



**CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE SANTE
POUR**

**STAGIAIRES, BOURSIERS, CHERCHEURS
INVITES ET PARTICIPANTS AUX FORMATIONS
ET CONFERENCES D'UNE ORGANISATION DE
L'ONU**

QUESTIONS FREQUEMMENT POSEES

La présente brochure s'adresse à tous les stagiaires, boursiers, chercheurs invités et participants aux formations et conférences d'une organisation de l'ONU couverts par l'assurance susmentionnée. Il vous donne un aperçu des questions fréquemment posées.

1. Quand la couverture commence-t-elle? Quand prend-elle fin?

La couverture commence à la date de début de votre stage, bourse ou de votre séjour en tant que participant aux formations et conférences d'une organisation de l'ONU. Les garanties restent acquises pendant toute la durée de la bourse ou du séjour en tant que participants aux formations/voyages d'études/conférences d'une organisation de l'ONU jusqu'au dernier jour de la période au cours de laquelle une indemnité est due.

2. Qui est couvert par le contrat collectif d'assurance santé?

Seuls les stagiaires, boursiers, chercheurs invités et participants aux formations et conférences d'une organisation de l'ONU sont couverts par le contrat collectif d'assurance santé; les personnes à votre charge ne sont pas couvertes par le contrat.

3. Quelle est l'étendue de la couverture de frais médicaux?

Le contrat collectif d'assurance santé prévoit le remboursement des frais pour soins médicaux, dentaires et d'hospitalisation jusqu'à un maximum de 10.000 USD/15.000 USD/25.000 USD/50.000 USD par assuré (le maximum dépend de la couverture choisie par l'organisation) pendant une période de 12 mois consécutifs et il est soumis aux limitations suivantes:

3.1. Remboursement à 100%

Remboursement à 100% des frais pour soins médicaux prescrits par un médecin qualifié.

Les frais d'hospitalisation suivants sont également remboursés à 100%:

- chambre et repas (remboursement maximum: le prix d'une chambre à deux ou plusieurs lits);
- services infirmiers de caractère général;
- usage des salles d'opération et du matériel;
- usage des salles de réanimation et du matériel;
- analyses de laboratoire;
- examens radiologiques;
- médicaments et produits utilisés pendant la période d'hospitalisation.

Les premiers 10 USD des frais médicaux encourus ne sont pas remboursables (pour chaque période de 12 mois à la date de début de la couverture)

3.2. Remboursement limité

Les soins médicaux suivants sont sujets à certaines limitations:

- **Traitements dentaires:** les frais de traitement dentaire, soins périodontiques, couronnes, bridges et autres appareils dentaires ainsi que les frais de traitement d'orthopédie dento-faciale sont remboursables jusqu'à un maximum de 600 USD par personne assurée et par période de 12 mois consécutifs.

- **Examens et traitements spéciaux**

- a) Les frais de traitement psychiatrique, y compris les frais de traitement psychanalytique, ne sont remboursables que si l'intéressé est traité par un psychiatre. Les frais de traitement psychiatrique ne sont remboursables qu'à 50% et à concurrence de 600 USD et de 50 consultations par personne assurée par période de 6 mois consécutifs.
- b) Les frais de radiologie ne sont remboursables que si le traitement est effectué à la demande du médecin traitant.
- c) Les frais relatifs au déplacement ou au transport par ambulance ou par d'autres moyens sont remboursables à condition qu'un service d'ambulance professionnel effectue le déplacement ou le transport entre le lieu où l'intéressé a eu l'accident ou est tombé malade et le premier hôpital où il est traité. En cas d'urgence ou de maladie grave, le transport spécial de l'assuré ainsi que les frais de la personne accompagnante ou surveillante seront remboursés jusqu'à un maximum de 7.500 USD (pour la couverture avec un plafond général de 50.000 USD, le maximum s'élève à 10.000 USD). En outre, les préparations et le rapatriement des dépouilles mortelles sont remboursables à concurrence de 7.500 USD.

