

égime de soins médicaux complémentaire



UNITÉ URBAINE ET UNITÉ DES FFRS

FÉVRIER 2022

Au sujet du présent livret

Le présent document fait partie d'une série de six livrets portant sur les avantages sociaux. Dans chaque livret, nous résumons les protections prévues par chacun des régimes et expliquons comment les utiliser.

Voici la liste des régimes décrits dans ces livrets, ainsi que le nom des unités de négociation visées par chacun des régimes :

- Régime de soins médicaux complémentaire (unité urbaine et unité des FFRS ;
- Régime de soins de la vue et de l'ouïe (unité urbaine et unité des FFRS ;
- Régime de soins dentaires (unité urbaine et unité des RS);
- Régime d'assurance-vie de base et prestation de décès payée par Postes Canada (unité urbaine et unité des RS ;
- Régime d'assurance-invalidité (unité urbaine et unité des FFRS ;
- Régime d'assurance-vie du STTP (tous les membres en règle du STTP .

Pour obtenir de plus amples renseignements, adressez-vous à votre déléguée ou délégué syndical ou à une dirigeante ou un dirigeant de votre section locale. Sinon, communiquez avec Canada Vie ou Accès R .

Le présent document n'a aucune valeur légale

Le présent livret résume les avantages collectifs auxquels vous avez droit. Son but est simplement de vous renseigner sur le régime de soins médicaux complémentaire. Il n'a aucune valeur légale. En cas de divergence, les dispositions du document relatif au régime n° 51391 prévaudront.

Vous avez des suggestions?

Si vous avez trouvé utiles les différents livrets sur les avantages sociaux, n'hésitez pas à nous le dire. Plus important encore, faites-nous part de vos suggestions pour les améliorer. Devrait-on y inclure plus d'information? Y a-t-il une question à laquelle un de ces livrets devrait répondre?

Si vous avez des questions ou des suggestions d'amélioration, faites-les parvenir à l'adresse suivante :

**Livrets sur les avantages sociaux
Syndicat des travailleurs et travailleuses des postes
377, rue Bank
Ottawa (Ontario)
K2P 1Y3**

Ou encore, écrivez-nous à : commentaires@cupw-sttp.org. Veuillez indiquer « Régimes d'avantages sociaux » sur la ligne d'objet.

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes au bureau national, dans les bureaux régionaux et dans les sections locales qui ont lu les différentes ébauches des livrets et qui ont fait des suggestions utiles.

Illustrations et mise en page de Tony Biddle

© Syndicat des travailleurs et travailleuses des postes, 2022.



Table des matières



Au sujet de ce régime	1
▪ En quoi consiste ce régime?	1
▪ Qui est admissible à ce régime?	1
▪ Adhésion au régime	3
▪ Autres questions relatives à la protection	4
▪ Où obtenir les formulaires?	8
▪ Que faire si ma situation familiale change?	9
▪ À combien s'élèvent les primes?	9



Survol du régime	11
▪ Quels sont les frais et les services couverts par ce régime?	11
▪ Qu'est-ce qui n'est pas couvert?	12



Médicaments	13
▪ Survol du régime	14
▪ Comment utiliser le régime d'assurance-médicaments	20
▪ Coordination des prestations du régime d'assurance-médicaments	21
▪ Utilisation du régime d'assurance-médicaments : quelques conseils	24

- **Comment demander un remboursement pour l'achat de médicaments : sommaire**_____26
- **Questions et problèmes courants concernant le régime d'assurance-médicaments**_____28



Soins médicaux (autres que médicaments)_____35

- **Utilisation de la portion du régime portant sur les soins médicaux** _____35
- **Équipement pour l'administration de médicaments**____36
- **Substances nutritives thérapeutiques de remplacement**_____36
- **Fournitures pour le traitement du diabète**_____36
- **Traitement de l'asthme**_____37
- **Soins de la vue**_____37
- **Thérapie**_____38
- **Services paramédicaux**_____38
- **Soins infirmiers privés**_____39
- **Soins dentaires requis en raison d'un accident ou services chirurgicaux**_____39
- **Services d'ambulance**_____39
- **Chaussures orthopédiques**_____40
- **Prothèses auditives**_____40
- **Fournitures médicales**_____41
- **Prothèses**_____42
- **Oxygène**_____42
- **Accessoires médicaux**_____43
- **Services de médecins**_____43
- **Hospitalisation**_____43
- **Hospitalisation à l'extérieur de la province**_____44

- **Comment présenter une demande de remboursement__ 46**
- **Utilisation de la portion du régime portant sur les soins médicaux : conseils_____47**
- **Utilisation de la portion du régime portant sur les soins médicaux : exemples_____48**
- **Coordination des prestations_____52**



Chambre d'hôpital à un tarif supérieur_____56

- **Protection hospitalisation : de base et facultative 56**
- **Primes_____57**
- **Utilisation de la portion du régime portant sur la protection hospitalisation_____58**
- **Coordination des prestations_____58**



Assurance voyage_____61

- **Qu'est-ce qui n'est pas couvert par le régime?_____62**
- **Utilisation de la portion du régime portant sur l'assurance voyage_____63**
- **Conseils lorsque vous voyagez_____64**



Dernières questions_____65

- **Quand vais-je recevoir mon chèque de la Canada Vie?__65**
- **Que faire si je crois que la Canada Vie a fait une erreur?_66**



Les petits caractères_____67

- **Description des types de médicaments couverts par le RSMC_____67**
- **Exclusions (produits et services non couverts par le régime)_____68**



Glossaire_____71



Coordonnées_____75

- **Syndicat des travailleurs et travailleuses des postes (STTP)_____75**
- **Société canadienne des postes (SCP)_____76**
- **Site libre-service de Postes Canada_____76**
- **Canada Vie_____77**



Au sujet de ce régime

En quoi consiste ce régime?

Le régime de soins médicaux complémentaire (RSMC) rembourse les dépenses liées aux soins médicaux, aux médicaments et à l'hospitalisation qui ne sont pas couvertes par le régime d'assurance-maladie de votre province ou de votre territoire.



Le régime se nomme *Régime de soins médicaux complémentaire n° 51391* et il est administré par la compagnie d'assurance Canada Vie.

Le régime est énoncé à la clause 30.02 de la convention collective de l'unité de l'exploitation postale urbaine et à la clause 22.04 de la convention collective de l'unité des FFRS.



Remarque : La participation au régime est facultative.



Qui est admissible à ce régime?

✓ Sont admissibles	✗ Ne sont PAS admissibles
<ul style="list-style-type: none">■ Employées et employés réguliers de l'unité de négociation de l'exploitation postale urbaine dès leur date d'embauche à titre d'employée ou d'employé régulier. Une employée ou un employé régulier est celle ou celui qui occupe un poste permanent, à plein temps ou à temps partiel.■ Employées et employés temporaires occupant un poste au sein du groupe 3 (maintenance).■ Employées et employés à la retraite.■ Factrices et facteurs ruraux et suburbains RS, titulaires d'itinéraires et employées et employés de relève permanents dès leur date d'embauche ou	<p>dès la date à laquelle ils ont commencé à occuper un poste admissible.</p> <ul style="list-style-type: none">■ Employées et employés temporaires, à l'exception de ceux et celles qui occupent un poste au sein du groupe 3 (maintenance). Lorsque les employées et employés temporaires deviennent des employées et employés réguliers (permanents), ils deviennent alors admissibles au régime.■ Les factrices et facteurs ruraux et suburbains (FFRS) titulaires d'itinéraires représentant moins de 12 heures par semaine ne sont pas admissibles au volet « médicament » du régime. Les employées et employés de relève sur appel (ERSA) ne sont pas admissibles au régime.



Est-ce que d'autres membres de ma famille sont visés par le régime?

Si vous souscrivez au régime de soins médicaux complémentaire, votre conjoint ou conjointe ainsi que vos enfants sont également couverts.

Votre **conjointe ou conjoint** est défini comme la personne :

- avec qui vous êtes marié légalement et avec qui vous vivez;
- avec qui vous étiez ou êtes marié légalement et dont vous assurez la subsistance;
- avec qui vous vivez en union de fait depuis au moins un an.



Remarque : Si un enfant est issu de l'union de fait, la période d'un an ne s'applique pas.



Remarque : La définition de conjoint ci-dessus s'applique aux couples de même sexe.

Pour bénéficier de la protection du régime, **les enfants** doivent être non mariés, dépendre de vous financièrement et avoir moins de 21 ans (sauf s'ils étudient à plein temps). L'enfant qui étudie à plein temps est admissible au régime jusqu'à l'âge de 25 ans. Aucune limite d'âge ne s'applique à l'enfant ayant des limitations fonctionnelles qui est incapable de subvenir à ses besoins, à condition qu'il soit déjà handicapé et couvert par le régime (en tant qu'enfant de moins de 21 ans ou d'étudiant à temps plein de moins de 25 ans) à la date où la protection aurait autrement pris fin.



Remarque : Le RSMC couvre les enfants jusqu'à 21 ans. Les enfants bénéficient de la protection du régime de soins dentaires et du régime de soins de la vue et de l'ouïe jusqu'à 22 ans.



Remarque : Si l'étudiant ou l'étudiante à plein temps est l'enfant d'une personne résidant au Québec, il ou elle est admissible à l'assurance-médicaments jusqu'à 26 ans.

