



**RÉGIME
D'ASSURANCE-MALADIE
COMPLÉMENTAIRE À
L'INTENTION DES RETRAITÉS
DE **CBC/RADIO CANADA****

Janvier
2019



Table des matières

À propos de la Great-West	1
Admissibilité.....	2
Conjoints survivants.....	2
Qui sont les membres admissibles de votre famille?	2
Inscription à la protection	3
Coût.....	5
Protection	5
Médicaments sur ordonnance	7
Soins médicaux et fournitures	10
Exclusions et restrictions	14
Demandes de règlement.....	15
Remboursement au titre de plus d'un régime	15



Le Régime d'assurance-maladie complémentaire (le Régime) vous aide à assumer les frais médicaux que vous engagez et vient compléter la protection offerte par votre régime provincial ou territorial.

À propos de la Great-West

La Great-West, compagnie d'assurance-vie offre des services administratifs seulement pour le Régime en vertu du **numéro de régime 51089**.

Dans le cadre du Régime, vous bénéficiez également d'une carte de paiement direct des médicaments. Grâce à cette carte, les frais de médicaments admissibles sont remboursés automatiquement lorsque vous faites exécuter vos ordonnances à la pharmacie.

Pour toute question au sujet des demandes de règlement et de votre protection communiquez avec La Great-West au **1 877 340-9082** ou visitez les **Services en ligne de la Great-West**.

Services en ligne de la Great-West pour les participants de régime

À titre de participant au régime de la Great-West, vous pouvez également vous inscrire aux Services en ligne de la Great-West pour les participants de régime au **www.lagreatwest.com/login**. Pour accéder à ces services, cliquez sur « GroupNet pour les participants de régime » et suivez les directives d'inscription. Assurez-vous d'avoir votre numéro de régime ainsi que votre numéro d'identification à portée de la main avant de procéder.

Le service en cause vous permet d'avoir accès à ce qui suit et à bien plus encore, 24 heures sur 24, sept jours sur sept, dans un environnement convivial :

- un aperçu de vos garanties et l'historique de vos demandes de règlement;
- votre carte de paiement direct des médicaments et des formulaires de demandes de règlement personnalisés;
- demander un règlement en ligne pour un grand nombre de vos demandes;
- confirmer la protection d'un médicament avec l'outil *Recherche d'un médicament*.



Admissibilité

Votre conjoint, vos enfants et vous êtes admissibles à la protection du Régime lorsque vous prenez votre retraite et recevez une pension immédiate, et que vous et vos personnes à charge résidez au Canada.

Votre conjoint, vos enfants et vous êtes admissibles à la protection du Régime lorsque vous commencez à recevoir une pension différée, pourvu que vous en fassiez la demande au plus tard 60 jours après le début du versement de la pension. Vous devrez produire une preuve que vous étiez couverts par le régime d'assurance maladie d'un autre employeur entre le moment où vous avez quitté CBC/Radio-Canada et la date à laquelle vous avez fait la demande de protection du Régime.

Conjoints survivants

Si vous bénéficiez d'une protection familiale du Régime et que votre conjoint devient admissible à une pension de survivant de CBC/Radio-Canada, votre conjoint et vos enfants admissibles peuvent maintenir leur protection après votre décès. Si votre conjoint n'est pas admissible à une pension de survivant de CBC/Radio-Canada, ce dernier peut prolonger la protection après votre décès, mais les enfants n'y sont pas admissibles. Toutefois, votre conjoint ne peut inscrire un nouveau conjoint à titre de bénéficiaire.

Qui sont les membres admissibles de votre famille?

Votre conjoint est défini comme la personne :

- avec laquelle vous êtes légalement marié; ou
- qui vit avec vous depuis au moins un an et que vous présentez comme votre conjoint.

Un ex-conjoint peut bénéficier de la protection du régime à la suite d'une ordonnance de la cour; toutefois, un seul conjoint est admissible au régime à une date donnée.

