



European Organization for Nuclear Research
Organisation européenne pour la recherche nucléaire

Modifié
1^{er} janvier
2021

Règlement du Régime d'assurance maladie du CERN (CHIS)

Préambule

Le Directeur général de l'Organisation européenne pour la Recherche nucléaire,

Considérant la Convention établissant l'Organisation européenne pour la Recherche nucléaire (CERN) signée à Paris le 1^{er} juillet 1953, modifiée le 17 janvier 1971 ;

Considérant l'Article 21 de l'Accord entre le Conseil Fédéral suisse et le CERN établissant le statut juridique de l'Organisation en Suisse, signé le 11 juin 1955, selon lequel l'Organisation est exempte de toutes contributions obligatoires à des institutions générales de prévoyance sociale, étant entendu que l'Organisation assure, dans la mesure du possible et selon des conditions à convenir, l'affiliation aux systèmes suisses d'assurance de ceux de ses agents qui ne sont pas assurés d'une protection sociale équivalente par l'Organisation elle-même ;

Considérant l'Article 1 de l'Accord entre le Gouvernement de la République française et le CERN, signé le 30 décembre 1970, selon lequel les membres du personnel de l'Organisation ne sont pas soumis à la législation française en matière de sécurité sociale et aux prestations familiales et selon lequel l'Organisation protège les membres de son personnel contre les conséquences économiques résultant de la maladie et de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, de l'invalidité et de la vieillesse dans les conditions du régime de prévoyance qu'elle a institué ;

Considérant la nécessité de faire figurer dans un document distinct le Règlement du Régime d'assurance maladie du CERN, définissant les principes généraux, les cotisations et les prestations du Régime d'assurance maladie du CERN, tels que précédemment fixés dans la Convention 605/ADM, initialement approuvés par le Conseil de l'Organisation le 6 octobre 1970 ;

Considérant la décision du Conseil du 15 décembre 2000 d'introduire une couverture contre les risques liés à la dépendance au sein du Régime d'assurance maladie du CERN ;

Considérant les dispositions du Chapitre IV des Statut et Règlement du Personnel du CERN intitulé « Protection sociale » et ses dispositions d'applications ;

Considérant le fait que le Conseil de l'Organisation, conformément au Statut du Personnel, fixe les cotisations de l'Organisation ainsi que les prestations et les cotisations des membres du personnel relatives aux mesures de protection sociale prises par l'Organisation ;

Considérant la décision du Conseil, prise le 16 décembre 2010, d'apporter certaines modifications aux cotisations payables au Régime d'assurance maladie du CERN et d'autoriser le Directeur général à prendre en temps opportun des mesures pour contenir les dépenses dudit régime, mesures pouvant inclure, par exemple, l'incitation à recourir à des prestataires de soins et de traitements offrant le meilleur rapport qualité-prix ;

Considérant la décision du Conseil, prise le 16 décembre 2016, relative aux conditions d'affiliation et à la base de calcul des cotisations, et précisant les conditions d'application de certaines prestations ;

Adopte le présent Règlement du Régime d'assurance maladie du CERN (CHIS) modifié entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Table des matières

CHAPITRE I - LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DU CERN	5
SECTION 1 - CADRE GÉNÉRAL	5
SECTION 2 - CATÉGORIES DE PRESTATIONS DU RÉGIME	6
SECTION 3 - PRINCIPES GÉNÉRAUX DU RÉGIME	6
CHAPITRE II - DÉFINITIONS	7
SECTION 1 - MEMBRES	7
SECTION 2 - AFFECTIONS DE LA SANTÉ	8
SECTION 3 - PRESTATAIRES DE SOINS.....	8
SECTION 4 - COTISATIONS	9
SECTION 5 - REMBOURSEMENTS	9
SECTION 6 - GOUVERNANCE ET ADMINISTRATION	9
CHAPITRE III - AFFILIATION DES MEMBRES PRINCIPAUX.....	11
SECTION 1 - MEMBRES PRINCIPAUX OBLIGATOIRES.....	11
SECTION 2 - MEMBRES PRINCIPAUX POST-OBLIGATOIRES	11
SECTION 3 - MEMBRES PRINCIPAUX VOLONTAIRES	13
CHAPITRE IV - ASSURANCE DES MEMBRES SUBSIDIAIRES	14
SECTION 1 - COUVERTURE DES MEMBRES SUBSIDIAIRES	14
SECTION 2 - OBLIGATION DE RENSEIGNER.....	15
CHAPITRE V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	18
SECTION 1 - COTISATIONS	18
SECTION 2 - PRESTATIONS	18
SECTION 3 - RESPONSABILITÉ ET REPRÉSENTATION	19
SECTION 4 - SITUATIONS PARTICULIÈRES	19
SECTION 5 - SUSPENSION ET EXCLUSION DU RÉGIME	20
CHAPITRE VI - REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX	21
SECTION 1 - DEMANDES DE REMBOURSEMENT	21
SECTION 2 - MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	22
SECTION 3 - ACCORDS ET AVIS PRÉALABLES.....	23
SECTION 4 - CURES ET SÉJOURS DE CONVALESCENCE.....	23
SECTION 5 - GARANTIE D'HOSPITALISATION	24
SECTION 6 - PROCÉDURES EXCEPTIONNELLES.....	24
CHAPITRE VII - ASSURANCE MALADIE NORMALE.....	25
SECTION 1 - DESCRIPTION GÉNÉRALE.....	25
SECTION 2 - COTISATIONS	25
SECTION 3 - PRESTATIONS	26

CHAPITRE VIII - ASSURANCE MALADIE RÉDUITE	28
SECTION 1 - DESCRIPTION GÉNÉRALE.....	28
SECTION 2 - COTISATIONS	28
SECTION 3 - PRESTATIONS	28
CHAPITRE IX - ASSURANCE CONTRE LES CONSÉQUENCES DES MALADIES ET ACCIDENTS	
PROFESSIONNELS.....	29
SECTION 1 - DESCRIPTION GÉNÉRALE.....	29
SECTION 2 - COTISATIONS	29
SECTION 3 - PRESTATIONS	29
CHAPITRE X - PRESTATIONS DÉPENDANCE	30
SECTION 1 - DESCRIPTION GÉNÉRALE.....	30
SECTION 2 - PROCÉDURE D'OCTROI DE PRESTATION	30
SECTION 3 - COTISATIONS	31
SECTION 4 - PRESTATIONS	31
CHAPITRE XI - ALLOCATION POUR INCAPACITÉ DE GAIN D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE.....	32
SECTION 1 - ÉLIGIBILITÉ	32
SECTION 2 - PROCÉDURE DE DEMANDE D'ALLOCATION	32
SECTION 3 - COTISATIONS	33
SECTION 4 - PRESTATIONS	33
SECTION 5 - MODIFICATIONS OU CESSATION DES PRESTATIONS.....	33
CHAPITRE XII - SALAIRES DE RÉFÉRENCE	35
CHAPITRE XIII - FONCTIONNEMENT DU RÉGIME.....	36
SECTION 1 - GOUVERNANCE	36
SECTION 2 - FONDS DE RÉSERVE	37
SECTION 3 - AUDIT	37
CHAPITRE XIV - RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS.....	38
SECTION 1 - CONTESTATION D'UNE DÉCISION	38
SECTION 2 - DEMANDE DE RÉEXAMEN	38
SECTION 3 - RECOURS	39
ANNEXE I - LISTE DES PRESTATIONS	43
ANNEXE II - TAUX DE REMBOURSEMENT	48
ANNEXE III - TAUX DE COTISATION	49
ANNEXE IV - PRESTATIONS DÉPENDANCE	50

Chapitre I - Le Régime d'assurance maladie du CERN

Section 1 - Cadre général

I 1.01

OBJECTIF DU RÉGIME

¹ L'objectif du Régime d'assurance maladie du CERN (ci-après « Régime »), conformément au paragraphe a) de l'article S IV 2.01, des Statut et Règlement du Personnel du CERN, est de protéger ses Membres contre les conséquences économiques de la maladie, des accidents et de la maternité, en prévoyant le remboursement des frais résultant d'un traitement médical.

² Le Régime protège également certains de ses Membres contre les conséquences économiques de la dépendance, et, conformément à l'article S IV 2.02 des Statut et Règlement du Personnel, de l'invalidité.

I 1.02

GESTION DU RÉGIME

La gestion du Régime relève de la responsabilité du Directeur général, qui détermine et met en place les structures nécessaires, définies au Chapitre XIII Section 1 du présent Règlement.

I 1.03

RÈGLEMENT

¹ Le Règlement du Régime d'assurance maladie du CERN (ci-après « Règlement du CHIS ») précise les mesures de protection prévues par le Régime ainsi que leurs modalités d'application.

² Il est adopté par le Directeur général après concertation au sein du Comité de Concertation Permanent (CCP) sur la base :

- a. des décisions du Conseil de l'Organisation fixant les prestations et les cotisations, conformément aux dispositions de l'article S IV 2.07 des Statut et Règlement du Personnel; ou
- b. de l'autorisation qui lui a été donnée par le Conseil de l'Organisation en 2010 de prendre en temps utile des mesures visant à limiter l'augmentation des dépenses du Régime.

I 1.04

INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT

¹ Les dispositions du Règlement sont interprétées par le Directeur général selon leur contenu et leur but.

² Le Règlement s'interprète par référence aux Statut et Règlement du personnel du CERN et à leurs dispositions d'application.

³ Au surplus, en cas de difficulté d'interprétation ou d'application du Règlement, notamment en cas de silence de celui-ci, référence peut être faite subsidiairement et par analogie à la législation suisse et/ou française en matière de sécurité sociale et d'assurance maladie.

⁴ Les textes français et anglais du Règlement font également foi.

I 1.05

DÉCISIONS PRISES EN APPLICATION DU RÈGLEMENT

Toutes les décisions prises en application du Règlement sont prises au nom du Directeur général.

I 1.06

DIRECTIVES DU CHIS

Les modalités d'application du Règlement du CHIS peuvent être énoncées dans des directives (ci-après « directives du CHIS »), approuvées et modifiées par le Directeur général après une concertation au CCP préparée au sein du CHIS Board.

Section 2 - Catégories de prestations du Régime

I 2.01

CATÉGORIES DE PRESTATIONS

Le Régime inclut les catégories de prestations suivantes :

- a. l'assurance contre les conséquences financières de la maladie, des accidents et de la maternité (ci-après « assurance maladie »), selon deux types de couverture :
 1. l'assurance maladie normale (Chapitre VII) ;
 2. l'assurance maladie réduite (Chapitre VIII) ;
- b. l'assurance contre les conséquences financières des accidents et maladies professionnels (ci-après « assurance professionnelle ») (Chapitre IX) ;
- c. l'assurance contre les conséquences financières de la dépendance (ci-après « prestations dépendance ») (Chapitre X) ;
- d. l'assurance contre l'incapacité de gain d'un membre de la famille (ci-après « allocation pour incapacité de gain ») (Chapitre XI).

Section 3 - Principes généraux du Régime

I 3.01

MUTUALITÉ

Le Régime, auquel contribuent l'Organisation et les Membres, est fondé sur le principe de mutualité.

I 3.02

COUVERTURE FAMILIALE

¹ L'assurance maladie normale, la prestation dépendance et l'allocation pour incapacité de gain peuvent s'appliquer à l'ensemble des membres de la famille des Membres principaux concernés, selon leur statut.

² La cotisation au Régime ne dépend pas de la composition familiale. Toutefois, une cotisation complémentaire peut être due au titre du conjoint d'un Membre principal obligatoire ou post-obligatoire (Article IV 1.05).

I 3.03

ASSURANCE MALADIE PRIMAIRE

Le Régime intervient en tant qu'assurance maladie primaire de ses Membres, sauf pour ceux qui bénéficient d'une autre assurance maladie primaire adéquate, auquel cas le Régime intervient en assurance maladie complémentaire de celle-ci.

I 3.04

COUVERTURE MONDIALE

Les Membres sont couverts pour les frais résultant de traitements médicaux effectués partout dans le monde.

I 3.05

LIBRE CHOIX DU PRESTATAIRE DE SOINS

Les Membres choisissent librement leur prestataire de soins, pour autant que celui-ci soit reconnu par les autorités compétentes de l'État où il exerce sa profession. Le montant des remboursements versés en application du présent Règlement peut cependant varier selon le choix effectué.

I 3.06

ADÉQUATION DES SOINS

Pour être pris en charge par le Régime, les soins doivent être :

- a. appropriés ;
- b. reconnus par les autorités compétentes de l'État où ils sont dispensés ; et
- c. dispensés par des prestataires et/ou dans des établissements reconnus par les autorités compétentes de l'État où ils exercent.

I 3.07

TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Dans le cadre du Régime, les données à caractère personnel sont traitées conformément aux dispositions de la Circulaire opérationnelle n° 11 (« Traitement des données à caractère personnel au CERN ») et les données sensibles ne sont traitées que dans la mesure où cela est strictement nécessaire pour que le CERN puisse satisfaire à ses obligations légales. Le Tiers-administrateur en tant qu'entité extérieure se conforme aussi aux dispositions pertinentes de ladite circulaire lorsqu'il traite pour le CERN ou pour le compte de celui-ci des données à caractère personnel, y compris des données sensibles. De surcroît, le secret professionnel médical est préservé.

Chapitre II - Définitions

Section 1 - Membres

II 1.01

MEMBRE PRINCIPAL

Est Membre principal du Régime :

- a. tout membre du personnel du CERN pour qui l'affiliation au Régime est obligatoire du fait de son contrat d'emploi ou d'association avec l'Organisation, en vertu des Statut et Règlement du Personnel ;
- b. toute personne ayant opté pour une affiliation post-obligatoire selon les dispositions du présent Règlement;
- c. toute personne remplissant les conditions requises pour une affiliation volontaire et s'étant affiliée avant la date limite stipulée à l'Article III 3.01.

II 1.02

MEMBRE SUBSIDIAIRE

¹ Est Membre subsidiaire du Régime :

- a. tout membre de la famille d'un Membre principal obligatoire
- b. tout membre de la famille d'un Membre principal post-obligatoire, sauf :
 - i) les conjoints au titre d'un mariage conclu à compter du 1^{er} janvier 2021 et pour lesquels une pension de conjoint survivant n'a pas été acquise ;
 - ii) les enfants nés d'un Membre principal à compter du 1^{er} janvier 2021 et plus d'un an après le départ à la retraite de ce Membre, et dont l'autre parent n'est pas Membre du Régime ;
 - iii) les enfants adoptés ou officiellement reconnus par un Membre principal à compter du 1^{er} janvier 2021 et après le départ à la retraite de ce Membre, et dont l'autre parent n'est pas Membre du Régime.
- c. tout membre de la famille d'un Membre principal volontaire affilié au titre de l'assurance maladie normale.

² L'affiliation des Membres subsidiaires remplissant les critères ci-dessus est obligatoire et automatique.

³ Toutefois, un membre de la famille d'un Membre principal

- a. appartenant lui-même à une catégorie de personnel du CERN dont l'affiliation est obligatoire au titre de l'Article III 1.01 ou
- b. qui peut être Membre post-obligatoire au titre de l'Article III 2.01,

est lui-même Membre principal.

II 1.03

MEMBRE

Est Membre du Régime tout Membre principal ou subsidiaire.

II 1.04

GENRE

La référence aux Membres au genre masculin s'applique indifféremment aux personnes des deux sexes, sauf lorsqu'il ressort clairement du contexte que les dispositions en question visent exclusivement soit les hommes soit les femmes.

