

PROTECTIONS ET DISPOSITIONS DU RÉGIME

Régime de soins de santé
de la fonction publique

AVANT-PROPOS

Ce livret décrit les prestations auxquelles les *membres* du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) ont droit. C'est un document de référence utile qui donne un aperçu des produits et services qui sont admissibles à un remboursement aux termes du Régime. Il fournit également un sommaire des principales dispositions du Régime.

L'information contenue dans le livret décrit la protection et les dispositions du Régime tel qu'elles existent au 1er octobre 2014. Le Régime pourrait être modifié de temps à autre. Les *membres* du Régime seront formellement informés par écrit de toute modification. Les *membres* devraient conserver tout avis de modification future avec ce livret.

Le livret contient des termes utilisés spécifiquement dans le contexte du Régime. Ces termes sont en *italiques* dans le texte et leur définition se trouve dans le **glossaire** à la fin du livret.

Ce livret n'est pas une substitution au Document du Régime, numéro du Régime 55555, qui lui, contient les modalités complètes du Régime.

Les *membres* peuvent consulter le Document du Régime au site web de l'Administration du RSSFP : www.rssfp.ca.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	2
Généralités	5
Le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP).....	5
Gouvernance du RSSFP.....	5
Prise d'effet, modification et fin de la protection	7-10
Admissibilité.....	7
Adhésion préalable.....	7
Pour effectuer l'adhésion préalable.....	7
Comment utiliser la carte de prestations du RSSFP.....	8
Date de prise d'effet de la protection.....	8
Adhésion au Régime.....	8
Acquisition d'une personne à charge.....	9
Augmentation du niveau de protection aux termes de la garantie-hospitalisation.....	9
Fin de la protection.....	9
Cessation volontaire de la protection.....	10
Cessation involontaire de la protection.....	10
Contributions	11-12
Contributions pour les membres retraités.....	11
Contributions pour les membres en congé non payé.....	12
Protections offertes	13-18
Protection supplémentaire.....	13
Protection totale.....	13
Employés, membres des FC ou de la GRC en poste à l'extérieur du Canada.....	13
Employés, membres des FC ou de la GRC prêtés pour une affectation dans une organisation internationale ou en congé non payé autorisé pour études à l'étranger.....	14
Personnes pensionnées domiciliées à l'extérieur du Canada.....	14
Admissibilité aux protections.....	15
Admissibilité pour les retraités.....	17
Exclusions et limitations générales.....	17
Garantie-maladie complémentaire	19-33
Avant d'engager des frais.....	19
Frais de médicaments.....	20
Frais admissibles.....	20
Protection pour médicaments onéreux.....	21
Exclusions.....	21
Soins de la vue.....	21
Frais admissibles.....	21
Exclusions.....	22
Professionnels de la santé.....	22
Frais admissibles.....	22
Exclusions.....	24

Frais divers	24
Frais admissibles	24
Exclusions	27
Soins dentaires	28
Traitement à moindre coût	28
Blessure accidentelle	28
Opérations buccales	29
Exclusions	30
Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province	30
Garantie-voyage d'urgence	30
Frais admissibles	30
Garantie assistance voyage d'urgence	31
Voyage en service commandé	32
Services rendus sur recommandation	32
Exclusions	32
Garantie-hospitalisation	34
Frais admissibles	34
Exclusions	34
Garantie-maladie de base	35
Frais admissibles	35
Exclusions	35
Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)	36
Frais admissibles	36
Exclusions	36
Aperçu des frais admissibles maximums	37-39
Dispositions du Régime	40-44
Demandes de règlement	40
Comment compléter une demande de règlement	40
Où envoyer les demandes de règlement	40
Demandes de règlement à la suite de dépenses encourues aux termes de la protection totale	41
Garantie assistance voyage d'urgence	41
Les prestations aux termes du RSSFP	41
Paiement des prestations	42
Coassurance	42
Paiements en trop	42
Demande de paiement aux programmes provinciaux/territoriaux	43
Coordination des prestations	43
Appels	44
La procédure d'appel	44
Les contributions mensuelles et les sommes déduites des prestations de pension	45-46
Comment joindre le bureau des pensions	45
Document du Régime	46
Glossaire	47-51

GÉNÉRALITÉS

LE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ DE LA FONCTION PUBLIQUE (RSSFP)

Le RSSFP a pour objet de rembourser à ses *membres* tout ou partie des frais engagés et dont ils ont payé la totalité pour des services et des produits admissibles, tels que définis dans le Document du Régime, seulement après s'être prévalus des garanties offertes par leur régime d'assurance-santé provincial/territorial ou par des tiers assureurs des soins de santé dont ils peuvent légalement se prévaloir. Sauf indication contraire dans le Document du Régime, les services et produits admissibles doivent être prescrits par un *médecin*, un *dentiste* titulaire d'un permis de pratique ou autrement autorisé par les lois applicables à pratiquer dans la compétence où ils sont prescrits, ou tout autre professionnel de la santé qualifié si la législation provinciale/territoriale applicable les autorise à prescrire les médicaments.

Le RSSFP rembourse les frais admissibles jugés **habituels et raisonnables**, de façon à ce que les remboursements versés soient raisonnables dans le secteur géographique où les frais ont été engagés, sous réserve des limitations précisées dans le Document du Régime.

GOVERNANCE DU RSSFP

La gouvernance du RSSFP comprend quatre entités, chacune étant tenu responsable d'assurer la bonne administration du Régime.

Le gouvernement du Canada, en tant qu'employeur et parrain du Régime, est responsable du Régime de soins de santé de la fonction publique.

À titre de parrain du Régime, le gouvernement du Canada assume l'entière responsabilité du paiement de tous les coûts liés au fonctionnement du Régime et au règlement des demandes de remboursement.

Le Comité des partenaires du RSSFP est un forum collaboratif de négociations formé de l'employeur, de l'agent négociateur (des employés) et des représentants des pensionnés. Le Comité est responsable de l'administration du RSSFP, de sa conception, de sa gouvernance et de toute autre question liée au Régime. Cela comprend la responsabilité de s'assurer que le RSSFP demeure stable, rentable et capable de produire des avantages durables à tous les *membres* du Régime, dans le but de maintenir leur santé et leur bien être. Le Comité a pour mandat de formuler des recommandations aux ministres du Conseil du Trésor sur tous les aspects du Régime.

L'Administration fédérale du RSSFP est une organisation indépendante distincte qui rend compte au Comité des partenaires du RSSFP et surveille l'exécution de l'entente du Régime par *Sun Life*. L'Administration assume plusieurs responsabilités opérationnelles et de production de rapports, qui comprennent notamment de veiller à ce que les normes de service énoncées dans l'entente du Régime soient respectées, à ce que tous les appels soumis soient traités avec précision et en temps voulu et à ce que la communication aux *membres* du Régime au sujet de leurs prestations soit claire et à jour.

L'*administrateur* du Régime, la *Sun Life, Compagnie d'assurance-vie du Canada*, est responsable de la gestion courante du Régime. Cela comprend l'évaluation cohérente et le règlement des demandes admissibles conformément à la Directive du Régime, ainsi que la prestation des services précisés dans l'entente du Régime (p. ex., le centre d'appels du RSSFP, les services d'audit et de détection, le site Web des services aux membres, etc.).

PRISE D'EFFET, MODIFICATION ET FIN DE LA PROTECTION

ADMISSIBILITÉ

Le RSSFP est un régime privé de soins de santé à l'intention des *employés* de la fonction publique fédérale, des membres des *Forces canadiennes* et de la *Gendarmerie royale du Canada (GRC)*, des anciens combattants qui sont membres du groupe client des Anciens combattants Canada, des membres du parlement, des membres de la magistrature fédérale, des *employés* de certains organismes désignés ainsi que des personnes qui reçoivent des prestations de retraite en fonction de leurs services avec les organismes ci-haut mentionnés.

L'adhésion au Régime est facultative, sauf indication contraire. Les individus qui rencontrent les critères d'admissibilité et qui désirent adhérer au Régime ou modifier leur participation doivent soumettre soit une demande électronique sécurisée en utilisant les Applications Web de la rémunération (voir 'Plus d'information' pour l'adresse web), ou soumettre une demande papier disponible en ligne à <http://www.rssfp.ca/formulaires-et-documents.aspx>. Autrement, ils peuvent contacter le bureau des services de rémunération ou le bureau des pensions. Cette exigence s'applique à tous les *membres*.

Pour toute question d'admissibilité ou pour obtenir les formulaires appropriés, les *membres* doivent s'adresser au bureau des services de rémunération ou au bureau des pensions.

ADHÉSION PRÉALABLE

Une fois que la demande d'adhésion au Régime aura été acceptée, un *membre* recevra un numéro de certificat et il devra effectuer l'adhésion préalable, une étape obligatoire pour se prévaloir des avantages du RSSFP. Pour ce faire, un *membre* fournit des renseignements à son sujet et au sujet de ses *personnes à charge* admissibles afin de permettre à la *Sun Life* de créer son dossier et de traiter ses demandes.

Pour effectuer l'adhésion préalable

Un *membre* doit aller sur le site www.sunlife.ca/rssfp :

- cliquer sur 'Nouveau membre du Régime' ; et
- compléter le formulaire en ligne

En complétant l'adhésion préalable, le *membre* autorise la *Sun Life* à utiliser ses renseignements personnels pour traiter leurs demandes de règlement.

Pour mettre à jour l'adhésion préalable (p. exemple, pour ajouter une ou plusieurs *personnes à charge* ou pour modifier les renseignements relatifs à la coordination des prestations), le *membre* peut apporter les modifications voulues en ligne ou en soumettant un Formulaire de modification de l'adhésion préalable à la *Sun Life*. Le *membre* est tenu responsable de modifier les renseignements sur l'adhésion préalable qu'il a fourni si sa situation ou celle d'une *personne à sa charge* change (par exemple, mariage ou naissance d'un enfant).

Comment utiliser la carte de prestations du RSSFP

Une fois l'adhésion préalable effectuée, le *membre* peut utiliser sa carte de prestations dans les pharmacies participantes afin que ses demandes de règlement pour des médicaments sur ordonnance et certaines fournitures médicales soient traitées électroniquement au point de vente.

Lorsqu'un *membre* présente sa carte de prestations du RSSFP, la pharmacie l'utilise pour transmettre le coût de l'ordonnance à la *Sun Life* pour le traitement de la demande de règlement. La pharmacie transmet la demande au Régime par voie électronique. Une fois que la demande de règlement est traitée, le montant remboursé par le Régime est indiqué sur le reçu de la pharmacie. Le *membre* doit payer la balance restante (20%) des frais admissibles (à moins qu'il bénéficie de la coordination des prestations avec un autre régime). Ceci est appelé la *coassurance*. Le *membre* ne recevra pas un remboursement supplémentaire en soumettant une demande de remboursement papier accompagnée des reçus de pharmacie.

La carte de prestations du RSSFP peut aussi être utilisée lorsque le *membre* est admis à l'*hôpital*. La plupart des *hôpitaux* sont en mesure de soumettre des demandes de règlement pour le *membre* au moyen du numéro de certificat indiqué sur leur carte. En général, l'*hôpital* demandera de signer un formulaire d'autorisation et de payer la portion des frais non admissibles aux termes du Régime. Si l'*hôpital* n'offre pas ce service, le *membre* pourra soumettre à la *Sun Life* une demande de règlement papier accompagnée de la facture des frais de l'*hôpital*.

Les *personnes protégées* âgées de plus de 18 ans peuvent aussi utiliser la carte de prestations du RSSFP. Le *membre* n'a pas besoin d'être présent au moment de l'achat, et une signature n'est pas nécessaire pour que les demandes soient traitées.

Si un *membre* égare sa carte, il peut en imprimer une sur le site www.sunlife.ca/rssfp, ou il peut contacter le centre d'appels du RSSFP de la *Sun Life* pour demander une carte de remplacement en plastique.

DATE DE PRISE D'EFFET DE LA PROTECTION

Adhésion au Régime

Si le bureau des services de rémunération ou le bureau des pensions reçoit la demande dans les 60 jours suivant la date de l'admissibilité, la protection du *membre* prend effet le premier jour du *mois* qui suit la réception de leur formulaire dûment rempli.

