



**RÉGIME DE SOINS
DE SANTÉ DE
CBC/RADIO-CANADA
ET ASSISTANCE LORS
DE VOYAGES**



Mars
2019



Table des matières

À propos de la Great-West	2
Services en ligne de la Great-West pour les participants de régime	2
Employés affectés à l'étranger	3
Protection	3
Réalisez des économies aux pharmacies Costco	4
Médicaments sur ordonnance	5
Autorisation préalable	5
Couverture des médicaments génériques et de marque	5
Carte médicaments	6
Quantités et limites lors de l'achat de médicaments sur ordonnance	7
Tous les autres frais admissibles (fournitures et services médicaux)	7
Frais admissibles	8
Exclusions et restrictions	13
Demandes de règlement	15
Directives pour soumettre une demande de règlement	15
Exigences relatives aux ordonnances	16
Exigences applicables à certaines demandes de règlement	16
Remboursement au titre de plus d'un régime	18
Actions en justice	19
Procédure d'appel	20
Suspension des prestations en raison d'un paiement en trop	20



Le Régime de soins de santé (le Régime) vous aide à assumer les frais médicaux que vous engagez et vient compléter la protection offerte par votre régime provincial ou territorial. Il comprend une **Assistance lors de voyages**, qu'il s'agisse de voyages d'affaires pour le compte de CBC/Radio-Canada ou de voyages d'agrément. Allez sur le site [GroupNet pour les participants de régime](#) pour obtenir un exemplaire de la carte ou du sommaire de cette assistance.

À propos de la Great-West

La Great-West, compagnie d'assurance-vie offre des services administratifs seulement pour le Régime de soins de santé et l'Assistance lors de voyages 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 [GroupNet pour les participants de régime](#). Si vous appelez de l'extérieur de l'Amérique du Nord, appelez à frais virés au 204 946-1190 et demandez à parler à un représentant du service à la clientèle pour les demandes de règlement à l'étranger.

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 :

- votre carte de paiement direct des médicaments et des formulaires de demandes de règlement personnalisés;
- un aperçu de vos garanties, l'historique de vos demandes de règlement et le statut de votre demande de règlement;
- 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;
- ajouter ou retirer une personne à votre charge.



Employés affectés à l'étranger

Si vous êtes affecté à l'étranger, reportez-vous à l'annexe III du Programme d'affectation à l'étranger de CBC/Radio-Canada. Vous y trouverez d'autres renseignements sur des prestations particulières couvrant certains frais engagés à l'extérieur du Canada, ainsi que les coordonnées de la Great-West au cas où vous devriez communiquer avec l'assureur pendant votre affectation.

Protection

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

Toutes les conditions suivantes doivent être remplies :

- Vous devez participer au Régime de soins de santé. 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 Régime.
- Les fournitures ou les services médicaux doivent être prescrits par une personne légalement autorisée à prescrire au Canada.

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 engagées seulement pour des services médicaux imprévus et urgents par vos personnes à charge qui fréquentent un établissement d'enseignement en dehors de votre province de résidence. Veillez à ce que ces personnes soient couvertes par leur régime d'assurance maladie provincial pour leurs autres dépenses.
- 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 dont une partie aurait été payée par votre régime d'assurance maladie provincial si vous aviez reçu les soins en question dans votre province de résidence. Toute partie impayée est prise en charge en deuxième lieu par le Régime.
- Vos personnes à charge admissibles ou vous bénéficiez d'une protection en cas d'urgence médicale imprévue, ou encore de maladie ou de blessure graves soudaines et



inattendues lors d'un voyage d'affaires ou d'agrément d'une durée limitée à l'extérieur du Canada. Toutes les demandes de règlement doivent respecter les dispositions du Régime, notamment celles qui ont trait à la coassurance, aux plafonds et aux franchises.

- Le remboursement des dépenses engagées à l'extérieur du pays n'est assujéti à aucun plafond viager.

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

Frais de médicaments	Tous les autres frais médicaux admissibles (soins de la vue, fournitures et services médicaux)
Le Régime paie 100 % du médicament de marque ou du médicament générique équivalent le moins coûteux , s'il en existe un.	Le Régime paie 100 % des autres frais admissibles, à moins d'indication contraire.
Franchise	
Vous payez une franchise de 5 \$ pour chaque médicament sur ordonnance, jusqu'à concurrence de 150 \$ par personne par année civile.	Vous payez 75 \$ par personne assurée pour tous les services combinés, sauf les frais d'hospitalisation dans une chambre à deux lit, jusqu'à concurrence de 100 \$ pour la famille entière par année civile.