Vos enfants sont définis comme :

- les enfants célibataires (y compris les enfants de votre conjoint, les enfants adoptifs, les enfants dont vous avez la garde, les enfants dont vous ou votre conjoint êtes le tuteur légal ou l'enfant de votre fille mineure célibataire à votre charge) :
 - de moins de 21 ans et qui travaillent moins de 30 heures par semaine;
 - de moins de 25 ans (ou de moins de 26 ans s'ils résident au Québec, pour les médicaments couverts par le régime d'assurance médicaments provincial seulement) s'ils sont étudiants à temps plein au moins 15 heures par semaine; ou
 - enfants handicapés, tant qu'ils dépendent entièrement de vous pour leur subsistance, pourvu qu'ils soient déjà couverts par ce régime immédiatement avant leur 21^e anniversaire de naissance.



Inscription à la protection

Inscription

À votre retraite, vous pouvez vous inscrire à la protection du Régime au plus tard 60 jours après la date de votre retraite.

Si vous prenez votre retraite avec une pension différée, vous devez, pour être admissible, fournir la preuve que vos personnes à charge admissibles et vous-même étiez couverts par un régime d'assurance maladie collectif depuis votre départ de CBC/Radio-Canada.

Vous pouvez adhérer de nouveau au Régime si vous y avez renoncé parce que vous bénéficiiez d'une protection au titre du régime d'assurance collectif d'un autre employeur (le vôtre ou celui de votre conjoint) et que vous perdez cette protection plus tard. Vous pouvez adhérer de nouveau dans les 60 jours suivant la cessation de cette protection. Vous devrez produire une preuve que vous étiez couvert par le régime d'assurance collective d'un autre employeur entre le moment où vous avez renoncé à la protection et la date à laquelle vous avez fait la demande de protection du Régime.

Si vous avez été couvert par le régime collectif de soins de santé d'un autre employeur pendant votre séjour à l'extérieur du Canada et que cette couverture se termine à votre retour au Canada, vous pouvez réintégrer le Régime pour les retraités seulement si vous satisfaites les critères mentionnés ci-dessus. Si vous reprenez votre participation au Régime, les services et les fournitures normalement admissibles au remboursement par le régime d'assurance maladie de la province ne seront pas couverts par le RAMC pendant le délai de carence du régime provincial.

Renonciation

Vous pouvez renoncer au Régime en tout temps, sauf au Québec (consultez la section Exigences applicables aux résidents du Québec).

Modification de la protection

Si vous bénéficiez de la protection individuelle, vous pouvez opter pour la protection familiale seulement lorsque surviennent certains changements de la vie et ce dans les 60 jours qui suivent la date du changement. Une modification de protection est permise dans le cas des changements suivants :

- mariage ou admissibilité initiale d'un conjoint de fait;
- naissance, adoption ou garde légale d'un enfant; et
- perte de la protection de votre conjoint dans le cadre du régime collective d'un autre l'employeur. Vous devrez produire une preuve que votre conjoint était couvert par le régime d'assurance collective d'un autre employeur entre le moment où vous avez opté pour la protection individuelle et la date de la fin de la protection de votre conjoint.



Vous devrez remplir le *Formulaire de demande d'inscription/de modification/de renseignements sur les personnes à charge du Régime d'assurance maladie complémentaire*, que vous trouverez dans le site web du Centre d'administration des pensions de CBC/Radio-Canada (CAP), pour inscrire des personnes à charge ou modifier les renseignements les concernant. Veuillez noter que la Great-West ne traitera pas les demandes de règlement (pour des médicaments ou frais médicaux) au nom des personnes à charge admissibles qui ne sont pas inscrites auprès du Centre d'administration des pensions de CBC/Radio-Canada (CAP).

Exigences applicables aux résidents du Québec

Veuillez noter que la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) oblige tous les résidents de la province âgés de moins de 65 ans à s'inscrire à un régime d'assurance maladie offert par leur employeur. Si vous prenez votre retraite avant 65 ans, vous serez automatiquement inscrit à la protection individuelle. Si vous souhaitez renoncer à la protection du Régime parce que vous êtes couvert par le régime d'assurance collective de votre conjoint, vous devrez remplir le *Formulaire de demande d'inscription/de modification/de renseignements sur les personnes à charge du Régime d'assurance maladie complémentaire*.

