



Groupement de prévoyance
et d'assurance des fonctionnaires internationaux
Provident and insurance group
of international officials

Notice d'information

Edition 2019

Assurance complémentaire santé

BIT

ADMISSION

L'assurance complémentaire santé BIT, proposée par le GPAFI, est destinée aux personnes couvertes, en assurance de base, par la Caisse d'Assurance pour la Protection de la Santé (CAPS).

Le GPAFI a conclu avec UNIQA Assurances SA un contrat collectif d'assurance complémentaire santé, réservé exclusivement aux membres du GPAFI.

Les documents à remettre au GPAFI pour l'admission de chaque personne à assurer sont les suivants :

- Formulaire d'admission UNIQA
- Copie d'une pièce d'identité valable
- Coordonnées bancaires mentionnant les codes IBAN et BIC/SWIFT, ainsi que le nom du titulaire du compte (RIB, relevé bancaire), pour le versement des prestations

La limite d'âge pour faire une demande d'admission est fixée à la date du mois du 60^{ème} anniversaire. L'admission est possible le 1^{er} de chaque mois, pour toute ou partie de la famille.

Les enfants peuvent être assurés à condition qu'au moins un des deux parents soit affilié.

UNIQA se réserve le droit de refuser une demande d'admission ou d'accepter une demande d'admission assortie d'une réserve limitée dans le temps.

L'assurance prénatale, qui doit être conclue avant l'accouchement, permet au nouveau-né de bénéficier des prestations de l'assurance, quel que soit son état de santé à la naissance.

RÉSILIATION

La résiliation de l'assurance complémentaire santé doit être faite par écrit au GPAFI (lettre avec signature):

- pour la fin d'une année civile moyennant un préavis de trois mois
- au plus tard à la fin de l'année en cas d'augmentation des primes l'année suivante

En cas de résiliation de l'assurance de base, l'assurance complémentaire santé est résiliée à la même date, sur présentation d'une attestation de fin de couverture de la CAPS dans un délai de deux mois. Dans le cas contraire, la date de résiliation est le mois de la demande.

PRIMES D'ASSURANCE

Les primes d'assurance sont révisables au 1^{er} janvier de chaque année, pour l'ensemble du contrat collectif, notamment en fonction de l'augmentation des prestations versées.

Les primes d'assurance sont payables d'avance au GPAFI, en francs suisses, sur une base mensuelle. Une périodicité différente peut toutefois être acceptée sur demande.

La prime d'un mois commencé est due en totalité.

Un retard de paiement ou le non-paiement de la prime peut entraîner une suspension des prestations, des frais de rappel et/ou une éventuelle exclusion du membre.

Les primes mensuelles dépendent de l'âge de l'assuré au 1^{er} janvier de chaque année et sont fixées comme suit :

| Groupes d'âge | 0 - 18 | 19 - 25 | 26 - 35 | 36 - 45 | 46 - 55 | 56 - 65 | 66 - 75 | 76 - 85 | 86 - 100 |
|---------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| Primes en CHF | 69.- | 116.- | 121.- | 150.- | 168.- | 198.- | 244.- | 244.- | 244.- |

Un rabais permanent de 10% pour affiliation immédiate est accordé :

- au fonctionnaire qui s'affilie à la même date que son affiliation à la CAPS, ainsi qu'à sa famille si elle adhère en même temps (à condition que la demande d'admission à UNIQA soit faite dans un délai de deux mois suivant la date d'admission à la CAPS)
- au nouveau conjoint du fonctionnaire s'il s'affilie à la date du mariage
- au nouveau-né affilié à sa date de naissance.

Un rabais de 50% est accordé sur la prime du 3^{ème} enfant assuré et des suivants. Cette réduction n'est pas cumulable avec le rabais de 10% pour affiliation immédiate.

HOSPITALISATION

L'assurance complémentaire santé verse des prestations en cas d'hospitalisation en chambre privée (100% de la part non couverte par l'assurance de base, jusqu'à concurrence de Fr. 500.- par jour).

UNIQA ayant négocié des tarifs préférentiels avec les principaux hôpitaux et cliniques privées de la région lémanique, l'assuré doit signaler qu'il est couvert par UNIQA, comme assureur maladie complémentaire, au service des admissions de l'établissement hospitalier ou lors de la réservation du séjour.

L'établissement transmettra alors à UNIQA une demande de garantie au tarif conventionné.

Si l'assuré ne signale pas cette information, l'établissement pourrait facturer le séjour en chambre privée à un tarif plus élevé que le tarif conventionné. Dans ce cas, UNIQA ne rembourserait les frais que jusqu'à concurrence du tarif négocié. La différence serait alors à la charge de l'assuré.

