

ILO STAFF HEALTH INSURANCE FUND – CLAIM FOR REIMBURSEMENT
BIT CAISSE D'ASSURANCE POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ DU PERSONNEL – DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Leave blank – Laisser en blanc

Full name of patient: <i>Nom du patient:</i> Surname: <i>Nom:</i>	First name: <i>Prénom:</i>	Relationship: <i>Lien de parenté:</i>	
Full name of insured person: <i>Nom de l'assuré(e):</i> Surname: <i>Nom:</i>	First name: <i>Prénom:</i>	Personal number: <i>Numéro personnel:</i>	

Please read the following carefully:

- Use a ballpoint pen and press firmly.
- Use a separate form for each person.
- Use only one line per bill, specifying the type of medical service (e.g.: doctor's services, hospital stay (please include type of room - common ward, semi-private, private), psychiatry, psychoanalysis or psychotherapy, medications, optical appliances (lenses, frames), etc.).
- Staple the **ORIGINAL** detailed bills, payment receipts and prescriptions **behind** this form in the same order you have listed below. Bills in languages other than English, French, Italian or Spanish must be accompanied by a translation.
- More information can be found on overleaf as well as on our website: www.ilo.org/shif.

Bills attached for (please specify) <i>Factures annexées (veuillez préciser)</i>	Year <i>Année</i>	Currency <i>Monnaie</i>	Amount paid <i>Montant payé</i>
<i>Hospitalisation in semi-private room</i>	1 6	C H F	8 8 0 7 3 0
<i>Doctor's services</i>	1 6	E U R	2 3 0 0
<i>Psychology session(s)</i>	1 6	U S D	8 0 0 0

Prière de lire attentivement ce qui suit:

- *Écrire au stylo à bille en appuyant fermement.*
- *Utiliser un formulaire par personne.*
- *Utiliser une seule ligne par facture en précisant le poste de dépense (ex.: honoraires de médecins, frais de séjour en hôpital ou en clinique (y compris le type de chambre – commune, semi-privée, privée), psychiatrie, psychanalyse ou psychothérapie, médicaments, optique (verres, montures), etc.).*
- *Agrafer les ORIGINAL des factures détaillées, preuves de paiement et prescriptions derrière ce formulaire dans l'ordre de saisie sur le formulaire. Les factures rédigées dans une autre langue que l'anglais, l'espagnol, le français ou l'italien doivent être accompagnées d'une traduction.*
- *Vous trouverez davantage d'informations au dos du formulaire, ainsi que sur notre site Web: www.ilo.org/shif.*

Bills attached for (please specify) <i>Factures annexées (veuillez préciser)</i>	Year <i>Année</i>	Currency <i>Monnaie</i>	Amount paid <i>Montant payé</i>
<i>Hospitalisation en chambre semi-privée</i>	1 6	C H F	8 8 0 7 3 0
<i>Honoraires de médecin</i>	1 6	E U R	2 3 0 0
<i>Séances de psychothérapie</i>	1 6	U S D	8 0 0 0

Bills attached for (please specify) <i>Factures annexées (veuillez préciser)</i>	Year <i>Année</i>	Currency <i>Monnaie</i>	Amount paid <i>Montant payé</i>

SHIF is asked to act as: *La CAPS doit agir comme:*

Primary/only insurance **OR** Secondary insurance
Première assurance **OU** *Deuxième assurance*

This claim arises from: *Cette demande provient de:*

Sickness (+ maternity) *Maladie (+ maternité)*
 Accident *Accident*
 Service incurred? *Imputable au service?*
 Third party liable? *Tiers responsable?*

I confirm that the amounts in respect of which benefit is claimed are payable in full, and that full information has been provided on any discounts and on any payments received or expected to be received from other sources.

Je déclare que les montants des factures sur lesquelles portent les sommes réclamées sont payables en totalité et que j'ai fourni tous les renseignements concernant des rabais ou des paiements reçus ou à recevoir d'autres sources.

