection, toute recommandation devant alors être examinée par le Comité de gestion entrant;
- c)* soit l'annulation totale ou partielle de l'élection, qui est alors signifiée au président du Comité de gestion sortant, ainsi qu'au Directeur général du BIT;
- d)* soit l'invalidation de l'élection d'un candidat et, le cas échéant, son inéligibilité pour une certaine période.

22. L'annulation totale ou partielle de l'élection ne peut être prononcée si l'irrégularité constatée n'a manifestement pas altéré le résultat de l'élection.

23. La Commission de recours rend sa décision dans un délai ne pouvant dépasser 30 jours ouvrables à partir de la date de sa constitution. Si la Commission de recours se trouve dans l'impossibilité de rendre sa décision endéans cette période, le recours, accompagné d'une note explicative des raisons pour lesquelles la Commission de recours n'a pu rendre sa décision dans le délai prescrit, est communiqué conjointement au Directeur général du BIT pour décision. La décision, soit de la Commission de recours, soit du Directeur général du BIT, est sans appel.

24. En cas d'annulation totale ou partielle de l'élection, les membres du Comité de gestion sortant représentant les assurés sont maintenus pour la période de six mois qui suit la date à laquelle son président est informé par le président de la Commission de recours de la décision d'annulation. Pendant cette période, le Comité de gestion traite les affaires courantes et organise de nouvelles élections, le cas échéant partielles, dont les résultats doivent être déclarés avant la fin de cette période.

► Règlement administratif de la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel

Chapitre I. Champ d'application

Article 1.2.1

(Personnes obligatoirement assurées)

1. Liste des organisations internationales apparentées au 15 mai 2014: AIEA, Banque mondiale (Groupe de la), FAO, FIDA, FMI, OACI, OIAC, OMC, OMI, OMM, OMPI, OMS, OMT, ONUDI, OTICEN, UNESCO, UIT et UPU.

2. La liste figurant au paragraphe 1 ci-dessus s'applique également à l'alinéa d) de l'article 1.3 (Personnes volontairement assurées) des Statuts de la CAPS.

Article 1.3 c)

(Protection volontaire après cessation de service)

1. Lorsqu'un(e) assuré(e) demande l'assurance volontaire aux termes de l'article 1.3 c) des Statuts, il(elle) doit préciser la période pour laquelle cette assurance est requise. Cette période sera normalement établie en mois complets (mais au maximum pour six mois). Dans des cas exceptionnels, le Secrétaire peut accepter une demande pour des périodes plus courtes, notamment s'il est à prévoir que le paragraphe 3 ci-dessous sera applicable.

2. La période fixée selon la règle précédente ne pourra ensuite être prolongée.

3. Si, durant la période en question, l'assuré(e) est assujetti(e) à l'assurance-maladie obligatoire, il(elle) pourra demander le remboursement des cotisations versées pour la période afférente à l'assurance obligatoire.

Article 1.5.1

(Personnes à charge automatiquement protégées)

1. Lorsqu'une personne assurée, selon le statut personnel auquel elle est soumise, a plus d'un conjoint, les règles suivantes sont applicables:

- i) un seul conjoint est considéré comme personne à charge automatiquement protégée, même si les allocations familiales sont divisées entre deux conjoints ou plus;
- ii) le conjoint automatiquement protégé est celui avec lequel le fonctionnaire est marié depuis le plus longtemps;
- iii) le fonctionnaire peut demander, aux termes de l'article 1.6.1 a), le bénéfice de l'assurance volontaire pour les autres conjoints.