DÉLAIS D'ATTENTE

Le délai d'attente (ou délai de carence) est la période qui sépare la date de prise d'effet de l'assurance et le moment où l'assuré peut commencer à bénéficier de certaines prestations. Un délai d'attente s'applique aux prestations suivantes :

- a) Délai d'attente de 12 mois pour la maternité et l'accouchement.
Toute grossesse débutant dans un délai de 12 mois à compter de la date d'affiliation n'est pas couverte, y compris les frais de naissance du bébé. Sont couverts les frais de grossesse, d'accouchement, y compris les frais de naissance du bébé, pour une grossesse débutant à partir du 13^{ème} mois d'affiliation. L'assureur peut demander un certificat médical pour vérifier la date de début de grossesse.
- b) Délai d'attente de 24 mois pour les traitements de stérilité, y compris la fécondation in vitro. Sont couverts les traitements de stérilité autorisés par l'assurance de base qui débutent à partir du 25^{ème} mois d'affiliation. Le traitement de stérilité s'entend dès les premières investigations médicales pour déterminer une éventuelle stérilité ainsi que les traitements qui s'ensuivent pour aboutir à une grossesse.
- c) Traitements psychologiques et psychiatriques : délai d'attente de 12 mois pour les adultes et de 6 mois pour les enfants de la tranche d'âge 0-18 ans. Le délai s'applique selon la tranche d'âge à la date d'affiliation.
Dans tous les cas, le délai d'attente s'applique pour tout traitement ambulatoire ou hospitalier pour un état psychologique ou psychiatrique débutant après la date d'affiliation. Pour des traitements existants ou prévus lors de l'affiliation, l'assureur peut formuler une exclusion pour une période plus longue. L'assureur peut prendre des renseignements médicaux pour s'informer de la date de début de l'affection et du traitement.

PRESTATIONS

Les prestations de l'assurance complémentaire santé sont établies par rapport aux prestations de la Caisse d'Assurance pour la Protection de la Santé (CAPS).

Les prestations de l'assurance complémentaire santé ne peuvent être versées qu'en complément aux prestations versées par la CAPS, selon le plan de base et les conditions de prise en charge de la CAPS.

A défaut de prise en charge par la CAPS, aucune prestation n'est versée par l'assurance complémentaire, à l'exception des traitements ambulatoires de médecine naturelle non remboursés par la CAPS.

Les plafonds et limites de l'assurance complémentaire santé constituent des maxima, même si la CAPS décide de verser des prestations supplémentaires ou ex gratia.

Le tableau ci-dessous est un résumé des prestations. Seules les Conditions générales du contrat d'assurance collective *PERFORMA*, la police d'assurance et la liste des prestations sont des documents contractuels.

| Résumé des prestations | Taux | Plafonds |
|---|------------|-----------------------|
| 1. Services professionnels : | | |
| 11 Honoraires de médecins : consultations au cabinet d'un médecin (omnipraticien ou spécialiste), traitement pratiqué par un médecin, visites à domicile ou dans un établissement | 20% | |
| 12 Opérations chirurgicales, y compris les services des chirurgiens et des anesthésistes | 20% | |
| 13 Imagerie médicale pratiquée ou prescrite par un médecin ou un dentiste | 20% | |
| 14 Examens de laboratoire et autres tests | 20% | |
| 15 Traitements de réhabilitation fonctionnelle | 20% | |
| 16 Soins infirmiers ambulatoires relatifs à une affection aiguë | 20% | |
| 17 Psychiatrie, psychanalyse et psychothérapie | 20% | |
| 2 . Soins hospitaliers ou de longue durée : | | |
| 2.1 Frais de séjour en salle commune dans un établissement public | sans objet | |
| 2.2 Frais de séjour en hôpital ou en clinique | 100% | Fr. 500.- par jour |
| 2.3 Frais de séjour pour convalescence ou suite de traitement | 20% | |
| 2.4 Cures | 20% | |
| 2.5 Soins infirmiers de longue durée dans un établissement | 20% | |
| 2.6 Soins infirmiers de longue durée à domicile | 20% | |
| Soins de base en EM S et prestations équivalentes à domicile | - | |
| 2.7 Soins médicaux dans un établissement (cf. 2.2, 2.3 et 2.4) | 20% | |
| 3. Médicaments prescrits | 20% | |
| 4. Soins dentaires | 20% | Fr. 500.- par année |
| 5 . Appareils et prothèses médicaux (achat, location et réparation) : | | |
| 5.1 Appareils optiques (y compris lentilles de contact et montures) | 20% | Fr. 300.- par année |
| 5.2 Appareils auditifs | 20% | |
| 5.3 Prothèses (sauf dentiers) | 20% | |
| 5.4 Chaises roulantes et appareils similaires | 20% | |
| 5.5 Autres appareils prescrits par un médecin | 20% | |
| 6 . Frais de transport médical | 20% | |
| 7 . Frais funéraires (y compris l'incinération) | - | |
| Médecine naturelle | | |
| Frais de traitements ambulatoires selon la liste des méthodes thérapeutiques et des thérapeutes reconnus, non pris en charge par l'assurance de base | 90% | Fr. 1'000.- par année |