II 1.05

CONJOINT

Dans le cadre du présent Règlement, le terme « mariage » inclut les partenariats enregistrés¹ ; le terme « conjoint » inclut les partenaires enregistrés ; et, le terme « divorce » inclut la dissolution d'un partenariat enregistré.

II 1.06

FAMILLE

La famille d'un Membre principal est définie conformément aux Statut et Règlement du Personnel du CERN.

II 1.07

PENSIONNÉ DU CERN

Est pensionné du CERN tout bénéficiaire de la Caisse de Pensions du CERN dont les droits à pension résultent d'un contrat d'emploi avec le CERN, à condition qu'il perçoive effectivement des paiements de la part de la Caisse de Pensions.

¹ en application de la décision du Conseil du CERN du 17 décembre 2015, selon laquelle le partenariat légalement enregistré est assimilé au mariage.

II 1.08 ÂGE DE LA RETRAITE AU CERN	Dans le présent Règlement, toute référence à « l'âge de la retraite au CERN » s'entend comme l'âge limite le plus élevé pour un membre du personnel titulaire, tel que défini dans les Statut et Règlement du Personnel du CERN.
---	--

Section 2 - Affections de la santé

II 2.01 MALADIE, ACCIDENT, CERTIFICATION, CONSOLIDATION, GUÉRISON ET RECHUTE	Ces termes sont définis dans la Circulaire administrative n° 14 « Protection des membres du personnel contre les conséquences économiques des maladies, des accidents et de l'incapacité de travail ».
II 2.02 MATERNITÉ	L'état physique d'une femme de la conception de l'enfant à l'accouchement et tous les événements médicaux qui en résultent.
II 2.03 DÉPENDANCE	L'incapacité permanente ou de longue durée à accomplir seul les actes ordinaires de la vie courante, tel que précisé au Chapitre X.

Section 3 - Prestataires de soins

II 3.01 PRESTATAIRES DE SOINS RECONNUS	Pour être reconnus par le Régime, les prestataires de soins auxquels s'adressent les Membres doivent être reconnus, qualifiés et habilités par l'autorité nationale compétente du lieu où ils exercent à pratiquer la médecine et/ou à dispenser les soins ou traitements médicaux concernés.
II 3.02 TRAITEMENT MÉDICAL	Examen effectué et soin apporté en vue du rétablissement ou du maintien de l'état de santé et/ou de l'intégrité physique. La vaccination est également considérée comme un traitement médical. Le traitement médical doit être reconnu comme tel par les autorités sanitaires compétentes de l'État où il est dispensé.
II 3.03 ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER	Établissement de soins médicaux, chirurgicaux ou de rééducation fonctionnelle dont la qualité d'établissement hospitalier a été reconnue par les autorités sanitaires compétentes de l'État concerné.
II 3.04 ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER PUBLIC	Établissement hospitalier, ou partie de celui-ci, dont la nature publique a été reconnue par les autorités sanitaires compétentes de l'État concerné.
II 3.05 ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER PRIVÉ	Établissement hospitalier, ou partie de celui-ci, ne répondant pas à la définition de l'Article II 3.04.
II 3.06 ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER AGRÉÉ	Établissement hospitalier public au sens de l'Article II 3.04, ou établissement hospitalier privé au sens de l'Article II 3.05 et établi : <ul style="list-style-type: none"> a. en Suisse, pour autant qu'il ait conclu une convention tarifaire avec le Régime ; b. hors de Suisse, pour autant qu'il ait conclu une convention tarifaire avec le régime national de sécurité sociale et qu'il applique aux Membres du Régime des tarifs de traitements médicaux et de séjour similaires à ceux établis dans ladite convention.
II 3.07 ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER NON AGRÉÉ	Établissement hospitalier privé ne répondant pas à la définition de l'Article II 3.06.

II 3.08 INSTITUTION SPÉCIALISÉE	Établissement non hospitalier proposant des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux (EMS) ou autre établissement similaire).
II 3.09 AUXILIAIRE MÉDICAL	Personne qualifiée et habilitée par l'autorité nationale compétente de l'État dans lequel le traitement est dispensé à pratiquer sa profession, agissant sur ordonnance médicale et apportant son concours à la profession médicale dans les soins et traitements consécutifs à la maternité, aux maladies ou aux accidents.
II 3.10 MOYENS AUXILIAIRES	Tout instrument devant être loué ou acheté par le Membre afin d'améliorer son état de santé, par exemple les prothèses autres que dentaires, les appareils de dialyse, les appareils améliorant l'autonomie personnelle (fauteuils roulants, lits médicalisés, etc).
II 3.11 THÉRAPIES ALTERNATIVES	Les thérapies alternatives reconnues par le Régime sont l'acupuncture, la médecine chinoise, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'étiopathie lorsqu'elles sont pratiquées par des prestataires de soins reconnus pour ces traitements spécifiques selon l'Article II 3.01.
II 3.12 GARDE-MALADE	Personne qualifiée à aider les personnes dépendantes à accomplir les actes ordinaires de la vie courante.
II 3.13 CURE	¹ Séjour prescrit par un médecin dans un établissement de soins, un centre thermal, ou un établissement similaire s'inscrivant dans le traitement d'une pathologie déjà déclarée. ² Les cures d'altitude, de rajeunissement, de repos et de changement d'air, ainsi que toutes autres cures similaires, ne sont pas considérées comme cures au sens du présent Règlement.

Section 4 - Cotisations

II 4.01 TAUX DE COTISATION	Les cotisations des Membres sont le résultat du produit d'un taux de cotisation par un Salaire de référence. Les taux de cotisation sont définis dans l'Annexe III.
II 4.02 SALAIRE DE REFERENCE	Le Salaire de référence utilisé pour calculer la cotisation de chaque Membre dépend du type de Membre. Les salaires de référence à utiliser sont définis au Chapitre VII Section 2 et les salaires de référence eux-mêmes sont définis au Chapitre XII.

Section 5 - Remboursements

II 5.01 RÈGLE GÉNÉRALE DE REMBOURSEMENT	Règle définissant les taux de remboursement selon les Frais à la Charge de l'Assuré (FCA) cumulés par le Membre durant une année civile, tels que précisés à l'Article A II 1.01.
II 5.02 FRAIS À LA CHARGE DE L'ASSURÉ (FCA)	La part des dépenses médicales non remboursées par le Régime, jusqu'au plafond applicable le cas échéant, pour les prestations couvertes par la Règle générale de remboursement.

Section 6 - Gouvernance et administration

II 6.01 CONSEILLER STRATÉGIQUE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL	Le membre du personnel titulaire du CERN nommé par le Directeur général de l'Organisation pour le conseiller en matière d'assurance maladie.
II 6.02 CHIS BOARD	Le CHIS Board est le comité paritaire où s'effectue la concertation concernant l'assurance maladie. Son rôle et sa composition sont définis par l'Article XIII 1.03.

- II 6.03**
ADMINISTRATEUR DU
CHIS
- Le membre du personnel titulaire du CERN nommé par le Directeur général pour assurer le fonctionnement du Régime d'assurance Maladie du CERN.
- II 6.04**
TIERS-
ADMINISTRATEUR
- Le Directeur général mandate un Tiers-administrateur pour l'administration quotidienne du Régime.

Chapitre III - Affiliation des Membres principaux

Section 1 - Membres principaux obligatoires

III 1.01

AFFILIATION OBLIGATOIRE

L'affiliation au Régime en tant que Membre principal est obligatoire :

- a. pour les membres du personnel titulaires et les boursiers ;
- b. pour les étudiants, sauf exceptions énoncées dans la Circulaire administrative n°11 (Catégories de membres du personnel).

III 1.02

CATÉGORIES DE PRESTATIONS

Les Membres principaux obligatoires bénéficient des catégories de prestations suivantes :

- a. l'assurance maladie normale ;
- b. l'assurance professionnelle ;
- c. la prestation dépendance ;
- d. l'assurance pour incapacité de gain d'un membre de la famille.

III 1.03

DURÉE DE L'AFFILIATION OBLIGATOIRE

¹ L'affiliation au Régime des Membres principaux obligatoires dure du premier au dernier jour de leur contrat d'emploi ou d'association avec l'Organisation.

² L'affiliation obligatoire est interrompue pendant tout congé spécial non rémunéré ou absence autorisée non payée d'un mois ou plus, à l'exception des périodes de congé parental.

Section 2 - Membres principaux post-obligatoires

III 2.01

CONTINUATION DE COUVERTURE À DURÉE INDÉTERMINÉE

Peuvent demander à rester ou à devenir Membre principal du Régime lorsque la condition qui rendait leur affiliation obligatoire se termine, temporairement ou définitivement, les personnes suivantes :

- a. les pensionnés du CERN qui sont restés Membres du Régime sans interruption depuis la fin de leur affiliation obligatoire ;
- b. les bénéficiaires d'une pension différée de la Caisse de Pensions du CERN qui sont restés Membres du Régime sans interruption depuis la fin de leur affiliation obligatoire.

III 2.02

CONTINUATION DE COUVERTURE POUR UNE DURÉE DÉTERMINÉE

¹ Peuvent demander à rester Membre principal du Régime à titre post-obligatoire, ou à le devenir après avoir été Membre subsidiaire, et ce pour une période déterminée, les personnes suivantes :

- a. les anciens membres du personnel titulaires bénéficiant des prestations de chômage de l'Organisation, pendant toute la période durant laquelle ils perçoivent cette prestation ;
- b. les Membres obligatoires, pendant toute période de congé spécial non rémunéré ou d'absence autorisée non payée d'un mois ou plus, et pour toute la durée de ce congé ;
- c. les anciens Membres obligatoires qui ont été Membres du Régime pendant un an ou plus et ne peuvent s'affilier au titre de l'Article III 2.01, pour une période maximale de 12 mois ;
- d. les anciens Membres obligatoires qui ont été Membres du Régime pendant plus de 13 semaines mais moins d'un an, pour une période maximale d'un mois ;
- e. les enfants d'un Membre principal obligatoire ou post-obligatoire n'étant plus à charge de celui-ci au sens des Statut et Règlement du Personnel du CERN et étant âgés de moins de 26 ans, pour une période s'achevant soit le jour de leur 26^e anniversaire, soit le dernier jour de l'affiliation de leur parent, selon l'événement qui survient en premier ; ils deviennent alors Membre principal et assurent le règlement de leur cotisation. Ils sont alors seuls couverts, c'est-à-dire que les membres de leur famille ne peuvent être Membres subsidiaires ;
- f. en cas de divorce d'un Membre obligatoire ou post-obligatoire qui a été affilié pendant un an ou plus, l'ex-conjoint et les enfants à charge de celui-ci (considérés

comme membres de la famille au jour de la date définitive du divorce), pour une période maximale de 12 mois ;

- g. en cas de décès d'un Membre obligatoire ou post-obligatoire, les membres de sa famille au moment du décès s'ils ne deviennent pas pensionnés du CERN, pour une période maximale de 12 mois

² Il est de la responsabilité de la personne demandant une affiliation en tant que Membre post-obligatoire de vérifier que cette affiliation est compatible avec ses obligations légales dans le pays de résidence ou de travail.

III 2.02bis CONTINUATION DE COUVERTURE EN CAS DE DÉCÈS DU MEMBRE PRINCIPAL

En cas de décès d'un Membre principal obligatoire ou post-obligatoire, le conjoint et les enfants peuvent demander à devenir Membres principaux du Régime en qualité de Membres post-obligatoires pour une durée indéterminée, à condition qu'ils deviennent pensionnés du CERN.

III 2.02ter CONTINUITÉ DE LA COUVERTURE

La couverture post-obligatoire commence le lendemain du dernier jour de la couverture obligatoire correspondante ; il n'y a pas d'interruption dans la couverture ni dans le versement de la cotisation.

III 2.03 PENSIONNÉS CONJOINTS DE MEMBRES PRINCIPAUX

Lorsque le conjoint d'un Membre principal obligatoire ou post-obligatoire est pensionné du CERN, l'affiliation de ce dernier en tant que Membre principal est obligatoire.

III 2.04 DEMANDE D'AFFILIATION À TITRE POST- OBLIGATOIRE

Les demandes d'affiliation à titre post-obligatoire doivent être effectuées dans les 30 jours civils à compter du dernier jour de l'affiliation obligatoire.

III 2.05 DURÉE DE L'AFFILIATION À TITRE POST- OBLIGATOIRE

L'affiliation à titre post-obligatoire cesse selon le cas:

- a. à la fin de la période définie aux Articles III 2.01 à III 2.02;
- b. lorsque le Membre cesse de remplir les conditions qui lui ont donné la possibilité d'adhérer ;
- c. lorsque le Membre résilie son affiliation ; ou
- d. lorsque le Membre est exclu du Régime selon l'Article V 5.04.

III 2.06 RÉSILIATION DE L'AFFILIATION À TITRE POST- OBLIGATOIRE

¹ Les Membres post-obligatoires peuvent résilier leur affiliation sous réserve d'un préavis de 30 jours civils. Cette résiliation est irrévocable et prend effet à la fin d'un mois calendaire.

² Nonobstant les dispositions ci-dessus, les Membres post-obligatoires peuvent résilier leur affiliation sans préavis lorsqu'ils doivent s'affilier de manière obligatoire à un autre régime d'assurance maladie en vertu d'une disposition légale de l'État où ils résident ou travaillent. Dans de tels cas, la résiliation est effective le jour de l'entrée en vigueur de la couverture de l'autre régime d'assurance maladie.

III 2.07 CATÉGORIES DE PRESTATIONS

Les Membres post-obligatoires bénéficient des catégories de prestations suivantes :

- a. l'assurance maladie normale ;
- b. la prestation dépendance ;
- c. l'allocation pour incapacité de gain d'un membre de la famille selon les conditions définies au Chapitre XI.

Section 3 - Membres principaux volontaires

III 3.01 AFFILIATIONS VOLONTAIRES

Les Membres volontaires déjà affiliés en cette qualité au 1^{er} septembre 2017 peuvent le rester, y compris en cas de renouvellement de leur contrat, pour autant qu'ils remplissent les conditions définies à l'Article III 3.02.

III 3.02 CONDITIONS ET DURÉE DE L'AFFILIATION VOLONTAIRE

¹ Pour maintenir leur affiliation en qualité de Membres principaux volontaires, les personnes concernées doivent, de façon continue :

- a. être au bénéfice d'un contrat d'association valide avec le CERN ;
- b. être en possession d'une carte de légitimation délivrée par les autorités suisses.

² Leur affiliation au Régime cesse automatiquement et définitivement le jour où les conditions définies au premier alinéa du présent article ne sont plus remplies, ou lorsque leur affiliation est résiliée en vertu d'une disposition du présent Règlement.

III 3.03 CHANGEMENT DE TYPE DE COUVERTURE

¹ Une demande de changement de type de couverture ne peut être acceptée que si elle est justifiée par :

- a. l'âge du Membre principal, dans les conditions définies à l'Article III 3.05 ; ou
- b. un changement dans la situation de famille du Membre volontaire, notamment le mariage, le divorce, la naissance ou l'adoption d'un enfant.

² Une demande de changement de couverture doit être introduite dans les 30 jours civils à compter de l'événement ouvrant droit au changement.

III 3.04 RÉSILIATION DE L'ASSURANCE

¹ Les Membres volontaires peuvent résilier leur affiliation sous réserve d'un préavis de 30 jours civils. Cette résiliation prend effet à la fin d'un mois calendaire.

² Un préavis de résiliation n'est pas requis lorsque le Membre volontaire doit s'affilier de manière obligatoire à un autre régime d'assurance maladie en vertu d'une disposition légale de l'État où il réside ou travaille. Dans ce cas, la résiliation prend effet le jour de l'entrée en vigueur de la couverture de l'autre régime d'assurance maladie.