Date _____ Signature _____

IMPORTANT INFORMATION CONCERNING CLAIMS FOR REIMBURSEMENT

PLEASE NOTE THE FOLLOWING:

- **DENTAL CARE, OPTICAL AND HEARING AIDS:** There is no reimbursement for dental treatment or purchase of glasses or hearing aids undertaken in the first year (365 days) of coverage.
- **TRANSPORT COSTS:** Reimbursement of transport costs requires approval by the SHIF (except in emergency cases). There is no reimbursement for transport costs associated with the practice of a high-risk sport or leisure activity.
- **PREVENTIVE EXAMS:** The SHIF will reimburse at 100% certain preventive exams undertaken from 1 January 2016 as well as certain vaccines as from the same date. Exams or vaccines undertaken at more frequent intervals than indicated below will be reimbursed at 80%. Only the exams listed below are eligible for reimbursement without co-payment:
 - PSA and digital rectal exam **every year** from age 50 for men;
 - pap smear and pelvic exam **every two years** for women;
 - mammograms **every two years** for women from age 40;
 - fecal occult blood screening in stool **every year**;
 - colonoscopy **every five years** after age 50;
 - influenza vaccine **every year**.
- **YEAR:** Refers to the year of **treatment** or of **purchase** of medicament.
- **CURRENCY CODE:** Please use the **3-letter code** corresponding to the currency of bill (e.g.: CHF, EUR, INR, PEN, THB, USD, XOF, etc.)

Send claims to:

SHIF – ILO

Route des Morillons 4
CH-1211 GENÈVE 22

SCHEDULE OF BENEFITS AND ADMINISTRATIVE RULES CAN BE FOUND ON OUR WEBSITE:

www.ilo.org/shif

INFORMATIONS IMPORTANTES CONCERNANT LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

PRIÈRE DE BIEN VOULOIR NOTER CE QUI SUIT:

- **SOINS DENTAIRES, APPAREILS OPTIQUES ET APPAREILS AUDITIFS:** Pas de remboursement pour les traitements et les achats entrepris au cours de la première année (365 jours) de protection.
- **FRAIS DE TRANSPORT:** Prise en charge des frais de transport sur approbation de la CAPS (sauf en cas d'urgence). Remboursement des frais de transport exclu lors de la pratique d'une activité sportive ou de détente réputée à risques.
- **EXAMENS PRÉVENTIFS:** À partir du 1^{er} janvier 2016, certains examens de prévention et vaccins seront remboursés à 100 pour cent. Les examens ou les vaccins effectués à plus grande fréquence seront remboursés à 80 pour cent. Seuls les examens et vaccins énumérés ci-dessous ouvrent droit au remboursement à 100 pour cent:
 - détermination du taux de PSA et toucher rectal **tous les ans** dès l'âge de 50 ans pour les hommes;
 - frottis et examen pelvien **tous les deux ans** pour les femmes;
 - mammographie **tous les deux ans** pour les femmes dès l'âge de 40 ans;
 - test de recherche de sang occulte dans les selles **tous les ans**;
 - coloscopie **tous les cinq ans** après l'âge de 50 ans;
 - vaccin contre le virus de la grippe **tous les ans**.
- **ANNÉE:** Année au cours de laquelle le **traitement** ou l'**achat** du médicament a été effectué.
- **CODE DE LA MONNAIE:** Veuillez utiliser le **code à 3 lettres** correspondant à la monnaie de la facture (exemple: CHF, EUR, INR, PEN, THB, USD, XOF, etc.).

Envoyer la demande à:

CAPS – BIT

Route des Morillons 4
CH-1211 GENÈVE 22

BARÈME DES PRESTATIONS ET RÈGLEMENT ADMINISTRATIF DISPONIBLES SUR NOTRE SITE WEB:

www.ilo.org/shif