Réalisez des économies aux pharmacies Costco

Les frais d'exécution d'ordonnance et les coûts des médicaments peuvent varier d'une pharmacie à l'autre. La Great-West a conclu une entente avec Costco Wholesale afin que les participants des régimes admissibles puissent bénéficier de tarifs plus bas que la moyenne lorsqu'ils présentent leur ordonnance à une pharmacie Costco.

- Vous n'avez pas à payer la **franchise de 5 \$** lorsque vous achetez vos médicaments dans des pharmacies Costco **en présentant votre carte médicaments.**
- Selon votre province de résidence, vous pouvez également acheter vos médicaments d'ordonnance en ligne à l'adresse <https://fr.costcopharmacy.ca> et bénéficier des mêmes prix réduits, sans frais d'expédition.

Note :

- Il n'est pas nécessaire d'être membre de Costco pour acheter des médicaments d'ordonnance chez Costco.
- **Cette entente ne s'applique pas dans la province de Québec.**



Médicaments sur ordonnance

Le Régime couvre les médicaments qui nécessitent, en vertu de la loi, une ordonnance du médecin, sont inscrits dans la liste de médicaments gérée par TELUS dans le cadre de sa Solution Complète** et sont délivrés par un pharmacien ou toute autre personne autorisée par la loi à les délivrer, y compris :

- l'insuline, les seringues pour auto-injection, et les fournitures pour diabétiques (les aiguilles jetables s'utilisant avec un dispositif d'injection d'insuline non jetable, les capteurs pour les glucomètres flash, 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 contraceptifs oraux,
- les aides antitabagiques : sujets à un maximum viager de 500 \$ ou, au Québec, au plafond déterminé par la RAMQ par année civile, et
- les médicaments pour le traitement de l'infertilité.

** 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 au site GroupNet pour les participants de régime pour consulter la liste des médicaments pour lesquels une autorisation préalable est requise ou communiquez avec 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'avez pas votre carte en votre possession, vous devez connaître l'information qui y figure afin que le pharmacien puisse traiter votre demande de règlement par voie électronique. Avec votre carte, le pharmacien peut vérifier de façon électronique si vous êtes admissible à l'assurance, et si le médicament est couvert par le Régime.

Lorsque vous vous procurez un médicament sur ordonnance, la pharmacie vous facture le coût du médicament ainsi que des frais d'exécution d'ordonnance, c'est-à-dire un certain montant pour les services professionnels qui sont exécutés. Lorsque vous utilisez votre carte médicaments, le coût du médicament et les frais d'exécution d'ordonnance ne peuvent dépasser une certaine limite imposée par le système. La pharmacie ne peut donc pas facturer des frais supérieurs à cette limite.

Si vous n'utilisiez pas votre carte médicaments lorsque vous achetez des médicaments sur ordonnance, le pharmacien pourrait vous facturer plus que le prix établi. Vous pourriez donc devoir payer une somme plus élevée parce qu'il n'y a alors aucune façon de vérifier si le montant exigé dépasse les limites prescrites pour le prix du médicament et les frais d'exécution de l'ordonnance. Par conséquent, ces frais sont évalués par la Great-West lors du traitement de votre demande de règlement sur formulaire papier, et votre remboursement est calculé en fonction des limites appliquées par le système. **Vous pourriez donc devoir payer de votre poche une somme plus élevée que si vous aviez utilisé votre carte médicaments.**

Vous ne recevrez pas de carte en plastique :

- Pour obtenir une copie de la carte, vous devrez aller dans le site GroupNet pour les participants de régime, à l'adresse www.lagreatwest.com/login, puis sous « Formulaires et cartes de garanties », où vous pourrez en imprimer une.
- Vous devrez ouvrir un compte dans le site GroupNet pour les participants de régime, à l'adresse www.lagreatwest.com/login.



Note : Il peut s'écouler jusqu'à 30 jours après le début de votre protection avant que la Great-West ouvre votre dossier. Une fois votre dossier ouvert, vous pourrez vous créer un compte dans le site GroupNet pour les participants de régime. Si vous achetez des médicaments sur ordonnance pendant ce délai, vous devrez les régler sur place et soumettre une demande de remboursement sur papier à la Great-West. Vous pourrez aussi attendre d'ouvrir un compte dans le site GroupNet pour les participants de régime pour soumettre votre demande en ligne.