2. Conformément à l'article 1.5.1 a) des Statuts, sont automatiquement protégées les personnes à charge des assurés pour lesquelles des allocations familiales auraient été payées si les conditions d'emploi de la personne assurée prévoyaient l'attribution de telles allocations dans les conditions prévues par le Statut ou le Règlement applicable au personnel du siège. En conséquence:

- i) lorsque les règles régissant les conditions d'emploi dans le bureau extérieur d'affectation ne prévoient pas l'octroi d'allocations pour conjoint, et lorsque le revenu professionnel annuel de ce dernier ne dépasse pas le traitement d'un fonctionnaire (de la catégorie des services généraux) au grade 1, échelon 1, applicable dans le bureau concerné, le conjoint sera automatiquement protégé par la Caisse;
- ii) lorsque le revenu professionnel annuel du conjoint dépasse le niveau mentionné plus haut, le fonctionnaire peut demander que son conjoint soit volontairement assuré en vertu de l'article 1.6.1 a);
- iii) tout enfant pour lequel il n'est pas versé d'allocation familiale en raison d'une disposition limitant le nombre d'enfants au titre desquels une telle allocation est payable sera automatiquement protégé.

3. Si une allocation familiale devient payable rétroactivement, la personne à charge intéressée sera considérée comme ayant été automatiquement protégée à partir de la date d'attribution de l'allocation. L'assuré(e) et l'organisation qui l'emploie verseront des cotisations, au taux approprié, sur le montant de l'allocation dès cette date. Toutes cotisations qui auraient été payées pour la personne à charge pendant la période en question en vertu de l'article 3.5 (Cotisations pour les personnes à charge volontairement protégées) seront remboursées à l'assuré(e).

4. Lorsque le conjoint retraité d'un(e) assuré(e), qui serait normalement une personne à charge automatiquement protégée, conserve la protection du régime d'assurance-maladie dont il bénéficiait avant la retraite, l'assuré(e) peut, par notification adressée au Secrétaire exécutif, demander que son conjoint ne soit pas considéré comme une personne à charge automatiquement protégée, auquel cas il n'est pas tenu compte de la pension du conjoint dans le calcul de la cotisation de l'assuré(e).

5. Une personne qui a le statut de personne assurée ne peut être simultanément protégée par la Caisse à quelque autre titre.

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 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.

Chapitre II. Prestation)

Article 2.4

(Suppression et limitation du droit aux prestations)

Les dispositions concernant le non-paiement de prestations au titre des frais chirurgicaux et soins médicaux encourus à des fins esthétiques, prévues à l'article 2.4.1 *b)* et au Barème des prestations, ne s'appliquent pas à une opération ou à un traitement rendus nécessaires par un accident ou par une intervention chirurgicale effectuée pour des raisons de santé et ouvrant droit à prestations.

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 trois ans, en même temps qu'il procédera à la révision actuarielle visée à l'article 3.10 – le niveau du seuil et du taux des prestations supplémentaires.

Article 2.8

(Tiers responsable)

1. À la demande du membre intéressé et sur présentation de la justification de paiement généralement exigée pour avoir droit aux prestations, la Caisse avancera un montant ne dépassant pas celui des prestations ordinaires et, si les conditions sont remplies, le montant des prestations supplémentaires qui seraient payables s'il n'existait pas de tiers responsable et seraient payées en même temps que les autres prestations supplémentaires.

2. Sous réserve de l'article 2.8, paragraphe 3, ces avances seront remboursées à la Caisse lors de l'octroi des indemnités ou à toute autre date qui pourrait être décidée par le Comité de gestion ou le Sous-comité permanent agissant en son nom, lorsque l'action en justice prescrite n'a pas été déclenchée ou achevée.

Article 2.10

(Païement des prestations)

1. Les prestations sont 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.

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 2.10.4 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 2.13

(Taux de change)

1. Les dépenses approuvées maximales exprimées en dollars des États-Unis (dollars É.-U.) prescrites au Chapitre VI (Barème des prestations) du Règlement administratif sont automatiquement ajustées en les divisant par le taux de change opérationnel des Nations Unies pour le mois concerné et en multipliant le résultat par un taux de change dollar É.-U.-franc suisse de référence fixé par le Comité de gestion. Toutefois, les dépenses approuvées maximales en dollars É.-U. ne sont jamais inférieures à celles prescrites au Chapitre VI du Règlement administratif.

