

Editorial

On m'a récemment demandé à plusieurs reprises si le taux de cotisation à la CAPS allait augmenter en 2014.

Nous avons examiné de près les principaux facteurs qui entrent dans l'équation financière de la Caisse et avons commandé une étude actuarielle, l'objectif étant de faire une projection concernant l'augmentation des dépenses de la Caisse à partir du 1er janvier 2014. Cette étude permettra au Comité de gestion de déterminer l'augmentation qui devrait être proposée pour le taux de cotisation de base pour que la solvabilité de la Caisse reste au point médian à la fin de l'exercice 2017. L'étude actuarielle devrait être prête au cours du troisième trimestre de 2013.

Même si, pour la cinquième année consécutive, la solvabilité de la Caisse s'est renforcée (59,5 millions USD), le niveau du Fonds de garantie se situe aujourd'hui tout juste au-dessus du point médian entre son niveau minimum et son niveau maximum statutaires. On ne s'attend pas à ce qu'un éventuel déficit d'exploitation net enregistré fin 2013 fasse baisser la solvabilité de la Caisse bien en-dessous de ce point médian mais ce sera presque certainement le cas pour les années à venir.

Aussi, pour répondre à la question qui m'a été posée, il faudra vraisemblablement augmenter le taux de cotisation de base pour pouvoir constituer des ressources suffisantes et maintenir la bonne santé financière de la Caisse pendant les deux exercices biennaux à venir.

Vous avez certainement entendu parler des discussions qui ont lieu actuellement entre la direction du BIT et celle de l'UIT qui s'efforcent de trouver comment aborder au mieux la question des différences concernant les résultats d'exploitation nets et assurer la solvabilité de la Caisse tout en maintenant un taux de contribution équitable pour les deux organisations et leurs assurés respectifs. Les résultats de ces discussions auront, à n'en pas douter, une incidence déterminante sur la structure de la Caisse.

Pour cette raison, **le Comité de gestion de la Caisse a décidé de programmer une Assemblée générale avant la fin 2013.** On peut raisonnablement espérer qu'à cette Assemblée, le Comité de gestion sera en mesure de vous communiquer les résultats des discussions entre la direction du BIT et celle de l'UIT ainsi que le taux de contribution de base pour la période 2014-2017.

Le Bulletin s'intéresse aussi aux décisions prises par le Comité de gestion concernant le Code 2.2 ("Frais de séjour en hôpital ou en clinique") et le Code 2.4 ("Cures") du barème des prestations de la CAPS. **Ces décisions sont reflétées dans la version 2012 des Statuts et du Règlement administratif de la CAPS qui peuvent être consultés sur le site web de la Caisse.**

Les amendements apportés aux règles régissant le Code 2.2 permettent d'établir un plus juste équilibre entre le remboursement des frais de séjour en hôpital ou en clinique et le remboursement d'autres frais liés à l'hospitalisation en cas de facturation globale. Les amendements apportés aux règles régissant le Code 2.4 permettent de renforcer la capacité de la Caisse à appliquer le principe de diligence due au contrôle des dépenses.

Dans le présent bulletin, vous trouverez des indications sur la façon dont vous pouvez aider les personnes préposées au traitement des demandes de remboursement à vous aider. J'espère que vous prendrez le temps de les lire avec soin car pour être efficace et éviter toute erreur, la personne préposée au traitement de vos demandes de remboursement compte sur vous pour soumettre des demandes bien structurées, assorties des justificatifs de remboursement nécessaires et parfaitement recevables.

Le formulaire de demande de remboursement sera bientôt disponible en ligne pour toutes les personnes cotisant à la CAPS. Vous pourrez le télécharger et le remplir sur votre ordinateur avant de le signer et de le renvoyer à la CAPS, comme d'habitude, avec l'original des justificatifs de remboursement.

Clifford Kunstler, *Secrétaire exécutif*

Prestations pour soins hospitaliers dans le cas d'une facturation globale

Qu'est-ce qui change?