³ Toute résiliation est irrévocable.

III 3.05 CATÉGORIE DE PRESTATIONS

Les Membres volontaires bénéficient uniquement de la prestation d'assurance maladie et peuvent choisir entre :

- a. l'assurance maladie normale, pour autant que leur âge soit inférieur à l'âge de la retraite au CERN, et
- b. l'assurance maladie réduite, sans limite d'âge.

Chapitre IV - Assurance des Membres subsidiaires

Section 1 - Couverture des Membres subsidiaires

IV 1.01 MEMBRES SUBSIDIAIRES

L'Article II 1.02 définit dans quelles conditions les membres de la famille d'un Membre principal sont assurés comme Membre subsidiaire par son intermédiaire.

IV 1.01bis DURÉE DE L'AFFILIATION À TITRE SUBSIDIAIRE

¹ Sauf dans les cas où les dispositions de l'Article IV 2.01 bis sont applicables, les Membres subsidiaires sont assurés en tant que tels :

- a. jusqu'à la date de fin de l'affiliation du Membre principal ; ou
- b. jusqu'au dernier jour du mois suivant le mois au cours duquel l'Organisation décide qu'ils ne sont plus reconnus comme membres de la famille.

² Les Membres subsidiaires qui choisissent de rester affiliés au Régime dans les conditions prévues aux Articles III 2.01 ou III 2.02 deviennent Membres principaux.

IV 1.02 ASSURANCE PRIMAIRE OU COMPLÉMENTAIRE

¹ En règle générale, le Régime intervient pour les Membres subsidiaires en tant qu'assurance primaire.

² Toutefois, lorsqu'un Membre principal a déclaré que son conjoint bénéficie d'une autre couverture d'assurance maladie adéquate, le Régime intervient en assurance complémentaire de celle-ci. Le conjoint est alors tenu de soumettre ses factures pour remboursement en premier lieu à cette autre assurance maladie.

³ Si un ou plusieurs enfants Membres subsidiaires sont couverts par l'assurance maladie du conjoint, le Régime peut également intervenir pour eux en tant qu'assurance complémentaire.

IV 1.03 ASSURANCE MALADIE ADÉQUATE

Est considérée comme assurance maladie adéquate pour le conjoint :

- a. toute assurance maladie d'un système national d'un État membre de l'Organisation dès lors qu'elle est valide dans l'État de résidence du conjoint pendant toute la durée de son séjour ;
- b. toute assurance maladie privée ou publique individuelle ou collective dont les prestations et niveaux de remboursement dans l'État de résidence du conjoint sont au moins globalement équivalents à ceux garantis par la loi fédérale suisse sur l'assurance-maladie (LAMal).

IV 1.04 REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE

¹ Toute différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie primaire et les frais réels encourus peut être soumise au Régime pour remboursement, conformément aux dispositions du présent Règlement.

² Toutefois, si le remboursement au titre de l'autre assurance maladie du conjoint fait l'objet d'une franchise, celle-ci n'est pas remboursée par le Régime.

IV 1.05 COTISATION COMPLÉMENTAIRE

¹ En règle générale aucune cotisation complémentaire n'est due pour les Membres subsidiaires.

² Toutefois, lorsque le conjoint d'un Membre principal obligatoire ou post-obligatoire

- a. qui est ou a été titulaire ou boursier, ou
- b. qui est pensionné du CERN,

perçoit un revenu ou une pension de retraite, au sens des Articles IV 2.04 et IV 2.05, mais n'est pas affilié à une assurance maladie adéquate, une cotisation complémentaire doit être payée afin que le conjoint puisse bénéficier du Régime en tant qu'assurance primaire.

³ À cette fin, le Membre principal concerné est tenu de renseigner les informations relatives à son conjoint, conformément à la Section 2 du présent chapitre.

⁴ Aucune cotisation complémentaire n'est requise pour les enfants à charge qui sont Membres subsidiaires.

Section 2 - Obligation de renseigner

IV 2.01

DÉCLARATION DE SITUATION DE FAMILLE

¹ Par extension des dispositions de l'Article R V 1.38 des Statut et Règlement du Personnel, tous les Membres principaux doivent déclarer² dans les 30 jours civils :

- a. tout changement soit de leur situation personnelle, soit de celle des membres de leur famille (notamment mariage, divorce, décès, naissance ou adoption) ;
- b. la cessation des études à plein temps, ou la prise d'emploi, de tout enfant à charge ;
- c. tout changement de leur adresse personnelle, adresse électronique et/ou numéro de téléphone.

² Les Membres subsidiaires sont déterminés en fonction de ces déclarations et par analogie avec la pratique découlant des dispositions pertinentes des Statut et Règlement du Personnel.

IV 2.01 bis

DÉFAUT DE DÉCLARATION D'UN CHANGEMENT DE SITUATION DE FAMILLE

¹ En cas de défaut de déclaration d'un changement de la situation de famille, prévue au paragraphe 1 a) de l'Article IV 2.01, dans le délai indiqué, dans le cas où la nouvelle situation de famille implique la fin de son affiliation en tant que Membre subsidiaire, la personne concernée sera affiliée avec effet rétroactif comme Membre post-obligatoire à compter de la date de fin effective de son affiliation en tant que Membre subsidiaire.

² Dans ce cas, le Membre principal devra payer les cotisations arriérées correspondantes, sauf si le non-respect du délai indiqué est dû à des circonstances indépendantes de sa volonté, selon l'appréciation de l'Administrateur du CHIS au vu des pièces justificatives

IV 2.02

DÉCLARATION D'ASSURANCE MALADIE ET DE REVENU PROFESSIONNEL DU CONJOINT (SHIPID)

¹ Tout Membre principal à titre obligatoire ou post-obligatoire qui est ou a été titulaire ou boursier ou qui est pensionné du CERN a l'obligation de déclarer par écrit² la situation de son conjoint Membre subsidiaire concernant :

- a. toute autre assurance maladie primaire dont bénéficie le conjoint ;
- b. toute assurance accident obligatoire complétant l'assurance maladie primaire du conjoint ;
- c. dans le cas où le conjoint ne bénéficie pas d'une assurance maladie primaire adéquate, le montant brut mensuel de tout revenu découlant d'une activité professionnelle et/ou de toute pension de retraite perçus par le conjoint.

² Cette déclaration doit être faite dans les 30 jours civils à compter de :

- a. la date d'affiliation au Régime du conjoint ;
- b. la date du changement (ou de sa notification) concernant l'assurance maladie dont bénéficie le conjoint, le montant brut mensuel du revenu professionnel ou de la pension du conjoint entraînant un changement de la tranche de revenu définie à l'Article XII 1.06 ;
- c. chaque demande du Régime (y compris au titre du renouvellement annuel).

³ La date d'effet d'une déclaration de changement est le jour où le changement est intervenu, même en cas de notification tardive.

² Cette déclaration doit être faite auprès du Département des ressources humaines pour les Membres obligatoires, auprès de la Caisse de Pensions du CERN pour les bénéficiaires de la Caisse de Pensions, auprès du Tiers-administrateur pour les Membres volontaires et auprès de l'Administrateur du CHIS pour les autres.

**IV 2.03
DÉCLARATION DES
REVENUS D'UN
MEMBRE PRINCIPAL**

¹ En règle générale, un Membre principal n'a pas à faire de déclaration spéciale concernant ses propres revenus, sauf dans le cas où il est pensionné du CERN et conjoint d'un autre Membre principal.

² Dans ce dernier cas, aux fins de la détermination de son Salaire de référence V selon l'Article XII 1.05, si

- a. son conjoint est Membre obligatoire, ou
- b. son Salaire de référence III est inférieur à celui de son conjoint, si celui-ci est pensionné du CERN,

il est tenu de déclarer au Régime, par l'intermédiaire de la Caisse de pensions du CERN, le montant total de ses propres revenus professionnels et/ou pension de retraite (y compris sa pension du CERN).

³ Cette déclaration doit être faite dans les 30 jours civils après :

- a. la date à laquelle il est devenu pensionné du CERN ;
- b. la date du changement (ou de sa notification) de revenu professionnel ou de pension entraînant un changement de la tranche de revenu définie à l'article XII 1.06 ;
- c. chaque demande du Régime (y compris au titre du renouvellement annuel).

**IV 2.04
REVENU
PROFESSIONNEL**

¹ Est considéré comme revenu professionnel toute forme de rémunération, salaire, honoraire ou rétribution découlant d'une activité professionnelle, y compris les allocations de subsistance (versées soit par l'organisme d'origine, soit par l'intermédiaire d'un compte de tiers, soit par le CERN), toute somme versée par l'employeur pour la couverture d'assurance maladie et les salaires de remplacement perçus pendant des congés.

² Ne sont pas considérés comme un revenu professionnel :

- a. les allocations de chômage ;
- b. les pensions d'invalidité ;
- c. les allocations pour enfant à charge ;
- d. les allocations pour maternité si elles ne constituent pas un salaire de remplacement ;
- e. les allocations pour adoption ; et
- f. les remboursements de frais professionnels réels.

**IV 2.05
PENSION DE
RETRAITE**

¹ Est considérée comme pension de retraite tout paiement provenant d'un régime d'assurance-vieillesse, y compris la Caisse de Pensions du CERN.

² Ne sont pas considérés comme une pension de retraite :

- a. les pensions d'invalidité ;
- b. les paiements qui résultent d'une épargne volontaire payante contractée à titre privé et onéreux.

**IV 2.06
MONTANT À
DÉCLARER**

¹ Le montant à déclarer est le montant brut mensuel des revenus professionnels et des pensions de retraite versées au Membre concerné.

² Lorsque les revenus en question ne peuvent être connus dans le délai visé à l'Article IV 2.03, par exemple dans le cas d'une activité non salariée, le Membre principal doit déclarer un revenu estimé. Le revenu brut réel devra être communiqué dans les 30 jours civils suivant le jour où il est connu.

³ Lorsque seul un revenu pluri-mensuel (par exemple annuel) du conjoint est connu, le revenu mensuel à déclarer est égal au revenu mensuel moyenné sur la période concernée, par exemple 1/12 du revenu annuel.

**IV 2.07
PIÈCES
JUSTIFICATIVES**

Sur demande, le Membre principal a l'obligation de fournir des pièces justificatives relatives aux informations fournies conformément aux Articles IV 2.02 et IV 2.03.

IV 2.08**DÉCLARATIONS
SHIPID TARDIVES,
INEXACTES OU
INCOMPLÈTES**

¹ Dans le cas où un Membre principal

- a. n'a pas respecté les délais concernant ses obligations énoncées aux paragraphes 2 a) et b) de l'Article IV 2.02. et aux paragraphes 3a) et b) de l'Article IV 2.03, ou
- b. a fait une déclaration inexacte,

les cotisations complémentaires dues sont perçues rétroactivement, dans la limite de cinq années, et les cotisations complémentaires éventuellement versées mais non dues portant sur le mois au cours duquel le Membre principal a informé le Régime, de même que celles correspondant aux deux mois précédents, lui seront remboursées ; les autres cotisations complémentaires non dues éventuellement versées ne seront pas remboursées.

² Tout défaut de déclaration prévue par le paragraphe 2 c) de l'Article IV 2.02 ou le paragraphe 3 c) de l'Article IV 2.03, ou de présentation des pièces justificatives prévues à l'Article IV 2.07, entraîne une déduction sur la rémunération, l'allocation ou la pension du CERN, au titre d'une cotisation complémentaire forfaitaire basée sur la plus haute valeur du Salaire de référence VI (Article XII 1.06). Cette déduction s'applique à compter du mois suivant l'expiration du délai applicable et est maintenue jusqu'à ce que la déclaration ou les pièces justificatives aient été communiquées. Cette cotisation complémentaire n'est pas remboursable, sauf dans des circonstances exceptionnelles, à l'appréciation de l'Administrateur du CHIS, sur la base de pièces justificatives.

Chapitre V - Dispositions générales

Section 1 - Cotisations

V 1.01 COTISATIONS

¹ Le Membre principal paie mensuellement une cotisation correspondant aux catégories de prestations qui lui sont applicables.

² Sauf indication contraire dans le présent Règlement, l'Organisation verse également une cotisation selon les modalités définies dans l'Annexe III.

V 1.02 COTISATIONS PRORATA TEMPORIS

¹ Le montant de la cotisation principale est calculé *prorata temporis* du nombre de jours effectifs d'affiliation du Membre au Régime.

² S'agissant du montant de la cotisation complémentaire due pour la couverture d'un conjoint :

- a. aucune cotisation complémentaire n'est due pour le premier mois au cours duquel le conjoint remplit pour la première fois les critères énoncés au paragraphe 2 de l'Article IV 1.5 si cette situation survient après le premier jour du mois ;
- b. l'intégralité de la cotisation complémentaire est due pour le mois au cours duquel le conjoint cesse de remplir les critères énoncés au paragraphe 2 de l'Article IV 1.5, si cette situation survient après le premier jour du mois.

³ Toutefois, en cas de décès d'un Membre principal post-obligatoire, les cotisations principales et complémentaires sont dues dans leur intégralité pour le mois au cours duquel le décès est survenu, et aucune autre cotisation n'est due pour le mois en question.

Section 2 - Prestations

V 2.01 PLAFOND DE PRESTATIONS PRORATA TEMPORIS

Les plafonds annuels éventuellement applicables sont réduits *prorata temporis* de la durée de l'affiliation du Membre au Régime, sauf en cas de décès.

V 2.02 NON-CUMUL DES PRESTATIONS

¹ Toute prestation résultant d'une affiliation obligatoire à un régime de protection sociale national, public ou assimilé (assurance maladie et/ou mutuelle complémentaire obligatoire) vient en déduction des prestations prévues par le présent Régime. Le Membre concerné est tenu d'en informer le Tiers-administrateur. Cette disposition ne s'applique pas aux prestations résultant d'une affiliation volontaire et payante, telle une assurance complémentaire volontaire.

² Lorsque le remboursement au titre d'une autre assurance primaire fait l'objet d'une franchise, celle-ci n'est pas remboursée par le Régime.

³ Lorsque des frais médicaux ont été payés ou remboursés en partie, par exemple par une autre assurance, le Membre ne peut soumettre au Régime une demande de remboursement que pour le montant restant à sa charge.

V 2.03 PRESTATIONS EXCLUES

¹ Aucun remboursement n'est effectué en cas de fraude ou d'abus au sens des Articles V 4.05 et V 4.06.

² Sont également exclus :

- a. les frais résultant d'un défaut de présentation à un rendez-vous ;
- b. les cures de rajeunissement ;
- c. les traitements esthétiques, à l'exception des défigurations et des très graves brûlures aux mains ;
- d. la chirurgie réparatrice ou reconstructive, sauf accord préalable lorsqu'elle est rendue nécessaire à la suite de la réalisation d'un risque garanti, d'un accident ou d'une maladie survenue moins de deux années civiles avant la date d'affiliation du Membre concerné.

V 2.04
REMBOURSEMENT
EN FIN DE
COUVERTURE

Tous les frais médicaux encourus jusqu'au dernier jour de la couverture d'assurance pour les accidents et maladies non professionnels peuvent être soumis pour remboursement selon les dispositions et délais indiqués dans le présent Règlement.

² Lorsqu'un séjour en hôpital se prolonge au-delà du dernier jour de la couverture d'assurance, le Membre concerné peut rester Membre du Régime à titre volontaire (Article III 2.02), soit jusqu'à ce qu'il puisse souscrire à une autre assurance maladie primaire, soit jusqu'à ce qu'il quitte l'hôpital, selon lequel de ces deux événements survient en premier.