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 à la Great-West, par courriel, par la poste ou par téléphone, que la durée d'approvisionnement soit augmentée à 100 jours, en indiquant la raison de cette augmentation. 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.

Tous les autres frais admissibles (fournitures et services médicaux)

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 sont 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.



Frais admissibles

Le Régime paie 100 % des frais admissibles en sus de la protection offerte par les régimes provinciaux ou territoriaux, jusqu'à concurrence de certains plafonds **à moins d'indication contraire**. Communiquez avec la Great-West pour obtenir des précisions sur les fournitures médicales qui ne figureraient pas dans le tableau ci-dessous.

Reportez-vous à la partie Directives pour soumettre une demande de règlement pour connaître les exigences à cet égard.

<p>Traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 150 \$ par jour (pour l'hébergement), pour un maximum de 30 jours, si le régime d'assurance maladie de votre province ou de votre territoire couvre le traitement dans un centre reconnu. • 30 \$ par jour (pour l'hébergement), pour un maximum de 30 jours, si le régime d'assurance maladie de votre province ou de votre territoire ne couvre aucun traitement offert par un établissement reconnu. • Plafond viager : 30 jours pour chaque personne assurée.
<p>Services ambulanciers</p>	<p>Transport terrestre ou aérien par ambulance à l'établissement le plus proche où les services essentiels sont offerts.</p>
<p>Respirateurs</p>	<p>Appareil de ventilation spontané en pression positive continue (CPAP), appareil de ventilation nasal spontané en pression positive continue (NCPAP) et appareil de ventilation spontané en pression positive à rajustement automatique (APAP).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Location ou achat, à la discrétion de la Great-West. • Reportez-vous à la partie Directives pour soumettre une demande de règlement.
<p>Bas de contention</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Reportez-vous à la partie Directives pour soumettre une demande de règlement.
<p>Matériel pour diabétiques</p>	<p>Si vous êtes insulino-dépendant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une pompe à perfusion externe tous les cinq ans, • un seul pistolet d'injection d'insuline à pression pendant toute la durée de la protection, • des glucomètres, en continu ou flash.



<p>Soins dentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le Régime de soins de santé (et non le Régime de soins dentaires) couvre les soins en cas de blessures accidentelles aux dents naturelles ou artificielles. Il prend en charge 100 % des frais raisonnables et habituels engagés pour des traitements à l'extérieur de l'hôpital. • Le traitement doit avoir lieu dans les six mois suivant l'accident.
<p>Appareils auditifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Doivent être prescrits par un médecin ou un spécialiste en oto-rhino-laryngologie. • La protection est plafonnée à 500 \$ par oreille tous les 60 mois.
<p>Lits d'hôpital</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lit d'hôpital ordinaire (y compris son entretien et son remplacement) • Location ou achat, à la discrétion de la Great-West.
<p>Hospitalisation</p>	<p>Fournitures et services de consultation externe qui ne sont pas couverts par le régime provincial.</p> <p>Chambre à deux lits dans un hôpital général ou un hôpital pour convalescents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Régime paie 100 % des frais de séjour en sus des frais assumés par le régime provincial pour une chambre en salle commune. <p>Chambre à un lit dans un hôpital pour convalescents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Régime paie 100 % de la différence entre les frais de séjour dans une chambre à deux lits et ceux dans une chambre à un lit, jusqu'à un maximum de 120 jours par année civile. • Vous assumez les frais pour toute période dépassant 120 jours. <p>Chambre à un lit dans un hôpital général :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Régime paie la différence entre les frais de séjour dans une chambre à deux lits et ceux dans une chambre à un lit jusqu'à concurrence de 12 \$ par jour. • Vous payez les frais en excédent. <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 de soins de courte durée 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.
Frais d'hospitalisation et frais médicaux engagés à l'extérieur de la province de résidence ou du pays	<p>Frais admissibles engagés pendant un séjour dans une autre province canadienne ou à l'extérieur du pays, 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 ou d'agrément ou d'un séjour d'études à l'extérieur de la province de résidence ou du pays, et • l'hospitalisation et les soins médicaux pour des traitements qui ne sont pas offerts d'emblée dans la province de résidence du patient. <p>Le Régime ne couvre pas les frais engagés à l'extérieur du Canada pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les soins non urgents ou les traitements de suivi dispensés après la situation d'urgence, • les soins non urgents ou les soins continus pour un état pour lequel le patient était traité au Canada, ou les traitements/tests dont il aurait raisonnablement pu prévoir la nécessité pendant son séjour à l'étranger, même s'ils étaient considérés comme urgents, • les frais liés à une grossesse ou à un accouchement après 34 semaines de grossesse, ou à n'importe quel moment avant la 34^e semaine de grossesse si le médecin qui traitait la patiente au Canada estimait que la grossesse était à risque, • les soins médicaux après l'urgence survenue à l'extérieur du Canada, lorsque l'état de santé du patient permet qu'il revienne au Canada pour y être traité; • tous les frais engagés à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence à un moment où vous n'étiez pas couvert par le régime d'assurance maladie provincial ou territorial.
Fournitures médicales	Les attelles, les bandages herniaires, les appareils orthopédiques rigides (à l'exclusion des lombostats, sauf s'ils sont rigides), les béquilles ou les plâtres.
Chaussures orthopédiques	<ul style="list-style-type: none"> • 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). • Doivent être des chaussures ou des sandales orthopédiques (y