2. Le taux de change de référence à compter du 1^{er} janvier 2009 est 1,30 franc suisse pour 1,00 dollar É.-U.

3. Le Comité de gestion peut décider, en ce qui concerne le code 4 (Soins dentaires) ou le code 5.1 (Appareils optiques) du Barème des prestations, d'ajuster les reports de fin d'année de dépenses approuvées, exprimés en dollars É.-U., en utilisant la même méthode que celle appliquée pour l'ajustement des dépenses approuvées maximales exprimées en dollars É.-U.

Chapitre III. Financement

Article 3.2.1

(Cotisations pour les fonctionnaires et pour les personnes à leur charge automatiquement protégées)

Les cotisations dues au titre des fonctionnaires engagés à temps partiel et des personnes à leur charge automatiquement protégées aux termes de l'article 1.5 sont déterminées sur la base de leur revenu réel (et non sur celle de la rémunération qu'ils auraient perçue en travaillant à temps complet) lorsque et aussi longtemps que le(la) fonctionnaire paie ses cotisations au titre de l'article 3.3 ou de l'article 3.4 des Statuts (auquel cas la cotisation est calculée sur la base du montant de la pension majorée de la rémunération perçue au titre de l'engagement à temps partiel).

Article 3.2.4

(Rémunération)

A. Allocations ou indemnités faisant partie de la rémunération considérée pour le calcul des cotisations:

- indemnité de non-résident ou d'expatriation;
- allocations familiales et prestations pour charge de famille;
- primes pour connaissances linguistiques;
- indemnité de fonctions;
- ajustement de poste;
- élément incitation à la mobilité, indemnité pour difficulté des conditions de vie et de travail et élément famille non autorisée;
- indemnité spéciale de fonctions (en cas de paiement annuel).

Les cotisations dues pour les allocations familiales versées à un taux réduit par suite de la perception de telles allocations par le conjoint de la personne assurée sont calculées sur la base du montant effectivement payé à l'assuré(e).

(Voir aussi les dispositions des articles 1.5 et 1.6 concernant le paiement ou la suppression des allocations familiales avec effet rétroactif.)

B. Paiements n'entrant pas en ligne de compte:

- indemnité d'installation;
- compensation des heures supplémentaires;
- allocations pour frais d'études;
- sursalaire de nuit;
- subside de loyer;
- indemnité de rapatriement;
- indemnité de représentation;

- indemnité spéciale de fonctions (en cas de paiement occasionnel);
- voyages et missions (indemnité journalière de subsistance);
- toute forme d'indemnité en cas de cessation de service, notamment:
 - indemnité en cas de réduction du personnel;
 - allocation en cas de décès;
 - compensation de préavis.

Article 3.3

(Cotisations pour les anciens fonctionnaires et pour les personnes à leur charge automatiquement protégées en vertu de l'article 1.5)

Article 3.4

(Cotisations pour les survivants et pour les personnes à leur charge automatiquement protégées)

1. Conformément aux articles 3.3 et 3.4, les cotisations basées sur les pensions versées aux anciens fonctionnaires et survivants, à payer pour leur protection personnelle et celle des personnes à leur charge automatiquement protégées en vertu de l'article 1.5, sont ajustées une fois par an compte tenu de la pension versée pour le mois d'octobre de chaque année, et ceci avec effet au début de l'année suivante.

2. Lorsqu'un(e) ancien(ne) fonctionnaire qui est volontairement assuré(e) selon l'article 1.3 d) est réengagé(e) par le BIT dans des conditions qui entraînent son assurance obligatoire à la Caisse, le calcul des cotisations durant la période d'assurance obligatoire sera fait conformément à l'article 3.2 (Cotisations pour les fonctionnaires et pour les personnes à leur charge automatiquement protégées). À l'expiration de la période d'assurance obligatoire, les cotisations payables selon l'article 3.3 seront à nouveau calculées sur la même base que celle qui était appliquée antérieurement, sans tenir compte des conditions de rémunération pendant la dernière période d'assurance obligatoire.