Si le *membre* ne demande pas la protection dans les 60 jours suivant la date de son admissibilité, la protection prend effet le premier jour du quatrième *mois* suivant la réception de sa demande à son bureau des services de rémunération ou le bureau des pensions.

Si le *membre* quitte son emploi et qu'il reçoit une prestation de retraite reconnue, versée régulièrement, avec au moins six années de service ouvrant droit à pension (consultez les exceptions dans la section Admissibilité pour les retraités), sa participation au Régime continue automatiquement. Cependant, il doit autoriser par écrit que les contributions requises soient déduites de sa prestation de retraite.

Acquisition d'une personne à charge

Si le *membre* modifie sa protection individuelle à une protection familiale dans les 60 jours suivant la date à laquelle il a pris une nouvelle *personne à charge*, la protection prend effet à cette date.

S'il ne demande pas la protection dans les 60 jours suivant la date à laquelle il a pris une nouvelle *personne à charge*, la protection prend effet le premier jour du quatrième *mois* suivant la réception de sa demande au bureau des services de rémunération ou au bureau des pensions.

Augmentation du niveau de protection aux termes de la garantie-hospitalisation

L'augmentation du niveau de protection aux termes de la garantie-hospitalisation prend effet le premier jour du quatrième *mois* suivant la réception d'une demande dûment remplie au bureau des services de rémunération ou au bureau des pensions du *membre*. La période d'attente de trois *mois* ne s'applique pas quand la présentation de la demande d'augmentation de la protection coïncide avec celle d'une demande pour faire passer de la protection de familiale à individuelle.

La période d'attente de trois *mois* ne s'applique pas quand la demande est reçue dans les 60 jours suivant :

- l'ajout d'une *personne à charge*,
- le début ou la cessation de la protection d'un régime provincial/territorial d'assurance-santé ou vice versa, dans le cas d'un changement de la protection supplémentaire à totale ou vice versa,
- la retraite d'un *employé* et le début de la réception par l'*employé* de ses prestations de retraite reconnues et versées régulièrement,
- l'entrée d'un *membre des FC* ou de la *GRC* ou d'un retraité au service de la fonction publique,
- le début de la réception de prestations de survivant ou pour enfant reconnues et versées régulièrement au survivant ou à un ou des *enfants à charge* d'un *membre* décédé.

FIN DE LA PROTECTION

Un *membre* cesse d'être admissible :

- le jour de sa cessation d'emploi, s'il ne touche pas des prestations de retraite reconnues et versées régulièrement,
- le jour où il devient un *employé* embauché à l'extérieur du Canada,
- le jour où il devient *employé* dans une section de la fonction publique exclue du Régime,
- le jour où il cesse de toucher une pension d'invalidité parce qu'il a recouvré la santé.

Cessation volontaire de la protection

Un *membre* qui désire annuler sa protection du RSSFP doit le demander par écrit à l'*agent désigné*. Ses contributions cessent d'être retenues à la source au plus tard deux *mois* après la réception de cette demande par l'*agent désigné*. La protection continue pendant un *mois* suivant le *mois* de la dernière retenue des contributions. La protection ne peut être annulée rétroactivement.

L'*employé* qui annule sa protection à un moment quelconque pendant qu'il est en congé non payé (CNP) ne peut pas la faire rétablir avant sa rentrée en fonctions. Une période d'attente de trois *mois* lui est alors imposée.

Quand le *membre* annule la protection d'une *personne à charge*, cette protection cesse au plus tard deux *mois* après la réception de sa demande d'annulation par l'*agent désigné*. Les retenues à la source des contributions réduites en proportion commencent le *mois* précédant la date d'effet de la nouvelle protection.

Les retenues à la source ne seront pas remboursées lorsque le *membre* annule la protection d'une *personne à charge*, sauf lors du décès de la *personne à charge* ou lorsque l'*agent désigné* ne fait pas cesser les retenues à la source dans les deux *mois* suivant la réception d'une demande.

Cessation involontaire de la protection

Quand un *membre* cesse d'être un *employé* ou un retraité admissible, si une contribution est retenue à la source dans le *mois* au cours duquel il cesse d'être admissible, sa protection et celle de ses *personnes à charge* continuent jusqu'à la fin du *mois* suivant.

Lorsqu'une des *personnes à charge* du *membre* meurt, ses contributions sont rajustées à partir du *mois* du décès à condition que le formulaire d'adhésion soit reçu par l'*agent désigné* dans les 60 jours suivant celui-ci. Si la demande est reçue par l'*agent désigné* plus de 60 jours après, les contributions sont rajustées à partir du 1^{er} du *mois* suivant sa réception.

CONTRIBUTIONS

Le Régime est financé par les contributions du Conseil du Trésor du Canada, des employeurs participants et des *membres*. Lorsqu'elles sont requises, les contributions mensuelles des *membres* sont payables un *mois* à l'avance de la date d'entrée en vigueur de la protection. Elles sont retenues à la source soit du salaire, d'une pension reconnue, d'une prestation de retraite payable à un survivant ou d'une allocation à un enfant, selon l'autorisation écrite du *membre*, ou dans le cas du groupe client des Anciens Combattants Canada, à même le compte bancaire du *membre*.

Les *membres* seront informés de tout changement éventuel aux taux de contributions. Ils doivent s'assurer que le montant mensuel de contribution retenu de leur salaire ou de leur pension reflète bien la protection qu'ils ont choisie et qui rencontre toujours leurs besoins.

Un *membre* encore à l'emploi quitte en congé saisonnier peut maintenir sa protection et celle de ses *personnes à charge* en versant les contributions exigibles à l'avance au bureau des services de rémunération, par chèque ou mandat à l'ordre du Receveur général du Canada. Avant de partir en congé, le *membre* doit communiquer avec le bureau des services de rémunération concernant les exigences de verser des contributions pour assurer le maintien de sa protection.

CONTRIBUTIONS POUR LES MEMBRES RETRAITÉS

Le 1er avril 2015, les taux de contribution mensuels qui s'appliquent aux membres retraités du RSSFP bénéficiant de la protection supplémentaire ont été modifiés de façon graduelle sur une période de quatre ans d'un modèle de partage des coûts de 25:75 à un modèle de 50:50.

Toutefois, un *membre* qui a pris sa retraite avant le 31 mars 2015 et qui reçoit des prestations du Supplément de revenu garanti (SRG), ou dont son revenu net (individuel ou combiné à celui de son *conjoint* tel qu'il est indiqué sur son avis de contribution, est inférieur au seuil applicable du SRG établi en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*, peut faire une demande pour conserver le modèle de partage des coûts de 25:75. Les seuils applicables au SRG en vigueur à ce jour sont accessibles sur le site web de Service Canada : www.service-canada.gc.ca/fra/services/pensions/sv/paiements/index.shtml.

Le *membre* qui croit être admissible doit remplir le formulaire de demande au titre de la disposition d'allègement du RSSFP et doit l'envoyer au bureau des pensions. Ce formulaire est accessible en ligne au www.rssfpc.ca/formulaires-et-documents. Un *membre* peut également obtenir une copie papier en appelant au 1-855-383-0879. Les *membres* qui font partie des Forces canadiennes ou qui sont membres du groupe client des Anciens Combattants Canada peuvent appeler au 1-800-267-6542.

CONTRIBUTIONS POUR LES MEMBRES EN CONGÉ NON PAYÉ

La protection aux termes du Régime se poursuit pendant que l'*employé* est en congé non payé (CNP) à moins que celui-ci ne précise, par un avis écrit, qu'il choisit de ne pas participer au Régime pendant la période du CNP. Si un tel avis est fourni, la protection sera annulée à compter du *mois* suivant le *mois* au cours duquel l'*agent désigné* a reçu l'avis. La protection reprendra à compter du premier jour du *mois* suivant le retour à l'emploi.

Un *membre* qui est en CNP et qui n'indique pas qu'il ne participera pas au RSSFP pour la période de CNP devra choisir l'une des options suivantes :

- verser les contributions requises à l'avance,
- verser les contributions dues de la manière déterminée par l'employeur, à la fin du CNP (le remboursement peut être effectué en versements sur la même durée du CNP ou sous forme d'un versement unique).

L'*employé* qui n'a pas choisi de verser les contributions requises à l'avance sera réputé avoir choisi de verser les contributions rétroactivement dès la fin de son CNP.

Dans ces pages, chaque fois qu'il est question de congé non payé, il faut partir du principe que ce congé a été dûment autorisé par l'employeur.

PROTECTIONS OFFERTES

PROTECTION SUPPLÉMENTAIRE

Cette protection est offerte aux *membres* et à leurs *personnes à charge* admissibles protégés par un régime d'assurance-santé provincial/territorial. En général, la protection du RSSFP s'ajoute à celle du régime provincial/territorial dans la province ou le territoire de résidence du *membre*.

La protection offerte comprend :

- la garantie-maladie complémentaire,
- la garantie-hospitalisation.

PROTECTION TOTALE

Cette protection est offerte aux *membres* et à leurs *personnes à charge* admissibles protégés qui habitent avec lui à l'extérieur du Canada qui ne sont pas protégés par un régime d'assurance-santé provincial/territorial ou par un régime d'assurance hospitalisation non gouvernemental. La personne bénéficiant de la protection totale continue d'en bénéficier après son retour au Canada jusqu'à ce qu'elle devienne admissible à la protection d'un régime d'assurance-santé provincial/territorial.

La protection offerte comprend :

- la garantie-maladie complémentaire, sauf pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province, car cette portion de la garantie n'est pas offerte avec la protection totale,
- la garantie-hospitalisation,
- la garantie-maladie de base,
- la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada). Cette garantie n'est pas offerte aux retraités.

Note : Les *employés* résidant à l'extérieur du Canada (par ex. aux États-Unis), mais qui travaillent au Canada ne sont pas admissibles à la protection totale.

Employés, membres des FC ou de la GRC en poste à l'extérieur du Canada

Les *membres* qui appartiennent à cette catégorie sont exigés par leur employeur de participer à la garantie totale. Ils doivent obtenir la même garantie totale pour leur *conjoint* et tout *enfant à charge* admissible habitant avec eux à l'extérieur du Canada.

Ils peuvent aussi demander la protection sous le Régime pour certaines personnes, autres qu'un *conjoint* ou qu'un *enfant à charge* admissible, qui résident avec eux et qui sont financièrement à leur charge. Si ces dispositions les intéressent, ils devraient consulter leur bureau des services de rémunération.

Les *membres* seront protégés sous la garantie-maladie complémentaire (sauf pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province), la garantie-maladie de base, la garantie-hospitalisation de Niveau I et la garantie hospitalisation (à l'extérieur du Canada).

Les *membres* peuvent également demander la protection offerte aux termes de la garantie-hospitalisation de Niveau II ou III.

Employés, membres des FC ou de la GRC prêtés pour une affectation dans une organisation internationale ou en congé non payé autorisé pour études à l'étranger

Les *membres* qui appartiennent à l'une de ces catégories sont admissibles à la protection offerte aux termes de la garantie totale. S'ils présentent une demande, ils obtiendront une garantie qui comprend la garantie-maladie complémentaire (sauf pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province), la garantie-maladie de base, la garantie-hospitalisation (Niveau I), et la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada).

Les *membres* peuvent également demander la protection offerte aux termes de la garantie-hospitalisation de Niveau II ou III.

Personnes pensionnées domiciliées à l'extérieur du Canada

Si, à titre de personne pensionnée, les *membres* demeurent à l'extérieur du Canada et sont exclues d'un régime d'assurance-santé provincial/territorial, ils sont admissibles à la protection offerte aux termes de la garantie totale. S'ils présentent une demande, ils obtiendront une garantie qui comprend la garantie-maladie complémentaire (sauf pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province), la garantie-maladie de base et la garantie-hospitalisation (Niveau I).

Note : Il est important de prendre note que la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada) n'est pas offerte aux personnes pensionnées résidant à l'extérieur du Canada.

Les *membres* peuvent également demander la protection offerte aux termes de la garantie-hospitalisation de Niveau II ou III.

ADMISSIBILITÉ AUX PROTECTIONS

L'admissibilité aux protections dépend de la résidence du *membre* et le fait d'être protégé ou non sous un régime d'assurance-santé gouvernemental.

Si l'individu est employé ou personne à charge d'un membre des FC ou de la GRC, ou un membre du groupe client des Anciens Combattants Canada qui réside au Canada, avec protection d'un régime d'assurance-santé gouvernemental...