Les enfants **qui étudient à plein temps** sont protégés par les trois régimes jusqu'à l'âge de 25 ans, sauf pour les soins orthodontiques du régime de soins dentaires, pour lesquels ils doivent avoir moins de 22 ans.



Au sujet de ce régime

Adhésion au régime

Est-ce que l'adhésion est obligatoire? Est-ce que je dois m'y inscrire?

La participation au régime est facultative. Vous devez vous y inscrire pour bénéficier de sa protection.



Comment puis-je m'y inscrire?

Vous devez remplir une **demande d'adhésion au régime de soins médicaux complémentaire**.

Le régime de soins médicaux complémentaire couvre les dépenses liées aux soins médicaux, aux médicaments et aux services d'hospitalisation de base. Le régime offre une protection **facultative** additionnelle pour les services d'hospitalisation. Pour obtenir la protection facultative, cochez la case « protection maladie » au point sept du formulaire d'adhésion au régime de soins médicaux complémentaire et cochez ensuite l'option A ou l'option B. Il vous faudra payer des primes un peu plus élevées pour bénéficier de la protection additionnelle. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de la protection facultative relative aux services d'hospitalisation, consultez la section du présent document intitulée « Chambre d'hôpital à un tarif supérieur ».

Si vous avez une conjointe ou un conjoint ou si vous avez des enfants, vous devez également remplir un **formulaire de renseignements sur les personnes à charge**.



Remarque : La compagnie d'assurance Canada Vie gère le régime de soins médicaux complémentaire, le régime de soins de la vue et de l'ouïe et le régime de soins dentaires. La compagnie se sert des renseignements que vous lui fournissez au sujet des personnes à charge pour les trois régimes. Vous n'avez à remplir qu'un seul formulaire.



Important : Si votre conjoint ou conjointe est un travailleur ou une travailleuse des postes qui est admissible au régime, vous devez alors **tous les deux** remplir le formulaire de demande d'adhésion au régime de soins médicaux complémentaire. Pour coordonner vos prestations du RSMC, ce qui vous permettra de recevoir des remboursements plus importants de la compagnie Canada Vie, vous et votre conjoint ou conjointe devez souscrire à la protection **familiale** du régime en tant que membres (employées ou employés).

Au sujet de ce régime



Remarque : Les personnes qui ont pris leur retraite après le 30 novembre 2003 peuvent également coordonner leurs prestations aux termes du RSMC. Si vous avez pris votre retraite avant cette date, vous et votre conjointe ou conjoint ne pouvez pas coordonner vos prestations aux termes du régime de soins médicaux complémentaire de Postes Canada. Vous pouvez toutefois coordonner vos prestations si votre conjointe ou conjoint est couvert par le régime d'un autre employeur.



Autres questions relatives à la protection

Quand la protection commence-t-elle?

Votre protection commence le jour où AccèsRH **reçoit** votre demande. Il pourrait s'écouler de quelques jours à quelques semaines avant qu'AccèsRH ne vous inscrive au régime, mais la protection commencera rétroactivement à partir de la date à laquelle AccèsRH aura reçu votre demande.

La compagnie d'assurance Canada Vie, qui administre le régime, vous enverra deux cartes par la poste :

- une carte du régime de soins médicaux complémentaire, qui est votre carte d'identité pour le régime;
- une carte de paiement direct, que vous utiliserez à la pharmacie au moment d'acheter des médicaments sur ordonnance.



Remarque : Canada Vie vous enverra également une carte de paiement direct pour votre conjoint ou conjointe.



Comment puis-je savoir si la protection est en vigueur?

Pour vérifier si votre protection est en vigueur, téléphonez à AccèsRH ou consultez votre dossier en ligne sur le site libre-service de Postes Canada (site SAP).



Au sujet de ce régime



Quand la protection prend-elle fin?*

Pour vous, votre conjoint ou conjointe et vos enfants, la protection du RSMC se termine à la fin du mois au cours duquel une des situations suivantes se produit :

- votre emploi se termine;
- vous êtes en grève;
- vous décédez (votre conjoint ou conjointe et vos enfants peuvent alors faire une demande pour maintenir leur protection);
- vous prenez votre retraite, à moins que vous ne présentiez une demande pour continuer de bénéficier d'une protection à titre de personne retraitée. Pour avoir le droit de maintenir votre protection, vous devez avoir cumulé 15 années de service continu ou être autorisé à prendre votre retraite pour cause d'invalidité totale;
- vous cessez de payer vos primes la protection se termine alors à la fin du dernier mois au cours duquel vous avez payé des primes .



Exemple : Si votre emploi prend fin le 14 mai, votre protection se terminera le 31 mai.



Remarque : La protection de votre conjointe ou conjoint ou de votre enfant pourrait se terminer plus tôt que la vôtre s'ils ne sont plus admissibles.



Remarque : Des exceptions aux règles concernant la protection sont présentées ci-dessous.

- * **La position du Syndicat est la suivante : tous les régimes d'avantages sociaux prévus aux termes de l'article 30 sont maintenus tant que vous êtes employé. Le Syndicat se réserve le droit de contester au moyen d'un grief ou de toute autre manière les conditions d'admissibilité et l'administration des régimes d'avantages sociaux.**



Existe-t-il des circonstances particulières qui peuvent me permettre de maintenir ma protection?

Oui, en raison d'une limitation fonctionnelle. Si votre emploi prend fin pour une raison autre que la retraite et que vous, votre conjoint ou conjointe ou un de vos enfants a une limitation fonctionnelle au moment où se termine votre emploi, la couverture se poursuivra durant une période maximale de six mois (pendant la durée de la limitation fonctionnelle). Vous devrez fournir une preuve de l'invalidité.

Au sujet de ce régime

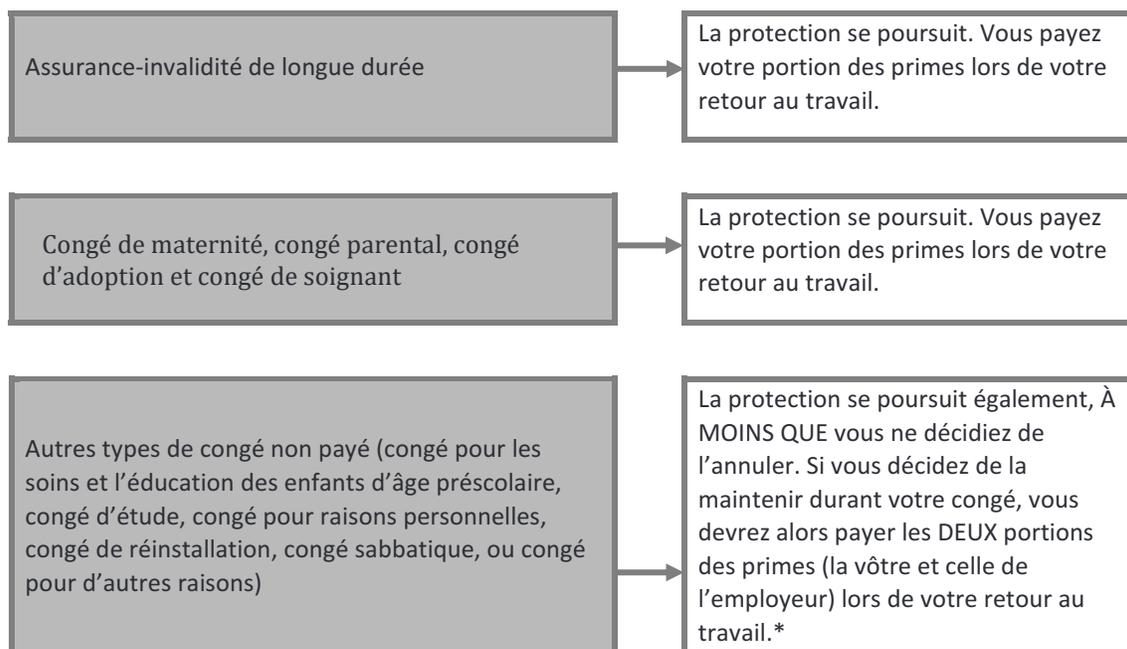
Oui, si vous décédez. Si un membre actif ou retraité décède alors que les personnes à sa charge sont couvertes par ce régime, ces dernières peuvent demander le maintien de la couverture à condition qu'elles perçoivent des prestations mensuelles de survivants. Elles disposent de 120 jours à compter de la date du décès pour faire leur demande.

Oui, en raison d'une grossesse. Si vous décédez et que votre conjointe est enceinte au moment de votre décès, la protection pourra être prolongée jusqu'à la fin du mois au cours duquel la grossesse prendra fin ou au cours duquel la naissance aura lieu. Toutefois, si votre conjointe est elle-même admissible à la protection du régime en tant que membre cotisant, la prolongation de la protection ne s'appliquera pas.



Ma protection se poursuit-elle lorsque je suis en congé sans solde?

Tout dépend du type de congé que vous prenez.



Remarque : Auparavant, Postes Canada exigeait que les employées et employés lui paient toutes les primes avant qu'ils ne prennent certains types de congés, comme le congé pour les soins et l'éducation d'enfants d'âge préscolaire. Ce n'est plus le cas. Vous payez désormais ces primes une fois que vous êtes de retour au travail.



Au sujet de ce régime



Important : Avant de prendre un congé, vous devriez vérifier auprès de votre déléguée ou délégué syndical si la protection s'applique et, le cas échéant, si l'employeur et AccèsRH en ont été informés.