3. Les cotisations prévues aux articles 3.3 et 3.4 sont calculées sur la base du montant de la pension dans la monnaie dans laquelle elle est fixée au moment considéré.

4. Afin de calculer la pension qui aurait été perçue si un(e) fonctionnaire ou ancien(ne) fonctionnaire avait cotisé pendant 25 ans au régime de retraite considéré, telle qu'elle est visée à l'article 3.3, paragraphe 1 a) ii), et à l'article 3.4, paragraphe 1 a) ii), les règles suivantes seront appliquées:

- a) lorsque les droits à pension découlent de plusieurs périodes de service donnant droit à pension, il est tenu compte de la pension globale et de la période de cotisation globale;
- b) la pension correspondant à 25 ans de cotisation est calculée sur la base de la pension effectivement perçue, divisée par le nombre d'années effectives d'affiliation et multipliée par 25; il n'est tenu compte ni d'éventuelles variations du taux d'accumulation de la pension ni de l'âge de la personne considérée à la date où elle prend sa retraite. En ce qui concerne les personnes auxquelles s'applique la disposition transitoire des articles 3.3 et 3.4 (personnes qui ont pris leur retraite avant le 1^{er} janvier 1989 et leurs survivants), la durée de cotisation de 25 ans et le multiplicateur 25 sont remplacés par une durée de 20 ans de cotisation et par le multiplicateur 20.

5. Aux fins de l'application de l'article 3.3, paragraphe 3 (concernant les personnes ayant opté pour une pension différée), le montant spécifié au paragraphe 1 a) ii) dudit article est calculé par référence au montant de la pension différée à laquelle la personne en question aura droit.

Article 3.5

(Cotisations pour les personnes à charge volontairement protégées)

► Taux des cotisations (en dollars É.-U.)

Catégorie	Cotisation mensuelle à partir du 1 ^{er} janvier 2024	Cotisation mensuelle à partir du 1 ^{er} janvier 2025
Pour les enfants de moins de 30 ans	3,64% de la rémunération, limitée à 260,00	3,73% de la rémunération, limitée à 260,00
Pour les conjoints	650,00	650,00
Pour les parents et beaux-parents	1 400,00	1 400,00

Article 3.7

(Cotisations relatives à la protection volontaire)

1. Les cotisations dues par des personnes volontairement assurées conformément à l'alinéa d), e) ou f) de l'article 1.3 des Statuts sont prélevées sur la pension chaque mois, conformément à des accords passés avec les caisses de pension concernées.

2. Les cotisations dues par les personnes volontairement assurées en vertu de l'alinéa a) ou b) de l'article 1.3 des Statuts et, lorsque le prélèvement sur la pension n'est pas possible, par les personnes assurées en vertu de l'alinéa d), e) ou f) de l'article 1.3 des Statuts sont payables trimestriellement et d'avance les 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet et 1^{er} octobre, le premier versement devant couvrir la période allant de la date de début de l'assurance volontaire jusqu'à la fin du prochain trimestre complet suivant.

3. Les cotisations dues par des personnes volontairement assurées en vertu de l'alinéa d), e) ou f) de l'article 1.3 des Statuts sont normalement payables dans la monnaie dans laquelle est due la pension. Exceptionnellement, le Secrétaire exécutif peut accepter le versement dans une autre monnaie.

4. Lorsque le montant exact sur la base duquel la cotisation doit être calculée n'est pas encore connu, le Secrétaire exécutif de la Caisse peut fixer un montant provisoire, en tenant compte de tous les éléments disponibles, et les cotisations sont payées sur cette base. Les paiements supplémentaires ou les remboursements sont effectués sur la base du montant effectivement soumis à cotisation, une fois celui-ci établi.

5. Les cotisations dues par des personnes volontairement assurées en vertu de l'article 1.3 c) des Statuts sont payables d'avance pour toute la période de protection choisie.

6. Des arrangements peuvent être conclus pour la transmission des paiements par l'intermédiaire d'un bureau extérieur de l'organisation.