V 2.05
SUBROGATION

Le Tiers-administrateur est subrogé, au nom du Régime, dans les droits que la victime d'un accident ou d'une maladie détient envers tout tiers responsable, dans la limite du remboursement effectué par le Régime. Le Membre est tenu, sous peine d'un refus de remboursement en application de l'Article V 5.01, de confirmer par écrit cette subrogation lorsque le Tiers-administrateur le demande.

V 2.06
REMBOURSEMENT
EN CAS DE DÉCÈS
D'UN MEMBRE

En cas de décès d'un Membre, toute somme à rembourser est versée à la succession.

Section 3 - Responsabilité et représentation

V 3.01
RESPONSABILITÉ DU
MEMBRE PRINCIPAL

Sauf disposition expresse contraire figurant dans le présent Règlement ou circonstances exceptionnelles dûment justifiées, le Membre principal est responsable de toute déclaration ou demande de remboursement effectuée par les Membres subsidiaires qui dépendent de lui.

V 3.02
REPRÉSENTATION
D'UN MEMBRE

¹ Un Membre peut si nécessaire se faire représenter par un tiers dans toutes les actions relatives au Régime.

² Le Tiers-administrateur peut alors exiger du mandataire qu'il justifie ses pouvoirs par une procuration écrite ou la présentation d'une décision de justice.

Section 4 - Situations particulières

V 4.01
RESTITUTION DE
L'INDU

¹ Toute somme versée par le Régime et indûment perçue par un Membre doit être restituée. Le délai dont dispose le Régime pour réclamer l'indu est de cinq ans, sauf si celui-ci découle d'une déclaration frauduleuse, auquel cas aucun délai n'est applicable. Le recouvrement de l'indu se fera selon les procédures en vigueur dans l'Organisation.

² En cas de décès du Membre, les allocations journalières de dépendance déjà perçues pour le mois du décès n'ont pas à être restituées.

V 4.02
RECouvreMENT
DES CREANCES

¹ En cas de non-paiement par le Membre principal de toute cotisation, participation, restitution d'un indu ou toute autre somme due au Régime et après mise en demeure restée infructueuse de la part du Tiers-administrateur, une retenue sera effectuée sur le salaire, l'indemnité, l'allocation ou la pension versé par l'Organisation. Le recouvrement des sommes concernées pourra également être effectué par déduction sur les remboursements ou par recours aux juridictions nationales compétentes.

² Dans le cas d'un Membre volontaire pour lequel le recouvrement n'a pas pu être effectué conformément au paragraphe précédent, le cas sera rapporté à son organisme d'origine, à charge pour celui-ci de régler les sommes dues.

V 4.03
RESTITUTION DES
TROP-PERÇUS DE
COTISATION

¹ En cas de trop-perçu de cotisation par le Régime, ledit trop-perçu sera restitué dans les plus brefs délais après que les faits ont été constatés.

² Le trop-perçu est restitué pour une période maximum de :

- a. deux ans si l'erreur est imputable au Régime ;
- b. trois mois si l'erreur est imputable au Membre.

³ Lorsque le trop-perçu fait suite à une déclaration frauduleuse, il n'est pas restitué.

**V 4.04
TARIFS EXCESSIFS**

Lorsque le Tiers-administrateur constate que le tarif appliqué pour une prestation de soins dépasse de manière significative le tarif raisonnable et usuel pour ladite prestation, il peut limiter le remboursement au tarif usuel dans la région du prestataire.

**V 4.05
ABUS**

L'usage avec excès d'un traitement, d'une prérogative ou d'une pratique au-delà de niveaux acceptables et/ou nécessaires aux buts attendus constitue un abus du système.

**V 4.06
FRAUDE**

¹ Les Statut et Règlement du Personnel du CERN définissent la fraude comme « toute action ou omission intentionnelle destinée à tromper et à apporter à son auteur ou à un tiers un gain, occasionnant pour l'Organisation une perte d'actifs ou une atteinte à sa réputation ».

² Les dispositions de la Circulaire opérationnelle n° 10 « Principes et procédures régissant l'enquête pour fraude » s'appliquent par extension à tous les Membres du Régime.

Section 5 - Suspension et exclusion du Régime

**V 5.01
SUSPENSION OU
REFUS DES
PRESTATIONS**

¹ Le Tiers-administrateur peut, avec l'accord de l'Administrateur du CHIS, suspendre tout ou partie des prestations :

- a. d'un Membre ne se conformant pas aux dispositions du présent Règlement ;
- b. d'un Membre refusant de subir un examen médical prescrit par le médecin conseil du Tiers-administrateur ;
- c. d'un Membre ne s'acquittant pas des sommes dues par lui au Régime dans le cas d'application du tiers-payant ;
- d. d'un Membre affilié au Régime sur une base volontaire ou post-obligatoire, en retard dans le paiement de sa cotisation ;
- e. d'un Membre, en cas de suspicion de fraude.

² Le Tiers-administrateur, avec l'accord préalable de l'Administrateur du CHIS, peut refuser de rembourser les prestations jusqu'alors suspendues.

**V 5.02
MOTIF DE REFUS,
RÉDUCTION OU
SUPPRESSION DE
PRESTATIONS**

¹ L'allocation pour incapacité de gain et l'allocation dépendance peuvent être refusées, réduites ou retirées, temporairement ou définitivement, si la personne concernée a causé ou aggravé l'atteinte à son état de santé, intentionnellement ou par faute grave, ou en commettant un crime ou un délit.

² Le traitement des séquelles résultant d'un traitement non remboursable par le Régime n'est pas remboursable non plus.

**V 5.03
SANCTIONS
DISCIPLINAIRES OU
ADMINISTRATIVES**

Tout membre du personnel du CERN qui est Membre du Régime s'expose à des sanctions disciplinaires, conformément aux Statut et Règlement du Personnel du CERN, en cas d'inobservation des dispositions du présent Règlement.

**V 5.04
EXCLUSION DU
RÉGIME**

¹ Après audition du Membre concerné, l'Organisation peut exclure un Membre post-obligatoire ou volontaire pour l'un des motifs suivants :

- a. défaut de paiement de la cotisation dans les 30 jours civils suivant le troisième rappel fait par le Tiers-administrateur ;
- b. fraude ou de tentative de fraude avérée.

² La décision d'exclusion est prise par l'Administrateur, avis pris du Conseiller stratégique.

Chapitre VI - Remboursement des frais médicaux

Section 1 - Demandes de remboursement

VI 1.01 DÉLAI DE SOUMISSION D'UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

¹ Toute demande de remboursement des frais résultant d'un traitement médical doit être soumise avec toutes les pièces justificatives dans les douze mois suivant la date d'émission de la facture.

² En cas de décès du Membre principal, ce délai est prolongé de 180 jours civils.

VI 1.01bis CONFORMITÉ DES DEMANDES DE REMBOURSEMENTS

En signant un formulaire de demande de remboursement, ou en soumettant électroniquement une telle demande, le Membre confirme que :

- a. les factures faisant l'objet d'une demande de remboursement ont été totalement réglées et que les éventuelles réductions, ainsi que les éventuels paiements reçus ou attendus d'autres sources ont été déclarés ;
- b. les factures soumises ont été vérifiées par le Membre et correspondent aux soins reçus par le Membre concerné et dispensé par le prestataire de soins ;
- c. dans le cas de demandes de remboursement faites par voie électronique, tous les justificatifs sont des copies fidèles de l'original.

VI 1.02 PIÈCES JUSTIFICATIVES

¹ La demande de remboursement de frais médicaux au titre de la couverture primaire doit être accompagnée des ordonnances, factures et preuves de paiement.

² Une demande de remboursement au titre de la couverture complémentaire doit être accompagnée du relevé de remboursement reçu de l'assurance maladie primaire, indiquant le montant initial des frais médicaux ainsi que les sommes déjà remboursées par cette assurance.

³ Les originaux de pièces justificatives doivent être :

- a. dans le cas de demandes non électroniques, être joints au formulaire de demande de remboursement ;
- b. dans le cas de demandes électroniques, être conservés par le Membre présentant la demande pendant une durée d'au moins deux ans à compter de la date de soumission de la demande, et être communiqués sur demande au Tiers-administrateur.

VI 1.03 DÉTAIL DE LA FACTURE

Les factures soumises pour remboursement doivent indiquer clairement :

- a. les nom et prénom du patient ;
- b. le nom, la qualification et l'adresse du médecin traitant ou du prestataire de services médicaux concerné ;
- c. le détail du traitement, selon les usages en vigueur dans l'État où le traitement a été dispensé ;
- d. la date ou la période dudit traitement ;
- e. le montant à payer et la monnaie de règlement.

VI 1.04 PRESCRIPTION MÉDICALE

¹ L'achat de médicaments ou de matériel médical est remboursé s'ils sont délivrés sur prescription médicale.

² Les actes effectués par les auxiliaires médicaux doivent être effectués conformément à une prescription médicale. Toutefois, les actes effectués par des ostéopathes, étioopathes ou chiropracteurs peuvent être remboursés sans prescription médicale dans la limite de cinq séances au total par année civile.

VI 1.05 TIERS-PAYANT

¹ Dans certains cas, des factures de prestataires de soins peuvent être payées directement par le Tiers-administrateur en tant que tiers-payant, notamment dans le cadre d'une hospitalisation dans un établissement hospitalier agréé (Article VI 5.01).

² Dans le cas où le Tiers-administrateur a effectué directement le paiement à l'organisme de soins, il adresse au Membre une facture afin de recouvrer la part à la charge de celui-ci. Cette facture doit être réglée dans les 30 jours civils à compter de son émission.

VI 1.06 PAIEMENT DES FACTURES

Lorsque le Tiers-administrateur n'agit pas en tant que tiers-payant, le Membre doit veiller à recevoir et régler les factures liées à des frais médicaux afin de pouvoir les soumettre pour remboursement.

VI 1.07 ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELS

¹ Un remboursement aux termes des dispositions concernant les maladies et accidents professionnels ne peut être accordé qu'après que la maladie ou l'accident en question ont été reconnus comme tels par l'Organisation.

² Lorsqu'une demande de remboursement est soumise pour des frais médicaux résultant d'une maladie ou d'un accident professionnels, la demande de remboursement doit comporter une référence à la décision de qualification de l'Organisation.

³ En ce qui concerne les remboursements déjà effectués au moment de la qualification, il appartient au Membre de faire valoir ses droits à cette prestation auprès du Tiers-administrateur. Si nécessaire, le Tiers-Administrateur peut l'aider à constituer son dossier de demande.

Section 2 - Modalités de versement des prestations

VI 2.01 INFORMATIONS MÉDICALES

¹ Le Membre concerné doit fournir toute information requise par le Tiers-administrateur sur l'affection contractée ou le traitement suivi.

² Le Tiers-administrateur peut également s'adresser directement aux prestataires de soins. Les informations confidentielles correspondantes doivent être envoyées sous pli cacheté au Médecin Conseil du Tiers-administrateur. Celui-ci ne transmettra au service de traitement des demandes que les renseignements nécessaires pour le remboursement.

VI 2.02 EXAMEN MÉDICAL

Le Tiers-administrateur peut désigner un médecin pour faire examiner un Membre en cours de traitement. Sur demande du Membre concerné, le médecin traitant peut assister audit examen.

VI 2.03 VERSEMENT DES PRESTATIONS AU MEMBRE PRINCIPAL

Les prestations sont normalement versées au Membre principal, sur le compte bancaire indiqué par celui-ci à l'Organisation, y compris lorsqu'elles sont versées au bénéfice d'un Membre subsidiaire.

VI 2.04 VERSEMENT DES PRESTATIONS AU MEMBRE SUBSIDIAIRE

¹ Dans des conditions définies et selon une procédure approuvée par le Directeur général, peuvent être remboursés ou versées directement au Membre subsidiaire concerné ou à son représentant légal :

- a. certains traitements médicaux qui lui ont été dispensés ou prescrits ;
- b. les traitements payés ou à payer par le Membre subsidiaire ou par un tiers autre que le Membre principal ;
- c. les allocations dépendance ou d'incapacité de gain.

² Dans de tels cas, les demandes de prestations doivent être effectuées par le Membre subsidiaire concerné et la responsabilité de leur exactitude incombe à ce dernier.

³ Ces demandes et les données médicales correspondantes sont soumises à la confidentialité, y compris du Membre principal.

VI 2.05 DEISES UTILISÉES

¹ Tous les paiements au titre des cotisations, des remboursements et des allocations sont effectués en francs suisses. Les éventuels frais bancaires et de change sont à la charge du Membre.

² Dans le cas où les frais à rembourser ne sont pas exprimés en francs suisses, le taux de change avec le franc suisse est le taux officiel en vigueur au CERN à la date de soumission de la demande de remboursement.

³ Lorsqu'une garantie de règlement direct des factures a été accordée conformément à l'Article VI 5.01, les factures soumises directement au Tiers-administrateur par l'établissement hospitalier concerné sont payées dans la devise de l'État où le traitement a été dispensé.

Section 3 - Accords et avis préalables

VI 3.01 ACCORD PRÉALABLE	<p>Un accord préalable du Tiers-administrateur est nécessaire pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. les transports (sauf les transports d'urgence) ; b. la chirurgie réfractive ; c. les cures et séjours de convalescence, de réadaptation, en unité d'accueil temporaire ou en attente de placement ; d. les garde-malades à domicile ; e. la location ou l'achat de moyens auxiliaires ; f. les frais de séjour à l'hôpital d'un des membres de la famille autre que l'un des deux parents dont la présence est exigée du fait de l'hospitalisation d'un enfant de moins de dix ans.
VI 3.02 DÉLAI DE SOUSSION D'UNE DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE	<p>¹ La demande d'accord préalable, accompagnée des pièces justificatives, doit être soumise par écrit, au Tiers-administrateur au moins 14 jours civils avant l'engagement des prestations en question, sauf circonstance exceptionnelle. Ce délai est étendu à 30 jours civils pour les frais de cure.</p> <p>² Faute de réponse du Tiers-administrateur dans le délai de 14 ou 30 jours civils, la demande est considérée comme acceptée.</p>
VI 3.03 PIÈCES JUSTIFICATIVES	<p>¹ Chaque demande d'accord préalable doit être accompagnée d'une ordonnance médicale indiquant le traitement, son motif, sa durée ainsi que le résultat escompté.</p> <p>² Un devis doit être joint à toute demande d'accord préalable pour la location ou l'achat de moyens auxiliaires.</p>
VI 3.04 ACCORD PRÉALABLE NON OBTENU	<p>Les frais encourus sans avoir obtenu l'accord préalable exigé ne sont pas remboursés par le Régime.</p>
VI 3.05 AVIS PRÉALABLE EN CAS DE TRAITEMENT DENTAIRE	<p>Un avis préalable du Tiers-administrateur doit être obtenu pour une évaluation médicale et financière de tout traitement dentaire, des prothèses et des appareils orthodontiques prévus, d'un montant supérieur à 25 % du plafond annuel, sauf en cas d'urgence.</p>

Section 4 - Cures et séjours de convalescence

VI 4.01 ACCORD PRÉALABLE	<p>Les cures (définies à l'Article II 3.13) et séjours de convalescence, y compris les frais de traitement y relatifs, sont soumis à accord préalable conformément à l'Article VI 3.01.</p>
VI 4.02 SÉJOURS DE CONVALESCENCE	<p>¹ Les séjours de convalescence sont acceptés suite à une hospitalisation avec opération, ou à une hospitalisation sans opération d'au moins dix jours civils, à condition que le séjour en question débute dans les 30 jours civils suivant la fin de l'hospitalisation.</p> <p>² Dans la mesure du possible, les demandes d'accords préalables doivent être soumises sept jours civils avant le début du séjour de convalescence.</p>
VI 4.03 CURES	<p>¹ L'ordonnance pour une cure est à compléter par une anamnèse précisant les résultats obtenus par le traitement médical ayant précédé la cure, le programme des traitements médicaux de la cure et le résultat escompté quant à la guérison ou la consolidation de l'état de santé de la personne concernée.</p> <p>² S'il s'agit d'une cure répétée dont le début intervient moins de 12 mois après le début de la cure précédente, le médecin doit délivrer une pièce justificative détaillée quant à l'efficacité de la cure.</p> <p>³ À partir de la troisième cure pour la même affection, le médecin joint à l'ordonnance de cure une évaluation détaillée des cures précédentes.</p> <p>⁴ Les cures doivent être effectuées dans des établissements reconnus par les autorités compétentes de l'État où se trouve l'établissement.</p>

VI 4.04
REFUS DE CURE

Lorsque la cure est refusée, le Tiers-administrateur informe le Membre concerné de sa décision et des raisons qui la motivent.