- * **La position du Syndicat est la suivante : tous les régimes d'avantages sociaux prévus aux termes de l'article 30 sont maintenus tant que vous êtes employé. Le Syndicat se réserve le droit de contester au moyen d'un grief ou de toute autre manière les conditions d'admissibilité et l'administration des régimes d'avantages sociaux.**



Au retour d'un congé, comment se fera le recouvrement des primes?

À votre retour au travail, Postes Canada retiendra de votre salaire le montant que vous devez en primes arriérées, et ce, au cours d'une période deux fois plus longue que la durée de votre congé.



Exemple : Vous revenez au travail après un congé de cinq mois et vous devez au total 350 \$ en primes pour la période de votre congé (5 mois X 70 \$). Postes Canada déduira les 350 \$ au cours d'une période égale à deux fois la durée de votre congé, qui était de cinq mois (donc pendant 10 mois). Dans ce cas, vous rembourserez les primes arriérées à raison de 35 \$ par mois.



Puis-je annuler ma protection du RSMC?

L'adhésion au RSMC est facultative. Vous pouvez annuler votre protection en tout temps, y compris durant une période de congé autorisé. Cependant, si vous annulez votre protection durant une période de congé, vous devrez attendre votre retour au travail pour avoir le droit de vous y inscrire de nouveau.

Pour bénéficier de nouveau de la protection, vous devrez présenter une demande à cette fin en remplissant à nouveau un formulaire d'adhésion au régime de soins médicaux complémentaire. Votre protection reprendra lorsque AccèsRH recevra votre demande. Il pourrait s'écouler de quelques jours à quelques semaines avant que la protection ne soit rétablie.

Au sujet de ce régime



Puis-je continuer à bénéficier de la protection une fois à la retraite?

Vous pouvez présenter une demande pour maintenir votre protection si :

- vous avez accumulé 15 années de service continu au moment de prendre votre retraite et que vous avez droit de recevoir immédiatement des prestations de retraite;
- vous choisissez de différer votre pension pendant une période maximale de cinq ans;
- vous prenez votre retraite pour des raisons de santé ou d'une incapacité totale et recevez une pension non réduite.



Remarque : Dans tous les cas qui précèdent, vous devez présenter votre demande dans les 60 jours après la date de réception de votre premier chèque de prestations de retraite. Cette sélection ne peut se faire qu'une seule fois. Si vous refusez de vous inscrire, vous ne pourrez pas le faire ultérieurement, à moins que vous ne perdiez une protection similaire aux termes du régime collectif de votre conjoint ou conjointe. Vous devez alors présenter une demande dans les 60 jours suivant la perte de cette protection.



Où puis-je obtenir les formulaires?

Au travail	→ Demandez-les à votre superviseure ou superviseur, à votre chef d'équipe, à votre gestionnaire de zone locale, ou encore à votre déléguée ou délégué syndical. Les formulaires se trouvent dans la plupart des lieux de travail, mais ne sont pas toujours gardés au même endroit.
En ligne	→ Téléchargez-les à partir du site Web du STTP ou du site libre-service de Postes Canada (site SAP), ou remplissez le formulaire qui se trouve sur le site Web GroupNet de Canada Vie.
Par téléphone	→ Si vous n'êtes pas au travail, appelez AccèsRH et demandez qu'on vous les envoie par la poste. Assurez-vous d'avoir en main votre numéro d'employé de Postes Canada (NIR).

Renseignements : Consultez à la fin du livret la section *Coordonnées*. Vous y trouverez les numéros de téléphone, les adresses postales et les adresses Internet dont vous avez besoin.



Au sujet de ce régime



À qui dois-je remettre les formulaires?

Formulaire de demande d'adhésion au régime de soins médicaux complémentaire – Vous devez **remettre** votre formulaire de demande d'adhésion à votre superviseure ou superviseur, à votre chef d'équipe ou à votre gestionnaire de zone locale. Il ou elle le fera parvenir à AccèsRH. Vous pouvez aussi soumettre ce formulaire en ligne ou l'envoyer par la poste.

Formulaire de renseignements sur les personnes à charge – **Postez** le formulaire à Canada Vie. L'adresse figure sur le formulaire et se trouve également à la fin du présent document. Vous pouvez aussi remplir le formulaire en ligne. Canada Vie a apporté des changements à son site Web pour permettre aux membres de mettre à jour les renseignements sur leurs personnes à charge.



Remarque : L'adresse pour l'envoi des formulaires de renseignements sur les personnes à charge n'est pas la même que celle utilisée pour l'envoi des demandes de remboursement.

Un nouveau-né? Un décès? Des enfants encore aux études?

Assurez-vous de tenir à jour les renseignements sur vos personnes à charge. Par exemple, si votre famille s'agrandit ou si une personne couverte par le régime décède, n'oubliez pas de remplir un **nouveau formulaire de renseignements sur les personnes à charge** et de l'envoyer à Canada Vie.



Important : Si vous avez des enfants de 21 ans et plus qui étudient à plein temps et qui sont couverts par le présent régime, vous devez en aviser la compagnie d'assurance Canada Vie. Vous devez les inscrire TOUS LES ANS au moyen d'un nouveau formulaire de renseignements sur les personnes à charge, autrement Canada Vie mettra fin à leur protection. Les étudiantes et étudiants cessent de bénéficier de la protection du régime lorsqu'ils atteignent 25 ans.

Que faire si ma situation familiale change?

Si, en raison de changements à votre situation familiale, vous devez passer d'une protection individuelle à une protection familiale ou d'une protection familiale à une protection individuelle, vous devez aviser :

Au sujet de ce régime

- **Canada Vie**, en remplissant un formulaire de renseignements sur les personnes à charge, comme il est décrit un peu plus haut;
- **Postes Canada**, en informant AccèsRH ou en effectuant le changement en ligne à l'aide du site libre-service (site SAP);
- **le régime d'assurance-maladie de votre province ou territoire** – une fois que vous aurez avisé Postes Canada du changement, AccèsR vous enverra une lettre pour vous rappeler de mettre à jour vos renseignements auprès de votre régime d'assurance-maladie provincial ou territorial.



À combien s'élèvent les primes?

Les primes des employées et employés et celles des membres qui ont pris leur retraite depuis peu sont présentées ci-dessous. Aucune franchise ne s'applique.

Au sujet de ce régime

		Primes mensuelles		Pourcentage des primes que vous payez	assurance maladie
Employés et employés	individuelle	5,39 \$	1 ^{er} mai 2021	5 %	Non
	familiale	9,72 \$	1 ^{er} mai 2021	5 %	Non
FFRS < 12 heures	individuelle	1,14 \$	1 ^{er} mai 2021	5 %	Non
	familiale	2,05 \$	1 ^{er} mai 2021	5 %	Non
Membres qui ont pris leur retraite le 30 septembre 2003 ou après, mais avant le 1 ^{er} avril 2013	individuelle	27,41 \$	1 ^{er} mai 2021	25 %	Non
	familiale	48,89 \$	1 ^{er} mai 2021	25 %	Non
Membres qui ont pris leur retraite le 1 ^{er} avril 2013 ou après	individuelle	38,37 \$	1 ^{er} mai 2021	35 %	Non
	familiale	69,84 \$	1 ^{er} mai 2021	35 %	Non

Remarque : Les personnes qui demeurent en Ontario ou au Québec paient une taxe de vente sur leurs primes.

Remarque : Les primes de l'assurance-hospitalisation facultative sont indiquées dans la section portant sur cette protection (à partir de la page 50 du présent document).



Survol du régime



Quels sont les frais et les services couverts par ce régime?

Médicaments

Remboursement à 80 %



Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, consultez la section du présent document portant sur les médicaments (pages 13 à 26).

Soins médicaux (autres que médicaments)

Fournitures, équipements et services médicaux

- les services d'ambulance
- les prothèses auditives**
- les chaussures orthopédiques
- les fournitures médicales
- les prothèses (parties du corps artificielles)
- l'oxygène
- l'équipement médical (par exemple : fauteuil roulant, moniteur d'apnée)
- certains services assurés par un médecin

– Remboursement à 80 %, sous réserve de certains montants maximaux, pour :

- les soins de la vue**
- les thérapies (par exemple : services d'une ou d'un physiothérapeute, d'une ou d'un psychologue)
- les services paramédicaux (par exemple : massothérapie, chiropratique)
- les soins infirmiers privés
- les soins dentaires*** (soins dentaires requis en raison d'un accident et certains services chirurgicaux)

**Vous bénéficiez d'une protection pour les soins de la vue et de l'ouïe aux termes du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins de la vue et de l'ouïe. Vous pouvez faire une demande de remboursement aux termes de ces deux régimes.

***Les soins dentaires requis en raison d'un accident et certaines chirurgies dentaires sont couverts par le RSMC. Les autres soins dentaires sont couverts par le régime de soins dentaires.

Hospitalisation à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence – Remboursement à 100 % (sur recommandation du médecin)

Chambre d'hôpital (protection de base) – Remboursement à 100%, jusqu'à concurrence de 60 \$ par jour, pour les frais liés à une chambre d'hôpital.



Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, consultez la section du présent document portant sur les médicaments (pages 50 à 54).



Chambre d'hôpital à un tarif supérieur

Option A – Remboursement à 100 % jusqu'à concurrence de 70 \$ par jour pour les frais liés à une chambre d'hôpital (le montant de 70 \$ s'ajoute à votre protection de base de 60 \$ par jour).