	<p>compris les Sandalhotics) sur mesure spécialement fabriquées pour le patient ou des chaussures orthopédiques modifiées pour le patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les chaussures ou sandales orthopédiques achetées pour accommoder une orthèse ne sont pas couvertes. • Les chaussures ou sandales orthopédiques produites en série ou de marque ne sont pas admissibles à un remboursement, sauf si elles sont modifiées spécialement pour le patient. • Pour les adultes, le remboursement est limité à l'achat d'une paire tous les 12 mois consécutifs ou aux réparations ou modifications apportées aux chaussures orthopédiques existantes pendant les mêmes 12 mois consécutifs. • Frais raisonnables et habituels pour un enfant à charge de moins de 18 ans. • Reportez-vous à la partie Directives pour soumettre une demande de règlement.
Orthèses	<ul style="list-style-type: none"> • Doivent être prescrites par un médecin, un chirurgien orthopédique, un podiatre ou un podologue (l'état pathologique du patient doit être indiqué sur l'ordonnance du médecin). • Doivent être fabriquées sur mesure à l'intention du patient. • Reportez-vous à la partie Directives pour soumettre une demande de règlement.
Services paramédicaux (aucune ordonnance exigée)	<p>Le Régime paie 100 % du coût de ces services, pour un maximum de 500 \$ par personne et par année civile, par catégorie de professionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • chiropraticien • ostéopathe • podiatre ou podologue • naturopathe • acupuncteur <p>Le coût des analyses de laboratoire ou des radiographies est compris dans le maximum de 500 \$ par catégorie de professionnel à condition que ces actes fassent partie du champ d'exercice du professionnel.</p> <p>Podiatres : le Régime de soins de santé et l'Assistance lors de voyages couvrent uniquement le montant en sus de la protection maximale offerte par le régime d'assurance maladie de l'Ontario ou de l'Alberta.</p>
Services paramédicaux	Le Régime paie 100 % des frais (aucun remboursement maximum)



<p>(ordonnance exigée)</p>	<p>pour les services d'un :</p> <ul style="list-style-type: none"> • physiothérapeute et thérapeute du sport. <p>Le Régime paie 100 % des frais, jusqu'à un maximum de 500 \$ par personne et par année civile pour les services d'un :</p> <ul style="list-style-type: none"> • massothérapeute. <p>Le Régime paie 90 % des frais (aucun remboursement maximum) pour les services d'un :</p> <ul style="list-style-type: none"> • psychologue. <p>Le psychologue doit être un psychologue agréé.</p> <p>Les frais de services psychologiques recommandés par le centre de ressources du PAE de CBC/Radio-Canada sont remboursés.</p> <p>Le Régime paie 90 % des frais, jusqu'à un maximum de 500 \$ par personne et par année civile, pour les services d'un :</p> <ul style="list-style-type: none"> • orthophoniste. <p>Ordonnance du médecin traitant :</p> <p>Si vous suivez un traitement continu, vous devrez faire renouveler votre ordonnance chaque année. Votre ordonnance est valide durant 12 mois si le traitement commence dans les six mois suivant la date de sa délivrance, à défaut de quoi une nouvelle ordonnance sera exigée. Votre ordonnance est aussi valide durant 12 mois si le traitement n'a pas été interrompu pendant six mois ou plus.</p>
<p>Soins infirmiers privés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le Régime paie 100 % des frais (aucun remboursement maximum). • Reportez-vous à la partie Directives pour soumettre une demande de règlement.
<p>Prothèses et fournitures</p>	<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>NSTC (neurostimulateurs transcutanés)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il est recommandé d'obtenir l'approbation de la Great-West. • Doit être prescrit par un médecin pour soulager la douleur chronique (l'état pathologique du patient doit être indiqué sur l'ordonnance du médecin, y compris la confirmation que cet état est chronique). • Limite d'un appareil tous les cinq ans.