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Il n'y a pas de formulaire à remplir. Les remboursements sont effectués sur présentation de l'avis de remboursement de la CAPS, au plus tard 12 mois après la date de son édition.

Une photocopie de la facture doit être jointe dans les cas suivants :

- pour les traitements stationnaires (établissement hospitalier, de convalescence, de cure, etc.)
- pour les traitements limités en nombre de jours ou de séances (soins infirmiers, physiothérapie, psychothérapie, logopédie, orthophonie, etc.)
- pour l'optique, l'appareillage, les traitements de l'infertilité et le transport
- les assurés ayant été admis avec une réserve doivent joindre les copies de toutes les factures durant toute la durée de la réserve.

Le remboursement des frais de la médecine naturelle, non pris en charge par UNSMIS, est effectué sur présentation des factures originales avec les preuves de paiement, envoyées par courrier postal uniquement, au plus tard 12 mois après la date de facture.

Une demande de remboursement ne doit être transmise qu'une seule fois selon l'une des possibilités suivantes :

1) Dans l'Espace membre du portail extranet d'UNIQA (méthode recommandée)

- Accéder à son compte sur www.uniqa.ch (les informations pour créer un nouveau compte sont disponibles sur le site)
- Télécharger l'avis de remboursement de la CAPS ainsi que les copies de factures, si nécessaire (voir ci-dessus)
- L'évolution du traitement de la demande de remboursement peut également être suivi dans cet espace

2) Par courrier électronique

- Utiliser exclusivement l'adresse claims.gpafi@uniqa.ch
- Indiquer le numéro d'assuré UNIQA au début de l'objet du message
- Joindre en annexe l'avis de remboursement de la CAPS ainsi que les copies de factures, si nécessaire (voir ci-dessus)

3) Par courrier postal

- Envoyer l'avis de remboursement de la CAPS ainsi que les copies de factures, si nécessaire (voir ci-dessus) et/ou les factures originales avec les preuves de paiement pour la médecine naturelle, à l'adresse suivante :

[UNIQA Assurances SA, Rue des Eaux-Vives 94, Case postale 6402, 1211 Genève 6](mailto:claims.gpafi@uniqa.ch)

VEUILLEZ NE PAS ENVOYER VOS AVIS DE REMBOURSEMENT AU GPAFI, MERCI

INFORMATIONS ET DOCUMENTATION

Site internet du GPAFI : www.gpafi.org

Des informations utiles sur les différentes assurances proposées par le GPAFI se trouvent sur son site internet. Il est possible d'imprimer les formulaires pour les demandes d'admission au GPAFI et à l'assurance complémentaire santé UNIQA, sous la rubrique Documentation et Formulaires.

Site internet d'UNIQA : www.uniqa.ch

Sur demande, UNIQA donne un accès sécurisé à son portail extranet. L'*Espace membre* permet d'accéder à tout moment aux décomptes de remboursement, de les imprimer, d'être averti par e-mail dès qu'un nouveau décompte est disponible, d'imprimer une attestation d'assurance ou une attestation fiscale. Toutes les informations pour accéder au portail extranet se trouvent sur le site d'UNIQA.

CONTACTS

Pour tout renseignement, conseil, formalités d'admission ou paiement des primes, contacter le GPAFI :

G.P.A.F.I.

Palais des Nations, Avenue de la Paix 8-14, 1202 Genève

Porte C6, Ascenseur C7, Étage C4, Bureau C.419

Permanence au Centre d'Assistance à la Clientèle de l'ONUG

Tél. : +41 (0)22 917 29 69

Courriel : gpafi@un.org

Pour plus de détails, en particulier pour les heures d'ouverture, consulter SVP www.gpafi.org

Pour tout renseignement sur les prestations ou sur les remboursements, contacter UNIQA :

UNIQA Assurances SA, Rue des Eaux-Vives 94, Case postale 6402, 1211 Genève 6

Du lundi au vendredi de 8h à 17h

Tél. : +41 (0)22 718 63 00

Fax : +41 (0)22 718 63 63

Courriel : contact.gpafi@uniqa.ch