Chapitre IV. (Administration)

Article 4.18

(Commission d'arbitrage)

La composition de la Commission d'arbitrage visée au paragraphe 2 de l'article 4.18 des Statuts est examinée et approuvée par le Comité de gestion au début de tout nouveau mandat des membres représentant les assurés, à tout le moins.

Chapitre V. (Dispositions diverses)

Article 5.1

(Interruption de la protection ou des services)

Aux fins de l'application du paragraphe 3 de l'article 5.1 des Statuts, toute période de protection telle que définie à l'article 1.3 c) sera assimilée à une période de service.

Article 5.2

(Formulaires et autorisations)

1. Les personnes assurées sont tenues de présenter leurs demandes de 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.

Article 5.5

(Litiges concernant des questions autres que médicales)

1. Les membres de la Commission de recours visée au paragraphe 2 de l'article 5.5 des Statuts sont nommés pour un mandat de trois ans, renouvelable une fois. S'il se révèle impossible de pourvoir un poste vacant en temps voulu, le Comité de gestion pourra, à titre exceptionnel, prolonger le mandat d'un membre jusqu'à ce que le siège vacant soit pourvu.

2. En cas de recours formé devant la Commission de recours en vertu de l'article 5.5 des Statuts, la procédure énoncée dans l'annexe II du présent Règlement administratif s'applique.

3. En cas de recours formé devant la Commission de recours en vertu du paragraphe 19 de l'annexe II des Statuts (*Règlement des élections*), la procédure énoncée dans l'annexe II du présent Règlement administratif s'applique, sous réserve des dispositions des paragraphes 20 à 23 de l'annexe II des Statuts et de toute autre adaptation éventuellement nécessaire.

► 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 1.6

(Soins infirmiers à domicile relatifs à une affection aiguë)

Le maximum des dépenses approuvées est fixé à 2 500,00 dollars É.-U. par personne protégée par année civile (soit une prestation ordinaire maximale de 2 000,00 dollars É.-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

(Psychanalyse ou psychothérapie)

1. Le maximum est fixé à 40 séances ou 4 000,00 dollars É.-U. de dépenses approuvées (soit une prestation ordinaire de 3 200,00 dollars É.-U.), selon le premier chiffre atteint, par personne et par année civile.

2. 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 É.-U. supplémentaires de dépenses approuvées par année civile (soit une prestation ordinaire maximale de 1 600,00 dollars É.-U.).

Code 2.2

(Frais de séjour dans un établissement 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 chambre semi-privée, sous réserve des plafonds suivants:

Pays	D'application à dater du 1 ^{er} avril 2004	
	Dépenses approuvées maximales par jour (dollars É.-U.)	Prestations ordinaires maximales par jour (dollars É.-U.)
Canada, États-Unis, Suisse	500,00	400,00
Tous les autres pays	400,00	320,00

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.

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.

3. Les dépenses approuvées maximales de référence à partir du 1^{er} juillet 2011 sont fixées à 550,00 dollars É.-U.

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 séjour pour convalescence ou suite de traitement)

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

La prestation est limitée à une seule cure par année civile, d'une durée maximale de trois semaines, dont un minimum de quinze jours de traitement.

Code 2.5

(Séjour dans un établissement médicalisé)

1. Les dépenses approuvées maximales afférentes au séjour dans un établissement médicalisé sont fixées à 150,00 dollars É.-U. par jour (soit une prestation ordinaire maximale de 120,00 dollars É.-U.).
2. Les prestations concernant les séjours dans un établissement médicalisé sont soumises à l'approbation du médecin-conseil.

Code 2.6

(Soins infirmiers de longue durée à domicile)

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

(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;
- shampoings 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 cranio-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 5.1

(Appareils optiques)

1. Les dépenses approuvées maximales sont fixées à 400,00 dollars É.-U. par personne protégée et par année civile (ce qui correspond à 320,00 dollars É.-U. de prestations ordinaires).