	<ul style="list-style-type: none"> • Reportez-vous à la partie Directives pour soumettre une demande de règlement.
Assistance lors de voyages	<ul style="list-style-type: none"> • Ce service gratuit d'aide aux voyageurs en cas d'urgence vous est offert lors de voyages pour le compte de CBC/Radio-Canada ou est offert à vos personnes à charge et à vous lors de déplacements personnels n'importe où dans le monde ou à plus de 500 kilomètres de votre lieu de résidence au Canada. • L'assistance médicale d'urgence comprend un accès, 24 heures sur 24, à un service d'assistance téléphonique, à des conseillers médicaux, à un service d'évacuation vers un établissement de santé, à de l'aide pour repérer des services de soins de santé, etc. • Vous trouverez la carte et le sommaire de l'Assistance lors de voyages sur le site GroupNet : www.lagreatwestlife.com/login.
Soins de la vue	<p>Examens de la vue :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen par personne par année civile. <p>Lunettes ou verres de contact sur ordonnance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 240 \$ par personne tous les 24 mois. • La période de remboursement de 24 mois : <ul style="list-style-type: none"> ○ commence le jour de l'achat; ○ prend fin exactement deux ans après.
Fauteuils roulants	<ul style="list-style-type: none"> • Fauteuil roulant ordinaire (y compris son entretien et son remplacement) • Location ou achat, à la discrétion de la Great-West.
Perruques	<ul style="list-style-type: none"> • Couvertes en cas de perte permanente des cheveux à la suite d'une blessure ou d'une maladie, ou de perte temporaire des cheveux à la suite d'un traitement médical, quelle que soit la maladie. • Doivent être prescrites par un médecin (l'état pathologique du patient doit être indiqué sur l'ordonnance du médecin). • Jusqu'à concurrence de 200 \$, à vie.

Exclusions et restrictions

La plupart des services de diagnostic fournis par une clinique privée ne sont pas remboursés, car ces services sont couverts par le régime de soins de santé de votre province. Certains services de diagnostic pourraient être couverts; communiquez avec la Great-West avant d'engager toute dépense.



Aucune prestation n'est versée pour un état à l'égard duquel le patient n'est pas suivi par un médecin. De même, aucune prestation n'est versée pour les fournitures et les services :

- reçus avant que la personne ne soit couverte par le présent régime;
- qui ne constituent pas un traitement raisonnable;
- qui sont associés à la pratique de loisirs ou de sports plutôt qu'aux autres activités de la vie quotidienne, ou qui constituent des fournitures médicales supplémentaires ou de rechange;
- couverts par tout régime d'État, y compris le régime d'assurance maladie ou 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;
- offerts par CBC/Radio-Canada, par une association de bienfaisance ou par tout groupe d'employés;
- requis en raison d'une blessure ou d'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;
- des frais que la loi interdit aux assureurs privés de rembourser;
- des fournitures ou des services reçus à l'extérieur du Canada, à l'exception de ceux qui sont inclus dans les protections Frais d'urgence engagés à l'étranger et Assistance lors de voyages;
- des fournitures ou des services reçus dans d'autres provinces canadiennes, à moins que vous soyez couvert par le régime de soins de santé de votre province et que la Great-West aurait couvert ces fournitures ou ces services s'ils avaient été reçus dans votre province;
- 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;



- la chirurgie esthétique ou les traitements de cette nature, sauf s'ils sont rendus nécessaires à la suite d'une blessure accidentelle aux dents;
- 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 tests d'audition, la chirurgie oculaire au laser, les lunettes de soleil sans verres correcteurs ou les lunettes de sécurité;
- 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;
- les vaccins et les inoculations;
- les consultations avec un travailleur social;
- les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile.