Les règles relatives au Code 2.2 ("Frais d'entretien en hôpital ou en clinique") du barème des prestations de la CAPS sont modifiées comme suit:

- Paragraphe 3 modifié: "En cas de facturation globale, ~~un tiers du montant facturé est imputé à l'hébergement, et les deux autres aux frais médicaux~~ les dépenses approuvées maximales de référence sont imputées à l'hébergement et le solde de la facture globale aux frais médicaux. Toutefois, les prestations ordinaires maximales prévues au paragraphe 1 ci-dessus s'appliquent.
- Paragraphe 4 ajouté: "Les dépenses approuvées maximales de référence à partir du 1er juillet 2011 sont fixées à 550,00 USD".
- Paragraphe 5 ajouté: Lorsque les dépenses approuvées maximales de référence excèdent un tiers de la totalité des frais journaliers, un tiers de ces frais sera imputé à l'hébergement et le solde de la facture globale aux frais médicaux. Toutefois, les prestations ordinaires maximales prévues au paragraphe 1 ci-dessus s'appliquent."

Pourquoi ce changement?

Les plafonds pour l'hébergement à l'hôpital ou en clinique sont-ils adéquats? Après un examen approfondi, le Comité de gestion a estimé que oui, sauf dans le cas où la facture globale pour des soins hospitaliers est élevée, mais la période d'hospitalisation est relativement courte.

Les amendements au Code 2.2 du barème des prestations visent à établir un juste équilibre entre les remboursements pour les frais d'hébergement et les remboursements pour d'autres frais associés aux soins hospitaliers.

Quelques exemples:

Exemple 1: Une facture globale de 10 000,00 USD a été établie pour des soins hospitaliers de 3 jours. L'établissement de soins est en Suisse.

Actuellement, un tiers de la facture (3 333,33 USD) est imputé à l'hébergement et le remboursement est plafonné à 400,00 USD X 3 jours, c.a.d. 1 200,00 USD. Le solde de 6 666,66 USD est remboursé à 80,0 pour cent (5 333,33 USD), ce qui laisse un montant de 3 466,67 USD non remboursé.

A partir du 1er juillet 2011, le montant de 550,00 USD X 3 jours (1 650,00 USD) sera imputé à l'hébergement. Le remboursement sera toujours plafonné à 400,00 USD X 3 jours, c.a.d. 1 200,00 USD. Le solde de 8 350,00 USD étant remboursé à 80 pour cent (6 680,00 USD), le montant non remboursé s'élève à 2 120 USD.

Exemple 2: Une facture globale de 3 000,00 USD a été établie pour des soins hospitaliers de 3 jours. L'établissement de soins est à Addis Ababa.

Parce qu'un tiers de la facture (1 000,00 USD) est inférieur à 550,00 USD X 3 jours (1 650,00 USD), l'actuel système de partage de la facture globale entre les frais associés à l'hébergement et les autres frais associés aux soins hospitaliers reste inchangé.

Remboursements de cures (Code 2.4 du barème des prestations) dorénavant soumis à approbation préalable

Qu'est-ce qui change?

Les prestations concernant les cures sont dorénavant soumises à la confirmation préalable par le médecin conseil de la Caisse que la cure fait partie du traitement d'une pathologie existante.

Si donc vous envisagez de faire une cure, nous vous prions de tenir compte de cette nouvelle règle de l'approbation préalable.

Pourquoi ce changement?

Ce changement vise-t-il à réduire les prestations? Non, certainement pas. Un examen des cures pour lesquelles des prestations ont été versées a montré que, trop souvent, les soins reçus n'étaient pas adaptés à l'état médical déclaré.

Alors, pourquoi ce changement? Il tend simplement à recentrer le versement de prestations sur des soins de santé appropriés.

Veillez noter que les dépenses associées aux cures de thalassothérapie ne peuvent en principe prétendre au versement de prestations.

Donner procuration?

Comment percevoir vos prestations CAPS si, pour des raisons liées à la maladie, à un accident ou à l'âge, vous ne pouvez présenter vos demandes?