Un *membre* est admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-maladie complémentaire et garantie-hospitalisation (Niveau I)
- Garantie-hospitalisation (Niveaux II et III)

Cependant, il n'est pas admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-maladie de base
- Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

Si l'individu est employé ou personne à charge d'un membre des FC ou de la GRC qui est affecté à l'étranger ...

Un *membre* doit souscrire aux protections de la ...

- Garantie-maladie complémentaire et garantie-hospitalisation (Niveau I)
 - il **n'est pas** admissible à cette garantie pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province
- Garantie-maladie de base
- Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

Il n'est pas admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-hospitalisation (Niveaux II et III)

Si l'individu est employé ou personne à charge d'un membre des FC ou de la GRC qui est prêté pour une affectation dans une organisation internationale ...

Un *membre* est admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-maladie complémentaire et garantie-hospitalisation (Niveau I)
 - il **n'est pas** admissible à cette garantie pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province
- Garantie-hospitalisation (Niveaux II et III)
- Garantie-maladie de base
- Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

Si l'individu est employé ou personne à charge d'un membre des FC ou de la GRC qui est en congé non payé autorisé pour études à l'étranger ...

Un *membre* est admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-maladie complémentaire et garantie-hospitalisation (Niveau I)
 - il **n'est pas** admissible à cette garantie pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province
- Garantie-hospitalisation (Niveaux II et III)
- Garantie-maladie de base
- Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

Si l'individu est employé ou personne à charge d'un membre des FC ou de la GRC qui est en congé non payé autorisé à l'étranger avec protection d'un régime d'assurance-santé gouvernemental ...

Un *membre* est admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-maladie complémentaire et garantie-hospitalisation (Niveau I)
- Garantie-hospitalisation (Niveaux II et III)

Cependant, il n'est pas admissible à bénéficier de la...

- Garantie-maladie de base
- Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

Si l'individu est un retraité qui réside au Canada, avec protection d'un régime d'assurance-santé gouvernemental ...

Un *membre* est admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-maladie complémentaire et garantie-hospitalisation (Niveau I)
- Garantie-hospitalisation (Niveaux II et III)

Cependant, il n'est pas admissible à bénéficier de la...

- Garantie-maladie de base
- Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

Si l'individu est un retraité qui réside à l'étranger et qui n'a par conséquent pas d'assurance-santé gouvernementale ...

Un *membre* est admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-maladie complémentaire et garantie-hospitalisation (Niveau I)
 - il **n'est pas** admissible à cette garantie pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province
- Garantie-hospitalisation (Niveaux II et III)
- Garantie-maladie de base

Cependant, il n'est pas admissible à bénéficier de la...

- Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

A l'intention des retraités

La garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada) qui prévoit le remboursement des frais de salle ordinaire et d'autres frais d'hospitalisation, **n'est pas** offerte aux personnes pensionnées résidant à l'extérieur du Canada. Ils doivent faire leur propre démarche pour obtenir ce complément de protection auprès d'un autre assureur.

ADMISSIBILITÉ POUR LES RETRAITÉS

Pour être admissible à la protection du RSSFP à titre de membre retraité, les candidats doivent recevoir des prestations de retraite sur une base continue en vertu de l'une des lois mentionnées à l'Annexe IV du Régime et il faut avoir accumulé au moins six années de service ouvrant droit à pension. Le service ouvrant droit à pension représente les années de service complètes ou partielles inscrites au crédit à la retraite de l'*employé* et il est utilisé pour calculer les prestations auxquelles il a droit. L'ensemble de service ouvrant droit à pension est :

- la somme des périodes de service courant,
- des périodes de service rachetées, et
- des périodes de service transférées au moyen d'un accord de transfert de pension.

Le minimum de six années de service ouvrant droit à pension ne s'appliquera pas si :

- l'individu est devenu membre retraité au titre du RSSFP avant le 1er avril 2015,
- l'individu a eu droit à des prestations de pension différée immédiatement avant le 1er avril 2015,
- l'individu reçoit des prestations de retraite continues pour cause d'invalidité,
- l'individu est le survivant d'un *membre* du Régime ou d'un *employé* qui était admissible au Régime au moment de son décès et il reçoit une rente de survivant (même si le *membre* n'avait pas accumulé six années de service),
- l'individu est admissible à des prestations de retraite continues mais il n'est plus au service de la fonction publique fédérale à la suite d'un réaménagement des effectifs,
- l'individu est membre du groupe client des Anciens Combattants Canada ou survivant d'un membre de ce groupe,
- l'individu a droit à des prestations de retraite (en tant que retraité ou survivant) en vertu de la *Loi sur les juges*, de la *Loi sur le gouverneur général* ou de la *Loi sur la pension de retraite des lieutenant-gouverneurs*.

EXCLUSIONS ET LIMITATIONS GÉNÉRALES

Aucune prestation n'est payée pour les frais engagés à l'égard :

- des services pour lesquels des prestations sont payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi ou règlement analogues, ou par un organisme gouvernemental,
- des services rendus ou des articles ou produits prescrits par une personne résidant habituellement au domicile de la personne malade ou liée à cette dernière par le sang ou le mariage,

- des services ou des articles ou produits réservés à des fins cosmétiques ou pour une difformité qui ne peut nuire à la santé, sauf s'ils s'imposent par suite d'une blessure accidentelle,
- des articles ou produits ou des services habituellement offerts gratuitement,
- des services rendus relativement aux examens médicaux exigés pour souscrire une assurance ou s'inscrire à une école, à un camp ou à une association, pour obtenir un emploi ou un passeport ou pour toute autre raison semblable,
- des services dispensés par un *médecin* diplômé pratiquant au Canada à une *personne protégée* admissible à un régime d'assurance santé provincial/territorial, sauf lorsque ces services sont expressément prévus dans les Dispositions du Régime,
- des produits ou des traitements expérimentaux dont aucun examen clinique objectif ne prouve la sécurité ou l'efficacité pour l'usage recommandé, ni les conditions dans lesquelles ils doivent être utilisés, de l'avis de l'*administrateur*,
- des services ou des produits qui ne sont pas légalement assurables,
- de la portion des frais remboursables aux termes d'un régime provincial/territorial d'assurance-santé ou d'assurance-médicaments, ou encore d'un programme parrainé par le gouvernement d'une province ou d'un territoire, que la *personne protégée* participe ou non à ces régimes ou à ce programme,
- de la portion des frais engagés pour des services rendus ou des articles ou produits fournis par un *hôpital* à l'extérieur du Canada qui seraient habituellement remboursables aux termes d'un régime provincial/territorial d'assurance-santé ou d'assurance-hospitalisation si ces services ou articles ou produits avaient été fournis par un *hôpital* au Canada. Cette restriction ne s'applique pas aux frais admissibles aux termes de la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada) et de la garantie-maladie complémentaire pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province
- de la portion des frais qui relèvent de la responsabilité juridique d'un tiers,
- des exclusions précisées pour chaque garantie offerte par le RSSFP.

GARANTIE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Cette garantie a pour but d'assurer la protection de services et de produits ou articles précis qui ne sont pas remboursables aux termes des régimes d'assurance-santé provinciaux/territoriaux ou, dans le cas des *membres* habitant à l'extérieur du Canada, qui ne le sont pas à ceux de la garantie-maladie de base du RSSFP.

Tous les *membres* au RSSFP sont protégés par la garantie-maladie complémentaire, sauf ceux qui souscrivent une protection totale, alors que ces derniers ne sont pas admissibles à la garantie-maladie complémentaire pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province.

La garantie-maladie complémentaire offre les prestations suivantes :

- frais de médicaments
- soins de la vue
- professionnels de la santé
- frais divers
- soins dentaires
- frais engagés à l'extérieur de la province (seulement pour les *membres* bénéficiant de la protection supplémentaire)
 - garantie-voyage d'urgence
 - garantie assistance voyage d'urgence
 - services rendus sur recommandation

Certaines de ces prestations peuvent être calculées compte tenu des *frais habituels et raisonnables* ainsi que de certaines limites précisées dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**. La *coassurance* s'applique dans tous les cas, sauf indication contraire.

Avant d'engager des frais

Il est conseillé de communiquer avec l'*administrateur* avant d'engager des frais pour des traitements, appareils ou articles médicaux coûteux. Dans ces cas, l'*administrateur* peut confirmer aux *membres* s'il s'agit de frais admissibles ou leur indiquer les renseignements particuliers dont ils auront besoin plus tard pour traiter leur demande de règlement.

À titre d'exemple, les *membres* devraient consulter l'*administrateur* avant d'engager des frais pour les soins ou les articles suivants :

- services d'*infirmières* ou d'*infirmiers* en service privé,
- *appareils durables* comme un lit d'hôpital, des appareils de levage, fauteuils roulants, etc.,
- services rendus à l'extérieur de la province sur recommandation d'un *médecin*,
- membres artificiels temporaires ou permanents,
- traitement de fécondation in vitro.

FRAIS DE MÉDICAMENTS

Pour être admissibles, les frais doivent être :

- *habituels et raisonnables*,
- prescrits par un *médecin*, un *dentiste* ou tout autre professionnel de la santé qualifié si la législation provinciale/territoriale applicable les autorise à prescrire les médicaments,
- dispensés par un *pharmacien* ou un *médecin*.

Frais admissibles

Les frais admissibles sont engagés pour :

- les médicaments qui figurent à la partie Monographies de l'édition courante du *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques* à titre de narcotiques, de médicaments contrôlés ou de médicaments d'ordonnance, sauf ceux qui figurent sous la rubrique Exclusions ci-dessous,
- les médicaments essentiels à la vie qu'on peut obtenir sans ordonnance et qui figurent à l'Annexe VII du Document du Régime,
- les substances nutritives thérapeutiques de remplacement prescrites par un *médecin* spécialiste reconnu pour le traitement d'une blessure ou d'une maladie autre qu'une allergie ou des maux liés à des soins de nature esthétique, lorsque le *membre* ou la *personne protégée* ne peut absorber aucune autre substance pour assurer sa survie,
- les médicaments injectés, y compris les sérums anti-allergiques, administrés par injection,
- les prescriptions composées, quels que soient leurs ingrédients actifs,
- les vitamines et les minéraux prescrits pour le traitement d'une *maladie chronique* conformément à la pratique habituelle de la médecine, pourvu que ces produits aient une valeur thérapeutique reconnue et qu'aucune autre possibilité ne s'offre au patient,
- les appareils d'administration de médicaments contre l'asthme qui font partie intégrante du produit et sont approuvés par l'*administrateur*,
- les aérochambres avec masques pour l'administration de médicaments contre l'asthme,
- les formules spécialisées pour nourrissons ayant une intolérance confirmée aux protéines tant bovines que de soja, pourvu que le *médecin* traitant confirme par écrit que le patient ne peut tolérer aucune autre formule ni aucun autre substitut alimentaire,
- les aides de sevrage du tabac, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums précisés dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**.

Protection pour médicaments onéreux

La protection pour médicaments onéreux protège les *membres* qui engagent des coûts de médicaments élevés au cours d'une *année civile*. Aux termes de cette protection, les frais des médicaments admissibles engagés au cours d'une *année civile* sont remboursés à 80 % jusqu'à ce que le *membre* atteigne le seuil de 3 000 \$ de dépenses payées de sa poche au cours d'une même *année civile*. Les frais de médicaments admissibles engagés au cours d'une même *année civile* qui dépassent ce seuil sont remboursés à 100 %.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les médicaments qui, de l'avis de l'*administrateur*, sont expérimentaux,
- les articles ou produits faisant l'objet de publicité qui, selon l'*administrateur*, constituent des remèdes traditionnels,
- les contraceptifs autres qu'oraux,
- les vitamines, ainsi que les minéraux et suppléments protéiques, sauf les frais admissibles déjà précisés,
- substances nutritives thérapeutiques autres que celles qui seraient considérées comme assimilées aux frais admissibles déjà précisés,
- les produits nécessaires à une diète et les suppléments pour diète, aliments pour bébé et succédanés de sucre et de sel, autres que les frais admissibles déjà précisés,
- les pastilles, rince-bouche, shampoings non médicamenteux, produits pour l'entretien des lentilles cornéennes, nettoyeurs pour la peau, protecteurs pour la peau ou émoulinants,
- les médicaments utilisés à des fins cosmétiques,
- les médicaments utilisés à l'égard de troubles pour lesquels leur utilisation n'est pas recommandée par le fabricant,
- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions précisées dans la liste des Exclusions et limitations générales,
- les frais remboursables par un régime d'assurance-médicaments provincial/territorial, que la *personne protégée* y participe ou pas.