Confirmation des renseignements sur les personnes à votre charge – si vous bénéficiez de la protection familiale

Les retraités qui bénéficient de la protection familiale doivent fournir au Centre d'administration des pensions de CBC/Radio-Canada (CAP) des renseignements à jour sur les personnes à leur charge admissibles avant que toute demande de règlement au nom de ces personnes à charge puisse être traitée. Remplissez puis envoyez au CAP le *Formulaire de demande d'inscription/de modification/de renseignements sur les personnes à charge du Régime d'assurance maladie complémentaire*, que vous pouvez vous procurer dans le site web du CAP ou en communiquant avec le CAP par téléphone, quand vous voulez :

- ajouter une personne à votre charge (un conjoint ou un enfant);
- retirer une personne à votre charge (un conjoint ou un enfant qui ne répond plus à la définition de personne à charge admissible);
- confirmer que votre enfant est étudiant lorsqu'il atteint l'âge de 21 ans – par la suite, le CAP vous demandera chaque année de confirmer le statut d'étudiant de votre enfant;
- modifier des renseignements au sujet de la protection offerte à votre conjoint par un autre régime d'assurance maladie;
- entamer le processus de déclaration d'un enfant handicapé.



Coût

Vous assumez le coût de ce régime par retenues mensuelles sur votre pension. Les primes sont revues chaque année. Si la prime que vous devez payer pour votre protection est supérieure au montant de votre pension, chaque année, le CAP vous enverra une facture pour le solde de la prime. Cette facture devra être payée à la date communiquée par le CAP, sinon votre couverture sera résiliée.

Protection

Le Régime couvre les fournitures et les services médicaux ci-dessous.

Toutes les conditions suivantes doivent être remplies :

- Vous devez participer au Régime. Pour que les frais engagés par votre conjoint ou votre enfant vous soient remboursés, vous devez avoir demandé une protection familiale.
- Les frais doivent être raisonnables et habituels, de même que nécessaires du point de vue médical.
- Le régime d'assurance maladie provincial ou territorial doit vous avoir remboursé le maximum prévu pour les fournitures ou les services médicaux que vous avez obtenus avant que vous puissiez soumettre une demande de règlement au RAMC.
- Les fournitures ou les services médicaux doivent être prescrits par une personne légalement autorisée à prescrire au Canada.

Le Régime ne couvre pas les dépenses engagées à l'extérieur du Canada ni les frais qui peuvent être remboursés par un programme d'aide du gouvernement ou un régime d'assurance maladie provincial. Demandez à votre professionnel de la santé si un tel programme existe dans votre province.

Le Régime couvre :

- les dépenses engagées durant un séjour dans une autre province du Canada pour le travail, les vacances ou les études, et qui résultent d'une urgence ou d'une maladie soudaine et inattendue, à condition qu'il s'agisse de dépenses couvertes par votre régime d'assurance maladie provincial si elles étaient engagées dans votre province de résidence.
- les dépenses admissibles engagées au Canada, en dehors de votre province de résidence, pour des soins raisonnables et habituels auxquels vous n'avez pas facilement accès dans votre province de résidence et qui auraient été payés par votre régime d'assurance maladie provincial si vous aviez reçu les soins en question dans votre province de résidence.

L'année du Régime est du 1^{er} janvier au 31 décembre.



Frais de médicaments	Tous les autres frais médicaux admissibles
Le régime paie 75 % de la première tranche de 8 000 \$ * de frais de médicaments admissibles pour chaque personne assurée, par année de régime.	Le régime paie 100 % des frais admissibles pour l'hospitalisation (y compris dans un hôpital pour convalescents) et les frais admissibles engagés dans une autre province du Canada.
Par la suite	Et
100 % des frais de médicaments admissibles pour le reste de cette année de régime.	80 % des autres frais médicaux admissibles .

* Les résidents du Québec recevront un remboursement de 100 % après avoir atteint la contribution maximale imposée par la RAMQ. Ce montant est réexaminé chaque année par la RAMQ.