Vous pouvez donner procuration à un membre de votre famille ou un ami proche qui le fera à votre place si votre état de santé ne vous permet pas de le faire vous-même. Si vous êtes à la retraite ou le serez bientôt, envisagez de vous faire représenter par une personne plus jeune que vous.

Voici ci-dessous un exemple de procuration.

Et n'oubliez pas, vous devez signer votre procuration en présence d'un témoin!

Je, soussigné(e), M./Mme (prénom, nom), né(e) le (date de naissance) à (ville et pays de naissance), domicilié(e) à (adresse complète), assuré(e) de la Caisse d'assurance pour la protection de la santé du personnel du BIT et de l'UIT(CAPS) autorise par la présente M./Mme (prénom, nom), né(e) le (date de naissance) à (ville et pays de naissance), domicilié(e) à (adresse complète), à agir en mon nom auprès de la CAPS pour tout ce qui concerne mon assurance santé, y compris (mais pas seulement) le dépôt de demandes de remboursement et l'échange d'informations médicales.

Il est toutefois entendu que la présente procuration n'autorise pas la modification des coordonnées de mon compte bancaire bénéficiaire ni le changement de mon statut d'assuré(e) de la CAPS ou du statut de mes personnes à charges, qui doivent être décidés par moi.

Signature à (lieu de la signature) le (date de la signature)

(signature)

Personne assurée

(signature)

Personne autorisée à agir par procuration

Procuration établie en présence de (prénom, nom), né(e) le (date de naissance) à (ville et pays de naissance), domiciliée à (adresse complète).

(signature)

Témoin

Aidez les gestionnaires de sinistre à vous aider!

Vos gestionnaires veillent à régler vos demandes avec rapidité et exactitude. Veillez vous-même à déposer vos demandes de remboursement correctement et en temps utile.

Voici quelques recommandations pour faciliter le règlement rapide de vos demandes.

Présentez vos demandes de remboursement régulièrement. Vous pouvez les regrouper, mais évitez les gros envois qui ralentissent le travail.

Si les factures sont regroupées et les totaux apparaissent sur une seule ligne, votre gestionnaire de sinistre aura du mal à mettre en relation les factures et des totaux inexacts.

Plus vous attendez pour envoyer vos demandes, plus vous risquez d'égarer ou d'endommager vos factures, ordonnances et reçus de paiement.

Assurez-vous que vos demandes soient complètes, bien lisibles et signées.

Ecrivez avec soin et inscrivez tous les renseignements demandés, sans oublier votre numéro personnel. Devoir rectifier ou déchiffrer votre demande de remboursement ralentit le travail de votre gestionnaire.

Fournissez tous les documents utiles et agrafez-les à votre formulaire de demande de remboursement.

Assurez-vous de joindre toutes les ordonnances exigées par le Barème des prestations et le Règlement administratif.

Les gestionnaires de sinistre vous renverront toute demande sans justificatifs, ce qui est pénible pour vous et pour eux. Assurez-vous que les ordonnances sont datées et que les dates des soins figurent sur toutes les factures des prestataires de soins.

N'oubliez pas que, s'ils ne sont pas en anglais, français ou espagnol, tous les documents qui accompagnent votre demande de remboursement doivent être traduits.

Soyez organisé(e). Joignez les ordonnances et les reçus aux factures correspondantes. Et n'oubliez pas que seuls les originaux sont acceptés.

Les demandes bien présentées sont réglées plus vite. Vous aiderez vos gestionnaires en attachant ordonnances et reçus aux factures et en les mettant dans le même ordre que celui dans lequel ils sont indiqués dans la demande de remboursement.

Si une ordonnance prévoit le renouvellement de médicaments, envoyez l'original avec votre demande pour le premier achat de médicaments, puis une photocopie pour les achats suivants.

Respectez les règles. Assurez-vous que les frais inscrits dans votre demande de remboursement ne concernent que des soins, médicaments et équipements couverts par l'assurance.

Si une facture – par ex. d'achat de médicaments – comprend à la fois des frais remboursables et des frais non remboursables, indiquez les montants pris en charge sur une note de couverture et exclusivement ceux-ci sur le formulaire de demande de remboursement. Ne pas surligner.