Demandes 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.

Directives pour soumettre une demande de règlement

Joignez à votre demande de règlement la facture des services médicaux reçus en clinique ou des fournitures médicales achetées en magasin. Pour assurer le traitement rapide de votre demande, la facture doit comprendre les renseignements suivants :

- le nom du fournisseur, son titre, son adresse et son numéro de téléphone,
- le nom du patient qui a reçu le service ou acheté les fournitures,
- le type de service (p. ex. un massage) ou de fourniture (p. ex. une attelle),
- la date où les frais ont été engagés*,
- le montant total facturé, ou la ventilation des frais engagés pour de multiples fournitures ou services.



* Note : Pour les services médicaux, il s'agit de la date à laquelle vous avez reçu le service. Pour les fournitures médicales, il s'agit de la date à laquelle vous avez pris possession des fournitures.

Exigences relatives aux ordonnances

Lorsque vous demandez le remboursement de frais médicaux pour lequel une ordonnance est nécessaire, assurez-vous que le médecin indique sur l'ordonnance l'état pathologique justifiant sa délivrance. Un état pathologique peut être une maladie ou une blessure. Une ordonnance sur laquelle figurent seulement des symptômes (p. ex. douleur au genou, enflure de la cheville) ou un appareil médical (p. ex. orthèse, fauteuil roulant) ne sera pas acceptée. Ces règles s'appliquent à la totalité des fournitures et des services médicaux qui nécessitent une ordonnance.

Exigences applicables à certaines demandes de règlement

La partie qui suit présente un **aperçu des exigences applicables à certaines demandes de règlement**. Selon la nature des frais médicaux engagés, il peut être nécessaire de fournir, outre le formulaire dûment rempli et la facture, d'autres renseignements. C'est le cas des demandes de règlement pour les frais médicaux suivants :

Frais engagés à l'extérieur du Canada

Soumettez à la Great-West une demande pour tous les frais engagés. La Great-West peut vous rembourser intégralement les frais admissibles engagés à l'étranger et obtenir le remboursement des frais pris en charge par le régime provincial si vous remplissez un formulaire. Pour en savoir plus, communiquez avec la Great-West immédiatement après avoir engagé les frais parce que certains régimes provinciaux ou territoriaux imposent des délais très stricts pour la soumission des demandes de règlement. Tout retard peut avoir un effet sur la couverture que ces régimes et la Great-West vous accordent.

Frais engagés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence :

Soumettez une demande de règlement accompagnée des factures pertinentes à votre régime provincial ou territorial et faites-en des copies pour vos dossiers. Après que votre régime vous aura fait parvenir le montant auquel vous avez droit, envoyez une demande de règlement complète, un relevé de paiement du régime et des copies des factures à la Great-West, qui évaluera votre dossier.

Bas de contention

Votre demande de règlement doit comprendre les renseignements suivants :

- une ordonnance du médecin traitant indiquant l'état pathologique du patient,
- une facture détaillée,
- le facteur de compression des bas, et
- la marque et le numéro de modèle des bas.

Dans le cas de bas de contention sur mesure, elle doit comprendre également ce qui suit :



- une explication du médecin traitant concernant le choix de bas sur mesure plutôt que de bas prêts à porter, et
- une copie du bon de commande du laboratoire.

Orthèses sur mesure

Votre demande de règlement doit comprendre les renseignements suivants :

- une ordonnance d'un médecin, d'un podiatre ou d'un podologue indiquant l'état pathologique du patient,
- une copie détaillée de l'évaluation ou de l'examen biomécanique,
- des précisions concernant la technique de moulage employée pour obtenir un modèle anatomique du pied du patient,
- la date à laquelle le patient a reçu les orthèses, et
- une facture ventilée, sur laquelle figurent le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la clinique ou du fournisseur.

Chaussures orthopédiques sur mesure

Votre demande de règlement doit comprendre les renseignements suivants :

- une ordonnance d'un médecin, d'un podiatre ou d'un podologue indiquant l'état pathologique du patient et expliquant le choix de chaussures sur mesure plutôt que de chaussures prêtes à porter,
- des précisions concernant la technique de moulage employée pour obtenir un modèle anatomique du pied du patient,
- une explication détaillée du processus et des matériaux utilisés dans la fabrication des chaussures, et
- une facture ventilée, sur laquelle figurent le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la clinique ou du fournisseur.