Plan Avantages pharma-réseau (Costco)

Frais de médicaments dans une pharmacie Costco	
Le régime paie 85 % de la première tranche de 8 000 \$ de frais de médicaments admissibles pour chaque personne assurée, par année de régime.	La Great-West et Costco ont conclu une entente dans le cadre de laquelle les participants du Régime paient leurs médicaments sur ordonnance à un prix inférieur au prix moyen. Votre taux de remboursement sera 10 % plus élevé dans une pharmacie Costco (85 % au lieu de 75 %) quand vous achèterez vos médicaments sur ordonnance dans une pharmacie Costco ou en ligne au site costcopharmacy.ca . Cette entente ne s'applique pas dans la province de Québec où les lois encadrant les pratiques des pharmacies ne le permettent pas. Les frais d'exécution d'ordonnance sont généralement inférieurs dans les pharmacies Costco, permettant de réduire votre déboursé et les coûts du Régime.
Par la suite	
100 % des frais de médicaments admissibles pour le reste de cette année de régime.	



Médicaments sur ordonnance

Le Régime couvre les médicaments faisant partie de la liste de médicaments contrôlée* qui, en vertu de la loi, exigent une ordonnance du médecin et qui sont dispensés par un pharmacien ou toute autre personne autorisée à les dispenser, y compris :

- l'insuline, les seringues pour auto-injections, et les fournitures pour diabétiques (les aiguilles jetables s'utilisant avec un dispositif d'injection d'insuline non jetable, les lancettes et les bandelettes pour tests),
- certains médicaments en vente libre que la Great-West juge essentiels au maintien de la vie,
- les médicaments injectables**,
- les anti-tabagiques: sujet à un maximum viager de 500 \$,
- les médicaments pour le traitement de l'infertilité: sujet à un maximum viager de 36 000 \$.

*À mesure que les nouveaux médicaments deviennent admissibles, seuls les médicaments recommandés par un comité d'experts indépendants et approuvés par TELUS Santé pourront être couverts par le Régime. Chef de file dans le domaine de la gestion des prestations de soins de santé au Canada, TELUS Santé offre des services de traitement électronique des demandes à certains des plus importants assureurs du pays, dont la Great-West. Pour savoir si un médicament spécifique sera admissible au remboursement en vertu du Régime, allez aux *Services en ligne de la Great-West* et consultez *Recherche d'un médicament*. Vous pouvez également appeler la Great-West.

**Les médicaments injectés par un médecin sont remboursés jusqu'à un maximum de 15 \$ pour le coût total de tous les médicaments et de toutes les injections administrées lors d'une même date de service dans une clinique ou dans le cabinet d'un médecin. Si plusieurs médicaments ou injections vous sont administrés le même jour, vous ne recevrez que 15 \$ de remboursement. Les frais additionnels facturés pour l'administration de ces médicaments ne sont pas admissibles.

Autorisation préalable

Certains médicaments nécessitent une autorisation préalable. Allez aux *Services en ligne de la Great-West* pour consulter la liste des médicaments pour lesquels une autorisation préalable est requise ou appelez la Great-West.



Couverture des médicaments génériques et de marque

Le remboursement des médicaments sur ordonnance sera fondé sur le coût du médicament générique équivalent le moins coûteux (s'il en existe un), sauf si le médecin du patient certifie qu'une raison médicale empêche ce dernier d'employer un médicament générique.

Si une raison médicale empêche le patient d'employer l'équivalent générique d'un médicament de marque, le patient et son médecin doivent remplir le formulaire intitulé *Demande d'assurance pour les médicaments de marque déposée* et le faire parvenir à la Great-West. Son personnel examinera la demande et enverra une lettre pour indiquer si le médicament de marque est admissible à un remboursement ou non. Vous pouvez obtenir le formulaire en visitant le site web de la Great-West ou en téléphonant à la Great-West.

Si aucune raison médicale ne vous empêche d'employer l'équivalent générique du médicament de marque prescrit, mais que vous demandez néanmoins le médicament de marque, le Régime remboursera le coût du médicament générique équivalent le moins coûteux, et la part du coût qui vous incombe sera augmentée.

Carte médicaments

Utilisez votre carte médicaments pour vous procurer des médicaments sur ordonnance ou pour toutes les fournitures pour le traitement du diabète tels que les seringues, aiguilles, bandes réactives et lancettes. La Great-West va rembourser les dépenses admissibles directement au pharmacien et il vous suffit seulement de régler au pharmacien votre part du coût de votre ordonnance.

Si vous n'utilisez pas votre carte médicaments lorsque vous achetez des médicaments sur ordonnance, le pharmacien pourrait vous charger plus que le prix établi et vous pourriez donc devoir payer une somme plus élevée que si vous aviez utilisé votre carte médicaments.