SOINS DE LA VUE

Frais admissibles

Les frais admissibles sont les *frais habituels et raisonnables* pour :

- les examens de la vue par un *optométriste*, sous réserve du maximum admissible précisé dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**,
- les lunettes et lentilles cornéennes (y compris leur réparation), pourvu qu'elles soient nécessaires à la correction de la vue et achetées sur ordonnance d'un *ophtalmologiste* ou d'un *optométriste*, sous réserve du maximum prévu à l'**Aperçu des frais admissibles maximums**,
- le premier achat de lentilles intraoculaires, de lunettes ou de lentilles cornéennes, qui sont nécessaires à la correction de la vue et qui sont requises s'il s'impose directement par suite d'une opération ou d'un accident, quand l'achat est effectué dans les six *mois* dudit

accident ou opération. Il n'y a aucun maximum admissible, sauf les *frais habituels et raisonnables*, et le délai de six *mois* peut être prolongé si, de l'avis de l'*administrateur*, l'achat ne pouvait pas être effectué avant son expiration,

- une chirurgie oculaire au laser servant à corriger la vue, sous réserve du maximum admissible précisé dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums** par personne couverte au titre du Régime, et non par œil ou par soin. Les soins doivent être fournis par un *ophtalmologiste*. Une ordonnance du *médecin* n'est pas requise par le Régime. La chirurgie pour traiter les cataractes est exclue dans cette disposition du Régime,
- les yeux artificiels et leurs remplacements, sauf :
 - dans les 60 *mois* de l'achat le plus récent, dans le cas d'un *membre* ou d'une *personne à charge* de plus de 21 ans,
 - dans les 12 *mois* de l'achat le plus récent, dans le cas d'une *personne à charge* de moins de 21 ans, à moins qu'il soit médicalement prouvé que la croissance ou le rétrécissement des tissus environnants exigent le remplacement de la prothèse existante.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions énumérées à la liste des Exclusions et limitations générales.

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Les frais admissibles à l'égard des services d'un praticien ne comprennent que les services pour lesquels celui-ci est qualifié et qui nécessitent sa compétence et ses qualifications. En outre, conformément à la réglementation provinciale/territoriale, le praticien doit être inscrit au registre, titulaire d'un permis ou autorisé à pratiquer dans le territoire de la compétence où il dispense ses services.

Frais admissibles

Les frais admissibles sont les *frais habituels et raisonnables* pour :

- les services de *médecins* et les services de laboratoire, quand les frais engagés pour eux ne sont pas admissibles aux termes du régime d'assurance-santé provincial/territorial de la *personne protégée*, alors qu'ils le seraient aux termes d'au moins un autre régime d'assurance-santé provincial/territorial.

Les frais de laboratoire comprennent les services qui, lorsqu'ils sont ordonnés par un *médecin* et exécutés sous sa direction, génèrent de l'information utilisée pour le diagnostic ou pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure. Ces services comprennent notamment, mais pas exclusivement, l'analyse du sang ou d'autres liquides organiques, la pathologie clinique, la radiologie, les ultrasons, etc.

Lorsqu'une seule province ou territoire rembourse les frais d'un service donné et qu'elle cesse d'offrir cette protection, le Comité des partenaires étudie la question pour décider s'il devrait aussi mettre fin à la protection aux termes du Régime. Les demandes de remboursement pour les services de ce genre présentées après la cessation de la protection provinciale/territoriale sont conservées par l'*administrateur* jusqu'à ce que le Comité des partenaires se soit prononcé.

Quand une province ou un territoire commence à rembourser les frais engagés pour un service donné, les demandes de remboursement pour ce service sont retenues par l'*administrateur* jusqu'à ce que le Comité des partenaires ait pu déterminer s'il devrait être assuré dans les autres provinces et territoires.

- les traitements d'acupuncture dispensés par un *médecin*,
 - les services d'une *infirmière* ou d'un *infirmier* en service privé, diplômé d'une école reconnue et dispensant ces services prescrits par un *médecin* dans la résidence privée du patient, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums précisés dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**. L'ordonnance de ces services est valable pour un an, sauf indication contraire de l'*administrateur*,
 - les services des professionnels de la santé suivants, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums précisés pour chacun d'entre eux dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums** :
 - un *physiothérapeute* (l'ordonnance* est valable pour un an),
 - un *massothérapeute* (l'ordonnance* est valable pour un an),
 - un *orthophoniste* (l'ordonnance* est valable pour un an),
 - un *psychologue* (l'ordonnance* est valable pour un an),
 - un *travailleur social* en poste isolé seulement si aucun *psychologue* ne pratique dans ce poste isolé (l'ordonnance* est valable pour un an),
 - un *chiropraticien*,
 - un *ostéopathe*,
 - un *naturopathe*,
 - un *podiatre* ou un *chiropodiste*,
 - un *électrolyste** ou un *médecin* offrant des traitements d'électrolyse, avec des services limités :
 - ◆ au traitement pour l'épilation des parties exposées du visage et du cou, si le patient souffre d'un traumatisme émotif grave à cause de cet état;
 - ◆ quand les services sont dispensés par un *électrolyste*, un *psychiatre* ou un *psychologue* doit attester que le patient souffre d'un traumatisme émotif grave à cause de son état,
 - ◆ l'ordonnance est valable pour trois ans.
- *nécessite l'ordonnance d'un *médecin*.
- les frais d'utilisation des services paramédicaux imposés par le gouvernement dans le cadre du régime d'assurance-santé provincial/territorial de la province ou du territoire de résidence de la *personne protégée*, si la loi autorise le remboursement de ces frais,
 - le dosage de l'antigène spécifique prostatique (ASP) pour le suivi de l'évolution d'un cancer dépisté.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions figurant à la liste des Exclusions et limitations générales,
- les frais engagés pour les fournitures chirurgicales et les aides diagnostiques,
- le dosage de l'antigène spécifique prostatique (ASP) pour le dépistage du cancer,
- les dépenses encourues pour les services infirmiers dispensés par le personnel *infirmier* salarié d'un établissement où réside le *membre* ou une *personne à sa charge*.

FRAIS DIVERS

Pour que les frais soient admissibles, ils doivent être :

- *habituels et raisonnables*,
- prescrits par un *médecin*, à moins d'indication contraire.

Frais admissibles

Les frais admissibles sont engagés pour :

- le transport terrestre d'urgence du patient par un service d'ambulance autorisé jusqu'à l'*hôpital* le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour donner le traitement qui s'impose si l'état du patient ne permet pas l'utilisation d'autres moyens de transport, quand il est médicalement nécessaire de le transporter,
- le transport d'urgence du patient par ambulance aérienne jusqu'à l'*hôpital* le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour donner le traitement qui s'impose lorsque l'état du patient ne permet pas l'utilisation d'autres moyens de transport,
- les chaussures orthopédiques faisant partie intégrante d'un appareil orthopédique ou faites spécialement pour le patient, y compris la modification de ces chaussures, pourvu que leur acquisition et leur modification aient été prescrites par un *médecin* ou un *podiatre*, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums dans une *année civile*, tels qu'établis dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**. L'ordonnance est valable pour un an,
- l'acquisition et la réparation d'orthèses prescrites par écrit par un *médecin* ou un *podiatre*, avec un maximum d'une paire par *année civile*. L'ordonnance est valable pour trois ans,
- l'achat ou la réparation de prothèses auditives, à l'exception des piles, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums équivalant au moindre des deux montants suivants :
 - le total des frais, moins le coût de toutes les demandes de remboursement d'appareils auditifs admissibles présentées au cours des cinq années précédentes,
 - le maximum précisé dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**,
- l'achat initial de prothèses auditives, s'il s'impose directement par suite d'une opération ou d'un accident, quand l'achat est effectué dans les six *mois* dudit accident ou opération. La seule limite est celle des *frais habituels et raisonnables* et le délai de six *mois* peut être prolongé si, de l'avis de l'*administrateur*, l'achat ne pouvait pas être effectué dans le délai prescrit,
- les béquilles, les attelles, les minerves, les plâtres et les colliers cervicaux,

- l'achat et la réparation des supports orthopédiques de métal ou de plastique rigide ou d'autres matériaux rigides qui, de l'avis de l'*administrateur* du Régime, offrent un niveau comparable de support, exception faite des appareils d'orthodontie et des articles pour usage essentiellement athlétique,
- les soutiens-gorge orthopédiques, jusqu'à concurrence des frais admissibles précisés dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**,
- les prothèses mammaires nécessaires à la suite d'une mastectomie et leur remplacement après un délai minimum de 24 *mois*,
- les perruques quand le patient a perdu tous ses cheveux à la suite d'une maladie, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums précisés dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**,
- les nécessaires à colostomie, iliostomie et trachéotomie,
- les sondes et sacs collecteurs pour patients incontinents, paraplégiques ou quadriplégiques,
- les membres artificiels temporaires,
- les membres artificiels permanents pour remplacer les temporaires et le remplacement des premiers, après un délai :
 - de 60 *mois* à compter de l'achat le plus récent d'une prothèse, dans le cas d'un *membre* ou d'une *personne à charge* de plus de 21 ans,
 - de 12 *mois* après l'achat le plus récent d'une prothèse, dans le cas d'une *personne à charge* de moins de 21 ans,
 à moins qu'il soit médicalement prouvé que le remplacement de la prothèse existante s'impose à cause de la croissance ou du rétrécissement des tissus voisins,
- l'oxygène et son administration,
- les aiguilles, seringues et aides chimiques ou diagnostiques pour le traitement du diabète, sauf que les aiguilles et les seringues ne sont pas admissibles pour la période de 36 *mois* suivant la date d'achat d'un pistolet injecteur d'insuline,
- un pistolet injecteur d'insuline pour les diabétiques insulino-dépendants, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums précisés dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**,
- les pompes à insuline et les accessoires complémentaires pour les diabétiques insulino-dépendants, lorsqu'ils leur sont prescrits par un *médecin* attaché à un centre reconnu de traitement du diabète d'un établissement universitaire canadien, à l'exclusion des réparations ou du remplacement de ces appareils durant la période de 60 *mois* suivant la date de leur achat,
- les moniteurs de mesure du glucose pour les diabétiques insulino-dépendants et non-insulino-dépendants, si ceux-ci sont aveugles au sens de la loi ou daltoniens, à l'exclusion de leur réparation ou de leur remplacement durant la période de 60 *mois* suivant la date de leur achat,
- la location ou, au choix de l'*administrateur*, l'achat d'*appareils durables* rentables :
 - fabriqués spécialement pour un usage médical,
 - destinés à être utilisés à la résidence privée du patient,

- dont le coût et la valeur clinique sont approuvés par l'*administrateur*,
- considérés comme médicalement nécessaires, et
- utilisés soit pour des soins comprenant notamment, mais pas exclusivement :

les appareils pour mouvements physiques comme des :

- ◆ déambulateurs — limite de un tous les cinq ans, avec des frais admissibles maximums correspondant au coût de l'appareil moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des cinq années précédentes,
- ◆ soulève-malade — limite de un à vie, avec des frais admissibles maximums correspondant au coût de l'appareil, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil avant l'achat,
- ◆ fauteuils roulants — limite de un tous les cinq ans, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des cinq années précédentes,

les appareils d'appui et de repos comme des :

- ◆ lits d'hôpital — limite de un à vie, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles à l'égard d'un tel appareil avant l'achat,
- ◆ coussins pour fauteuil roulant — limite de un tous les 12 *mois*, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des 12 *mois* précédents,
- ◆ matelas thérapeutiques — limite de un tous les cinq ans, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des cinq années précédentes,

les appareils de détection comme des :

- ◆ moniteurs d'apnée — limite de un à vie, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil avant l'achat,
- ◆ moniteurs d'énurésie — limite de un à vie, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil avant l'achat,

- soit pour des **traitements** comprenant notamment, mais pas exclusivement :

les appareils d'appui mécanique et thérapeutique comme des :

- ◆ neurostimulateurs (électriques) transcutanés — limite de un tous les dix ans, avec des frais admissibles maximum correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des dix années précédentes,
- ◆ ensembles à traction — limite de un à vie, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil avant l'achat,

- ◆ pompes à perfusion — limite de un tous les cinq ans, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des cinq années précédentes,
- ◆ appareils à compression intermittente périphérique (lymphapress) — limite de un à vie, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil avant l'achat,

les appareils et réparation d'appui aérothérapeutique comme des :

- ◆ appareils de ventilation spontanée en pression positive continue CPAP, BiPAP et appareils dentaires assimilés (quand le patient ne peut tolérer un CPAP ou un BiPAP) — limite de un tous les cinq ans,
- ◆ compresseurs — limite de un tous les cinq ans,
- ◆ brumisateurs (Maximist) — limite de un tous les cinq ans
- ◆ pièces de rechange, réparation et entretien pour les appareils d'appui aérothérapeutique – jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums par *année civile* précisés dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**, (à l'exception des batteries et produits nettoyants)

Le remboursement des frais associés aux *appareils durables* est limité au coût d'achat de l'équipement non motorisé, sauf s'il est médicalement prouvé que le patient a besoin d'un équipement motorisé.