Option B – Remboursement à 100 % jusqu'à concurrence de 140 \$ par jour pour les frais liés à une chambre d'hôpital (le montant de 140 \$ s'ajoute à votre protection de base de 60 \$ par jour).

Remarque : Le remboursement des frais liés à une chambre d'hôpital à un tarif supérieur est une protection facultative pour laquelle vous devez payer des primes additionnelles. Toutefois, au moment de la publication, une exonération de primes est en vigueur.



Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, consultez la section du présent document intitulée « Chambre d'hôpital à un tarif supérieur », à la page 50.

Assurance voyage

Remboursement à 100 % des frais médicaux engagés d'urgence à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence, jusqu'à concurrence de 250 000 \$.



Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, consultez la section du présent document portant sur l'assurance voyage page 55).



Qu'est-ce qui n'est pas couvert?

Le régime comporte de nombreuses exclusions (fournitures ou services qui ne sont pas couverts), par exemple :

- contraceptifs autres que des contraceptifs oraux;
- produits et traitements au stade expérimental;
- biens et services acquis principalement pour un usage athlétique ou cosmétique.



Pour obtenir de plus amples renseignements :
Consultez la liste détaillée des exclusions à la page 56.



Médicaments

Pourquoi une liste de médicaments remboursables?

Le coût des médicaments d'ordonnance augmente de façon spectaculaire, ce qui entraîne une hausse du coût des régimes d'assurance-médicaments des employées et employés. Pour continuer à fournir aux membres une protection complète à un coût raisonnable, le Syndicat a accepté un régime établi en fonction d'une liste de médicaments remboursables.

Comment fonctionne la liste de médicaments remboursables?

La protection des membres peut inclure l'ensemble des médicaments approuvés par Santé Canada, pourvu que ces derniers aient reçu un numéro d'identification de médicament; qu'ils soient utilisés aux fins approuvées par Santé Canada; et que les membres suivent le processus d'exception des médicaments, au besoin.

Comme indiqué ci-dessus, tous les médicaments sont couverts, mais certains sont considérés comme des médicaments remboursés automatiquement, tandis que d'autres nécessitent un formulaire de demande de médicament d'exception. Un médicament faisant l'objet d'un remboursement automatique signifie que les membres qui font exécuter une ordonnance dans une pharmacie sont couverts à 80 % et qu'ils n'ont aucun formulaire à remplir. En général, les médicaments remboursés automatiquement sont des médicaments que Santé Canada considère comme « de première ligne ». Cela signifie que ces médicaments sont les premiers prescrits comme traitement par un médecin. Autrement dit, ces médicaments sont essayés en premier. Si, pour une raison quelconque, vous ne pouvez pas prendre le médicament remboursé automatiquement ou si celui-ci n'est pas efficace, il existe un processus d'exception pour le remboursement des médicaments qui ne figurent pas sur la liste.



Comment les médicaments sont-ils inscrits à la liste des médicaments remboursés automatiquement?

L'inscription des médicaments remboursés automatiquement est encadrée par un ensemble de règles. Celles-ci sont énoncées dans l'ébauche de 2007 de la convention collective de l'unité urbaine. Voici un résumé de ces règles :

- Toutes les catégories de maladies définies dans la liste de médicaments doivent contenir au moins un médicament prescrit couvert à 80 %;
- La liste de médicaments remboursés automatiquement doit contenir au moins un médicament qui couvre la sclérose en plaques et les hépatites A, B et C;
- La liste de médicaments remboursés automatiquement doit contenir au moins un médicament qui couvre les dysfonctionnements sexuels, la perte de poids, la désaccoutumance au tabac et l'infertilité;
- Les appareils et l'équipement nécessaires à l'administration de médicaments essentiels au maintien de la vie sont couverts à 80 %;
- Les médicaments prescrits pour traiter les effets secondaires indésirables des médicaments essentiels au maintien de la vie sont couverts à 80 %;
- Il existe un processus d'exception pour les médicaments qui ne figurent pas sur la liste de médicaments remboursés automatiquement.

En quoi consiste le processus d'exception?

Si votre médicament n'est ni un médicament remboursé automatiquement ni un médicament soumis à une autorisation préalable (voir l'explication ci-dessous), vous et votre médecin devez remplir un formulaire de demande de médicament d'exception et répondre à l'un des deux critères suivants :

1. Vous avez déjà essayé un médicament remboursé automatiquement pour traiter votre problème de santé;
2. Votre médecin déclare qu'une contre-indication vous empêche d'essayer l'un des médicaments faisant l'objet d'un remboursement automatique. Les allergies sont un exemple de contre-indication.



Médicaments

Remarque : Une fois que vous avez soumis le formulaire de demande de médicament d'exception, Canada Vie dispose de quarante-huit (48) heures (jours ouvrables) après avoir reçu le formulaire pour vous informer de l'approbation.

Y a-t-il un montant maximal pour le remboursement de médicaments?

Il n'y a pas de montant maximal, sauf pour les quatre catégories suivantes :

1. La limite annuelle pour le remboursement de médicaments pour traiter les dysfonctions sexuelles est de 500 \$.
2. La limite annuelle pour le remboursement de médicaments pour la perte de poids est de 500 \$.
3. La limite annuelle pour le remboursement de médicaments pour la désaccoutumance au tabac est de 500 \$.
4. Le remboursement des traitements de l'infertilité est plafonné à 5 000 \$ à vie.

Autres articles couverts par le régime d'assurance-médicaments

Ce qui est couvert	Remarques
ournitures pour le traitement du diabète, comme les aiguilles, les seringues, les bâtonnets diagnostiques et les lancettes mais pas les autres fournitures pour le traitement du diabète .	Vous devez payer de votre poche les pompes à insuline, les moniteurs pour mesurer le glucose dans le sang et les appareils utilisés avec d'autres médicaments.
Certains médicaments requièrent une préautorisation de la compagnie d'assurance Canada Vie.	Consultez la section du présent document intitulée « Quels médicaments requièrent une préautorisation de la part de la compagnie d'assurance Canada Vie? »
Vitamines pour les enfants ayant des besoins spéciaux nécessaires du point de vue médical.	Les membres qui participent au programme <i>Besoins spéciaux</i> du STTP et qui ont autorisé la divulgation de renseignements concernant leur enfant à la compagnie Canada Vie peuvent présenter une demande de remboursement au nom de leur enfant; les autres parents d'enfants ayant des besoins spéciaux doivent communiquer avec le STTP.
Médicaments liés au mode de vie : médicaments de désaccoutumance au tabac, médicaments pour la perte de poids et médicaments pour traiter la dysfonction érectile.	Maximum annuel de 500 \$ pour chaque personne couverte, pour chaque médicament [le montant maximal pouvant faire l'objet d'une demande de remboursement se chiffre en réalité à 500 \$].
Médicaments contre la stérilité.	Maximum à vie de 5 000 \$ [le montant maximal pouvant faire l'objet d'une demande de remboursement se chiffre en réalité à 5 000 \$].



Médicaments



Où puis-je trouver la liste de médicaments?

La liste de médicaments se trouve sur Internet. Vous pouvez effectuer des recherches dans la liste en utilisant le nom ou le numéro d'identification du médicament que vous recherchez.

Vous pouvez obtenir de l'information sur le régime d'assurance-médicaments de trois façons :

1	
2	En cliquant sur le lien qui se trouve sur le site libre-service de Postes Canada site SAP à l'adresse http://mysite.canadapost.ca .  Remarque : Il vous faut un mot de passe pour accéder au site. Consultez à cette fin la section « Coordonnées » à la fin du présent document.
3	En visitant le site Web de Canada Vie ou en utilisant son application mobile.



D'où vient la liste de médicaments?

La liste de médicaments est dressée par la compagnie d'assurance Canada Vie et Telus Health, l'entreprise qui gère le régime d'assurance-médicaments.

Chaque trimestre, Canada Vie, Telus Health et le Comité consultatif sur les avantages sociaux, auquel participe le Syndicat, passent en revue la liste des nouveaux médicaments approuvés par Santé Canada afin de déterminer s'ils doivent être considérés comme des médicaments remboursés automatiquement. Il n'y a que trois raisons pour lesquelles un médicament peut être exclu de cette liste :

1. son efficacité
2. son innocuité
3. son coût

Remarque : N'oubliez pas que les médicaments qui ne font pas l'objet d'un remboursement automatique peuvent tout de même être couverts en suivant le processus d'exception.

Les liens pour consulter la liste des médicaments se trouvent à la page 16, ainsi que dans la section « Coordonnées », à la fin du présent livret.



Comment utiliser le régime d'assurance-médicaments

Achat de médicaments au moyen de votre carte

Votre **carte de paiement direct des médicaments** est votre principal outil pour l'achat de médicaments sur ordonnance. Vous devez apporter votre **carte de paiement direct des médicaments / carte Assure** à la pharmacie, ainsi que votre ordonnance.

Si votre ordonnance vise un médicament se trouvant sur la liste de médicaments remboursés automatiquement, le régime paiera 80 % du prix du médicament et vous devrez payer la différence (20 %).



Remarque : Votre carte de paiement direct des médicaments est destinée à l'achat de médicaments sur ordonnance et de fournitures de base pour le traitement du diabète, notamment les aiguilles. Vous ne pouvez pas utiliser votre carte pour acheter d'autres produits couverts par le régime de soins médicaux complémentaire. Si vous achetez autre chose qu'un médicament ou une des fournitures pour le traitement du diabète indiquées ci-dessus, vous devrez payer le prix de cet article de votre poche et remplir un formulaire de demande de remboursement.