Section 5 - Garantie d'hospitalisation

VI 5.01
GARANTIE EN TIERS-PAYANT

¹ Lorsqu'une hospitalisation a lieu dans un établissement hospitalier agréé au sens de l'Article II 3.06, une garantie en tiers-payant est accordée par le Tiers-administrateur sur demande de l'établissement hospitalier ou du patient au moins trois jours ouvrables avant le début de l'hospitalisation, sauf en cas d'urgence.

² Une garantie initiale est accordée pour une durée de 14 jours civils d'hospitalisation. Toute demande de prolongation de la garantie doit être soumise par l'établissement hospitalier au Tiers-administrateur pour accord.

³ Le Membre doit fournir à l'établissement hospitalier toutes les informations nécessaires à l'introduction de la demande auprès du Tiers-administrateur.

⁴ Lorsque le Tiers-administrateur accorde une garantie en tiers-payant, le Membre ne doit pas effectuer de paiement auprès de l'établissement hospitalier. Cependant, même si le Tiers-administrateur a accordé une garantie en tiers-payant, certains frais non médicaux (par exemple de confort) peuvent être facturés directement au Membre par l'établissement hospitalier. Ces frais doivent alors être payés directement par le Membre ; ils ne sont pas susceptibles d'être remboursés par le Régime.

VI 5.02
GARANTIE EN TIERS-GARANT

Lorsqu'une hospitalisation a lieu dans un établissement hospitalier non agréé selon l'Article II 3.07, le Tiers-administrateur accorde une garantie en tiers-garant. Le Membre doit alors régler directement la facture d'hospitalisation et en demander ensuite le remboursement.

Section 6 - Procédures exceptionnelles

VI 6.01
REMBOURSEMENT ANTICIPÉ

¹ Dans des circonstances particulières et après demande écrite préalable du Membre, le Tiers-administrateur peut accorder le remboursement anticipé d'une facture de frais médicaux élevés.

² Le Membre doit présenter ultérieurement la preuve du paiement de cette facture. Le défaut de paiement d'une facture remboursée par anticipation constitue un manquement au Règlement pouvant conduire à l'application des Articles V 5.01, V 5.03 et V 5.04.

VI 6.02
PRESTATIONS BÉNÉVOLES

¹ Dans des circonstances exceptionnelles, un Membre peut demander qu'une prestation venant en dépassement d'un plafond ou qu'une prestation non énumérée dans le présent Règlement lui soit accordée. La demande de prestation bénévole doit être faite par écrit auprès du Tiers-administrateur, et la décision est prise par l'Administrateur du CHIS, en accord avec le Conseiller stratégique.

² Nonobstant les dispositions de l'Article XIV 1.01, les décisions en matière de prestation bénévole ne sont en principe pas susceptibles d'être remises en cause. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles peuvent faire l'objet d'un réexamen ou d'un recours, et ce uniquement pour des motifs tels que l'omission de tenir compte de faits essentiels, une erreur matérielle qui n'implique pas un jugement de valeur, l'omission de statuer sur une conclusion ou la découverte de faits essentiels que le membre n'était pas en mesure d'invoquer à temps.

Chapitre VII - Assurance maladie normale

Section 1 - Description générale

VII 1.01 DESCRIPTION GÉNÉRALE

L'Assurance maladie normale prévoit le remboursement d'une part majeure des dépenses courantes et raisonnables résultant d'un traitement médical encourues par les Membres bénéficiant de cette couverture dans les conditions définies dans le présent Règlement.

VII 1.02 PERSONNES ELIGIBLES

¹ Les Membres principaux obligatoires et post-obligatoires, ainsi que les Membres subsidiaires qui dépendent d'eux, bénéficient de cette couverture.

² Les Membres principaux volontaires, pour autant qu'ils aient opté pour l'affiliation à l'assurance maladie normale avant la date précisée à l'Article III 3.01, et les Membres subsidiaires qui dépendent d'eux, bénéficient également de cette couverture.

Section 2 - Cotisations

VII 2.01 COTISATIONS DES MEMBRES

¹ Chaque Membre principal verse une cotisation principale calculée selon l'Article VII 2.05, sauf dans le cas où les deux conjoints sont Membres principaux (voir Article VII 2.02).

² Un Membre principal peut également devoir verser une cotisation complémentaire pour son conjoint Membre subsidiaire, calculée selon l'Article VII 2.07.

³ Les cotisations, principale et complémentaire, sont le produit d'un taux de cotisation par le Salaire de référence du Membre (Chapitre XII). Le même taux est utilisé pour la cotisation complémentaire du conjoint que pour la cotisation principale du Membre principal.

VII 2.02 COTISATIONS DE CONJOINTS MEMBRES PRINCIPAUX

Lorsque deux conjoints sont Membres principaux du Régime, une cotisation principale n'est versée que par le conjoint dont la cotisation est la plus élevée. Une cotisation complémentaire est versée par l'autre conjoint.

VII 2.03 COTISATION DE L'ORGANISATION

¹ L'Organisation verse une cotisation pour les Membres principaux obligatoires et les pensionnés du CERN, sauf pour les bénéficiaires d'une pension de conjoint survivant acquise à compter du 1^{er} janvier 2021 pour lesquels elle ne verse pas de cotisation.

² Lorsqu'une cotisation est versée par l'Organisation, celle-ci est basée sur le même Salaire de référence que la cotisation du Membre.

VII 2.04 TAUX DE COTISATION

Les taux de cotisation des Membres et de l'Organisation sont détaillés à l'Annexe III.

VII 2.05 SALAIRE DE RÉFÉRENCE POUR LA COTISATION PRINCIPALE

La cotisation principale hors continuation de couverture est basée sur les salaires de référence suivants :

- a. Membres principaux obligatoires : Salaire de référence I ;
- b. Membres principaux post-obligatoires pensionnés du CERN : Salaire de référence III ;
- c. Membres volontaires : Salaire de référence II.

VII 2.06
MONTANT DE LA
COTISATION
PRINCIPALE POUR
CONTINUATION DE
L'ASSURANCE

¹ La cotisation principale requise pour la continuation de l'assurance maladie normale prévue aux Articles III 2.01 et III 2.02 est basée sur les salaires de référence suivants :

- a. s'agissant d'enfants n'étant plus à charge d'un Membre principal : 40 % du Salaire de référence II ;
- b. s'agissant de bénéficiaires d'une pension différée de la Caisse de Pensions du CERN mais non encore pensionnés du CERN : Salaire de référence II ;
- c. s'agissant de membres du personnel dont les fonctions ont pris fin ou qui sont en congé spécial : Salaire de référence utilisé au cours de leur dernier mois de service ;
- d. s'agissant d'ex-conjoints de Membres principaux : Salaire de référence II.

² Le taux de cotisation utilisé est le taux total défini à l'Article A III 1.01. La totalité de la cotisation est versée par le Membre.

VII 2.07
SALAIRE DE
RÉFÉRENCE POUR LA
COTISATION
COMPLÉMENTAIRE

La cotisation complémentaire due pour le conjoint d'un Membre principal est basée sur les salaires de référence suivants :

- a. s'il est lui-même Membre principal obligatoire : Salaire de référence IV
- b. s'il est lui-même Membre principal post-obligatoire pensionné du CERN : Salaire de référence V
- c. s'il est Membre subsidiaire : Salaire de référence VI.

VII 2.08
VERSEMENT DE LA
COTISATION
PRINCIPALE

¹ La cotisation principale due par un Membre principal obligatoire ou par un pensionné du CERN est déduite chaque mois de la rémunération ou du paiement qu'il perçoit de l'Organisation ou de la pension qu'il perçoit de la Caisse de Pensions du CERN.

² Dans tous les autres cas, le Membre verse, chaque mois et par avance, la cotisation principale sur le compte bancaire du Régime.

VII 2.09
VERSEMENT DE LA
COTISATION
COMPLÉMENTAIRE

¹ La cotisation complémentaire due par un Membre principal obligatoire ou par un pensionné du CERN conformément à l'Article VII 2.07 est déduite chaque mois de la rémunération ou du paiement qu'il perçoit de l'Organisation ou de la pension qu'il perçoit de la Caisse de Pensions du CERN.

² La cotisation complémentaire due pour un Membre subsidiaire dépendant d'un Membre obligatoire ou post-obligatoire, conformément au paragraphe 3 de l'Article VII 2.07, est déduite chaque mois de la rémunération ou du paiement que perçoit le Membre principal de l'Organisation, ou de sa pension de la Caisse de Pensions du CERN.

³ Elle est payée directement par le Membre principal dans tous les autres cas.

Section 3 - Prestations

VII 3.01
PRESTATION
GÉNÉRALE

L'ensemble des prestations, y compris les taux de remboursement et plafonds de dépenses, sont détaillés dans l'Annexe I du présent Règlement.

VII 3.02
PRESTATIONS POUR
HOSPITALISATION

¹ Les frais de traitements médicaux et de séjour en établissement hospitalier sont remboursés selon la Règle générale de remboursement, excepté :

- a. en cas d'hospitalisation dans un établissement hospitalier public, hors secteur privé ou semi-privé, auquel cas ces frais sont remboursés à 100 % ;
- b. en cas d'hospitalisation dans un établissement hospitalier non agréé, auquel cas ces frais sont remboursés à 80 %.

² Les honoraires des médecins et les frais d'analyses de laboratoire ou d'imagerie médicale pendant l'hospitalisation sont remboursés selon les conditions en vigueur pour l'établissement hospitalier concerné.

³ Dans tous les cas, le supplément hôtelier facturé par l'établissement pour une chambre individuelle est à la charge exclusive du Membre.

VII 3.03 PRÉVENTION	<p>¹ Certains examens et traitements qui ont pour but de prévenir des maladies sont remboursés à 100 %. Ils sont définis à l'Article A II 1.03.</p> <p>² Les autres examens et traitements préventifs (par exemple les vaccins) sont remboursés selon la Règle générale de remboursement.</p>
VII 3.04 TAUX DE REMBOURSEMENT	<p>Les taux de remboursement dans le cadre de la Règle générale de remboursement sont détaillés à l'Article A II 1.01 en fonction du cumul des FCA de l'année civile pendant laquelle les dépenses ont été encourues.</p>
VII 3.05 PLAFONDS	<p>¹ Certaines prestations ne sont remboursées que jusqu'à un plafond, défini en général par année civile et, dans certains cas, cumulable sur plusieurs années. Ces plafonds sont détaillés dans l'Annexe I.</p> <p>² Conformément à l'Article VI 6.02, ces plafonds peuvent être dépassés sur accord préalable du Tiers-administrateur, notamment pour les enfants ou les personnes âgées dont l'état de santé nécessite des soins médicaux prolongés.</p>
VII 3.06 DÉTERMINATION DES PLAFONDS	<p>Les limitations de remboursement par catégorie de prestations jusqu'à un certain plafond sont fixées annuellement par le CERN, pour application à partir du 1^{er} janvier de l'année suivante.</p>
VII 3.07 BONUS DE REMBOURSEMENT	<p>¹ Certaines prestations couvertes par la Règle générale peuvent faire l'objet d'une majoration du taux de remboursement, pour autant que le taux total de remboursement ne dépasse pas 100 %.</p> <p>² Le montant de ce bonus et les conditions applicables sont définis par le Directeur général et révisés annuellement (Article A II 1.02).</p>
VII 3.08 CAS GRAVE	<p>Les prestations de l'Annexe I, lignes B1 à B5, sont remboursées à 100 % pour un cas donné (maladie/accident) dès que les dépenses cumulées pour ce cas pendant la durée de l'affiliation au Régime dépassent 80 000 CHF. Il appartient au Membre de faire valoir ses droits à cette prestation auprès du Tiers-administrateur. Si nécessaire, le Tiers-administrateur peut l'aider à constituer son dossier de demande.</p>
VII 3.09 INDEMNITÉ EN CAS DE DÉCÈS	<p>En cas de décès d'un membre du personnel du CERN titulaire ou d'un membre de sa famille, une indemnité est versée à la succession dans les conditions précisées à l'Annexe I.</p>

Chapitre VIII - Assurance maladie réduite

Section 1 - Description générale

VIII 1.01 DESCRIPTION GÉNÉRALE

L'Assurance maladie réduite offre à certaines catégories de membres du personnel associés du CERN (voir Chapitre III Section 3) des prestations réduites en comparaison de l'Assurance maladie normale.

VIII 1.02 PERSONNES ÉLIGIBLES

¹ Les Membres principaux volontaires bénéficient de cette couverture si, avant la date spécifiée à l'Article III 3.01, ils ont fait ce choix ou s'ils étaient précédemment affiliés à l'assurance maladie normale et demandent à changer de couverture.

² Les membres de la famille d'un Membre principal ne sont pas couverts par l'assurance maladie réduite et ne peuvent pas souscrire à celle-ci.

Section 2 - Cotisations

VIII 2.01 COTISATION

¹ La cotisation pour l'assurance maladie réduite est égale à 50 % du Salaire de référence II multiplié par le taux total de cotisation d'assurance maladie indiqué à l'Article A III 1.01.

² L'Organisation ne verse pas de cotisation.

VIII 2.02 VERSEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est versée par le Membre chaque mois et par avance sur le compte bancaire du Régime.

Section 3 - Prestations

VIII 3.01 PRESTATIONS

¹ L'assurance maladie réduite fournit les mêmes prestations que celles de l'assurance maladie normale (Chapitre VII Section 3), à l'exception :

- a. des traitements dispensés par des auxiliaires médicaux ;
- b. des prothèses, appareils orthopédiques et acoustiques ;
- c. des prothèses dentaires ;
- d. de l'optique (lunettes, lentilles de contact, chirurgie réfractive) ;
- e. des frais de séjour en unité d'accueil temporaire ou unité d'attente de placement ;
- f. du traitement de l'infertilité.

² Tous les frais médicaux remboursables ainsi que les taux et les plafonds appliqués sont indiqués dans l'Annexe I du présent Règlement.

Chapitre IX - Assurance contre les conséquences des maladies et accidents professionnels

Section 1 - Description générale

IX 1.01 DESCRIPTION GÉNÉRALE

Les maladies et accidents professionnels reconnus comme tels par l'Organisation selon les dispositions de la Circulaire administrative n°14 « Protection des membres du personnel contre les conséquences économiques des maladies, des accidents et de l'incapacité de travail » ouvrent droit à la prise en charge spécifique des frais des traitements médicaux qui leur sont directement liés.

IX 1.02 PERSONNES ÉLIGIBLES

Seuls les Membres principaux obligatoires bénéficient de cette couverture.