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

3. 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 1 200,00 dollars É.-U. (soit un montant de prestations ordinaires de 960,00 dollars É.-U.).

4. 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)

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 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 6.1

(Transport en cas d'urgence)

1. Une urgence est un événement soudain et inattendu exigeant une intervention médicale immédiate.

2. 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.

4. Est réputée activité à risques une activité sportive 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. 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.

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 6.3

(Autres transports à des fins médicales)

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 kilomètres du lieu de résidence 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.

Code 7

(Frais funéraires)

Les prestations maximales sont fixées à 750,00 dollars É.-U.

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 dépistages, et sont remboursés à 80 pour cent.

Code 8.2

(Vaccins)

Le coût de l'injection, s'il est facturé à part, est remboursé à 80 pour cent.

Code 9

(Médecines alternatives)

1. Le maximum des dépenses approuvées est fixé à 1 500,00 dollars É.-U. par personne protégée et par année civile (soit une prestation ordinaire maximale de 1 200,00 dollars É.-U. par personne protégée et 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

(Procréation médicalement assistée)

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

Annexe II

(Procédure de la Commission de recours)

1. Tout recours formé devant la Commission de recours par une personne habilitée à cet effet en vertu des Statuts (ci-après le «demandeur») sera déposé, dans l'une des trois langues officielles du Bureau, auprès du secrétariat de la commission en mains propres, par courrier postal ou par courrier électronique. Le document sera signé par le demandeur et contiendra au moins les éléments suivants:

- a) le nom et les coordonnées du demandeur;
- b) le cas échéant, la désignation du représentant du demandeur, choisi conformément au paragraphe 2, y compris son nom, sa fonction et ses coordonnées;
- c) la désignation de la décision (décision du Comité de gestion ou résultat de l'élection notifié) contre laquelle le recours est formé;
- d) la réparation sollicitée par le demandeur;
- e) les motifs de désaccord avec la décision attaquée;
- f) les documents susceptibles d'étayer le recours, ainsi qu'une liste desdits documents indiquant la nature, la date, l'auteur et le destinataire de chacun d'entre eux;
- g) toute objection motivée du demandeur quant à la capacité de l'un des membres de la Commission de recours à examiner le recours de manière impartiale;
- h) la désignation des langues officielles que le demandeur est en mesure de comprendre.

2. Le demandeur pourra désigner, à ses frais, une personne de son choix pour agir en son nom pendant la procédure engagée devant la Commission de recours.

3. Toute communication ayant trait au cas qui sera adressée au demandeur sera rédigée dans la langue officielle utilisée par ce dernier ou dans toute autre langue officielle qu'il pourra comprendre.

4. Le secrétariat vérifiera que les documents présentés répondent aux conditions exigées et invitera le demandeur ou son représentant à y apporter les corrections éventuellement nécessaires dans un délai d'une semaine.

5. Lorsque les conditions susmentionnées seront remplies, le secrétariat transmettra un exemplaire au président du Comité de gestion ou, en cas de recours contre le résultat d'une élection, aux commissaires électoraux (ci-après le «défendeur») par l'intermédiaire du Secrétaire exécutif de la Caisse.

6. Le défendeur communiquera ses observations sur le cas au secrétariat de la Commission de recours dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la note du secrétariat. Dans le cas d'un recours contre le résultat d'une élection, les observations du défendeur seront présentées dans un délai de dix jours ouvrables. Le secrétariat communiquera au demandeur une copie des observations du défendeur.

7. Un exemplaire de toute communication écrite de la Commission de recours à l'une des parties sera transmis par le secrétariat de la commission à l'autre partie.

8. Le secrétariat conservera l'exemplaire original du recours ainsi qu'une copie de toutes les écritures échangées entre les parties.

9. Tant que le collège établi pour examiner le recours n'aura pas commencé à délibérer, les parties pourront décider de suspendre l'examen du cas, pour une période déterminée, en en avisant le secrétariat de la commission par écrit. Si le demandeur ne se manifeste pas après cette période déterminée, la commission de recours pourra considérer que l'intéressé retire sa demande.