Vous ne recevrez pas une nouvelle carte médicaments en plastique à votre retraite. Si vous avez reçu une carte médicaments en tant qu'employé, vous devez continuer à utiliser cette même carte en tant que retraité. Si vous n'avez pas reçu de carte médicaments en tant qu'employé, ou si vous avez besoin d'une carte de remplacement, allez aux *Services en ligne de la Great-West* ou vous pourrez en imprimer une.

Note : Si votre conjoint survivant maintient la couverture après votre décès, il recevra une nouvelle carte médicaments en plastique par la poste.

Quantités et limites lors de l'achat de médicaments sur ordonnance

La quantité de médicaments pouvant être délivrés ne sera pas la même s'il s'agit d'un médicament à action immédiate ou d'un médicament d'entretien :



- **Les médicaments à action immédiate**, comme les antibiotiques et les analgésiques, sont généralement prescrits pour le traitement des maladies ponctuelles ou de courte durée. Lorsque vous utiliserez votre carte médicaments pour vous procurer ce type de médicament, vous serez remboursé pour une durée d'approvisionnement de 34 jours maximum, conformément à l'ordonnance du médecin. Si vous prenez régulièrement un médicament à action immédiate vous pouvez demander que la durée d'approvisionnement soit augmentée à 100 jours en appelant la Great-West. La Great-West pourra ainsi entrer dans son système la nouvelle durée maximum d'approvisionnement correspondant à ce médicament et lorsque vous retournerez à la pharmacie pour renouveler votre ordonnance, votre pharmacien pourra vous donner la quantité prescrite par votre médecin. Sinon, si vous demandez une quantité supérieure à la durée d'approvisionnement recommandée de 34 jours, vous devrez envoyer une demande à la Great-West pour vous faire rembourser la différence.
- **Les médicaments d'entretien** sont généralement prescrits pour le traitement des maladies chroniques ou de longue durée, comme l'hypertension artérielle ou le cholestérol élevé. Ces médicaments sont donc utilisés à long terme. Lorsque vous utiliserez votre carte médicaments pour vous procurer ce type de médicament, vous serez remboursé pour une durée d'approvisionnement de 100 jours maximum.

Pour les résidents du Québec âgés de 65 ans et plus

Si vous avez moins de 65 ans et que votre conjoint a 65 ans ou plus, ce dernier sera automatiquement inscrit au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ. Vous pouvez soumettre à la Great-West les reçus des médicaments de votre conjoint pour tout montant non couvert par le régime de la RAMQ.

À la date de votre 65^e anniversaire, vous serez automatiquement inscrit au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ. Si vous avez un conjoint couvert par le Régime et âgé de moins de 65 ans, vous devrez l'inscrire au régime de la RAMQ. Tous les médicaments seront remboursés par la RAMQ, et pour tout montant non couvert par le régime de la RAMQ, vous pourrez soumettre vos reçus de médicaments à la Great-West. Les autres prestations versées en vertu du Régime resteront inchangées.

Si, à votre décès, votre conjoint est résident du Québec, celui-ci ainsi que vos enfants admissibles doivent demander l'assurance médicaments auprès de la Régie de l'assurance maladie, même si votre conjoint a moins de 65 ans.

Pour les résidents des autres provinces âgés de 65 ans et plus

Si vous ou votre conjoint avez 65 ans et si votre province ou territoire offre un régime de médicaments aux résidents de 65 ans et plus, il sera le premier payeur pour les médicaments d'ordonnance. Vous pourrez coordonner toute partie non payée avec le Régime. Les exceptions sont la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard, où le Régime ne couvre pas les médicaments après l'âge de 65 ans.



Soins médicaux et fournitures

La Great-West conserve une liste des services et fournitures qui nécessitent une autorisation préalable. L'autorisation préalable permet de vérifier que le prix facturé et le traitement soient raisonnables. Contactez la Great-West pour obtenir une estimation de ce qui sera remboursé.

Une demande de service ou d'approvisionnement qui a été achetée auprès d'un fournisseur qui n'est pas approuvé par la Great-West peut être refusée. La dépense couverte pour un service ou une fourniture peut être limitée à celle d'un service ou d'une offre de rechange moins coûteux qui représente un traitement raisonnable.