- les bandages et pansements chirurgicaux nécessaires au traitement d'une blessure ouverte ou d'un ulcère,
- les bas de contention fabriqués sur mesure pour le patient ou ayant une compression minimale de 30 mmHg,
- les vêtements de contention pour les victimes de brûlures,
- implants pénis.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les articles achetés essentiellement pour usage athlétique,
- les services d'ambulance pour une évacuation médicale admissible aux termes de la garantie-maladie complémentaire des frais admissibles engagés à l'extérieur de la province,
- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions figurant à la liste des Exclusions et limitations générales
- les *appareils durables* suivants :
 - accessoires d'un appareil dont les frais sont admissibles,
 - modifications de la résidence du patient (barre, rampe, tapis, ascenseur, etc.),
 - utilisés pour les diagnostics ou la surveillance, à moins d'indications contraires à la partie des frais admissibles,
 - implants, à moins d'indication contraire à la partie des frais admissibles,
 - équipement de sécurité pour salles de bains,
 - climatiseurs,

- les fournitures régulièrement renouvelées associées à un *appareil durable* (autre que les fournitures pour les appareils d'appui aérothérapeutiques tel qu'indiqué sous les frais admissibles),
- les *appareils durables* utilisés pour prévenir une maladie ou une blessure,
- les produits de nettoyage et leurs fournitures ainsi que les garanties prolongées,
- l'utilisation d'un appareil pour un traitement qui, de l'avis de l'*administrateur*, est expérimental du point de vue clinique,
- la portion des frais remboursables par un régime d'assurance-santé provincial/territorial ou un programme parrainé par le gouvernement d'une province ou d'un territoire, que la *personne protégée* participe ou pas à ce régime ou à ce programme.

SOINS DENTAIRES

Traitement à moindre coût

Quand au moins deux traitements possibles pour des opérations buccales ou pour la réparation de blessures accidentelles sont considérés comme acceptables, le Régime rembourse les frais du traitement à moindre coût.

Les frais admissibles s'entendent des *frais habituels et raisonnables* exigés pour les services dispensés suivants et pour les opérations buccales exécutées suivantes par un *dentiste*.

Blessure accidentelle

Les services d'un chirurgien-dentiste et les frais de prothèses dentaires nécessaires pour le traitement d'une fracture à la mâchoire ou de blessures accidentelles aux dents naturelles sont remboursables par le Régime. Pour que les dépenses soient admissibles, la fracture ou la blessure doit avoir été causée par un coup externe, violent et accidentel ou résultent d'un coup autre qu'un accident se produisant pendant que la personne se nettoie les dents, mastique ou mange. Le traitement doit se produire dans les 12 *mois* suivant l'accident ou, dans le cas d'un *enfant à charge* de moins de 17 ans, avant qu'il n'ait atteint l'âge de 18 ans. Il n'est pas nécessaire d'obtenir une ordonnance médicale. Le délai prescrit peut être prolongé si, de l'avis de l'*administrateur*, le traitement ne pouvait pas être dispensé pendant cette période.

Si le *membre* est protégé par le Régime de soins dentaires de la fonction publique, le Régime de soins dentaires des *personnes à charge* des membres de la *GRC*, le Régime de soins dentaires des personnes à charge des *membres des FC* ou le Régime de services dentaires pour les pensionnés, les demandes de règlement des frais engagés pour des blessures accidentelles devraient être soumises d'abord au RSSFP. Par ailleurs, les demandes de règlement des frais engagés pour des opérations buccales devraient d'abord être soumises à l'autre régime. Tous les frais non remboursables par ce régime peuvent faire l'objet d'une demande de règlement au RSSFP.

Opérations buccales

- kystes, lésions, abcès
 - biopsie
 - ◆ lésion du tissu mou
 - ◆ incision
 - ◆ excision
 - ◆ lésion du tissu osseux
 - excision de kystes
 - excision de tissu lésé (lésion bénigne)
 - excision de grenouillette
 - incision et drainage
 - ◆ intra oraux — tissu mou
 - ◆ intra osseux (dans l'os)
 - abcès périodontique
 - ◆ incision et drainage
- traitements gingivaux et alvéolaires
 - alvéoplastie
 - plastie par lambeaux avec curetage
 - plastie par lambeaux avec ostéoplastie
 - plastie par lambeaux avec curetage et ostéoplastie
 - curetage gingival
 - gingivectomie avec ou sans curetage
 - gingivoplastie
- extraction de dents ou de racines
 - extraction d'une dent incluse
 - ablation d'une racine ou d'un corps étranger de la cavité maxillaire
 - résection d'une racine (apicectomie)
 - ◆ dents antérieures
 - ◆ prémolaires
 - ◆ molaires
- traitement des fractures et des dislocations
 - dislocation — articulation temporo-mandibulaire (ou mâchoire)
 - ◆ réduction fermée
 - ◆ réduction ouverte
 - fractures — mandibule
 - ◆ sans réduction
 - ◆ réduction fermée
 - ◆ réduction ouverte
 - fractures — maxillaire ou os molaire
 - ◆ sans réduction
 - ◆ réduction fermée
 - ◆ réduction ouverte
 - ◆ réduction ouverte (complexe)

- autres traitements
 - avulsion de nerf — supra ou infraorbital
 - frénectomie — labiale ou buccale (lèvre ou joue)
 - lingual (langue)
 - fermeture d'une fistule buccosinusale
 - sialolithotomie — simple
 - sialolithotomie — complexe
 - approfondissement du sillon, remodelage de la crête alvéolaire
 - traitement de blessures accidentelles
 - ◆ réparation d'une lacération du tissu mou
 - ◆ débridement, réparation, suture
 - torus (biopsie osseuse)

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions énumérées à la liste des Exclusions et limitations générales,
- les frais de soins dentaires, sauf s'ils sont expressément prévus parmi les frais admissibles aux titres du traitement des blessures accidentelles aux dents naturelles et des opérations buccales.

FRAIS ADMISSIBLES ENGAGÉS À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE

Les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province comprennent :

- la garantie-voyage d'urgence,
- la garantie assistance voyage d'urgence,
- les services rendus sur recommandation.

Seuls les *membres* bénéficiant d'une protection supplémentaire sont admissibles à cette garantie.

Garantie-voyage d'urgence

Le RSSFP garantit à chaque *personne protégée* une protection maximale de 500 000 \$ CAD pour les frais médicaux admissibles engagés par suite d'une urgence pendant un voyage d'agrément ou d'affaires.

Les frais admissibles s'entendent des *frais habituels et raisonnables* en sus du montant payable par un régime d'assurance-santé provincial/territorial, s'ils s'imposent pour le traitement d'urgence d'une blessure ou d'une maladie survenue dans les 40 jours de la date où la *personne protégée* a quitté sa province ou son territoire de résidence.

Frais admissibles

Les frais admissibles sont engagés pour ce qui suit :

- séjour en salle et services hospitaliers complémentaires reçus dans un *hôpital* général,
- services d'un *médecin*,
- prix d'un billet d'avion aller simple, en classe économique, pour que le patient puisse revenir dans sa province ou son territoire de résidence. Le prix d'un billet d'avion est aussi inclus pour le praticien en soins de santé qui doit l'accompagner, au besoin,

- évacuation médicale, y compris le service d'ambulance au besoin, lorsque, de l'avis de l'*administrateur*, les soins nécessaires ne sont pas offerts dans la région où l'urgence s'est produite,
- assistance à la *famille*, jusqu'à un maximum combiné de 2 500 \$ CAD pour une urgence de voyage, calculée de la façon suivante :
 - le maximum payable pour les *enfants à charge* de moins de 16 ans laissés seuls en raison de l'hospitalisation du *membre* ou du *conjoint* protégé par le Régime est le remboursement du coût des billets d'avion en classe économique pour les rapatrier, en les faisant accompagner au besoin,
 - le rapatriement, si un *membre de la famille* est hospitalisé et qu'il est par conséquent incapable de rentrer à la maison sur le vol prévu initialement et doit acheter un autre billet pour le retour. Le coût supplémentaire du vol de retour est remboursable jusqu'à concurrence du coût d'un vol en classe économique,
 - la visite d'un parent, si un *membre de la famille* est hospitalisé pendant plus de sept jours lorsqu'il voyage seul. La protection comprend le remboursement des billets d'avion en classe économique, des repas et de l'hôtel jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour pour le *conjoint*, le père, la mère, l'enfant, le frère ou la sœur du patient, ainsi que le remboursement des frais engagés si un *membre de la famille* doit en identifier un autre décédé, pour que le corps puisse lui être remis,
 - les frais d'hôtel et de repas, jusqu'à concurrence de 150 \$ CAD par jour, si l'hospitalisation d'un *membre de la famille* oblige le *membre* ou une *personne à charge* protégée à prolonger son séjour,
- rapatriement du corps du défunt, en cas du décès d'un *membre de la famille*. Le Régime fait les démarches pour obtenir l'autorisation de le rapatrier dans la province ou le territoire de résidence. Les frais de préparation et de transfert du corps sont remboursés jusqu'à concurrence de 3 000 \$ CAD.

Garantie assistance voyage d'urgence

En cas d'urgence, les *personnes protégées* peuvent accéder à un réseau mondial de professionnels d'assistance médicale, juridique et d'autres secours d'urgence reliés aux voyages. Les lignes téléphoniques sont disponibles 24 heures sur 24 :

- 1-800-667-2883 au Canada et aux États-Unis (sans frais), ou
- (519) 742-1342 dans les autres pays (à frais virés).

Le réseau fournit les services suivants :

- de l'aide pour le transport à l'*hôpital* le plus proche dispensant les soins nécessaires ou pour le retour au Canada,
- des recommandations médicales, une consultation et un suivi,
- les recommandations d'un avocat,
- un service d'interprétation téléphonique,
- un service de messageries pour les *membres de la famille* et les collaborateurs (les messages sont conservés pendant 15 jours),
- le paiement anticipé, au nom du *membre* ou d'une *personne à charge* protégée, des frais hospitaliers et médicaux.

Pour obtenir le paiement anticipé des frais hospitaliers et médicaux, le *membre* doit signer un formulaire autorisant l'*administrateur* à récupérer les paiements du régime d'assurance santé provincial/territorial. Le *membre* doit aussi rembourser à l'*administrateur* tout paiement effectué à son égard en sus du montant admissible au remboursement aux termes du régime d'assurance santé provincial/territorial et du RSSFP.

L'assistance voyage d'urgence n'est pas fournie dans les pays où sévissent des conflits politiques. La liste de ces pays, tenue par l'*administrateur*, change selon la conjoncture mondiale.

Ni l'*administrateur*, ni la compagnie fournisseuse du réseau d'aide ne sont responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats des traitements médicaux dispensés à la *personne protégée* ni de l'impossibilité d'obtenir un traitement médical.

Voyage en service commandé

Les *employés* voyageant en service commandé pour les affaires du gouvernement sont protégés par la garantie-voyage d'urgence et par la garantie assistance voyage d'urgence durant toute la période de leur voyage en service commandé. Bien qu'il n'y ait aucune limite de temps en pareil cas, la protection maximale de 500 000 \$ CAD s'applique.