10. Le demandeur pourra, à tout moment avant la notification du prononcé de la décision du collège, abandonner la procédure de façon définitive, en faisant part de son intention au secrétariat de la commission par écrit.

11. Durant la phase d'élaboration des observations écrites, le secrétariat assurera une coordination avec les présidents et les membres de la Commission de recours en vue de déterminer la composition du collège qui examinera le cas, en tenant compte de toute objection soulevée par le demandeur ou le défendeur quant à la participation d'une personne donnée aux travaux du collège.

12. Une fois la composition du collège déterminée, le secrétariat transmettra au président et aux membres du collège les observations écrites des parties.

13. Le collège organisera aussitôt que possible une réunion préliminaire en vue de déterminer:

- a) si le cas est clairement irrecevable ou dépourvu de fondement;
- b) si le cas doit être traité de manière urgente;
- c) s'il y a lieu de demander des observations écrites supplémentaires ou l'ouverture d'une enquête;
- d) s'il y a lieu de divulguer un document confidentiel demandé par l'une des parties et les délais à accorder à celles-ci pour formuler leurs commentaires sur le document divulgué;
- e) s'il est nécessaire que les parties ou des témoins soient entendus;
- f) la date de toute audition ainsi décidée.

14. Si le collège estime à l'unanimité que le cas est clairement irrecevable ou dépourvu de fondement, il prendra immédiatement une décision sommaire à cet effet. Cette décision contiendra:

- a) un compte rendu des travaux;
- b) l'issue recherchée par le demandeur et celle recherchée par le défendeur;
- c) les motifs pour lesquels le collège considère que le cas est clairement irrecevable ou dépourvu de fondement;
- d) la signature du président et des membres du collège ainsi que la date.

15. Si le collège estime que des circonstances exceptionnelles le justifient, il pourra ordonner l'adoption des mesures provisoires qu'il estimera opportunes en attendant l'examen du cas.

16. Dans tous les autres cas, le secrétariat informera les parties de la date de toute audition décidée par le collège ou fournira une indication sur la durée probable de l'examen du cas par le collège.

17. Toutes les auditions se tiendront à huis clos aux dates décidées par le collège. Elles seront dirigées par le président du collège. Pourront y assister le demandeur et son représentant, tout représentant du défendeur, les témoins convoqués par le collège et les membres du secrétariat de la commission.

18. Le collège délibèrera à huis clos.

19. Le collège appliquera les dispositions des Statuts et du Règlement administratif de la Caisse.

20. Le collège adoptera sa décision dans un délai de trois mois à compter de la date de clôture du délai prévu pour l'envoi des observations écrites des parties, sauf circonstances exceptionnelles justifiant un délai plus long, à moins qu'un délai plus court ne soit prévu dans les Statuts. Cette décision contiendra:

- a) un compte rendu des travaux;
- b) l'issue recherchée par le demandeur et celle recherchée par le défendeur;
- c) un résumé des arguments avancés par chaque partie;
- d) un relevé des faits pertinents établis, y compris une référence au document ou au témoignage sur lequel les conclusions sont fondées;
- e) une référence à toute mesure provisoire ordonnée en vertu du paragraphe 15 ci-dessus;
- f) la décision du collège sur chacune des conclusions des parties, avec l'exposé des motifs;
- g) toute décision de renvoyer le cas, en tout ou en partie, au défendeur;
- h) des renseignements indiquant si la décision est formulée à l'unanimité ou à la majorité, ainsi que tout point de vue minoritaire utile;
- i) la signature du président et des membres du collège ainsi que la date.

21. Si la décision du collège est rédigée dans une langue que le demandeur n'est pas en mesure de comprendre, le Bureau veillera à ce qu'elle soit traduite en temps utile dans la langue de la réclamation.

22. Tous les travaux de la Commission de recours sont confidentiels. Toute divulgation de renseignements confidentiels sera considérée comme une faute grave.