Respirateurs

Votre demande de règlement pour des respirateurs, y compris les appareils de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP), doit comprendre les renseignements suivants :

- une ordonnance du médecin traitant indiquant l'état pathologique du patient,
- une copie de l'étude du sommeil du patient, et
- la facture ventilée, sur laquelle figurent le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la clinique ou du fournisseur.

Respirateur spécialisé : pour les appareils du type Bi-PAP ou V-PAP, vous devez fournir, outre les renseignements ci-dessus, une explication du médecin traitant du choix de ce type d'appareil plutôt que d'un appareil CPAP ou APAP ordinaire.

Soins infirmiers privés – soins des pieds et analyses sanguines

Votre demande de règlement doit comprendre les renseignements suivants :



- une ordonnance du médecin traitant indiquant l'état pathologique du patient, et
- une facture ventilée sur laquelle figurent :
 - le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'agence de soins infirmiers ayant rendu le service,
 - le nom, le titre et le numéro d'agrément de l'infirmier ou des infirmiers ayant rendu le service,
 - les dates où le service a été rendu, et
 - le coût total de la visite.

Soins infirmiers privés – soins infirmiers à domicile

Pour être admissible à des soins infirmiers privés à domicile, vous devez faire remplir le formulaire « Soins infirmiers – Formulaire d'évaluation de l'état de santé » par votre médecin traitant et le coordonnateur de soins à domicile. Vous pouvez obtenir les formulaires E1083A(f) sur le site web de la Great-West, à l'adresse :

<https://www.greatwestlife.com/content/dam/gwl/documents/E1083Af-FINAL-es.pdf> ou en téléphonant à la Great-West au **1 877 340-9082**.

Votre demande de règlement doit comprendre une facture ventilée sur laquelle figurent :

- le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'agence de soins infirmiers ayant rendu le service,
- le nom, le titre et le numéro d'agrément de l'infirmier ou des infirmiers ayant rendu le service,
- les dates où le service a été rendu,
- le nombre d'heures,
- le tarif horaire,
- le coût total, et
- la signature de l'infirmier.

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	<ul style="list-style-type: none"> ❶ D'abord, à ce Régime ❷ Puis, au régime de votre conjoint, s'il y a un solde impayé
Votre conjoint	<ul style="list-style-type: none"> ❶ D'abord, au régime de votre conjoint



	<ol style="list-style-type: none"> ➊ Puis, à ce Régime, s'il y a un solde impayé
Les enfants à votre charge	<ol style="list-style-type: none"> ➊ D'abord, au régime du parent dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année ➋ Puis, au régime de l'autre parent, s'il y a un solde impayé

Si votre conjoint et vous êtes séparés ou divorcés, les frais admissibles des enfants à votre charge peuvent être assurés par divers régimes. On déterminera le régime qui remboursera les frais en suivant l'ordre ci-dessous, dans la mesure où vous avez choisi la protection familiale pour tous les régimes :

Pour les frais engagés par les enfants à votre charge si vous...	Demandez le remboursement...
Êtes séparé ou divorcé et avez la garde de vos enfants assurés	<ol style="list-style-type: none"> ➊ Au régime du parent qui a la garde de l'enfant ➋ Puis, au régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant, s'il y a un solde impayé ➌ Puis, au régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant, s'il y a un solde impayé ➍ Puis, au régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant
Avez la garde partagée de vos enfants	<ol style="list-style-type: none"> ➊ Au régime du parent ayant la garde partagée dont l'anniversaire arrive le plus tôt dans l'année (selon la date et le mois) ➋ Puis, au régime de l'autre parent ayant la garde partagée, s'il y a un solde impayé ➌ Puis, au régime du conjoint du parent visé au n° 1, s'il y a un solde impayé ➍ Puis, au régime du conjoint du parent visé au n° 2

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 de faire appel du refus d'accorder la totalité ou une partie de la protection ou des prestations décrites dans le présent Régime, mais seulement dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle la Great-West a terminé l'évaluation initiale de votre demande de règlement ou fait une estimation de la protection accordée. 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.

Le présent livret contient un résumé des principales dispositions du Régime de soins de santé et de l'Assistance lors de voyages qui sont en vigueur en mars 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 est examiné régulièrement et la couverture peut être ajustée à tout moment.