



**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 nous faire parvenir votre demande de remboursement par la poste ou en ligne.

IMPORTANT: afin de pouvoir soumettre vos demandes de remboursement par la poste, vous devez d'abord demander votre numéro de référence personnel Cigna:

- Envoyez un e-mail à clientservice1@cigna.com pour demander votre numéro de référence personnel Cigna.
- Veillez à bien indiquer votre nom complet, votre date de naissance et le nom de l'organisation qui vous parraine afin que nous puissions tracer vos données d'admissibilité.

Vous recevrez de notre part un e-mail contenant votre numéro de référence personnel Cigna puis un autre e-mail contenant votre mot de passe. Vous pourrez ainsi accéder à l'outil de demande de remboursement en ligne sur vos pages web personnelles et sur l'application mobile Cigna Health Benefits.

Voici comment ça marche.

5.1. Je souhaite envoyer ma demande de remboursement en ligne:

- Scannez tout d'abord l'ensemble des factures et autres [justificatifs](#).
 - Scannez chaque document en tant que fichier distinct.
 - Les types de fichiers suivants sont pris en charge: .pdf, .jpg, .jpeg, .tif, .tiff, .gif et .png.
 - La taille de fichier maximale est de 10 Mo.
- Suivez les étapes indiquées par l'[outil de demande de remboursement](#) et joignez tous les documents
- Transmettez votre demande de remboursement en ligne.
- Vous pouvez désormais suivre l'évolution de votre demande et consulter le récapitulatif correspondant. Pour cela, rendez-vous à la liste des demandes de remboursement...

- 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.

5.2. Je souhaite envoyer ma demande de remboursement par courrier:

- Suivez les étapes indiquées par l'outil de demande de remboursement pour générer un récapitulatif de demande de remboursement (PDF).
- Imprimez et signez ce récapitulatif.
- Joignez l'ensemble des documents (factures et autres justificatifs).
- Envoyez le récapitulatif de demande de remboursement et les justificatifs à Cigna par courrier.
- Vous pouvez désormais suivre l'évolution de votre demande et consulter le récapitulatif correspondant. Pour cela, rendez-vous à la liste des demandes de remboursement...

5.3. Je souhaite envoyer ma demande de remboursement sur l'application mobile

- Téléchargez l'application mobile Cigna Health Benefits.
- Connectez-vous, allez à la section Mes remboursements et prenez une photo des factures que vous souhaitez joindre à votre demande.
- Transmettez 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.
- 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.

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.

Editeur responsable: Cigna International Health Services BVBA • Plantin en Moretuslei 299 • 2140 Anvers • Belgique
RPR Antwerpen TVA BE 0414 783 183 • FSMA 13799 A-R

«Cigna» désigne Cigna Corporation et/ou ses filiales et sociétés affiliées. Cigna International et Cigna Global Health Benefits désignent ces filiales et sociétés affiliées. Les produits et services ne sont pas fournis par Cigna Corporation, mais par les dites filiales et sociétés affiliées et d'autres sociétés sous contrat. «Cigna» est une marque de service déposée.

Le présent document est exclusivement fourni à titre d'information. Il est réputé exact à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Les informations contenues dans le présent document ne doivent pas être interprétées comme des conseils juridiques, médicaux ou fiscaux. Comme toujours, nous vous recommandons de consulter vos conseillers juridiques, médicaux et/ou fiscaux indépendants. Il se peut que les produits et services ne soient pas disponibles dans toutes les juridictions; ils se voient expressément exclus lorsque la loi en vigueur en interdit la commercialisation.

Copyright 2016 Cigna Corporation

Les sociétés mentionnées ci-dessous fournissent la couverture de l'assurance en Europe:

Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., société à responsabilité limitée immatriculée en Belgique, Avenue de Cortenberg 52, 1000 Bruxelles, Belgique. Société d'assurance autorisée en Belgique sous le numéro de licence 938.

Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V., société à responsabilité limitée immatriculée en Belgique, Avenue de Cortenberg 52, 1000 Bruxelles, Belgique. Société d'assurance autorisée en Belgique sous le numéro de licence 2176.

Cigna Life Insurance Company of Europe SA-NV et Cigna Europe Insurance Company SA-NV. sont soumises à la supervision prudentielle de la Banque Nationale de Belgique, Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles (Belgique), et de l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA), Rue du Congrès 12-14, 1000 Bruxelles (Belgique), dans le domaine de la protection des consommateurs.