IX 1.03 CESSATION DE COUVERTURE

Cette couverture cesse lorsque le Membre cesse d'être Membre obligatoire. Cependant les prestations découlant :

- a. d'un accident professionnel reconnu par le CERN ayant eu lieu pendant la période d'affiliation, ou
- b. d'une maladie professionnelle reconnue par le CERN comme ayant été contractée pendant la période d'affiliation

restent dues jusqu'à guérison ou consolidation.

Section 2 - Cotisations

IX 2.01 COTISATION

L'Organisation verse 100 % de la cotisation pour cette couverture.

IX 2.02 TAUX DE COTISATION

Le taux de cotisation indiqué à l'Article A III 1.01 est un pourcentage du Salaire de référence applicable.

Section 3 - Prestations

IX 3.01 PRESTATIONS

¹ Sous réserve des avis ou accords préalables applicables, les dépenses et traitements médicaux directement liés à une maladie ou un accident professionnels sont pris en charge à 100 %, sans limitation ni plafond.

² La guérison ou la consolidation entraînent la fin du remboursement des traitements médicaux sous le régime professionnel. Le droit à ces prestations peut être rouvert en cas de rechute.

³ Les traitements médicaux résultant d'un accident professionnel subi ou d'une maladie professionnelle contractée avant le début de la couverture d'assurance prévue dans le présent chapitre ne sont pas remboursés par le Régime comme maladie ou accident professionnels.

IX 3.02 DÉLAI

¹ Le délai de soumission d'une demande de remboursement de dépenses ou traitements médicaux résultant d'une maladie ou d'un accident professionnels est identique à celui prévu à l'Article VI 1.01. Ce délai court à compter de la date à laquelle la maladie ou l'accident a été qualifié de professionnel par l'Organisation ou à compter de la date de la facture, selon celle des deux qui survient en dernier.

² Au cas où des remboursements ont déjà été effectués avant la qualification de la maladie ou de l'accident comme professionnels, le Membre doit en informer le Tiers-administrateur.

Chapitre X - Prestations dépendance

Section 1 - Description générale

X 1.01 DESCRIPTION GÉNÉRALE

¹ Les prestations dépendance sont accordées aux Membres éligibles reconnus en situation d'incapacité à accomplir seuls les actes de la vie courante (ci-après « dépendance »). Ces prestations visent, entre autres, à leur permettre de faire face à leur incapacité dans de bonnes conditions sans nécessairement avoir recours à des séjours en établissement hospitalier ou en institution spécialisée.

² Il est aussi fait référence à ces prestations par l'acronyme anglais LTC (Long-Term Care).

X 1.02 MEMBRES ÉLIGIBLES

Les Membres principaux obligatoires ou post-obligatoires ainsi que les Membres subsidiaires dépendant de ceux-ci sont éligibles à cette prestation.

Section 2 - Procédure d'octroi de prestation

X 2.01 DEMANDE DE PRESTATION

¹ Tout membre éligible s'estimant dans l'incapacité d'accomplir seuls les actes de la vie courante peut demander le bénéfice de la prestation dépendance.

² La demande doit être adressée par écrit au Tiers-administrateur. Elle doit notamment préciser si le Membre concerné réside dans son domicile ou en institution spécialisée ainsi que les nom, prénom et adresse de son médecin traitant.

X 2.02 RECONNAISSANCE D'UN ÉTAT DE DÉPENDANCE

¹ La reconnaissance d'un état de dépendance s'appuie sur une évaluation du cas par une commission médico-sociale composée d'un représentant du service des Affaires sociales du CERN, d'un médecin-conseil du Tiers-administrateur spécialiste en gériatrie et dépendance nommé d'un commun accord avec le CERN, ainsi que d'un représentant du Tiers-administrateur.

² L'évaluation de l'état de dépendance par la commission se base sur deux questionnaires : un questionnaire médical complété par le médecin traitant du Membre et un questionnaire médico-social complété par le Membre concerné et/ou son entourage. Le cas échéant, la commission peut demander toute information complémentaire qui lui paraît nécessaire.

³ La commission médico-sociale distingue trois états de dépendance (faible, moyenne ou grave), selon le degré d'incapacité du Membre concerné à accomplir seul les actes suivants :

- a. se lever, s'asseoir et se coucher ;
- b. se déplacer ;
- c. faire sa toilette ;
- d. s'habiller et se déshabiller ;
- e. se nourrir ;
- f. se rendre aux toilettes ;
- g. la cohérence et la capacité de communication ;
- h. l'orientation spatio-temporelle.

⁴ La commission détermine en outre la date de survenance de la dépendance.

⁵ La décision concernant la reconnaissance d'un état de dépendance est prise par le Tiers-administrateur sur avis de la commission médico-sociale et fait l'objet d'une notification écrite au Membre.

X 2.03 DATE D'EFFET

¹ Les prestations dépendance sont octroyées à la date de la soumission de la demande sous réserve que l'état de dépendance soit médicalement reconnu comme ayant affecté le Membre concerné à cette date.

² Lorsque la date de survenance d'un état de dépendance, telle qu'elle a été déterminée par la commission, est postérieure à celle de la demande, les prestations dépendance ne sont versées qu'à partir de la date de la survenance.

**X 2.04
RÉÉVALUATION DE
L'ÉTAT DE
DÉPENDANCE**

¹ La commission médico-sociale peut, à tout moment, procéder à une réévaluation de l'état de dépendance d'un Membre.

² Le Membre concerné est tenu d'informer le Tiers-administrateur de tout changement durable (aggravation ou amélioration) pouvant affecter l'état de dépendance. Une telle notification déclenche également une réévaluation de l'état de dépendance du Membre concerné.

³ La réévaluation est conduite de la même manière et sur la même base que l'évaluation décrite à l'Article X 2.02. La reconnaissance ou non par le Tiers-administrateur, sur avis de la commission médico-sociale, d'un changement de l'état de dépendance fait l'objet d'une notification écrite au Membre concerné. La date d'effet d'un changement de l'état de dépendance est déterminée par analogie à l'Article X 2.03.

**X 2.05
RÈGLE DE NON-
CUMUL**

¹ Conformément à l'Article V 2.02, toute prestation de même nature perçue au titre d'une affiliation obligatoire à un régime national de protection sociale vient en déduction de l'allocation dépendance prévue à la Section 4.

² Le cas échéant, le Membre concerné est tenu d'en informer le Tiers-administrateur dès que possible.

Section 3 - Cotisations**X 3.01
COTISATIONS**

Les cotisations du Membre et de l'Organisation pour la prestation dépendance sont le produit du Salaire de référence du Membre par les taux définis à l'Article A III 1.01.

Section 4 - Prestations**X 4.01
PRESTATIONS**

¹ En cas de reconnaissance d'un état de dépendance, une allocation journalière, dont le montant est défini à l'Article A IV 1.01, est versée chaque mois au Membre concerné.

² Les plafonds des prestations paramédicales indiquées dans l'Annexe I B 6 c (garde-malades à domicile) et B 6 d (auxiliaires médicaux autre que ceux mentionnés aux points 6 a à 6 c) sont modifiés conformément à l'Article A IV 1.02.

Chapitre XI - Allocation pour incapacité de gain d'un membre de la famille

Section 1 - Éligibilité

XI 1.01 DÉFINITION DE L'INCAPACITÉ DE GAIN

Le terme « incapacité de gain » désigne une diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident empêchant la personne concernée d'exercer une activité rémunérée malgré les traitements et les mesures de réadaptations appropriées.

XI 1.02 PERSONNES ÉLIGIBLES

Le paiement d'une allocation pour incapacité de gain peut être demandé pour un membre de la famille (ci-dessous « la personne éligible ») d'un membre du personnel employé actif, pensionné ou décédé (ci-dessous « le membre ou ancien membre du personnel »), dès lors que les conditions suivantes sont toutes remplies au moment de la demande :

- a. le membre ou ancien membre du personnel doit être ou avoir été titulaire ou boursier ;
- b. le membre ou ancien membre du personnel doit avoir, ou avoir eu, au moins deux années de service en cette qualité sans interruption auprès de l'Organisation;
- c. le membre ou ancien membre du personnel et la personne éligible doivent être Membres du Régime au bénéfice de l'assurance maladie normale depuis au moins un an ;
- d. la personne éligible ne doit pas être Membre principal obligatoire du Régime ;
- e. toutes les tentatives de restauration de la capacité de gain ou de travail de la personne éligible doivent s'être avérées totalement ou partiellement inopérantes ;
- f. la personne éligible doit avoir atteint l'âge de 18 ans mais ne doit pas avoir atteint l'âge de la retraite au CERN.

XI 1.03 CONDITIONS OUVRANT DROIT À L'ALLOCATION

L'allocation peut être demandée dès lors que la personne éligible présente

- a. une incapacité permanente de gain de 50 % au moins ; ou,
- b. une incapacité de gain de 50 % au moins en moyenne pendant 360 jours sans interruption de plus de 30 jours consécutifs, et qu'elle présente encore une incapacité de gain de 50 % au moins.

Section 2 - Procédure de demande d'allocation

XI 2.01 DEMANDE D'ALLOCATION

¹ La demande d'allocation pour incapacité de gain peut être formulée à tout moment pour autant que les conditions fixées dans le présent chapitre soient remplies. Elle peut être faite par la personne éligible elle-même ou par un tiers la représentant.

² Si la demande est acceptée, la date d'effet est le premier jour du mois durant lequel la demande est formulée. L'allocation peut être versée rétroactivement pour une période maximale de 12 mois si la personne concernée prouve que les conditions justifiant le paiement étaient remplies de façon continue.

XI 2.02 EXAMEN DE LA DEMANDE

Toute personne demandant à bénéficier de l'allocation doit fournir à ses frais au Tiers-administrateur un rapport médical détaillé de l'autorité nationale compétente exposant la cause, la nature, le début et la durée probable de l'incapacité, ainsi que les lésions corporelles ou l'amointrissement des forces intellectuelles et physiques de l'intéressé. Ce rapport doit également indiquer le degré d'incapacité de gain constaté par le médecin de l'intéressé ainsi qu'une attestation de ses chances de guérison.

XI 2.03**RECONNAISSANCE DU DROIT À L'ALLOCATION**

¹ Dans un délai de six semaines à dater de la réception de la demande dans la forme précisée ci-dessus, le Tiers-administrateur informe par écrit la personne concernée et, le cas échéant, l'Administrateur du Régime, de sa décision. En cas de décision favorable, il précise le niveau de l'allocation et à compter de quelle date elle sera versée.

² Le Tiers-administrateur a le droit de différer la décision d'une année au plus après la fin du traitement médical, si le rapport médical laisse subsister des doutes quant à une incapacité de gain permanente ou quant au degré de celle-ci.

Section 3 - Cotisations**XI 3.01****COTISATIONS**

Aucune cotisation supplémentaire n'est requise pour cette prestation.

Section 4 - Prestations**XI 4.01****ALLOCATION ENTIÈRE**

La personne éligible a droit à une allocation d'incapacité de gain entière si elle présente une incapacité de gain des deux tiers au moins.

XI 4.02**DEMI-ALLOCATION**

La personne éligible a droit à une demi-allocation si elle présente une incapacité de gain de 50 % au moins.

XI 4.03**MONTANT DE L'ALLOCATION**

Quel que soit l'État de résidence de la personne éligible, l'allocation d'incapacité de gain est égale à l'allocation minimale que verserait l'Assurance Invalidité de la Confédération helvétique dans les mêmes circonstances.

XI 4.04**NON-CUMUL DES PRESTATIONS**

¹ Conformément à l'Article V 2.02, toute prestation de même nature perçue en raison d'une affiliation obligatoire à un régime national de protection sociale vient en déduction de l'allocation d'incapacité de gain.

² Le Membre concerné est tenu d'en informer le Tiers-administrateur dès que possible.

³ Toutefois, la pension d'orphelin handicapé, versée en application des Statuts de la Caisse de Pensions du CERN, se cumule avec les prestations visées par le présent chapitre.

Section 5 - Modifications ou cessation des prestations**XI 5.01****CHANGEMENT DE LA CAPACITÉ DE GAIN OU DE TRAVAIL**

¹ Toute modification de la capacité de gain ou de travail doit être immédiatement notifiée au Tiers-administrateur. Une telle notification entraîne un nouvel examen, selon les modalités décrites à l'Article XI 2.02.

² Le rétablissement ou l'amélioration reconnue de la capacité de travail entraîne la diminution correspondante ou la suppression de l'allocation d'incapacité de gain. Toute allocation indûment perçue par la personne concernée doit être remboursée conformément à l'Article V 4.01.

³ La détérioration reconnue de la capacité de travail entraîne une augmentation correspondante de l'allocation. Lorsque l'incapacité de gain atteint deux tiers au moins, l'allocation devient entière.

XI 5.02**DATE D'EFFET D'UN CHANGEMENT**

Une modification du degré d'incapacité de gain déploie ses effets à compter du jour où cette modification est médicalement constatée.

XI 5.03**PREUVE ET EXAMEN MÉDICAL**

Le Tiers-administrateur peut à tout moment exiger les preuves qu'il juge nécessaires et faire examiner, au frais du Régime, le Membre concerné par tout médecin choisi par le Tiers-administrateur. Sur demande du Membre concerné, le médecin traitant peut assister à un tel examen.

XI 5.04

**REFUS DE MESURES
DE RÉADAPTATION**

L'allocation d'incapacité de gain peut être supprimée de façon temporaire ou permanente si le Membre concerné se soustrait ou s'oppose à des mesures de réadaptation auxquelles on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette et dont on peut attendre une amélioration notable de sa capacité de gain ou de travail.

XI 5.05

CESSATION DU DROIT

L'allocation d'incapacité de gain est versée tant que la personne concernée demeure Membre et tant que subsistent les conditions prévues aux Articles XI 1.02 et XI 1.03. Le paiement cesse le dernier jour du mois où le droit s'éteint et, en tout état de cause, dès que la personne concernée a atteint l'âge de la retraite au CERN.

Chapitre XII - Salaires de référence

XII 1.01 SALAIRE DE RÉFÉRENCE I

Le Salaire de référence I est la rémunération mensuelle de base indiquée dans le contrat d'emploi ou d'association avec le CERN sur la base de 40 heures de travail hebdomadaires.

XII 1.02 SALAIRE DE RÉFÉRENCE II

Le Salaire de référence II est le traitement médian du grade 6 du barème des traitements du CERN.

XII 1.03 SALAIRE DE RÉFÉRENCE III

¹ Le Salaire de référence III est le dernier Salaire de référence I du Membre au moment de son départ de l'Organisation. Il est indexé annuellement avec le même taux que celui utilisé pour indexer les pensions.

² Pour les bénéficiaires de pensions de conjoint survivant ou d'orphelin, le Salaire de référence III du Membre décédé est réduit dans la même proportion que la pension, selon les Statuts de la Caisse de Pensions. En cas d'acquisition partielle d'une pension de conjoint survivant, le Salaire de référence III du Membre décédé est réduit dans la même proportion que la pension de conjoint survivant à taux plein, sans tenir compte de cette acquisition partielle.

XII 1.04 SALAIRE DE RÉFÉRENCE IV

Le Salaire de référence IV est la rémunération mensuelle de base indiquée dans le contrat d'emploi avec l'Organisation sur la base de la durée de travail hebdomadaire effective.

XII 1.05 SALAIRE DE RÉFÉRENCE V

Le Salaire de référence V est :

- a. pour le calcul de la cotisation du Membre, le Salaire de référence VI défini à l'Article XII 1.06 ci-dessous, basé sur l'ensemble de ses revenus, y compris sa pension du CERN ;
- b. pour le calcul de la cotisation de l'Organisation, le montant de la pension du CERN du Membre concerné.