Services rendus sur recommandation

Les frais suivants sont admissibles aux termes du RSSFP, pourvu qu'ils soient :

- dispensés quand la *personne protégée* quitte sa province ou son territoire de résidence,
- par suite d'une recommandation écrite de son *médecin* traitant dans sa province ou son territoire de résidence,
- pour des services qui ne sont pas offerts dans la province ou le territoire de résidence.

Les frais admissibles à cet égard sont limités aux *frais habituels et raisonnables* en sus du montant payable par un régime d'assurance de santé provincial/territorial, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums précisés dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**, pour :

- le séjour en salle et les services hospitaliers complémentaires reçus dans un *hôpital* général,
- les services d'un *médecin* ou d'un chirurgien,
- les services de laboratoire, y compris ceux qui sont ordonnés par un *médecin* et exécutés sous sa direction et qui génèrent de l'information utilisée pour les diagnostics ou pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure. Ces services comprennent notamment, mais pas exclusivement, l'analyse du sang ou d'autres liquides organiques, la pathologie clinique, la radiologie, les ultrasons, etc.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de la *personne protégée*, s'ils s'imposent pour le traitement d'urgence d'une blessure ou d'une maladie survenue plus de 40 jours après son départ de sa province ou de son territoire de résidence, sauf dans le cas des *membres* qui sont en voyage en service commandé,

- les frais engagés par la *personne protégée* qui réside de façon temporaire ou permanente à l'extérieur du Canada,
- les frais engagés pour le traitement habituel d'une blessure ou d'une maladie dont la *personne protégée* souffrait avant de quitter sa province ou son territoire de résidence,
- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions énumérées à la liste des Exclusions et limitations générales.

GARANTIE HOSPITALISATION

Cette garantie prévoit le remboursement des *frais habituels et raisonnables* jusqu'à concurrence des maximums préétablis pour chaque jour d'hospitalisation et couvre le logement et la pension dans une chambre à deux lits ou à un lit en sus des frais de salle, que le *membre* habite au Canada ou à l'étranger. Il y a toujours un maximum payable pour chaque jour d'hospitalisation, selon le niveau de protection que le *membre* a choisi; ces niveaux sont précisés dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**. Tous les *membres* du RSSFP doivent être protégés à un niveau quelconque de la garantie hospitalisation. C'est une garantie qui ne comporte pas la *coassurance*.

Frais admissibles

Les frais admissibles sont engagés pour :

- pour tout *membre* (sauf un retraité habitant à l'extérieur du Canada), les *frais habituels et raisonnables* pour le logement et la pension dans une chambre à deux lits ou à un lit en sus des frais de salle, jusqu'à concurrence du maximum précisé dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums** préétablis pour chaque jour d'hospitalisation dans un *hôpital* tel que défini par le Régime, sauf les frais hospitaliers dits de *coassurance* ou de participation aux frais.
- pour les retraités résidant à l'extérieur du Canada sont les frais d'hospitalisation jusqu'à concurrence du maximum indiqué dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums** pour chaque jour d'hospitalisation.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions énumérées à la liste des Exclusions et limitations générales,
- les frais de *coassurance* ou autres frais analogues d'hospitalisation dans un *hôpital* tel que défini par le Régime excédant les frais remboursables par un régime d'assurance-santé provincial/territorial ou par un régime d'assurance hospitalisation, autres que ceux prévus à la garantie-hospitalisation,
- les frais personnels, par exemple pour un téléviseur et un téléphone.

GARANTIE-MALADIE DE BASE

Cette garantie fait partie de la protection totale et n'est offerte qu'aux *membres* habitant à l'extérieur du Canada qui ne sont pas protégés par un régime d'assurance-santé provincial/territorial, afin de leur rembourser des services — sauf les services hospitaliers — équivalant dans toute la mesure du possible à ceux auxquels ont accès les personnes habitant au Canada et protégées par un régime d'assurance-santé provincial/territorial. C'est une garantie qui ne comporte pas la *coassurance*.

Les frais admissibles maximums engagés pour ces services sont équivalents à un multiple du montant autrement payable selon le *guide des tarifs* en vigueur en vertu de la loi ontarienne de 1972 sur l'assurance santé le jour où les frais sont engagés. Le multiple en question est précisé dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**.

Frais admissibles

Les frais admissibles comprennent :

- les services d'un *médecin*, notamment :
 - les services d'un *médecin* à la résidence de la *personne protégée*, au cabinet du *médecin* ou dans un *hôpital*,
 - le diagnostic et le traitement d'une maladie ou d'une blessure,
 - un examen médical annuel,
 - le traitement de fractures ou de dislocations,
 - la chirurgie, y compris celle qui, aux États-Unis, est exécutée par un *podiatre* (DPM),
 - l'anesthésie,
 - les radiographies pour fins de diagnostic et de traitement,
 - les soins obstétricaux, y compris les soins prénataux et postnataux,
 - les services de laboratoire et de pathologie clinique ordonnés par un *médecin* et exécutés sous sa direction,
- les services d'un *optométriste*,
- les services d'un *physiothérapeute*,
- les services d'ambulance,
- les services d'un *chiropraticien*, d'un *ostéopathe* ou d'un *podiatre*.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions énumérées à la liste des Exclusions et limitations générales,
- les services dispensés par un *médecin* payé par l'*hôpital*. L'*employé* affecté à l'étranger peut toutefois se faire rembourser ces frais sous à la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada).

GARANTIE HOSPITALISATION (À L'EXTÉRIEUR DU CANADA)

Cette garantie fait partie de la protection totale et est obligatoire pour les *employés* et pour les *membres des FC* et de la *GRC* résidant à l'extérieur du Canada qui ne sont pas admissibles à la protection d'un régime d'assurance santé provincial/territorial, afin qu'ils puissent bénéficier d'une garantie hospitalisation équivalant, dans toute la mesure du possible, à celle des personnes habitant au Canada qui sont protégées par un régime d'assurance santé ou hospitalisation provincial/territorial. Elle n'est toutefois pas offerte aux retraités. La garantie prévoit le remboursement des *frais* d'hospitalisation *habituels et raisonnables* dans un *hôpital* général, un *hôpital* des Forces canadiennes ou un *hôpital* des forces armées d'un pays étranger. Il n'y a pas de *coassurance* dans ce contexte.

Frais admissibles

Les frais admissibles sont les *frais habituels et raisonnables* engagés pour chaque jour d'hospitalisation dans un *hôpital* général, un *hôpital* des Forces canadiennes ou un *hôpital* des forces armées d'un pays étranger.

Les frais admissibles peuvent inclure :

- les frais de salle ordinaire,
- les soins infirmiers nécessaires dispensés par l'*hôpital*,
- les frais de laboratoire, de radiologie et de diagnostic,
- les médicaments prescrits et administrés à l'*hôpital* par un *médecin*,
- l'utilisation de salles d'opération et d'accouchement, ainsi que de fournitures pour anesthésie et chirurgie,
- les services dispensés par toute personne payée par l'*hôpital*,
- le recours à des moyens et des installations de traitement orthophonique prescrits par un *médecin*,
- le recours à des conseils en diététique prescrits par un *médecin*,
- les services en clinique externe fournis par un *hôpital*.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions énumérées à la liste des Exclusions et limitations générales,
- les frais de *coassurance* ou autres frais analogues d'hospitalisation excédant les frais remboursables par un régime d'assurance-santé provincial/territorial ou par un régime d'assurance hospitalisation autres que ceux prévus à la garantie-hospitalisation,
- la personne assurée aux termes d'un régime d'assurance hospitalisation collectif non gouvernemental administré dans un pays étranger et offrant des garanties d'hospitalisation comparables à celles que prévoit la loi ontarienne de 1972 sur l'assurance-santé, telle que modifiée de temps à autre.

APERÇU DES FRAIS ADMISSIBLES MAXIMUMS

Il importe de noter que le montant des frais admissibles maximum multiplié par le taux de remboursement applicable correspond au montant des frais remboursables. Dans le cadre du RSSFP, le remboursement correspond à 80 % des frais admissibles. Par exemple, aux termes de la protection pour les soins de la vue, le maximum des frais admissibles est de 275 \$. Si les dépenses d'un *membre* totalisent 275 \$ ou plus, le Régime pourrait rembourser jusqu'à un maximum de 220 \$, soit 80 % du maximum des frais admissibles.

	FRAIS ADMISSIBLES MAXIMUMS PAR PERSONNE PROTÉGÉE	REMBOURSEMENT
GARANTIE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE		
Frais de médicaments <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments pour le traitement de la dysfonction érectile • Médicaments de sevrage du tabac • Protection en cas de frais de médicaments onéreux 	<ul style="list-style-type: none"> • 500 \$ par <i>année civile</i>, combiné(e) • Maximum viager de 1 000 \$ • Frais de médicaments admissibles qui dépassent les frais de 3 000 \$ payés de la poche du <i>membre</i> au cours d'une <i>année civile</i> remboursables à 100 % 	80 %
Soins de la vue <ul style="list-style-type: none"> • Lunettes/lentilles cornéennes (achat et réparations) • Examens de la vue • La chirurgie oculaire au laser 	<ul style="list-style-type: none"> • 275 \$ toutes les deux <i>années civiles</i>, commençant à chaque année impaire • Aucune limite si nécessaires par suite d'une opération ou d'un accident et achetées dans les six <i>mois</i> de l'événement déclencheur • Un examen toutes les deux <i>années civiles</i>, commençant à chaque année impaire • Maximum viager de 1 000 \$ 	80 %

	FRAIS ADMISSIBLES MAXIMUMS PAR PERSONNE PROTÉGÉE	REMBOURSEMENT
GARANTIE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE		
Frais des professionnels de la santé Services : <ul style="list-style-type: none"> • D'un <i>physiothérapeute</i> • D'un <i>psychologue</i>/d'un <i>travailleur social</i> (postes isolés seulement lorsqu'un <i>psychologue</i> n'y travaille) • D'un <i>massothérapeute</i> • D'un <i>ostéopathe</i> • D'un <i>naturopathe</i> • D'un <i>podiatre</i> ou d'un <i>chiropodiste</i> • D'un <i>chiropraticien</i> • D'un <i>orthophoniste</i> • D'un <i>électrolyste</i> (y compris le traitement, s'il est exécuté par un <i>médecin</i>) • Services infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Jusqu'à 500 \$ et plus de 1 000 \$ par <i>année civile</i> • 2 000 \$ par <i>année civile</i> • 300 \$ par <i>année civile</i> • 300 \$ par <i>année civile</i> • 300 \$ par <i>année civile</i> • 300 \$ par <i>année civile</i> • 500 \$ par <i>année civile</i> • 500 \$ par <i>année civile</i> • 20 \$ par visite • 15 000 \$ par <i>année civile</i> 	80 %
Frais divers <ul style="list-style-type: none"> • Chaussures orthopédiques • Prothèses auditives (achat/réparations) • Soutiens-gorge orthopédiques • Perruques • Pistolet injecteur d'insuline • Réparation, pièces de rechange et entretien des appareils d'appui aérothérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> • 150 \$ par <i>année civile</i> • 1 000 \$ moins tous les frais admissibles pour des prothèses auditives achetées au cours des 60 <i>mois</i> précédents • Aucune limite, si nécessaires par suite d'une opération or d'un accident et achetées dans les six <i>mois</i> de l'événement déclencheur • 200 \$ par <i>année civile</i> • 1 000 \$ par période de 60 <i>mois</i> • 760 \$ par période de 36 <i>mois</i> • 300 \$ par <i>année civile</i> 	80 %

	FRAIS ADMISSIBLES MAXIMUMS PAR PERSONNE PROTÉGÉE	REMBOURSEMENT
GARANTIE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE		
Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province <ul style="list-style-type: none"> Garantie-voyage d'urgence/ garantie assistance voyage Services rendus sur recommandation 	<ul style="list-style-type: none"> 500 000 \$ par voyage (maximum de 40 jours consécutif) 25 000 \$ par maladie ou par blessure 	<p>100 %</p> <p>80 %</p>
Garantie-hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> Niveau I Niveau II Niveau III 	<ul style="list-style-type: none"> 60 \$ par jour 140 \$ par jour 220 \$ par jour 	100 %
Garantie-maladie de base	<ul style="list-style-type: none"> Trois fois le montant remboursable indiqué dans le guide des tarifs en vigueur fondé sur la loi ontarienne de 1972 sur l'assurance-santé 	100 %