Votre conjointe ou conjoint peut acheter des médicaments en utilisant sa propre carte de paiement direct des médicaments, à condition qu'elle ou il ne soit pas couvert par un autre régime d'assurance-médicaments.



Remarque : Si votre conjointe ou conjoint est couvert par un autre régime d'assurance-médicaments en tant qu'employée ou employé, elle ou il doit tout d'abord faire une demande de remboursement auprès de ce régime. Consultez à ce sujet la section du présent document portant sur la coordination des prestations à la page 18.

Achat de médicaments en utilisant un formulaire de demande de remboursement

Si vous avez oublié votre carte ou que celle-ci ne fonctionne pas pour une raison ou pour une autre, remplissez le formulaire intitulé « Relevé des frais au titre du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins de la vue et de l'ouïe ». Envoyez le formulaire à la compagnie Canada Vie, accompagné des **reçus originaux**. N'oubliez pas de conserver une copie de tous les documents que vous envoyez.



Coordination des prestations du régime d'assurance-médicaments

Les deux conjoints travaillent aux postes

Si vous et votre conjoint ou conjointe travaillez pour Postes Canada et que vous cotisez tous les deux au régime de soins médicaux complémentaire en tant que **membres et employées ou employés**, vous pouvez coordonner les prestations de votre régime d'assurance-médicaments. Vous serez alors en mesure d'obtenir un remboursement équivalant à 100 % du coût de vos médicaments.

Les deux conjoints doivent être admissibles au RSMC et souscrire, en tant que membres, à la protection familiale du régime.

Si vous et votre conjoint ou conjointe utilisez les deux cartes de paiement direct des médicaments à la pharmacie, Canada Vie coordonnera automatiquement vos prestations et vous n'aurez rien à payer. Toutefois, si vous n'utilisez pas votre carte, vous pouvez quand même présenter une demande de remboursement.

Pour obtenir un remboursement, votre conjoint ou conjointe doit remplir, à **titre de membre et d'employé ou employée**, le formulaire « Relevé des frais au titre du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins de la vue et de l'ouïe ». Dans ce cas, vous êtes le conjoint ou la conjointe. Envoyez le formulaire à la compagnie Canada Vie, accompagné de l'original des reçus. N'oubliez pas de conserver une copie de tous les documents que vous envoyez.



Conseil : Indiquez sur le formulaire que vous avez droit à la coordination des prestations aux termes du régime.

Coordination des prestations lorsqu'un des conjoints est couvert par un autre régime d'assurance-médicaments

S'il s'agit de votre ordonnance, vous présentez tout d'abord votre carte de paiement des médicaments à la pharmacie comme d'habitude. Vous remplissez ensuite une demande de remboursement aux termes du régime de votre conjoint ou conjointe pour tout montant admissible qui n'a pas été remboursé au moyen de votre carte.



Dans ce cas, votre conjoint ou conjointe est le **membre et l'employé ou employée**, et vous êtes **le conjoint ou la conjointe**. Envoyez une copie du reçu de l'achat du médicament et votre demande de remboursement au régime d'assurance de votre conjoint ou conjointe.

S'il s'agit de l'ordonnance de votre conjoint ou conjointe, il ou elle doit tout d'abord présenter une demande de remboursement aux termes de son régime. Une fois que votre conjoint ou conjointe a reçu son remboursement, il ou elle peut alors présenter une demande de remboursement auprès de votre régime pour le montant que son propre régime ne lui a pas remboursé. Il ou elle doit à cette fin remplir une copie du formulaire intitulé « Relevé des frais au titre du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins de la vue et de l'ouïe ». Dans ce cas, vous êtes le **membre et l'employé ou employée** et votre conjoint ou conjointe est, vous l'aurez deviné, **le conjoint ou la conjointe**. Envoyez une copie du reçu de l'achat du médicament et votre demande de remboursement à Canada Vie.



Conseil : Avant de présenter une demande de remboursement aux termes du régime d'assurance-médicaments de votre conjoint ou conjointe, vérifiez s'il y a des règles particulières.

Quel régime utiliser? – demande de remboursement concernant un enfant

La « règle de l'anniversaire de naissance » a été conçue par les compagnies d'assurance et s'applique chaque fois que des enfants sont visés par deux régimes différents.

Si vos enfants sont couverts par deux régimes, vous devez présenter une demande de remboursement auprès des deux régimes, une à la fois. La première demande est présentée au régime du parent dont l'anniversaire survient en premier durant l'année (pas l'année de la naissance, mais bien le jour de l'anniversaire de naissance comme tel).



Exemple : L'anniversaire de naissance de votre conjoint ou de votre conjointe est le 23 mars 1995 et le vôtre est le 3 juin 1991. Vous présentez d'abord une demande au régime de votre conjoint ou conjointe, parce que le 23 mars précède le 3 juin.

Le parent dont l'anniversaire survient en premier au cours de l'année utilisera d'abord son régime pour l'achat du médicament en se servant de sa carte de paiement des médicaments (s'il s'agit du régime de Postes Canada) ou en soumettant une demande de remboursement (s'il s'agit d'un autre régime).



Si la demande est présentée au moyen d'un formulaire, vous devrez attendre d'avoir reçu le chèque de la compagnie d'assurance avant de présenter une demande à l'autre régime.

Le parent dont l'anniversaire survient plus tard au cours de l'année présente ensuite une demande de remboursement auprès de son régime pour le montant qui n'a pas été remboursé par le régime de l'autre parent.

Pour que le deuxième régime puisse déterminer le montant du remboursement qu'il vous doit, vous devez inclure les documents obtenus de la pharmacie ou de la compagnie d'assurance. N'oubliez pas de conserver une copie de tous les documents que vous envoyez.



Utilisation du régime d'assurance-médicaments : quelques conseils

Renseignez votre fournisseur de soins au sujet de votre régime à liste de médicaments

Veillez à ce que votre fournisseur de soins (médecin ou infirmière praticienne) sache que vous êtes couvert par un régime à liste de médicaments remboursables. Demandez-lui de placer une copie du formulaire de demande de médicament d'exception dans votre dossier, ainsi que dans le dossier des membres de votre famille couverts par votre régime. Vous pouvez aussi lui montrer la liste de médicaments remboursés automatiquement par votre régime, l'objectif étant de l'encourager à vous prescrire des médicaments remboursés automatiquement, tant qu'ils répondent à vos besoins.

Consultez la liste de médicaments avant de vous rendre chez votre médecin

Téléchargez la liste de médicaments et trouvez votre problème de santé ou votre maladie (angine de poitrine, asthme, cholestérol, ulcère, etc.) Imprimez les pages où sont inscrits les médicaments recommandés pour votre problème ou votre maladie et apportez-les chez votre fournisseur de soins.



Médicaments

N'oubliez pas de prendre en note l'adresse Internet du régime d'assurance-médicaments ou d'apporter votre téléphone muni de l'application mobile de Canada Vie au cas où votre fournisseur de soins ou son personnel aurait besoin de consulter la liste.

Vous pouvez aussi effectuer une recherche dans la liste au moyen du nom du médicament ou de son numéro d'identification (DIN).

Comment demander un remboursement pour l'achat de médicaments : sommaire

Comment demander un remboursement pour l'achat de médicaments – sommaire		
	Nom du ou des documents requis*	Ce que vous devez faire
Médicaments sur ordonnance	Carte de paiement direct des médicaments Canada Vie vous enverra cette carte après votre inscription au régime).	Apportez la carte et l'ordonnance à la pharmacie. Le régime vous remboursera 80 %. Vous devrez payer la différence de votre poche.
Paiement des médicaments sur ordonnance lorsqu'il est impossible d'utiliser votre carte	Relevé des frais au titre du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins de la vue et de l'ouïe.	Remplissez le formulaire et envoyez-le à la compagnie Canada Vie, accompagné de l'original des reçus.
Coordination des prestations du régime d'assurance-médicaments (lorsque les deux conjoints souscrivent à la protection familiale du RSMC en tant que membres	Utilisez tout d'abord votre carte de paiement direct des médicaments pour payer la portion initiale de 80 %. Utilisez ensuite la carte de votre conjoint ou conjointe pour payer les 20 % restants.	

** Sauf indication contraire, les formulaires se trouvent sur le site Web du STTP et le site libre-service de Postes Canada (SAP).*

(suite)



(suite de la page précédente)

Comment demander un remboursement pour l'achat de médicaments – sommaire		
	Nom du ou des documents requis*	Ce que vous devez faire
Préautorisation de certains médicaments voir la page 28 du présent document	Demande de renseignements (vous pouvez obtenir ce formulaire auprès de la compagnie Canada Vie).	Votre médecin et vous devez remplir le formulaire et l'envoyer à Canada Vie.
Vitamines prescrites à des enfants ayant des besoins spéciaux	Le Syndicat envoie un formulaire par la poste à tous les parents inscrits au programme <i>Besoins spéciaux</i> .	

* Sauf indication contraire, les formulaires se trouvent sur le site Web du STTP et le site libre-service de Postes Canada (SAP).



Important : Écrivez toujours votre numéro d'employée ou d'employé de Postes Canada (numéro N RH) sur tout formulaire de demande de remboursement ou tout formulaire de demande d'adhésion que vous remplissez.



Important : Conservez toujours une copie des documents que vous envoyez à la compagnie Canada Vie ou à Postes Canada.