3.3. Quels frais médicaux ne sont pas couverts par le contrat?

- Appareils de correction auditive;
- Lunettes/lentilles;
- Examens des yeux en vue de la prescription de verres correctifs;
- Thalassothérapie;
- Examens médicaux préventifs effectués périodiquement;
- Cures de rajeunissement et les traitements esthétiques. Cependant, une intervention de chirurgie esthétique faisant suite à un accident survenu pendant la période assurée est couverte;
- Conséquences de maladies ou d'accidents résultant d'une action délibérée et intentionnelle de l'assuré telle que la tentative de suicide ou la mutilation volontaire;
- Conséquences de blessures ou de lésions provenant de courses de véhicules à moteur et de compétitions dangereuses impliquant le pari; les compétitions sportives normales sont couvertes;
- Conséquences d'insurrections ou d'émeutes si, en y prenant part, la personne assurée a commis une infraction aux lois en vigueur; les conséquences de la participation à des rixes, sauf en cas de légitime défense;
- Conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagement de chaleur ou d'irradiation produit par transmutation du noyau de l'atome ou par radioactivité ou résultant de rayonnements produits par l'accélération artificielle des particules nucléaires;
- Accidents de la navigation aérienne ne sont couverts que si la personne assurée se trouve à bord d'un avion muni d'une licence valable de navigabilité et conduit par une personne possédant un brevet de pilote pour le type d'avion en question.

4. Procédure de règlement direct

Cigna a négocié un grand nombre de conventions avec des prestataires de soins de santé dans le monde entier. Ces conventions varient d'un prestataire à l'autre.

Outre le système de règlement direct, Cigna a négocié des conventions tarifaires et/ou réductions spécifiques avec de nombreux prestataires de soins. Si, au moment même de l'admission, vous n'êtes pas au courant des tarifs préférentiels concédés par le prestataire, ne vous inquiétez pas. Ils seront bien appliqués et vous les retrouverez sur la facture du prestataire comme sur nos décomptes de remboursement.

4.1. Comment le règlement direct fonctionne-t-il?

En cas **d'hospitalisation prévue**, nous vous recommandons de nous en informer au moins **5 jours à l'avance**, directement ou par l'intermédiaire du prestataire de soins. Ainsi, nous pouvons régler les aspects financiers et administratifs bien à l'avance, ce qui facilite l'admission et évite le paiement d'un acompte.

Certains prestataires de santé prennent directement contact avec Cigna pour obtenir le paiement direct de leurs honoraires. Cela signifie qu'ils nous envoient eux-mêmes les informations dont nous avons besoin pour délivrer une lettre de **prise en charge**. D'autres prestataires préfèrent attendre de recevoir notre Formulaire de devis accompagné d'une lettre confirmant que le patient est bien assuré par l'intermédiaire de Cigna.

En cas **d'admission urgente**, le nom et le n° de téléphone du prestataire suffisent pour entamer la procédure de règlement direct.

4.2. Quand le système de règlement direct s'applique-t-il?

En cas **d'hospitalisation**, c.-à-d. un séjour hospitalier d'au moins une nuit, Cigna peut établir une procédure de règlement direct avec l'hôpital. À cette fin, les renseignements suivants doivent être fournis à notre médecin-conseil: diagnostic et traitement, dates exactes d'admission et de sortie ainsi que frais détaillés par type de soins. Merci d'utiliser à cet effet le Formulaire de devis. Vous pouvez le télécharger sur vos pages web personnelles. Renvoyez-le nous dûment complété à:

- par e-mail: **admissions@cigna.com**
- par courrier: Cigna, P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, Belgique.

Si le diagnostic et le traitement sont couverts par votre Plan de santé et si les frais qui en découlent s'avèrent raisonnables et coutumiers, Cigna enverra une **prise en charge** à l'hôpital.

L'hôpital est prié d'envoyer toutes les factures directement à Cigna pour leur règlement direct. Reste à votre charge uniquement la différence. Vous serez informé de la somme restant à payer par le biais du décompte que nous vous enverrons. Nous vous ferons également parvenir une copie des factures correspondantes que nous aurons reçues directement du prestataire. Il est très important que vous contrôliez les factures d'hôpital afin de vous assurer qu'elles correspondent exactement aux services reçus.