Dépenses admissibles :

Appareils auditifs	Appareils auditifs prescrits par un médecin ou un audiologiste, jusqu'à 500 \$, par personne couverte, par période de 60 mois consécutifs.
Services ambulanciers	Transport terrestre ou aérien par ambulance à l'établissement le plus proche où les services essentiels sont offerts.
Chaussures orthopédiques	<p>Les chaussures orthopédiques sur mesure et les chaussures orthopédiques prêtes à porter sont admissibles lorsqu'elles sont médicalement requises pour le traitement d'une affection ou d'une blessure. Le reçu doit inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la marque et le modèle des chaussures, • une description des modifications apportées aux chaussures, • la répartition des coûts associés aux chaussures et aux modifications. <p>Les chaussures orthopédiques doivent être prescrites par un médecin, un chirurgien orthopédique, un podiatre ou un podologue (le diagnostic médical du patient doit être indiqué sur l'ordonnance).</p> <p>Pour un adulte, jusqu'à concurrence d'une paire tous les 12 mois consécutifs, y compris les réparations et les modifications aux chaussures orthopédiques existantes.</p> <p>Les frais raisonnables et habituels s'appliqueront.</p>



Fournitures médicales	<p>Bas de contention, s'ils sont prescrits par un médecin et nécessaires du point de vue médical (le diagnostic médical du patient doit être indiqué sur l'ordonnance du médecin). Les prestations seront déterminées en fonction du facteur de compression des bas, qui est mesuré en millimètres de mercure (mmHg). Ce facteur doit être d'au moins 15 mmHg. Limite de quatre paires de bas par année civile. Une ordonnance est valide durant 12 mois.</p> <p>La location ou, à la discrétion de la Great-West, l'achat d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital, d'un poumon d'acier ou d'un respirateur à pression positive. Sont compris : appareil de ventilation spontané en pression positive continue (CPAP), appareil de ventilation nasal spontané en pression positive continue (NCPAP) ou appareil de ventilation spontané en pression positive à rajustement automatique (APAP), ainsi que leur entretien et leur remplacement, une fois que les plafonds de tout programme d'aide du gouvernement ont été atteints.</p> <p>Les attelles, les bandages herniaires, les supports plantaires, les armatures rigides (à l'exclusion des lombostats), les béquilles ou les plâtres.</p>
Hospitalisation	<p>Les frais d'hospitalisation ainsi que les services et les fournitures connexes qui ne sont pas couverts par le régime provincial, y compris les soins dans un hôpital pour convalescents, jusqu'à un maximum de 120 jours par année d'indemnisation, pourvu que l'hospitalisation soit recommandée par le médecin traitant et suive une hospitalisation d'au moins trois jours dans un hôpital régulier pour la même condition :</p> <ul style="list-style-type: none">• la différence entre les frais de séjour en salle commune et ceux dans une chambre à deux lits; et• les fournitures et les services de consultation externe qui ne sont pas couverts par le régime provincial. <p>Les frais de séjour dans une chambre à un lit seront remboursés aux frais raisonnables et habituels d'une chambre à deux lits.</p>