VALIDITÉ DES ORDONNANCES	
Garantie	Durée de l'ordonnance
<ul style="list-style-type: none"> Services d'un <i>physiothérapeute</i> Services d'un <i>massothérapeute</i> Services d'un <i>orthophoniste</i> Services d'un <i>psychologue/travailleur social</i> en postes isolés lorsqu'aucun <i>psychologue</i> n'y travaille Services infirmiers Services d'un <i>électrolyste</i> Orthétique Chaussures orthopédiques 	<ul style="list-style-type: none"> Un an Un an Un an Un an Un an, sauf si l'<i>administrateur</i> en décide autrement Trois ans Trois ans Un an

Remarque : Sauf si l'*administrateur* le demande, aucune autre ordonnance n'a une validité limitée dans le temps

DISPOSITIONS DU RÉGIME

DEMANDES DE RÈGLEMENT

L'*administrateur* doit recevoir les demandes de règlement dans les douze *mois* suivant l'*année civile* pendant laquelle les frais ont été engagés et payés. Les demandes présentées après ce délai sont rejetées, à moins que leur présentation tardive ne soit attribuable à des circonstances incontrôlables, telles qu'une incapacité médicale ou psychologique. Autrement dit, ne pas présenter une demande dans la période de douze *mois* suivant l'*année civile* au cours de laquelle les frais sont engagés ne la rend pas invalide si, de l'avis de l'*administrateur*, il n'était pas raisonnablement possible de la présenter dans ce délai, pourvu qu'elle le soit dans les 18 *mois* suivant l'*année civile* en question. Sauf en cas d'incapacité médicale ou psychologique, l'*administrateur* du Régime n'a pas le pouvoir de prolonger le délai de présentation d'une demande.

Afin d'étudier les demandes, l'*administrateur* peut exiger des factures détaillées des frais d'*hôpital*, des médicaments, de l'équipement ou des soins dentaires, ainsi qu'une déclaration remplie par le *médecin* ou par tout autre praticien ayant soigné la *personne protégée*, ou tout autre renseignement qui, selon lui, est nécessaire à leur étude. Les preuves à l'appui de la demande sont fournies aux frais de la personne qui la présente.

Comment compléter une demande de règlement

Un formulaire de demande dûment complété et signé par le *membre* doit être soumis. Les factures ou les reçus originaux doivent être joints à la demande de règlement. Les *membres* doivent s'assurer que les demandes contiennent toutes les précisions requises au sujet des services qu'ils ont été dispensés ou des achats qu'ils ont effectués. Les *membres* devraient conserver une copie de leurs reçus originaux pour leurs dossiers puisqu'ils ne leur seront pas retournés.

S'ils présentent une demande de paiement selon la disposition visant la coordination des prestations, ils doivent aussi inclure le relevé détaillant le paiement autorisé par l'autre régime.

L'*administrateur* enverra un nouveau formulaire de demande personnalisé chaque fois qu'un *membre* présente une demande de règlement. Si un *membre* n'a pas de formulaire de demande personnalisé en sa possession et qu'il veut se procurer un formulaire standard de demande de règlement, un *membre* peut télécharger le formulaire à partir du site web de l'Administration du RSSFP à l'adresse suivante : www.rssfpc.ca/formulaires-et-documents. Le formulaire de demande standard et la formule de demande relative à la protection totale sont accessibles sur ce site.

Où envoyer les demandes de règlement

Toute demande de règlement doit être envoyée à l'*administrateur*. Les *membres* doivent faire parvenir leurs demandes de règlement dûment remplies à l'adresse suivante :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
CP 6192 Succ. CV
Montréal (Québec) H3C 4R2

Les *membres* qui résident dans la région de la capitale nationale peuvent livrer en personne leur demande de règlement au bureau de règlement de la *Sun Life* situé au :

333, rue Preston
Bureau 300
Ottawa (Ontario) K1S 5N4
La réception est située au troisième étage

Les portes sont ouvertes entre 8 h 30 et 16 h 30, du lundi au vendredi.

Demandes de règlement à la suite de dépenses encourues aux termes de la protection totale

Si les *membres* ont encouru des dépenses aux termes de la protection totale, leurs demandes de règlement peuvent être envoyées directement à la société Allianz Global Assistance à l'adresse indiquée ci-dessous :

Allianz Global Assistance
Régime de soins de santé de la fonction publique
CP 880
Waterloo (Ontario) N2J 4C3

Les *membres* du Régime qui habitent ou travaillent aux États-Unis peuvent téléphoner gratuitement à Allianz Global Assistance en composant le 1-800-363-1835.

Les *membres* du Régime qui travaillent ou qui habitent dans un pays autre que les États-Unis et qui ne peuvent pas téléphoner directement à Allianz Global Assistance peuvent appeler à frais virés au (519) 742-1691, entre 8 h 30 et 16 h (HNE) du lundi au vendredi.

Garantie assistance voyage d'urgence

La garantie assistance voyage d'urgence offre une protection en cas d'urgence médicale et générale aux *membres* admissibles qui voyagent à l'extérieur de leur province/territoire de résidence.

En cas d'urgence, une ligne téléphonique est disponible 24 heures sur 24. Des coordonnateurs multilingues ont accès à un réseau mondial de professionnels d'assistance médicale, juridique et d'autres secours d'urgence reliés aux voyages. Les appels peuvent se faire en tout temps et sont gratuits :

- 1-800-667-2883 au Canada et aux États-Unis (sans frais), ou
- (519) 742-1342 dans les autres pays (à frais virés).

Les prestations aux termes du RSSFP

Pour plus d'information sur les prestations aux termes du RSSFP, les *membres* devraient communiquer avec l'*administrateur* du Régime, la *Sun Life du Canada, compagnie d'assurance vie*, en composant le :

- 1-888-757-7427 (sans frais pour l'Amérique de Nord) ou
- (613) 247-5100, si les *membres* appellent de la région de la capitale nationale.

Ils peuvent joindre un représentant à la clientèle du lundi au vendredi, entre 6 h 30 et 20 h (HNE).

S'ils désirent obtenir des précisions au sujet de la situation d'une demande de règlement, ils peuvent joindre le service téléphonique interactif de l'*administrateur* qui est offert 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il se peut que ce système ne soit pas accessible le dimanche matin afin de permettre la mise à jour des informations.

Les *membres* peuvent également visiter le site web de l'*administrateur*, à l'adresse www.sunlife.ca/rssfp.

Pour effectuer des modifications à sa protection, un *membre* doit soumettre soit une demande électronique sécurisée en utilisant les Applications Web de la rémunération au <http://gcintranet.tpsgc-pwgsc.gc.ca/gc/rem/awr-cwa-fra.html> (ce site web n'est accessible que sur le réseau du gouvernement fédéral), ou soumettre une demande papier au bureau des services de rémunération de la fonction publique ou au bureau des pensions. Ce formulaire est disponible en ligne à <http://www.rssfp.ca/formulaires-et-documents.aspx>. Autrement, ils peuvent contacter le bureau des services de rémunération ou le bureau des pensions.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

L'*administrateur* rembourse au *membre* les frais admissibles quand il reçoit la preuve que la *personne protégée* intéressée les a bien engagés. La somme remboursée est calculée en fonction des dispositions de l'**Aperçu des frais admissibles maximums** et de l'application de la *coassurance*, le cas échéant.

Pour déterminer la somme payable, le total des frais admissibles réclamés est calculé de la façon suivante :

- les frais admissibles maximums sont établis,
- la *coassurance* est soustraite.

COASSURANCE

Sauf indication contraire, le Régime rembourse au *membre* 80 % des *frais habituels et raisonnables* engagés pour un service ou un article ou produit admissibles, jusqu'à concurrence des maximums établis du Régime pour le service ou le produit, tels qu'établis dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**. La *coassurance* équivaut aux 20 % restants des frais admissibles payés par le *membre*.

PAIEMENTS EN TROP

Erreur administrative : Dans les cas où le *membre* s'est vu rembourser plus que ce qu'il réclamait, l'*administrateur* est autorisé à recouvrer les paiements en trop. Le règlement est amorcé en informant le *membre* du paiement en trop et en lui demandant comment il aimerait le rembourser, soit par chèque pour le total du paiement en trop, soit en autorisant l'*administrateur* à déduire le paiement en trop des remboursements auxquels il aurait droit dans les demandes de règlement ultérieures. Si le *membre* n'accuse pas réception de cet avis de paiement en trop dans les 30 jours, l'*administrateur* le déduit automatiquement du remboursement versé pour ses demandes ultérieures.

Décision erronée : Dans les cas où l'*administrateur* fait erreur en statuant sur une demande, ou qu'une de ses décisions est renversée d'après des renseignements supplémentaires, l'*administrateur* ne recouvre pas le paiement en trop du *membre*, mais l'informe par écrit que les frais correspondants ne lui seront plus remboursés.

DEMANDE DE PAIEMENT AUX PROGRAMMES PROVINCIAUX/TERRITORIAUX

Les *membres* qui ont droit à des prestations aux termes d'un régime provincial/territorial et qui sont également protégés aux termes du RSSFP doivent d'abord soumettre leur demande de paiement aux autorités provinciales/territoriales. Une fois leur demande traitée, ils pourront demander le paiement de la balance de leurs dépenses admissibles du RSSFP.

COORDINATION DES PRESTATIONS

La coordination des prestations est la disposition ayant pour objet d'éliminer les paiements en double et d'établir la séquence d'application de la protection quand une *personne protégée* par le Régime est protégée par au moins deux régimes de prestations. Les principes de coordination des prestations de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), tels que modifiés de temps à autre, qui sont reconnus par la majorité des compagnies d'assurances, ont été adoptés pour le RSSFP; lorsqu'une question ne peut être tranchée selon ces principes, elle l'est conformément aux règles établies par le gouvernement du Canada.

La coordination des prestations est autorisée dans les cas où les deux *conjointes* (selon la définition du Régime) sont des *membres* du Régime de soins de santé de la fonction publique de la même façon que les dispositions visant la coordination des prestations s'appliqueraient si un *membre* du Régime avait droit au remboursement aux termes de deux régimes de soins de santé ou plus.

Si une personne est protégée par un autre régime, le règlement de la demande aux termes du RSSFP se fait de la façon suivante :

- si l'autre régime ne comprend pas de dispositions sur la coordination des prestations, le paiement à ses termes doit être effectué avant celui que prévoit la présente disposition,
- en cas d'accident dentaire, les régimes d'assurance-santé offrant une protection pour ce genre d'accident doivent verser des prestations avant les régimes de soins dentaires,
- si l'autre régime comprend une disposition sur la coordination des prestations, la préséance pour le règlement de la demande est déterminée dans l'ordre suivant :

Quand la demande a trait à un *membre* au RSSFP :

- le régime sous lequel la personne intéressée est protégée en qualité de *membre*,
- si la personne intéressée est protégée par deux régimes, la préséance est accordée :
 - ◆ au régime auquel elle participe à titre d'*employé* à temps plein,
 - ◆ au régime auquel elle participe à titre d'*employé* à temps partiel,
 - ◆ au régime auquel elle participe à titre de retraité.

Quand la demande a trait à un *conjoint* :

- au régime sous lequel le *conjoint* est protégé en qualité d'*employé* ou de retraité.

Quand la demande a trait à un *enfant à charge* :

- au régime du parent qui célèbre son anniversaire de naissance (jour/*mois*) le premier dans l'*année civile*,
- si les parents ont la même date d'anniversaire de naissance, au régime de celui dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet,
- si les parents sont séparés ou divorcés :
 - ◆ au régime du parent ayant la garde de l'*enfant à charge*,
 - ◆ au régime du *conjoint* du parent ayant la garde de l'*enfant à charge*,
 - ◆ au régime du parent n'ayant pas la garde de l'*enfant à charge*,
 - ◆ au régime du *conjoint* du parent n'ayant pas la garde de l'*enfant à charge*.

Si l'ordre de préséance ne peut être établi de cette façon, les prestations sont proportionnelles au montant qui aurait été versé aux termes de chaque régime si un seul d'entre eux avait offert la protection.