XII 1.06 SALAIRE DE RÉFÉRENCE VI

Le Salaire de référence VI est déterminé en fonction du revenu brut mensuel du conjoint, compte tenu des tranches définies ci-après :

- a. pour un revenu brut mensuel du conjoint inférieur à 2 500 CHF, le Salaire de référence VI est de 0 CHF ;
- b. pour un revenu brut mensuel du conjoint supérieur ou égal à 2 500 CHF, le Salaire de référence VI est la valeur centrale de la tranche de 2 000 CHF dans laquelle se situe ce revenu brut mensuel³ ;
- c. pour un revenu mensuel brut du conjoint supérieur au plus haut traitement du barème des traitements du CERN, le Salaire de référence VI est la valeur centrale de la tranche dans laquelle se situe ce plus haut traitement, soit la plus haute valeur du Salaire de référence VI.

³ Par exemple pour un revenu mensuel brut situé dans la tranche comprise entre 6 500 CHF (inclus) et 8 500 CHF (exclus), le Salaire de référence VI est de 7 500 CHF.

Chapitre XIII - Fonctionnement du Régime

Section 1 - Gouvernance

XIII 1.01

ADMINISTRATEUR DU CHIS

L'Administrateur du CHIS est nommé par le Directeur général afin d'assurer le fonctionnement régulier du Régime. À cette fin, l'Administrateur du CHIS :

- a. suit et supervise l'exécution du contrat liant l'Organisation au Tiers-administrateur ;
- b. négocie les tarifs des soins auprès des prestataires et les approuve au nom de l'Organisation ;
- c. effectue, en liaison avec le Département responsable des finances de l'Organisation, le suivi de la situation financière du Régime et de ses fonds pour rapport au Conseiller stratégique ;
- d. vérifie les données transmises au Tiers-administrateur ou communiquées par celui-ci en matière de prestations et cotisations, pour rapport au CHIS Board ;
- e. traite toute question relative à l'affiliation des Membres ;
- f. traite les déclarations d'assurance et situation financière du conjoint (Article IV 2.02) et en vérifie la conformité avec le règlement ;
- g. décide, en accord avec le Conseiller stratégique, de l'octroi de prestations bénévoles selon l'Article VI 6.02, et en fait rapport au CHIS Board ;
- h. suit l'évolution des systèmes d'assurance maladie dans les États membres et les autres organisations intergouvernementales pour rapport au CHIS Board ;
- i. exécute toute autre tâche nécessaire pour assurer le fonctionnement régulier du Régime.

XIII 1.02

CONSEILLER STRATÉGIQUE

Le Conseiller stratégique est nommé par le Directeur général afin de l'assister dans l'élaboration de la stratégie à moyen et long terme en matière d'assurance maladie. A cette fin, notamment, le Conseiller stratégique :

- a. analyse les rapports sur la situation financière du Régime, de son fonds de réserve et leur projection à long terme, ainsi que les statistiques relatives aux cotisations et prestations qui lui sont transmis par l'Administrateur ;
- b. analyse, en collaboration avec l'Administrateur, l'évolution des systèmes d'assurance maladie dans les États membres et les autres organisations intergouvernementales ;
- c. élabore les propositions d'ajustement du Régime nécessaires pour assurer la réalisation de ses objectifs, maintenir son équilibre financier à long terme, et assurer la compétitivité de ses conditions par rapport à celles des régimes d'assurance maladie des organisations intergouvernementales qui servent de comparateurs ;
- d. en accord avec le Directeur général, soumet ces propositions d'ajustement au CHIS Board afin de préparer la concertation ultérieure au sein du Comité de Concertation Permanent (CCP).

**XIII 1.03
COMITÉ DE
L'ASSURANCE
MALADIE (CHIS
BOARD)**

¹ Le Comité de l'assurance maladie, désigné couramment par son acronyme anglais « CHIS Board », est un sous-groupe du CCP chargé de préparer la concertation au sein du CCP sur les propositions d'ajustement qui lui sont soumises par le Conseiller stratégique conformément à l'Article XIII 1.02.

² Le CHIS Board est présidé par le Conseiller stratégique et comprend en outre :

- a. quatre membres nommés par le Directeur général parmi les membres du personnel, dont l'Administrateur ;
- b. quatre membres nommés par l'Association du Personnel parmi les membres du personnel et les bénéficiaires de la Caisse de Pensions du CERN.

³ Afin de pouvoir exercer son mandat en toute connaissance de cause, le CHIS Board doit être régulièrement informé, entre autres, des statistiques de dépenses du Régime, de la situation financière de celui-ci, de la qualité du service fourni par le Tiers-administrateur et des événements notables survenus dans le fonctionnement du Régime.

⁴ Le CHIS Board élabore sa propre procédure de travail.

Section 2 - Fonds de Réserve**XIII 2.01
FONDS DE RÉSERVE**

¹ Le CERN a créé un fonds de réserve pour le Régime d'assurance maladie du CERN. Le capital du fonds de réserve est formellement distinct du reste des actifs de l'Organisation.

² Pour des raisons comptables, le fonds de réserve est séparé en deux comptes, à savoir:

- a. Provisions et réserves du Régime d'assurance maladie. Ces provisions et réserves sont composées au minimum de la manière suivante :
 1. provision pour les remboursements encourus et non encore réclamés (20 % du total des remboursements prévus pour l'année) ;
 2. provision pour risque catastrophique (30 % du total des remboursements prévus pour l'année) ;
 3. réserve pour faire face à un déficit éventuel du Régime dans le futur (au minimum 20 % du total des remboursements prévus pour l'année, sans limite supérieure).
- b. Réserves capitalisées du fonds de dépendance.

³ Des études actuarielles doivent être réalisées régulièrement afin de suivre l'évolution des ressources et des dépenses du Régime, en tenant compte des cotisations, des dépenses prévisibles et des avoirs du fonds de réserve.

Section 3 - Audit**XIII 3.01
COMMISSAIRES AUX
COMPTES INTERNES
ET EXTERNES AU
CERN**

¹ Les commissaires aux comptes internes et externes au CERN peuvent, de leur propre initiative, examiner tout ou partie du Régime d'assurance maladie du CERN.

² Afin de pouvoir effectuer cette tâche, les commissaires aux comptes ont accès à tous documents et pièces justificatives, confidentiels ou non, nécessaires à la vérification des transactions figurant dans les dossiers financiers du Tiers-administrateur.

³ Sur demande, les commissaires aux comptes ont également accès aux instructions internes écrites du Tiers-administrateur.

⁴ Les commissaires aux comptes n'ont pas accès aux données médicales des Membres.

Chapitre XIV - Règlement des différends

Section 1 - Contestation d'une décision

XIV 1.01 GÉNÉRALITÉS

¹ Les Membres peuvent contester une décision prise en application du Règlement leur faisant grief :

- a. par la procédure de réexamen et ensuite, le cas échéant, par la procédure de recours, ces procédures étant décrites ci-après ;
- b. par l'introduction d'une requête auprès du Tribunal administratif de l'Organisation internationale du Travail (TAOIT) lorsque la décision est définitive, à savoir lorsque les procédures de réexamen et de recours ont été épuisées.

² Les décisions concernant les différends relatifs au Régime d'assurance maladie sont prises par le Directeur général.

³ Les procédures de réexamen et de recours interne sont individuelles. Néanmoins, plusieurs demandes de réexamen ou plusieurs recours internes individuels identiques peuvent être introduits et traités collectivement.

XIV 1.02 ABSENCE D'EFFET SUSPENSIF

L'introduction d'une demande de réexamen ou d'un recours n'a pas d'effet suspensif sur la décision contestée.

XIV 1.03 PROROGATION DES DÉLAIS

Le Directeur général peut proroger les délais spécifiés dans les procédures détaillées ci-après, s'il juge que la bonne administration de la justice l'exige. Il en informe dès lors le Membre concerné.

Section 2 - Demande de réexamen

XIV 2.01 MODALITÉS DE LA DEMANDE DE RÉEXAMEN

¹ Afin d'aboutir à un règlement à l'amiable, un Membre peut demander le réexamen d'une décision prise en application du présent Règlement.

² La demande de réexamen doit être introduite :

- a. dans les 60 jours civils suivant la notification de la décision contestée ;
- b. auprès du Tiers-administrateur, s'il est l'auteur de la décision contestée, ou auprès du Directeur général, dans tous les autres cas.

XIV 2.02 FORME DE LA DEMANDE DE RÉEXAMEN

¹ La demande de réexamen doit être signée par le Membre concerné ou, en cas d'incapacité, par son représentant et envoyée par courrier recommandé.

² Elle doit comprendre :

- a. une copie de la décision contestée ;
- b. un exposé succinct des faits, les motifs invoqués et les conclusions.

**XIV 2.03
RECEVABILITÉ DE LA
DEMANDE DE
RÉEXAMEN**

¹ Lorsque l'auteur de la décision contestée reçoit une demande de réexamen, il en examine en premier lieu la recevabilité et peut notamment la déclarer irrecevable lorsqu'elle :

- a. est dirigée contre un acte ne satisfaisant pas aux conditions de l'Article XIV 1.01 ;
- b. ne répond pas aux exigences de forme stipulées à l'Article XIV 2.02 ;
- c. est introduite hors délais ;
- d. n'est pas introduite par le Membre concerné ni par une personne habilitée à le représenter conformément à l'Article V 3.02;
- e. est dirigée contre une décision définitive ou relative à une question ayant l'autorité de la chose jugée.

² L'auteur de la décision contestée dispose alors de 30 jours civils pour se prononcer sur la recevabilité de la demande de réexamen.

³ Lorsque l'auteur de la décision contestée rejette une demande de réexamen comme irrecevable, il motive sa décision par écrit et en informe le Membre et l'Administrateur du Régime. La décision contestée devient alors définitive.

**XIV 2.04
DÉCISION À L'ISSUE
DE LA PROCÉDURE DE
RÉEXAMEN**

Lorsque la demande de réexamen est recevable, l'auteur de la décision contestée consulte l'Administrateur du Régime et se prononce sur le fond dans les 60 jours civils suivant la réception de la demande. Cette nouvelle décision, qui annule et remplace la décision contestée, indique les motifs de la décision et en cas de refus de modifier la décision contestée, indique la possibilité d'introduire un recours conformément à l'Article XIV 3.01.

Section 3 - Recours**XIV 3.01
MODALITÉS
D'INTRODUCTION
D'UN RECOURS**

¹ Un recours en matière d'assurance maladie ne peut être introduit qu'à l'issue de la procédure de réexamen.

² Le Membre concerné doit saisir le Directeur général par écrit dans les 60 jours civils suivant la notification de la décision de réexamen prise conformément à l'Article XIV 2.04.

**XIV 3.02
FORME DU RECOURS**

¹ La lettre de recours doit être signée par le Membre concerné ou, en cas d'incapacité, par son représentant, et envoyée par courrier recommandé au Directeur général.

² Elle doit comprendre :

- a. une copie de la décision contestée ;
- b. un exposé des faits, les motifs invoqués et les conclusions.

**XIV 3.03
RECEVABILITÉ DU
RECOURS**

¹ Lorsque le Directeur général reçoit une demande de recours, il en examine en premier lieu la recevabilité et peut notamment la déclarer irrecevable lorsqu'elle :

- a. est dirigée contre un acte ne satisfaisant pas aux conditions de l'Article XIV 1.01 ou n'ayant pas fait l'objet d'un réexamen ;
- b. ne répond pas aux exigences de forme stipulées à l'Article XIV 3.02 ;
- c. est introduite hors délais ;
- d. n'est pas introduite par le Membre concerné ni par une personne habilitée à le représenter conformément à l'Article V 3.02;
- e. est dirigée contre une décision définitive ou relative à une question ayant l'autorité de la chose jugée.

² Le Directeur général dispose de 30 jours civils pour se prononcer sur la recevabilité du recours.

³ Lorsque le Directeur général rejette une demande de recours comme irrecevable, il motive sa décision par écrit. La décision contestée devient alors définitive.

**XIV 3.04
DÉTERMINATION DE
LA NATURE DU
LITIGE**

¹ Lorsque le recours est recevable, le Directeur général détermine si le litige est de nature administrative ou médicale.

² Tout litige concernant une allocation pour incapacité de gain ou la reconnaissance d'un état de dépendance est considéré comme étant de nature médicale.

³ En cas de litige de nature administrative, le Directeur général convoque le Comité des Litiges en matière d'Assurance Maladie, conformément à l'Article XIV 3.05, dans les 30 jours civils suivant la réception de la lettre de recours.

⁴ En cas de litige de nature médicale, un médecin est désigné conformément à l'Article XIV 3.08.

**XIV 3.05
RÈGLEMENT DES
LITIGES DE NATURE
ADMINISTRATIVE**

¹ Le Comité des Litiges en matière d'Assurance Maladie, ci-après « CLAM », est compétent pour connaître de tout recours dirigé contre une décision de nature administrative en matière d'assurance maladie.

² Le CLAM est composé de trois membres, en général membres du CHIS Board.

³ Deux membres permanents et leurs suppléants sont désignés pour une période de deux ans renouvelable, comme suit :

- a. un membre et son suppléant nommés par le Directeur général ;
- b. un membre et son suppléant nommés par l'Association du Personnel.

⁴ Dans les dix jours civils suivant la réception de la convocation du CLAM, les deux membres permanents choisissent, d'un commun accord, le Président du CLAM, lui-même en général membre du CHIS Board.

⁵ Si aucun accord n'a pu être obtenu dans le délai prescrit, le troisième membre du CLAM est le Président du CHIS Board de l'assurance maladie ou tout autre membre de ce comité choisi par lui.

⁶ À partir du moment où sa composition est devenue définitive, le CLAM commence l'examen du cas dans les 30 jours civils.

**XIV 3.06
PROCÉDURE DU CLAM**

¹ La procédure est écrite. Toutefois, à sa discrétion, le CLAM peut entendre le membre ou toute personne pouvant faire bénéficier le Comité de son expertise.

² Le CLAM peut prendre toutes mesures d'instruction qui lui paraissent nécessaires pour l'examen du cas.

³ Le Président représente le CLAM pour tous les actes de procédure.

⁴ Le CLAM :

- a. examine les documents qui lui sont présentés par les parties (à savoir le Membre concerné et l'Organisation) ;
- b. consulte le Tiers-administrateur, l'Administrateur ou tout expert, si cela lui paraît nécessaire.

⁵ Les conclusions de tout expert consulté sont communiquées aux parties pour commentaires.

⁶ Au cas où une expertise demandée par le CLAM est de nature à entraîner des frais, le Président du CLAM en informe au préalable le Directeur général qui décide si le Régime doit les supporter.

⁷ Dès lors que le Président du CLAM estime disposer de toutes les informations nécessaires, il clôt la procédure d'instruction et en informe les parties.

**XIV 3.07
RAPPORT DU CLAM**

¹ Le CLAM établit un rapport qu'il transmet au Directeur général dans les 30 jours civils suivant la clôture de la procédure d'instruction.

² Ce rapport comprend les éléments suivants :

- a. arguments principaux des parties ;
- b. résumé des conclusions des experts éventuellement consultés ;
- c. considérations du CLAM ;
- d. recommandation du CLAM approuvée à la majorité de ses membres.

**XIV 3.08
RÈGLEMENT DES
LITIGES DE NATURE
MÉDICALE**

¹ Lorsque le Directeur général a identifié le litige comme étant de nature médicale, ce litige est examiné par un médecin conjointement désigné par le médecin choisi par le Membre concerné et celui choisi par l'Organisation dans les 30 jours civils suivant l'introduction du recours.