Voici **5 règles d'or pour le contrôle de votre facture d'hôpital**:

- Vérifiez les dates d'admission et de sortie et le nombre de jours facturés. Si vous avez occupé une chambre à deux lits, assurez-vous qu'on ne vous ait pas facturé une chambre individuelle.
- Assurez-vous qu'on ne vous ait pas facturé 2 fois pour le même service, les mêmes prestations ou médicaments (p. ex. des honoraires facturés à la fois par le médecin et l'hôpital).
- Vérifiez si vous avez effectivement reçu les services, traitements et médicaments facturés (par ex. on vous facture un examen coûteux ordonné par votre médecin, mais annulé ensuite).
- Si vous avez bénéficié d'un remboursement d'un autre organisme, cette intervention est-elle effectivement mentionnée sur la facture.

Vous devez dans un premier temps régler les **frais de traitement ambulatoire** vous-mêmes et en réclamer le remboursement ensuite. Pour cela, complétez le Formulaire de demande de remboursement et renvoyez-le nous accompagné des originaux des factures, d'une preuve de paiement et si possible, d'un rapport médical détaillé. Ce formulaire est disponible en ligne sur vos pages web personnelles (voir question 7).

5. Comment soumettre une demande de remboursement

Vous pouvez soumettre vos demandes de remboursement par courrier ou en ligne.

5.1. Par courrier

Vous pouvez soumettre vos demandes de remboursement de soins médicaux, hospitaliers et de traitements dentaires au moyen du formulaire prévu à cet effet. Vous le trouverez sur vos pages web personnelles. Voyez la [question 8](#) pour des informations détaillées sur l'accès aux pages web personnelles.

Joignez au formulaire une copie de la lettre d'acceptation de l'organisation à laquelle vous êtes rattaché, l'original du diagnostic, les originaux des factures pour frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers, etc. ainsi que, le cas échéant, les reçus de paiement effectués par d'autres assureurs indiquant les sommes remboursées.

Si vous avez droit à un remboursement d'un autre assureur, le remboursement par Cigna sera effectué le cas échéant sur la base des frais réellement encourus et des sommes remboursées par le(s) autre(s) assureur(s). Nous vous recommandons de faire des copies des factures pour votre propre administration. Cela peut s'avérer des plus utiles en cas de perte de l'original.

Vous pouvez faire parvenir des informations confidentielles au médecin conseil de Cigna par pli fermé. Il transmettra au service des réclamations uniquement les informations essentielles au traitement de la demande.

5.2. En ligne

Vous pourrez utiliser notre service Online claiming pour soumettre vos demandes de remboursement en ligne dès que vous aurez obtenu votre numéro de référence personnel de Cigna. Veuillez noter que vous ne pourrez pas y accéder à l'aide du numéro de référence général (242/EXTIAP) mais **uniquement à l'aide du numéro de référence personnel** que vous recevrez après avoir envoyé votre première demande de remboursement par courrier.

Pour pouvoir demander le remboursement de vos frais médicaux en ligne, vous devez d'abord vous inscrire au service **Décomptes en ligne** sur vos pages web personnelles à l'adresse www.cignahealthbenefits.com. Vous aurez alors automatiquement accès au service Online claiming.

Comment ça marche?

Voici les différentes étapes:

- Scannez tout d'abord l'ensemble des factures et autres justificatifs. Les types de fichier suivants sont acceptés: .pdf, .jpg, .jpeg, .jpe, .tif, .tiff, .jfif, .doc, .docx et .zip. Le volume total des documents scannés ne peut excéder 20 Mo.
- Ouvrez l'application [Online claiming](#), complétez le formulaire et joignez les documents scannés.
- Une fois le formulaire envoyé, vous en recevrez une copie par e-mail.
- Conservez-bien les factures et autres documents originaux pendant une période de 6 mois suivant la date à laquelle vous avez soumis votre demande de remboursement en ligne.