Questions et problèmes courants concernant le régime d'assurance-médicaments



Mon médecin affirme que le seul médicament qui me convient ne figure pas sur la liste des médicaments remboursés automatiquement.

Demandez à votre médecin de remplir le formulaire de demande de médicament d'exception en indiquant que ce médicament est la seule option disponible pour traiter votre état de santé.

Postez ensuite le formulaire à Canada Vie. Le médicament sera alors remboursé à 80 %.



Le formulaire de médicament d'exception doit-il être rempli à chaque renouvellement d'ordonnance?

Non. Si vous utilisez la même pharmacie, elle aura les détails de votre régime dans ses dossiers. De plus, si vous renouvelez un médicament qui a déjà été accepté, Canada Vie l'aura aussi dans ses dossiers.



Quels médicaments requièrent une préautorisation de la part de la compagnie d'assurance Canada Vie?

Certains médicaments nécessitent une préautorisation. En voici quelques exemples :

- Médicaments contre l'obésité
- Fludara
- Thyrogen
- Botox
- Gleevec
- Remicade/Kineret/Enbrel
- Fuzeon

La liste de médicaments et les formulaires d'autorisation s'y rattachant se trouvent sur le site Web de la compagnie Canada Vie, dans la section « formulaires et cartes ».

Dans le cas des médicaments contre l'obésité et du Botox, le formulaire d'autorisation mentionne que les renseignements exigés sont nécessaires pour « veiller à ce que le médicament soit utilisé conformément à l'utilisation approuvée par Santé Canada. »



Remarque : Comme c'est le cas avec tous les médicaments visés par le régime d'assurance-médicaments, le Botox ne vous sera **pas** remboursé s'il est utilisé à des fins cosmétiques.

Remarque : Notre régime prévoit des médicaments avec autorisation préalable depuis très longtemps. Ces médicaments sont généralement des médicaments de troisième ligne, à utiliser après en avoir essayé d'autres. Ils sont très puissants et très chers. Au fur et à mesure que de nouveaux médicaments arrivent sur le marché, d'autres sont ajoutés à la liste des médicaments à autorisation préalable.



Lorsque vous aurez obtenu le formulaire, demandez à votre médecin de le remplir et envoyez-le ensuite à la compagnie Canada Vie.

Si vous ne pouvez pas attendre la préautorisation d'un médicament (ce qui devrait prendre environ deux semaines), vous devriez l'acheter malgré tout.

Vous devrez alors le payer de votre poche. Une fois que le médicament aura été approuvé (Canada Vie vous en avisera par la poste), vous pouvez remplir le formulaire intitulé « Relevé des frais au titre du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins de la vue et de l'ouïe » et l'envoyer à la compagnie Canada Vie afin d'obtenir un remboursement. Vous serez en mesure d'utiliser votre carte de paiement direct pour tous les achats ultérieurs du médicament en question.

Remarque : Comme ces médicaments sont coûteux, avant de vous engager dans cette voie et de payer de votre poche, parlez-en à votre médecin pour voir s'il peut vous prescrire autre chose en attendant l'approbation.



Les vitamines sont-elles couvertes?

Dans des circonstances spéciales, les vitamines et les minéraux sur ordonnance peuvent être remboursés à 80 %.

Les vitamines et minéraux administrés par injection sont remboursés à 80 %.

Les vitamines et minéraux prescrits pour le traitement de maladies chroniques sont couverts à 80 %.

Les vitamines prescrites par un médecin à un enfant ayant des besoins spéciaux sont couvertes à 80 %. Si vous avez des enfants inscrits au programme *Besoins spéciaux* du STTP, vous pouvez acheter des vitamines pour vos enfants sans autorisation spéciale de la compagnie Canada Vie, dans la mesure où vous avez signé le formulaire d'autorisation du STTP. Le Syndicat envoie ce formulaire à tous les parents qui ont des enfants participant au programme *Besoins spéciaux*.

Ce formulaire du STTP autorise la divulgation, à Postes Canada et à la compagnie d'assurance Canada Vie, des renseignements suivants : votre nom, le nom de votre ou de vos enfants ayant des besoins spéciaux, le nom des vitamines et leur numéro d'identification (DIN), et ce, même s'ils ne figurent pas sur la liste des médicaments. Le numéro d'identification (DIN) se trouve sur le contenant de comprimés de vitamines. Vous devez obtenir une ordonnance de votre fournisseur de soins pour les vitamines, même si ces dernières sont en vente libre.



Si vous avez des enfants ayant des besoins spéciaux qui ne sont pas inscrits au programme *Besoins spéciaux* ou si vous avez besoin de plus amples renseignements, communiquez avec le programme *Besoins spéciaux* du STTP au 1-888-433-2885.



Les remèdes prescrits par une ou un naturopathe sont-ils couverts?

Non. Les services des naturopathes sont couverts, mais pas les remèdes homéopathiques ou les remèdes à base de plantes médicinales qu'ils prescrivent.



La pharmacie n'a pas accepté ma carte de paiement direct des médicaments! Pourquoi?

Voici certaines des raisons pouvant expliquer le refus de votre carte de paiement direct :

- Votre conjoint ou conjointe ou un de vos enfants n'est pas inscrit au régime de soins médicaux complémentaire (communiquez avec Canada Vie, par téléphone ou par courriel, pour vous assurer que tous les membres de votre famille qui devraient être inscrits au régime le sont; s'il y a lieu, remplissez un formulaire de renseignements sur les personnes à charge et envoyez-le à la compagnie Canada Vie afin qu'elle ajoute les personnes en question à votre régime).
- L'information entrée à la pharmacie ne correspond pas à celle comprise dans la banque de données de la compagnie Canada Vie (mauvaise date de naissance par exemple).
- Vous n'avez pas d'ordonnance pour un médicament en vente libre par exemple, l'aspirine).
- L'ordonnance prévoit un approvisionnement pour une période de plus d'un mois (le régime d'assurance-médicaments couvre les ordonnances de 34 jours en ce qui concerne les médicaments « à action immédiate » et les ordonnances de 100 jours en ce qui concerne les médicaments d'entretien).



- L'ordonnance est faite au nom d'une personne qui est couverte par deux régimes d'assurance-médicaments et cette personne doit tout d'abord présenter une demande de remboursement à l'autre régime. Consultez la section sur la coordination des prestations aux pages 18 et 19 du présent document.



J'ai perdu ma carte de paiement direct de médicaments. Comment puis-je en obtenir une nouvelle?

Téléphonez à la compagnie Canada Vie ou consultez son site Web. Comme toujours, ayez à portée de la main votre numéro d'employée ou d'employé de Postes Canada (numéro N RH).



Que faire si je crois que Canada Vie a fait une erreur?

Voir la page 61.



Soins médicaux (autres que des médicaments)

Utilisation de la portion du régime portant sur les soins médicaux

En plus des médicaments, le régime de soins de santé complémentaire couvre divers équipements, fournitures et services médicaux, qui sont présentés ci-dessous.



Important : Si différentes options sont disponibles pour un produit ou un service, le régime remboursera le prix de l'option la moins chère (à moins que l'achat d'une option plus chère soit médicalement justifié). Vos dépenses « doivent être raisonnables en comparaison des prix généralement en vigueur dans la région où les dépenses ont été engagées. »



Important : La plupart des produits et services doivent être prescrits par un « médecin spécialiste reconnu », soit un médecin ou un autre spécialiste diplômé. Pour presque tous les autres produits et services, vous avez besoin d'une ordonnance, d'une note ou d'un certificat du médecin.



Important : Les médecins praticiens et les praticiennes et praticiens paramédicaux doivent être autorisés et titulaires d'une licence dans la province ou dans le territoire où ils travaillent, conformément aux règles de la compagnie Canada Vie. Si vous avez des doutes, vérifiez auprès de la compagnie Canada Vie.



Équipement pour l'administration de médicaments – remboursement à 80 %

Substances nutritives thérapeutiques de remplacement – remboursement à 80 %

Fournitures pour le traitement du diabète – remboursement à 80 %

Détails sur la protection

- Les aiguilles, seringues, appareils FreeStyle Libre et produits chimiques pour diagnostic sont couverts et vous pouvez les acheter à l'aide de votre carte de paiement direct des médicaments, contrairement à tous les autres produits et services mentionnés dans la présente section. Il n'y a pas de maximum.
- Pompes à insuline, accessoires complémentaires et moniteurs pour mesurer le glucose dans le sang. Vous devez utiliser un formulaire de demande de remboursement pour ces articles. Il n'y a pas de maximum.
- Réparation ou remplacement d'équipement au moins 60 mois (5 ans) après son achat. Il n'y a pas de maximum.

Remarque

- Ordonnance requise.



Traitement de l'asthme – remboursement à 80 %

Soins de la vue – remboursement à 80 %

Détails sur la protection

- Montant maximal par personne protégée par période de quatre années civiles : 400 \$ [remboursement maximal pour une demande de ce montant: 320 \$]
- La période de remboursement est constituée de quatre années civiles et s'établit comme suit :

Du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2022
Du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2026
Du 1^{er} janvier 2027 au 31 décembre 2030

- Couvre les examens de la vue tous les deux ans, les lunettes ou les verres de contact sur ordonnance, y compris les réparations et les verres de contact prescrits par un médecin;
- Couvre aussi l'achat de lunettes ou de verres de contact requis en raison d'une chirurgie ou d'un accident, dans la mesure où l'achat est effectué dans les six mois suivant la chirurgie ou l'accident.