² Si les parties n'ont pu s'accorder sur le choix du médecin, la désignation sera effectuée par toute autorité médicale compétente dans le Canton de Genève.

³ Lorsque le médecin a été désigné, il commence l'examen du cas dans les 30 jours civils.

⁴ Le médecin peut prendre toutes mesures d'instruction qui lui paraissent nécessaires pour l'examen du cas.

⁵ Le médecin :

- a. examine les documents qui lui sont présentés par les parties ;
- b. consulte le Tiers-administrateur, l'Administrateur ou tout expert, si cela lui paraît nécessaire.

⁶ En cas de litige relatif à une allocation pour incapacité de gain ou à la reconnaissance d'un état de dépendance, le médecin consulte obligatoirement un spécialiste de la rééducation ayant une bonne connaissance de la législation fédérale suisse sur l'invalidité ou, respectivement, un médecin spécialiste en gériatrie et dépendance.

⁷ La communication d'informations et de documents de nature médicale est limitée au strict minimum exigé pour une gestion appropriée du litige.

⁸ Les honoraires du médecin et de tout expert consulté sont pris en charge par le Régime.

**XIV 3.09
RAPPORT DU
MÉDECIN**

¹ Le médecin établit un rapport qu'il transmet au Directeur général dans les 30 jours civils suivant la clôture de la procédure d'instruction.

² Ce rapport comprend les éléments suivants :

- a. arguments principaux des parties ;
- b. résumé des conclusions des experts éventuellement consultés ;
- c. considérations du médecin ;
- d. recommandation.

**XIV 3.10
DÉCISION FINALE DU
DIRECTEUR GÉNÉRAL**

¹ Le Directeur général notifie par écrit sa décision au Membre concerné, en y joignant une copie du rapport soumis par le CLAM ou le médecin, dans les 30 jours civils suivant la réception dudit rapport. Il indique, le cas échéant, le motif pour lequel il ne suit pas la recommandation du CLAM ou du médecin. Il informe l'Administrateur du CHIS et le Conseiller stratégique de sa décision.

² La décision du Directeur général est définitive.

**XIV 3.11
RECOURS DEVANT LE
TAOIT**

Une requête contre la décision définitive prise conformément à l'Article XIV 3.10 peut être introduite devant le TAOIT conformément aux Statut et Règlement dudit Tribunal.

Annexe I - Liste des prestations

PRESTATIONS	TAUX DE REMBOURSEMENT	BONUS DE REMBOURSEMENT (selon l'Article A II 1.02)	AUTORISATION OU AVIS PRÉALABLE DU TIERS-ADMINISTRATEUR (Chapitre VI Section 3)	PLAFOND DE DÉPENSES (Article VII 3.05)	AUTRES CONDITIONS
A. MALADIES ET ACCIDENTS PROFESSIONNELS	100%				Uniquement pour les membres du personnel du CERN pour lesquels l'affiliation au Régime est obligatoire. Sans limitation ni plafond, mais avec accord ou avis préalable pour les prestations concernées, comme en B ci-dessous. Supplément pour chambre individuelle à la charge exclusive du Membre.
B. ASSURANCE MALADIE					
1. Honoraires de médecins	Règle générale	OUI			
2. Frais pharmaceutiques	Règle générale	OUI			Sur prescription et reconnus dans l'État dans lequel ils ont été prescrits. Les coûts des médicaments non remboursés n'entrent pas dans le calcul des Frais à Charge de l'Assuré (FCA).
3. Imagerie médicale	Règle générale	OUI			
4. Analyses et travaux de laboratoire	Règle générale	OUI			
5. Soins médicaux et examens divers	Règle générale	OUI			Y compris les traitements ambulatoires à l'hôpital.
6. Traitements dispensés par des :					
a) Logopédistes	Règle générale	OUI		13'300 CHF par année civile	Exclu de la couverture d'assurance maladie réduite.
b) Psychothérapeutes pour enfants jusqu'à 18 ans	Règle générale	OUI		25'000 CHF par année civile	Exclu de la couverture d'assurance maladie réduite.

PRESTATIONS	TAUX DE REMBOURSEMENT	BONUS DE REMBOURSEMENT (selon l'Article A II 1.02)	AUTORISATION OU AVIS PRÉALABLE DU TIERS-ADMINISTRATEUR (Chapitre VI Section 3)	PLAFOND DE DÉPENSES (Article VII 3.05)	AUTRES CONDITIONS
c) Gardes malades à domicile	Règle générale	OUI	OUI	68 CHF par jour	En cas de dépendance de longue durée reconnue, limite journalière remplacée par une limite mensuelle (voir Article A IV 1.02). Exclu de la couverture d'assurance maladie réduite.
d) Auxiliaires médicaux autres que ceux mentionnés aux points 6 a) à c)	Règle générale	OUI		3'300 CHF par année civile	Sur prescription conformément à l'Article VI 1.04. En cas de dépendance de longue durée reconnue, limite annuelle remplacée par une limite mensuelle (voir Article A IV 1.02)). Exclu de la couverture d'assurance maladie réduite.
7. Prévention	100%				Uniquement pour les examens et traitements selon l'Article A II 1.03.
8. Traitements hospitaliers stationnaires (frais de séjour et de traitement)					
a) Hospitalisation dans un établissement public, hors secteur privé ou semi-privé	100%				Supplément pour chambre individuelle à la charge exclusive du Membre
b) Hospitalisation dans un établissement hospitalier privé non agréé	80%				
c) Tous les autres cas d'hospitalisation	Règle générale				
d) Frais de séjour à l'hôpital d'un des deux parents dont la présence est exigée par l'hospitalisation de leur enfant de moins de dix ans	70%			132 CHF par jour	

PRESTATIONS	TAUX DE REMBOURSEMENT	BONUS DE REMBOURSEMENT (selon l'Article A II 1.02)	AUTORISATION OU AVIS PRÉALABLE DU TIERS-ADMINISTRATEUR (Chapitre VI Section 3)	PLAFOND DE DÉPENSES (Article VII 3.05)	AUTRES CONDITIONS
e) Frais de séjour à l'hôpital d'un des membres de la famille autre que l'un des deux parents dont la présence est exigée par l'hospitalisation d'un enfant de moins de dix ans	70%		OUI	132 CHF par jour	En absence d'accord préalable, ce remboursement peut être exceptionnellement accepté par le Tiers-administrateur si le médecin traitant à l'hôpital estime nécessaire la présence de ce membre de famille.
9. Cures et séjours de convalescence, de réadaptation, en unité d'accueil temporaire et en unité d'attente de placement					Conformément au Chapitre VI Section 4.
a) Frais de séjour en cure	100%		OUI	10 CHF par jour	
b) Frais de séjour en convalescence	100%		OUI	80 CHF par jour	
c) Frais de séjour en maison de réadaptation	100%		OUI	120 CHF par jour	Frais de séjour en établissement spécialisé pour réadaptation sociale, par exemple après une cure de désintoxication (drogue, alcool).
d) Frais de séjour en Unité d'Accueil Temporaire ou en Unité d'Attente de Placement	Règle générale		OUI		Prestation non cumulable avec l'allocation journalière pour dépendance. Exclu de l'assurance maladie réduite.
e) Frais médicaux et pharmaceutiques	Règle générale	OUI			
10. Optique					
a) Lunettes (verres et monture) et lentilles de contact correctives, y compris les lentilles jetables	Règle générale			500 CHF par année civile, cumulable sur 3 ans.	Sur prescription. Exclu de l'assurance maladie réduite.
b) Chirurgie réfractive	Règle générale		OUI	2'000 CHF par œil pour toute la période de couverture	Pas de remboursement avant 12 mois d'affiliation au Régime. Exclu de l'assurance maladie réduite.

PRESTATIONS	TAUX DE REMBOURSEMENT	BONUS DE REMBOURSEMENT (selon l'Article A II 1.02)	AUTORISATION OU AVIS PRÉALABLE DU TIERS-ADMINISTRATEUR (Chapitre VI Section 3)	PLAFOND DE DÉPENSES (Article VII 3.05)	AUTRES CONDITIONS
11. Location ou achat de moyens auxiliaires tels que : appareils orthopédiques, prothèses autres que dentaires, appareils acoustiques, extracteurs d'oxygène, appareils de dialyse, etc.	Règle générale		OUI	11'000 CHF par année civile, cumulable sur 2 ans	Sur prescription. Exclus de l'assurance maladie réduite : protèses, appareils orthopédiques et acoustiques.
12. Location ou achat de moyens auxiliaires servant à développer l'autonomie personnelle dans le cas d'une invalidité, incapacité de gain ou dépendance reconnues.	Règle générale		OUI	11'000 CHF par année civile, cumulable sur 2 ans	Sur prescription. Les moyens concernés incluent : <ul style="list-style-type: none"> • fauteuils roulants ; • installations sanitaires complémentaires automatiques lorsque le Membre ne peut faire sa toilette seul qu'au moyen de cet appareil ; • élévateurs pour malades pour utilisation au domicile privé • lits électriques (avec sommier, mais sans matelas ni autres accessoires) pour utilisation au domicile privé ; • aménagement de la demeure du Membre : pose de barres d'appui, suppression de seuils, construction de rampes de seuils, déplacement de montants de portes, installations et systèmes à signaux lumineux pour les sourds et les déficients auditifs graves, système d'appel pour les sourds-aveugles ; • aménagement d'un véhicule permettant au Membre de se déplacer.

PRESTATIONS	TAUX DE REMBOURSEMENT	BONUS DE REMBOURSEMENT (selon l'Article A II 1.02)	AUTORISATION OU AVIS PRÉALABLE DU TIERS-ADMINISTRATEUR (Chapitre VI Section 3)	PLAFOND DE DÉPENSES (Article VII 3.05)	AUTRES CONDITIONS
13. Soins dentaires, prothèses et orthodontie	Règle générale		OUI*	3'300 CHF par année civile, cumulable sur 3 ans	* Sur avis préalable, si les frais totaux pour le traitement sont supérieurs à 25% du plafond annuel, sauf en cas d'urgence. Prothèses dentaires exclues de l'assurance maladie réduite.
14. Traitement de l'infertilité	Règle générale		OUI	30'000 CHF pour toute la durée de l'affiliation	Exclu de l'assurance maladie réduite.
15. Frais de transport : en ambulance ou véhicule sanitaire (exceptionnellement en taxi)					
a) du domicile ou du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier approprié le plus proche, ou tout autre transport présentant un caractère d'urgence	Règle générale				
b) d'un hôpital à un autre	Règle générale		OUI		
c) à un établissement de rééducation	Règle générale		OUI		
d) tout autre transport médicalement nécessaire	Règle générale		OUI		
16. Indemnité en cas de décès					
a) d'un titulaire	Non applicable			14'000 CHF	3 fois le traitement de base du Membre
b) d'un membre de la famille du titulaire	Non applicable				1'600 CHF
C. ALLOCATION DEPENDANCE (LTC)					Voir Chapitre I et Annexe IV.
D. ALLOCATION POUR INCAPACITE DE GAIN D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE					Voir Chapitre XI.

Annexe II - Taux de remboursement

A II 1.01

TAUX DE REMBOURSEMENT SELON LA RÈGLE GÉNÉRALE

Les taux de remboursement selon les FCA, définis à l'Article II 5.02, cumulés par Membre durant une année civile sont les suivants :

FCA cumulés	Taux de remboursement
jusqu'à 500 CHF inclus	80 %
de 500 CHF à 3'000 CHF inclus	90 %
3'000 CHF	100 %

A II 1.02

BONUS DE REMBOURSEMENT

Afin de favoriser le recours à des prestataires de soins situés dans les États membres où le coût de la santé est le moins élevé, le taux de remboursement à 80 ou à 90% est augmenté de 5 points pour certaines prestations ambulatoires (définies dans la table de l'Annexe I), si elles ont été dispensées dans un des États membres suivants :

Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Espagne, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Israël, Italie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, République slovaque, République tchèque, Roumanie, Serbie, Suède.

A II 1.03

REMBOURSEMENT DES TRAITEMENTS DE PRÉVENTION

Les examens et traitements de prévention suivants sont remboursés à 100% :

- a. vaccin papillomavirus, sur prescription médicale ;
- b. mammographie (dépistage cancer du sein) pour les femmes à partir de 50 ans, une fois tous les deux ans ;
- c. recherche de sang occulte dans les selles (dépistage du cancer du colon) pour les hommes et les femmes à partir de 50 ans, une fois tous les deux ans.

A II 1.04

REMBOURSEMENT DES CAS GRAVES

Les prestations B1 à B5 de la table de l'Annexe I liées à un cas grave tel que défini dans l'Article VII 3.08 sont remboursées à 100%.

Annexe III - Taux de cotisation

A III 1.01

TAUX DE COTISATION

¹ Les taux de cotisation à appliquer aux salaires de référence pour les Membres principaux sont indiqués dans le tableau ci-dessous. La répartition entre le Membre principal et l'Organisation est indiqué (M : pour le Membre, O : pour l'Organisation)

² Le taux applicable pour la cotisation complémentaire éventuelle due pour un Membre subsidiaire est celui applicable au Membre principal dont il dépend.

	Assurance maladie normale	Assurance maladie réduite	Assurance maladies et accidents professionnels	Prestations dépendance
Taux total	11,77%	5,885%	0,12%	Pensionné : 1,60% Autres : 0,80%
Membre obligatoire	M : 4,06% O : 7,71%			M : 0,80%
Membre pensionné du CERN				O : 0,80%
Membre pensionné du CERN bénéficiaire d'une pension de conjoint survivant acquise à compter du 1 ^{er} janvier 2021	M : 1,60%			
Autres Membres post-obligatoires	M : 0,80%			
Membre volontaire	M : 5,885%			

A III 1.02

AJUSTEMENT DES TAUX DE COTISATIONS

¹ Les taux de cotisation définis ci-dessus peuvent être examinés lors de chaque examen quinquennal des conditions d'emploi du CERN, en prenant en compte l'évolution passée et à venir:

- des facteurs de coûts tels que les tendances démographiques, les variations de prix, les nouveaux traitements médicaux ;
- de l'assiette totale de cotisations des Membres;
- du Fonds de Réserve du Régime ;
- ainsi que de tout autre facteur pertinent.

² S'il y a lieu, un ajustement des taux de cotisation est proposé au Conseil de l'Organisation.

Annexe IV - Prestations dépendance

A IV 1.01 ALLOCATION JOURNALIÈRE

¹ Le montant de l'allocation journalière est le suivant selon le degré de dépendance :

- a. Dépendance faible : 48 CHF
- b. Dépendance moyenne : 72 CHF
- c. Dépendance grave : 120 CHF

² Elle n'est pas versée pendant les périodes d'hospitalisation.

A IV 1.02 PLAFONDS DES PRESTATIONS PARAMÉDICALES

Pour les prestations paramédicales visées à l'Annexe I, paragraphes B.6.c) et B.6.d), les plafonds sont augmentés pour les bénéficiaires de la prestation dépendance jusqu'à :

- a. Dépendance faible : 1 100 CHF par mois
- b. Dépendance moyenne : 1 650 CHF par mois
- c. Dépendance grave : 2 750 CHF par mois

A IV 1.03 RÉVISION DES PRESTATIONS

¹ Les montants des allocations journalières peuvent être révisés chaque année par le Directeur général en fonction de l'évolution des coûts de séjour dans les institutions spécialisées.

² Les plafonds spécifiques peuvent être révisés en même temps que les plafonds pour les autres prestations.