Frais d'hospitalisation et frais médicaux engagés à l'extérieur de la province de résidence	<p>Frais admissibles engagés pendant un séjour dans une autre province canadienne, pourvu qu'une partie des frais soit payée par le régime provincial, ou aurait été payée par le régime provincial s'ils avaient été engagés dans la province de résidence, sous réserve de l'évaluation de la Great-West, pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'hospitalisation et les soins médicaux d'urgence au cours d'un voyage d'affaires, de vacances ou d'un séjour d'études, et • l'hospitalisation et les soins médicaux pour des traitements qui ne sont pas offerts d'emblée dans la province de résidence du patient.
Infirmier en service privé	<p>Les soins dispensés en service privé à l'extérieur de l'hôpital par un infirmier autorisé, un infirmier auxiliaire autorisé ou un aide-infirmier autorisé qui n'a aucun lien de parenté avec le patient, pourvu qu'il ne s'agisse pas principalement de soins de garde et que les soins ne puissent être prodigués par une personne moins qualifiée.</p> <p>Le remboursement combiné pour les soins de longue durée et les soins infirmiers privés fournis à l'extérieur de l'hôpital est de 15 000 \$ par personne couverte par année d'indemnisation, en sus des plafonds de chaque protection.</p>
Orthèses	<p>Doivent être prescrites par un médecin, un podiatre, un chirurgien orthopédiste, un infirmier praticien, un podologue ou un chiropraste (l'état pathologique du patient doit être indiqué sur l'ordonnance du médecin).</p> <p>Doivent être fabriquées sur mesure à l'intention du patient.</p>
Oxygène	<p>Y compris les coûts liés à son administration.</p>
Produits sanguins	<p>Transfusions et autres produits sanguins.</p>
Prothèses et fournitures	<p>Les membres artificiels ou les yeux artificiels et autres prothèses requises à la suite d'une chirurgie, y compris leur réparation et leur remplacement (à l'exclusion des membres myoélectriques), une fois que les plafonds de tout programme d'aide du gouvernement ont été atteints.</p> <p>Les perruques, sous réserve d'un maximum viager de 300 \$, pour une perte des cheveux liée à une pathologie sous-jacente ou à son traitement.</p>



Services paramédicaux (aucune ordonnance exigée)	<p>Les services des praticiens autorisés et qualifiés suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • acupuncteur • chiropraticien • massothérapeute • naturopathe • ostéopathe • podiatre ou podologue • physiothérapeute et thérapeute du sport • psychologue • travailleur social <p>une fois le maximum au titre du régime provincial atteint et jusqu'à un maximum annuel de 1 150 \$ tous les services combinés.</p>
Soins dentaires	<p>Soins dentaires dispensés à l'extérieur d'un hôpital par suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, pourvu que le traitement commence dans les 60 jours de l'accident et se termine dans un délai de 12 mois de l'accident.</p>
Soins de longue durée	<p>Hospitalisation ou séjour dans un centre de soins de longue durée, jusqu'à 20 \$ par jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour une personne souffrant d'une maladie chronique dont l'état de santé relativement stable a atteint la limite de rétablissement et qui doit être suivie par un médecin et recevoir des soins infirmiers professionnels quotidiennement; • pour une personne souffrant d'une maladie chronique pendant une courte période (par exemple, deux semaines) pour des soins de relève afin de permettre à la personne lui fournissant les soins de se reposer, pourvu que cette personne habite avec le patient et ne soit pas rémunérée pour les soins rendus. <p>Le remboursement combiné pour les soins de longue durée et les soins infirmiers privés fournis à l'extérieur de l'hôpital est de 15 000 \$ par personne couverte par année d'indemnisation, en sus des plafonds de chaque protection.</p>



Exclusions et restrictions

Le Régime ne verse aucune prestation pour un état à l'égard duquel le patient n'est pas suivi par un médecin. De plus, le Régime ne rembourse pas les fournitures et services :

- reçus avant que la personne ne soit couverte par le présent régime;
- couverts par tout régime d'État, y compris le régime d'assurance maladie, le régime d'indemnisation des travailleurs ou d'assurance automobile d'une province, ou dont le remboursement est interdit par un régime d'État;
- habituellement dispensés sans frais ou qui ne coûteraient rien si la personne n'était pas couverte par le présent régime;
- fournis par un hôpital gouvernemental, à moins que l'assuré n'ait eu à assumer le coût de tels services;
- fournis par CBC/Radio-Canada, une association ou un groupe d'employés; ou
- associés à une blessure ou à une maladie résultant de la participation volontaire à une guerre ou à un acte de guerre, à des troubles civils, à une émeute ou à une insurrection.