Remarques



Consultez toujours ce calendrier avant d'acheter des lunettes ou des verres de contact!

- Vous pouvez également présenter une demande de remboursement au régime de soins de la vue et de l'ouïe. Vous n'avez à remplir qu'un seul formulaire de demande de remboursement pour obtenir un remboursement aux termes de deux régimes.
- Consultez la section intitulée « Utilisation de la portion du régime portant sur les soins médicaux : exemples » à la page 38.



Thérapie — remboursement à 80 %

Physiothérapie	<ul style="list-style-type: none"> Pas de maximum. Une recommandation supplémentaire est requise si le montant de la réclamation est supérieur à 5 000 \$ par année. 	<ul style="list-style-type: none"> Certificat du médecin requis.
Orthophonie	<ul style="list-style-type: none"> Montant maximal par personne protégée par année civile : 600 \$ [remboursement maximal pour une demande de ce montant : 480 \$] 	<ul style="list-style-type: none"> Certificat du médecin requis.
Services assumés par une ou un psychologue ou par une travailleuse ou un travailleur social	<ul style="list-style-type: none"> Montant maximal par personne protégée par année civile : 2 000 \$ [remboursement maximal pour une demande de ce montant : 1 600 \$] 	<ul style="list-style-type: none"> Certificat du médecin requis. La travailleuse ou le travailleur social doit être un thérapeute clinicien agréé.
Acupuncture	<ul style="list-style-type: none"> Montant maximal par personne protégée par année civile : 600 \$ [remboursement maximal pour une demande de ce montant : 480 \$] 	<ul style="list-style-type: none"> Certificat du médecin requis. Les soins d'acupuncture peuvent être donnés par un médecin ou une acupunctrice ou un acupuncteur qualifié.
Électrolyse ou traitement d'électrolyse exécuté par un médecin	<ul style="list-style-type: none"> Montant maximal par personne par visite : 20 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> Ordonnance d'un psychiatre ou d'un psychologue requise.

Services paramédicaux* — remboursement à 80 %

	Détails sur la protection	Remarques
Massothérapie	<ul style="list-style-type: none"> Montant maximal par personne protégée par année civile, pour chaque type de services : 400 \$ [remboursement maximal pour une demande de ce montant : 320 \$] 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de certificat du médecin requis.
Ostéopathie, podiatrie ou chiropratie	<ul style="list-style-type: none"> Montant maximal par personne protégée par année civile, pour chaque type de services : 500 \$ [remboursement maximal pour une demande de ce montant : 400 \$] 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de certificat du médecin requis.
Chiropratique, naturopathie	<ul style="list-style-type: none"> Montant maximal par personne protégée par année civile : 600 \$ [remboursement maximal pour une demande de ce montant : 480 \$] 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de certificat du médecin requis.



Services paramédicaux* — remboursement à 80 %

- Montant maximal par personne

** Certains régimes d'assurance-maladie provinciaux ou territoriaux prennent en charge les visites faites à des spécialistes paramédicaux. Pour chaque type de spécialistes, les régimes provinciaux ou territoriaux en question remboursent habituellement un maximum par visite, jusqu'à concurrence d'un maximum annuel. Le RSMC prévoit le remboursement des frais de services paramédicaux, mais uniquement après que le maximum annuel provincial ou territorial a été atteint. De plus, la période annuelle visée pour le remboursement de ces dépenses peut varier d'un régime provincial ou territorial à un autre (par exemple : du 1^{er} juillet au 30 juin). Communiquez avec votre spécialiste ou le ministère de la Santé pour obtenir des détails à ce sujet.*

Soins infirmiers privés – remboursement à 80 %

Soins dentaires requis en raison d'un accident ou services chirurgicaux – remboursement à 80 %

Détails sur la protection

- Pas de maximum
- Services d'un chirurgien-dentiste y compris les frais de prothèses dentaires nécessaires pour le traitement d'une fracture de la mâchoire ou d'une blessure aux dents naturelles résultant d'un coup externe, violent et accidentel.
- Traitement de kystes, de lésions, d'abcès, de fractures et de dislocations, traitements gingivaux et alvéolaires, extractions de dents ou de racines et autres traitements de chirurgie buccale.

Remarques

- Pas de certificat du médecin requis.
- Le régime de soins dentaires couvre d'autres services en matière de soins dentaires.
- Le traitement doit être administré dans les 12 mois suivant l'accident avant l'âge de 18 ans dans le cas d'un enfant de moins de 17 ans).



Services d'ambulance – remboursement à 80 %

Chaussures orthopédiques – remboursement à 80 %

Détails sur la protection

- Montant maximal par personne protégée par année civile : 150 \$ [remboursement maximal pour une demande de ce montant : 120 \$]

Remarque

- Chaussures orthopédiques conçues spécialement pour la patiente ou le patient ou faisant partie intégrante d'un appareil orthopédique, y compris les modifications.

Prothèses auditives – remboursement à 80 %

Détails sur la protection

- Maximum de 1 000 \$ par personne protégée par période de 60 mois (5 ans) pour l'achat et la réparation de prothèses auditives, y compris les prothèses auditives requises à la suite d'une chirurgie ou d'un accident, à condition que l'achat soit effectué dans les six mois qui suivent la chirurgie ou l'accident. [Remboursement maximal pour une demande de ce montant : 800 \$].
- Ne couvre pas les tests auditifs ou les piles (mais les piles sont couvertes sous le régime de soins de la vue et de l'ouïe, à condition qu'elles soient achetées en même temps que les prothèses .

Remarques

- Vous pouvez aussi obtenir un remboursement aux termes du régime de soins de la vue et de l'ouïe.
- Vous n'avez besoin de remplir qu'un seul formulaire de demande de remboursement pour obtenir un remboursement aux termes des deux régimes.
- Certains gouvernements provinciaux ou territoriaux fournissent une aide financière relativement aux appareils auditifs. Renseignez-vous à ce sujet auprès de votre médecin, du ministère de la Santé ou de la compagnie d'assurance Canada Vie. Vous devez tout d'abord présenter une demande de remboursement auprès de votre gouvernement provincial ou territorial, s'il y a lieu, avant de demander un remboursement à la compagnie Canada Vie.



Fournitures médicales — remboursement à 80 %

Bandages herniaires, béquilles, attelles, plâtres et colliers cervicaux	<ul style="list-style-type: none">• Pas de maximum	<ul style="list-style-type: none">• Ordonnance requise
Orthèses	<ul style="list-style-type: none">• Pas de maximum• Une paire d'orthèses par personne protégée par année civile	<ul style="list-style-type: none">• Ordonnance requise
Bas de soutien et vêtements élastiques de contention pour les victimes de brûlures	<ul style="list-style-type: none">• Pas de maximum	<ul style="list-style-type: none">• Ordonnance requise
Bandages et pansements chirurgicaux nécessaires au traitement d'une blessure ouverte ou d'un ulcère	<ul style="list-style-type: none">• Pas de maximum	<ul style="list-style-type: none">• Ordonnance requise
Supports orthopédiques de métal ou de plastique rigide	<ul style="list-style-type: none">• Pas de maximum	<ul style="list-style-type: none">• Ordonnance requise• Ne couvre pas les appareils d'orthodontie et les articles pour usage sportif.
Soutien-gorge orthopédique	<ul style="list-style-type: none">• Montant maximal par personne protégée par année civile : 100 \$ [remboursement maximal pour une demande de ce montant : 80 \$]	<ul style="list-style-type: none">• Ordonnance requise
Perruques	<ul style="list-style-type: none">• Montant maximal par personne protégée à vie : 500 \$ [remboursement maximal pour une demande de ce montant : 400 \$]	<ul style="list-style-type: none">• Ordonnance requise• La perruque doit être requise en raison de la perte complète des cheveux à la suite d'une maladie.
Fournitures nécessaires à la suite d'une colostomie, d'une iléostomie ou d'une trachéotomie; sondes et sacs collecteurs	<ul style="list-style-type: none">• Pas de maximum	<ul style="list-style-type: none">• Ordonnance requise• Pour les personnes incontinentes, paraplégiques ou quadriplégiques.



Prothèses (parties du corps artificielles) — remboursement à 80 %

Prothèses mammaires, y compris leur remplacement	<ul style="list-style-type: none">• Pas de maximum, mais les remplacements doivent être achetés dans un délai minimum de 24 mois (deux ans) suivant la date du dernier achat.	<ul style="list-style-type: none">• Ordonnance requise
Membres artificiels temporaires	<ul style="list-style-type: none">• Pas de maximum	<ul style="list-style-type: none">• Ordonnance requise
Yeux artificiels	<ul style="list-style-type: none">• Pas de maximum	<ul style="list-style-type: none">• Ordonnance requise
Membres artificiels permanents pour remplacer des membres artificiels temporaires	<ul style="list-style-type: none">• Pas de maximum	<ul style="list-style-type: none">• Ordonnance requise
Remplacement d'yeux artificiels et de membres artificiels permanents, y compris les réparations, le bonnet couvre-moignon et le harnais.	<ul style="list-style-type: none">• Pas de maximum	<ul style="list-style-type: none">• Ordonnance requise• Les remplacements doivent être achetés après un délai minimal de 60 mois (cinq ans) suivant le dernier achat (12 mois pour les enfants de moins de 22 ans).• Si l'achat est effectué avant 60 mois, la nécessité du remplacement doit être médicalement établie.