Comme vous pouvez le constater, c'est très facile. Voici tout de même quelques conseils:

- Veillez à bien nous faire parvenir votre demande avant la date-limite de validité des prescriptions spécifique à votre régime d'assurance!
- Remplissez une demande par patient.
- Remplissez bien tous les champs obligatoires (signalés par un astérisque rouge).
- Assurez-vous de saisir les coordonnées bancaires correspondant au pays où est domiciliée votre banque.

6. Comment mes demandes de remboursement sont-elles traitées? Dans quels délais?

Les demandes de remboursement sont réglées par chèque en USD dans les deux semaines suivant la réception d'une preuve écrite satisfaisante par Cigna.

La conversion des frais médicaux engagés dans une devise autre que USD se fera au taux fixé par l'administration centrale de l'ONU et en vigueur à la date portée sur la demande.

7. Comment puis-je contacter Cigna?

Vous pouvez adresser vos questions concernant votre couverture, les demandes de remboursement effectuées et les taux de remboursements à Cigna.

Centre international de traitement des remboursements:

- fellows@cigna.com
- Tél. + 32 3 217 68 66
- Fax + 32 3 663 28 57

Nous vous invitons à jeter un œil à vos pages web personnelles sur www.cignahealthbenefits.com.

Vous y trouverez toute l'information dont vous avez besoin.

Le site présente les informations sous divers onglets: couverture, règlement direct, procédure de demande de remboursement, formulaires, coordonnées de Cigna et liste des prestataires de soins de santé.

8. Comment accéder à mes pages web personnelles?

Si vous n'avez pas encore soumis de demande de remboursement et ne disposez pas donc pas d'un numéro de référence personnel, connectez-vous comme suit:

- Allez sur www.cignahealthbenefits.com et cliquez sur le lien Assurés.
- Saisissez '242/EXTIAP' (tout en majuscules) dans le champ '**Numéro de référence personnel**';
- Saisissez '06/06/1963' dans le champ '**Mot de passe**'.

Si vous avez déjà demandé un remboursement et avez reçu votre numéro de référence personnel, connectez-vous comme suit:

- Allez sur www.cignahealthbenefits.com et cliquez sur le lien Assurés.
- Saisissez votre propre numéro de référence personnel.
- Saisissez le mot de passe que nous vous avons envoyé par e-mail.

Chief editor: Wouter Reggers • Cigna International Health Services BVBA • Plantin en Moretuslei 299
2140 Antwerpen • Belgium • RPR Antwerpen VAT BE 0414 783 183 • FSMA 13799 A-R

'Cigna' refers to Cigna Corporation and/or its subsidiaries and affiliates. Cigna International and Cigna Global Health Benefits refer to these subsidiaries and affiliates. Products and services are provided by these subsidiaries, affiliates and other contracted companies and not by Cigna Corporation. 'Cigna' is a registered service mark.

This material is provided for informational purposes only. It is believed accurate as of the date of publication and is subject to change. Such material should not be relied upon as legal, medical, or tax advice. As always, we recommend that you consult with your independent legal, medical, and/or tax advisors. Products and services may not be available in all jurisdictions and are expressly excluded where prohibited by applicable law.

Copyright 2014 Cigna Corporation

The following companies provide the insurance cover in Europe:

Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., registered in Belgium with limited liability, Avenue de Cortenbergh 52, 1000 Brussels, Belgium. Insurance company authorised in Belgium under licence number 938.

Cigna Europe Insurance Company SA-NV., registered in Belgium with limited liability, Avenue de Cortenbergh 52, 1000 Brussels, Belgium. Insurance company authorised in Belgium under licence number 2176.

Cigna Life Insurance Company of Europe SA-NV and Cigna Europe Insurance Company SA-NV., are subject to the prudential supervision of the National Bank of Belgium, Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Brussels (Belgium) and to the supervision of the Financial Services and Markets Authority (FSMA), Rue du Congrès 12-14, 1000 Brussels (Belgium), in the field of consumer protection.