Les prestations payables par le RSSFP ne peuvent dépasser le total des frais admissibles engagés, moins le montant payé aux termes de l'autre régime.

APPELS

Lorsque le *membre* n'accepte pas une décision de l'*administrateur* et souhaite une révision de son dossier, il peut faire appel au Comité des appels du Conseil d'administration du RSSFP dans un délai de 12 *mois* suivant l'envoi par la *Sun Life* d'un relevé de prestations informant le *membre* que la demande de remboursement a été refusée. Le Comité des appels a l'entière discrétion de prendre une décision tenant dûment compte des circonstances de l'affaire et des dispositions du Régime. Cela dit, les *membres* devraient s'efforcer d'épuiser tous les recours avec l'*administrateur* avant d'en appeler au Comité des appels, car ceux-ci se réserve le droit de refuser de revenir sur leur décision en cas d'appel. Les décisions rendues par le Comité des appels sont considérées comme finales.

Les appels doivent être soumis dans un délai d'un an suivant l'envoi par l'*administrateur* d'une explication des prestations payables en règlement de la demande.

La procédure d'appel

Les *membres* peuvent demander que leur dossier soit réexaminé par l'Administration en faisant parvenir une demande écrite à l'adresse suivante :

Administration du RSSFP fédérale
CP 2245, Station D
Ottawa (Ontario) K1P 5W4

LES CONTRIBUTIONS MENSUELLES ET DES SOMMES DÉDUITES DES PRESTATIONS DE PENSION

Pour plus d'information sur les contributions mensuelles, les sommes déduites de salaire, des prestations de pension, ou relatives aux conditions d'admissibilité, les *membres* sont conseillés de s'adresser au bureau des services de rémunération ou au bureau des pensions.

Comment joindre le bureau des pensions

Personnes pensionnées de la fonction publique

- Adresse :
Gouvernement du Canada, bureau des pensions – Centre de tri postal
CP 8000
Matane (Québec) G4W 4T6
- Heures de bureau pour les demandes par téléphone :
Au Canada :
de 8 h à 16 h (heure locale)
Appels provenant de l'étranger :
de 8 h à 17 h (heure de l'Atlantique)
- Téléphone :
Au Canada :
1-800-561-7935 (sans frais) ou 1-800-561-7930 (sans frais)
Appels locaux :
(506) 533-5800 (bilingue)
De l'étranger :
(506) 533-5800 (à frais virés, bilingue – heure de l'Atlantique)

Appels par ATME (service bilingue)

- Appels locaux :
(506) 533-5990
Appels interurbains :
(506) 533-5990 (à frais virés*)

* Les appels à frais virés ne seront pas acceptés si un *membre* appelle d'une région desservie par des lignes téléphoniques gratuites, à moins que ce soit un appel ATME.

Personnes pensionnées des Forces Canadiennes

- Adresse :
Bureau du RSSFP (Forces canadiennes)
Directeur, traitement des soldes et indemnités
Quartier Général de la Défense nationale
101, promenade du Colonel-By
Ottawa (Ontario) K1A 0K2
- Téléphone :
Appels locaux (région de la Capitale nationale) :
(819) 997-3119

Personnes pensionnées résidant au Canada :
1-800-267-6542

Personnes pensionnées résidant à l'étranger :
(819) 997-3119 (à frais virés)

Personnes pensionnées de la GRC

- Adresse :
GRC – Division des services spécialisés
Deuxième étage, aile 2200
Edifice principal
120, avenue Parkdale
Ottawa (Ontario) K1A 9Z9
- Heures de bureau pour les demandes par téléphone :
8 h à 16 h
- Téléphone :
1-800-661-7595 (sans frais)

Personnes pensionnées en vertu de la Loi sur les juges

- Adresse :
Bureau du Commissaire à la magistrature
99, rue Metcalfe
8ième étage
Ottawa (Ontario) K1A 1E3
- Téléphone :
Appels locaux :
(613) 995-5140

Sans frais :
1-877-583-4266

AU SUJET DU DOCUMENT DU RÉGIME

Les *membres* peuvent consulter le Document du Régime en accédant au site web de l'Administration du RSSFP à l'adresse suivante : www.rssfpc.ca. Le Document du Régime est accessible sur ce site en cliquant sur les rubriques suivantes : Formulaires et documents, Document du Régime (sous 'Documents officiels du RSSFP').

GLOSSAIRE

Voici une liste de termes communément utilisés par le RSSFP.

administrateur

organisation choisie pour statuer sur les demandes et pour les régler conformément au Document du Régime et/ou aux directives du gouvernement du Canada.

agent désigné

personne désignée par un administrateur principal pour recevoir et traiter les demandes de souscription, après en avoir vérifié l'admissibilité.

année civile

du 1er janvier au 31 décembre.

appareil durable

dispositif admissible n'atteignant aucun de ses buts fondamentaux par une action chimique ou métabolique.

Association nationale des retraités fédéraux

association des retraités fédéraux représentant tous les membres retraités du Régime.

chiropodiste

personne titulaire d'un permis émis par l'organisme provincial/territorial compétent ou, dans les provinces/territoires n'ayant pas de tel organisme, personne membre de l'Association canadienne des professionnels du pied, ou, à défaut, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur.

chiropraticien

membre de l'Association chiropratique canadienne ou d'une association provinciale/territoriale affiliée, ou, à défaut, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur.

coassurance

proportion des frais admissibles, qui n'est pas remboursable par le Régime et doit être assumée par le membre.

Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques ou CPS

manuel de référence modifié de temps à autre et contenant des renseignements sur les produits conçus pour utilisation humaine, compilé et produit annuellement par l'Association des pharmaciens du Canada à l'intention des professionnels de la santé.

conjoint

personne légalement mariée avec le membre ou avec qui le membre a vécu sans interruption pendant au moins un an, qu'il a publiquement présentée comme sa femme ou son mari, et avec qui il continue à vivre comme si elle était sa femme ou son mari, telle que désignée par le membre.

dentiste

personne autorisée par l'organisme provincial/territorial reconnu à pratiquer la dentisterie, ou, en l'absence d'un tel organisme, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur.

électrolyste

personne ayant la formation nécessaire pour être un électrolyste autorisé, de l'avis de l'administrateur.

employé

- personne titulaire d'une fonction ou d'un poste ou exécutant des services rémunérés à même le Fonds consolidé de revenu du Canada ou par un agent de Sa Majesté du chef du Canada,
- personne désignée par le Conseil du Trésor du Canada comme admissible à souscrire au Régime conformément à l'Annexe III du Document du Régime, telle que modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada,
- personne au service d'un employeur participant figurant à l'Annexe I du Document du Régime, telle que modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada,
- personne en service au Canada membre de la compensation civil des forces armées d'un État signataire de la Convention sur le statut des forces de 1949 du Traité de l'Atlantique Nord.

enfant à charge

enfant non marié d'un membre ou de son conjoint, y compris un enfant adopté, un beau-fils ou une belle-fille ou un enfant en famille d'accueil à qui le membre tient lieu de parent, pourvu que l'enfant en question :

- soit âgé de moins de 21 ans,
- soit âgé de moins de 25 ans, et fréquente une école, un collège ou une université reconnus à temps plein,
- soit une personne de plus de 20 ans ou de plus de 24 ans qui était une personne à charge selon la définition ci-dessus, quand elle est devenue incapable de subvenir à ses besoins à cause d'une incapacité mentale et physique et dépend par conséquent essentiellement du membre pour son entretien.

entente de services administratifs seulement

entente conclue entre le gouvernement du Canada et l'administrateur dans laquelle sont précisés les services que celui-ci doit fournir au titre du Régime, telle que modifiée de temps à autre.

famille

membre et ses personnes à charge assurées.

Forces canadiennes

membre des Forces canadiennes régulières,

- membre des FC, mais pas des forces régulières, et qui, individuellement ou comme membre d'une catégorie, a été désigné par le Conseil du Trésor du Canada comme membre des FC pour les fins du présent Régime,
- membre des forces armées d'un État signataire de la Convention sur le statut des forces de 1949 du Traité de l'Atlantique Nord en service au Canada.

frais habituels et raisonnables

frais habituellement exigés des personnes non protégées et n'excédant pas les frais ayant normalement cours dans la région où ils sont engagés pour le service, le produit ou l'article fourni, de l'avis de l'administrateur (on consulte les guides des tarifs publiés par les associations nationales, provinciales ou territoriales des praticiens pour déterminer ces frais, le cas échéant).

GRC

Gendarmerie royale du Canada.

hôpital

établissement autorisé par la loi à offrir des services de diagnostic, des interventions chirurgicales majeures ainsi que des soins et des traitements à une personne hospitalisée souffrant d'une maladie ou d'une blessure, avec des services dispensés 24 heures sur 24 par des infirmières et des infirmiers autorisés et par des médecins. Un hôpital est également un hôpital autorisé par la loi à offrir des traitements spécialisés aux personnes souffrant de maladies mentales, d'alcoolisme et de toxicomanie, de cancer et d'arthrite, ainsi qu'aux convalescents et aux malades chroniques, mais pas les maisons de soins infirmiers, les maisons pour vieillards, les maisons de repos ou les autres endroits offrant des soins analogues.

infirmière/infirmier

infirmière ou infirmier autorisé, infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé ou autres infirmières ou infirmiers diplômés inscrits au registre provincial/territorial approprié ou, en l'absence d'un tel registre, infirmière ou infirmier ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur.

maladie chronique

état persistant au-delà de l'évolution normale d'une maladie aiguë ou d'un délai raisonnable pour que les tissus atteints guérissent. Tout état durant plus de six mois peut être considéré comme chronique.

massothérapeute

personne titulaire d'un permis de l'organisme provincial/territorial autorisé ou, en l'absence d'un tel organisme, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur.

médecin

docteur en médecine (M.D.) légalement autorisé à pratiquer cette discipline.

membre

- employé ou retraité ayant demandé et obtenu d'un agent désigné la protection du RSSFP,
- membre des FC ou de la GRC ayant demandé et obtenu la protection du RSSFP pour ses personnes à charge,
- un individu membre du groupe client des Anciens Combattants Canada tel que défini à l'annexe III ayant demandé et obtenu la protection sous le RSSFP.

membre de la famille

membre ou personne à charge assurée.

mois

période commençant à une date d'un mois civil et se terminant à la même date le mois civil suivant.

naturopathe

membre de l'Association canadienne de naturopathie ou d'une association provinciale/territoriale affiliée, ou, à défaut, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur.

ophtalmologiste

personne légalement autorisée à pratiquer l'ophtalmologie.

optométriste

membre de l'Association canadienne des optométristes ou d'une association provinciale/territoriale affiliée, ou, à défaut, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur.

orthophoniste

titulaire d'une maîtrise en orthophonie et membre (en titre ou qualifié pour l'être) de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes ou d'une association provinciale/territoriale affiliée, ou, à défaut, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur.

ostéopathe

titulaire d'un doctorat en ostéopathie conféré par un collège d'ostéopathie approuvé par la Société canadienne ostéopathique, ou, en l'absence d'un tel organisme, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur.

personne à charge

conjoint du membre ou enfant à charge du membre ou de son conjoint.

personne protégée

personne protégée par le RSSFP.

pharmacien

personne légalement autorisée à pratiquer la pharmacie et dont le nom figure au registre des pharmaciens de l'organisme régissant cette profession dans la province ou le territoire où elle pratique.

physiothérapeute

membre de l'Association canadienne de physiothérapie ou d'une association provinciale/territoriale affiliée, ou, à défaut, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur.

podiatre

personne légalement autorisée à pratiquer la podiatrie par l'organisme provincial/territorial compétent ou, dans les provinces/territoires n'ayant pas de tel organisme, personne membre de l'Association canadienne des professionnels des maladies des pieds ou, à défaut, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur.

psychologue

psychologue reconnu à titre permanent inscrit au registre des psychologues de la province ou du territoire où il pratique, ou, en l'absence d'un tel registre, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur.

Sun Life, Compagnie d'assurance-vie du Canada (Sun Life)

administrateur du Régime pour le contrat en cours.

travailleur social

personne qui détient une maîtrise en service social (MSS) et qui est inscrite au registre provincial ou territorial approprié dans la province ou le territoire où le service est rendu ou, en l'absence d'un tel registre, personne qui détient des compétences comparables tel que déterminé par l'administrateur.