De plus, aucune prestation n'est payée pour :

- une blessure subie alors que la personne couverte était au service d'un autre employeur que CBC/Radio-Canada ou par suite de son emploi auprès de cet autre employeur;
- une invalidité à l'égard de laquelle la personne couverte choisit de ne pas se faire traiter par un médecin;
- des traitements reçus pendant le service dans les forces armées;
- des services hospitaliers qui constituent essentiellement des soins aux malades chroniques ou des soins de garde, à moins qu'ils ne soient expressément couverts à titre de frais admissibles;
- un séjour dans un centre de désintoxication pour le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie;
- chirurgie ou traitement esthétique;
- le kilométrage, le temps de déplacement ou les frais de transport d'un médecin de même que les conseils donnés par téléphone ou par d'autres moyens de communication;
- les tests de grossesse et les bilans de santé;
- les frais dentaires, à moins qu'ils ne soient expressément couverts à titre de frais admissibles;
- les examens de l'ouïe ou de la vue, les montures, les lentilles de lunettes ou les verres de contact;
- l'équipement nécessaire aux diabétiques, par exemple, les appareils de contrôle de la glycémie, les pompes à perfusion d'insuline externe et les dispositifs d'injection d'insuline sans aiguille, ainsi que toutes fournitures (autres que les aiguilles jetables s'utilisant avec



un dispositif d'injection d'insuline non jetable, les lancettes et les bandelettes pour tests I);

- les rendez-vous manqués, les frais imposés pour remplir un formulaire et les examens médicaux requis par un tiers;
- les médicaments prescrits ou dispensés sans respecter les règlements fédéraux ou provinciaux ou les services fournis par un praticien non qualifié;
- les frais de livraison et le kilométrage ou les frais de déplacement liés au traitement;
- vaccins et produits de vaccination préventifs;
- les frais engagés à l'extérieur du Canada; ou
- les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile.

Demands de règlement

Pour toutes les dépenses autres que les médicaments sous ordonnance et les fournitures pour diabétiques admissibles, soumettez une demande de règlement papier à la Great-West ou par voie électronique dans le site *Services en ligne de la Great-West*.

Vous devez soumettre vos demandes de règlement dans les meilleurs délais possible. Le régime ne remboursera aucune demande de règlement présentée plus de 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Remboursement au titre de plus d'un régime

Si vous et votre conjoint êtes assurés par plus d'un régime de soins médicaux, vous pouvez demander le règlement des frais aux deux régimes et peut-être obtenir le remboursement de la totalité des frais admissibles. Voici comment fonctionne la coordination des prestations :

Pour les frais engagés par...	Demandez le remboursement...
Vous	<ol style="list-style-type: none"> 1 D'abord, à votre régime 2 Puis, au régime de votre conjoint, s'il y a un solde impayé
Votre conjoint	<ol style="list-style-type: none"> 1 D'abord, au régime de votre conjoint 2 Puis, à votre régime, s'il y a un solde impayé
Les enfants à votre charge	<ol style="list-style-type: none"> 1 D'abord, au régime du parent dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année 2 Puis, au régime de l'autre parent, s'il y a un solde impayé

Si vous et votre conjoint êtes séparés ou divorcés et que vous avez la garde de vos enfants assurés par le régime, d'autres règles s'appliquent. Communiquez avec la Great-West pour en savoir plus.



Actions en justice

Aucune action ne peut être intentée en justice pour obtenir le règlement de prestations non assurées aux termes du présent régime avant l'expiration d'un délai de 60 jours à partir de la date de production de la déclaration de sinistre, ni plus de deux ans après le rejet d'une demande de règlement.

Procédure d'appel

Vous avez le droit d'appeler du refus de l'employeur d'accorder la totalité ou une partie de la protection ou des prestations décrites dans le présent régime dans les deux ans. Vous devez alors faire appel par écrit en précisant les raisons pour lesquelles vous jugez le refus injustifié.

Suspension des prestations en raison d'un paiement en trop

Vous êtes tenu de rembourser la totalité des prestations que vous avez reçues en trop, et ce, dans les six mois. Si vous omettez de rembourser le trop-perçu dans le délai prévu, le versement des prestations sera interrompu jusqu'au remboursement de ce trop-perçu. Cette action ne limite aucunement le droit de votre employeur à recouvrer par d'autres moyens légaux les sommes versées en trop.

La présente brochure résume les principales dispositions du Régime d'assurance-maladie complémentaire en vigueur en janvier 2019. Les prestations seront établies en vertu des termes de régime émis par la Great-West, compagnie d'assurance vie. En cas d'incertitude, l'interprétation est régie par ce document. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec la Great-West.

Le Régime d'assurance-maladie complémentaire est examiné régulièrement et la couverture peut être ajustée à tout moment.