Oxygène (y compris l'équipement nécessaire à son administration) - remboursement à 80 %

Détails sur la protection

- Pas de maximum.

Remarque

- Ordonnance requise.



Accessoires médicaux — remboursement à 80 %

<p>Supports de marche, lits d'hôpitaux, moniteurs d'apnée et systèmes d'alarme pour les patients incontinents, ainsi que d'autres accessoires fabriqués à des fins médicales ou thérapeutiques, et fauteuils roulants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de maximum • La compagnie Canada Vie décide si l'équipement doit être loué ou acheté. Vous devez dans ce cas présenter tout d'abord une demande de remboursement auprès du régime provincial ou territorial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordonnance requise. • Certains gouvernements provinciaux ou territoriaux fournissent une aide financière pour l'achat de ces accessoires. • Renseignez-vous auprès de votre médecin, du ministère de la Santé ou de la compagnie Canada Vie. • Les fauteuils roulants peuvent être achetés tous les deux ans pour les enfants à charge de moins de 18 ans ou tous les trois ans pour les autres personnes admissibles.
---	---	---

Services de médecins

(services de médecins qui ne sont pas couverts par le régime provincial d'assurance-maladie dans la province de résidence du patient ou de la patiente, mais qui le sont par le régime d'assurance-maladie d'une autre province)

Hospitalisation

(frais d'hospitalisation en chambre excédants des frais d'hospitalisation en salle)

Détails sur la protection

- usqu'à concurrence de 60 \$ par jour [remboursement maximal pour une demande de ce montant : 60 \$]

Remarque

Vous pouvez souscrire à une protection additionnelle de 70 \$ ou 140 \$ par jour. Consultez la section du présent document portant sur la chambre d'hôpital à un tarif supérieur.

Hospitalisation à l'extérieur de la province

(coûts associés au séjour dans un hôpital d'une province ou d'un territoire autre que la province ou le territoire de résidence du patient ou de la patiente)

Détails sur la protection

- usqu'à concurrence de 25 000 \$ par personne protégée, par maladie [remboursement maximal pour une demande de ce montant : 25 000 \$ - soit le plein montant]

Remarque

- L'hospitalisation doit être recommandée par un médecin dans la province ou le territoire de résidence du patient ou de la patiente pour des services qui ne sont pas offerts dans cette province ou dans ce territoire.



Comment présenter une demande de remboursement pour des soins médicaux

Dans la plupart des cas, le service ou l'achat de l'article en question doit avoir été approuvé par le professionnel de la santé approprié. Si c'est le cas, assurez-vous d'obtenir une copie de l'ordonnance, de la note ou du certificat du médecin. Pour connaître les documents requis, consultez les renseignements concernant le produit ou service en question dans la section intitulée « Utilisation de la portion du régime portant sur les soins médicaux » de la page 27 à la page 35 du présent document. Vérifiez auprès de la compagnie Canada Vie si vous avez des doutes.

Vous devrez payer de votre poche pour le service ou l'article et présenter une demande de remboursement aux termes du régime. N'oubliez pas de demander un reçu.

Dans la plupart des cas vous devez remplir le formulaire intitulé « **Relevé des frais au titre du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins de la vue et de l'ouïe** ». (Les quelques exceptions à cette règle sont présentées dans la section ci-dessous intitulée « Comment demander un remboursement pour des fournitures, des équipements et des services médicaux – sommaire ».)

Remplissez une copie du formulaire intitulé « Relevé des frais au titre du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins de la vue et de l'ouïe ». N'oubliez pas d'écrire votre numéro d'employée ou d'employé de Postes Canada (numéro N RH) sur le formulaire.

Si vous bénéficiez d'une protection aux termes de plus d'un régime, n'oubliez pas de remplir la section du formulaire portant sur la coordination des prestations; de cette manière vous obtiendrez un remboursement plus important.



Conseil : Mettez en relief le fait que vous avez droit à la coordination des prestations aux termes du régime.

Envoyez le formulaire par la **poste** à la compagnie d'assurance Canada Vie, ainsi que les factures, les reçus et tout autre renseignement médical requis. N'oubliez pas de **conserver une copie** de tous les documents que vous envoyez. L'adresse figure sur le formulaire et se trouve également à la fin du présent document.



Que faire si je crois que la compagnie d'assurance Canada Vie a fait une erreur?

Voir la page 60.

Comment demander un remboursement pour des fournitures, des équipements et des services médicaux - sommaire

	Nom du ou des documents requis*	Ce que vous devez faire
La plupart des fournitures, équipements et services médicaux couverts par le régime [exemples : thérapies, services paramédicaux, soins de la vue, appareils auditifs, ambulance, chaussures orthopédiques, fauteuils roulants, attelles]	<ul style="list-style-type: none"> Relevé des frais au titre du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins de la vue et de l'ouïe. 	<ul style="list-style-type: none"> Remplissez le formulaire et envoyez-le à la compagnie d'assurance Canada Vie, accompagné des reçus. Dans la plupart des cas, le produit ou le service doit avoir été prescrit par une professionnelle ou un professionnel de la santé et dans certains cas vous devez également envoyer une copie de documents médicaux additionnels à Canada Vie.
Soins infirmiers privés	<ul style="list-style-type: none"> Soins infirmiers – formulaire d'évaluation de l'état de santé vous pouvez obtenir ce formulaire auprès de la compagnie Canada Vie . 	<ul style="list-style-type: none"> Votre médecin et vous devez remplir le formulaire et l'envoyer à Canada Vie.
Hospitalisation (dans votre propre province ou territoire)	<ul style="list-style-type: none"> Carte d'identité du régime de soins médicaux complémentaire Canada Vie vous enverra cette carte après votre inscription au régime). 	<ul style="list-style-type: none"> Présentez votre carte au préposé ou la préposée à l'admission de l'hôpital. La plupart des hôpitaux factureront Canada Vie directement.
Services d'un médecin (pour les services qui ne sont pas couverts par le régime de soins de santé de votre province ou territoire, mais qui le sont aux termes d'un régime d'une autre province ou d'un autre territoire)	<ul style="list-style-type: none"> Relevé des frais au titre du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins de la vue et de l'ouïe 	<ul style="list-style-type: none"> Remplissez le formulaire et envoyez-le à Canada Vie. Vous devez également y joindre un reçu.

* À moins d'indication contraire, les formulaires sont disponibles sur le site Internet du STTP et sur le site libre-service de Postes Canada (SAP).



Utilisation de la portion du régime portant sur les soins médicaux : conseils

- AVANT de faire un achat majeur ou d'entreprendre un traitement médical, communiquez avec la compagnie Canada Vie pour vous assurer que l'article ou le service en question est couvert.
- Vérifiez les montants maximaux et le calendrier. (Vous pouvez vérifier en téléphonant à la compagnie Canada Vie. Vous pouvez aussi vous rendre sur le site Web de la Canada Vie et, à l'aide du numéro du régime et de votre numéro d'employée ou d'employé de Postes Canada (NIRH), vérifier les demandes de remboursement que vous avez faites en votre nom ou au nom d'autres membres de votre famille. Si vous avez déjà dépensé le montant maximum ou presque, vous pourriez peut-être reporter les services médicaux ou les achats qui ne sont pas urgents jusqu'à ce que le nouveau montant maximal soit disponible.
- Si votre conjointe ou conjoint travaille à Postes Canada et est admissible aux régimes d'avantages sociaux, vous devriez souscrire tous les deux, en tant que membres, à la protection familiale du RSMC afin de pouvoir coordonner vos prestations (et obtenir ainsi un remboursement correspondant jusqu'à 100 % de vos dépenses). Consultez à ce sujet la section du présent document portant sur la coordination des prestations (page 43).
- N'oubliez pas d'inscrire votre numéro d'employée ou d'employé de Postes Canada (numéro NIRH) sur votre demande de remboursement et de conserver une copie de tout ce que vous envoyez à la compagnie Canada Vie.
- NE tardez PAS à envoyer votre demande de remboursement. Les demandes pour des dépenses datant de plus de 12 mois seront rejetées.

Montants maximaux

Les régimes d'avantages sociaux établissent des limites aux montants qui peuvent vous être remboursés pour l'achat de divers produits et services. Ces limites varient d'un régime à l'autre et parfois au sein d'un même régime.

Le régime de soins médicaux complémentaire prévoit un montant maximal de 400 \$ par année pour les services de massothérapie. Cependant, si vous présentez des demandes de remboursement totalisant 400 \$ au cours de la même année, la compagnie d'assurance ne vous remboursera que 320 \$, car, dans la plupart des cas, le RSMC ne rembourse que 80 % du montant maximal. La seule façon de recevoir un remboursement de plus de 80 % consiste à soumettre une demande à un deuxième régime.



Dans bien des cas, les montants maximaux sont établis pour une période d'un an (services paramédicaux comme l'acupuncture), ou une période de quatre ans (lunettes). Certains montants maximaux couvrent une période de cinq ans (appareils auditifs, fauteuils roulants) et quelques-uns constituent des limites à vie (perruques pour les personnes atteintes de cancer).

Le régime de soins de la vue et de l'ouïe vous permet de toucher un remboursement correspondant à 100 % des montants maximaux. Le régime de soins dentaires vous permet également de toucher le total des montants maximaux, dans la mesure où vos dépenses sont suffisantes.



Utilisation de la portion du régime portant sur les soins médicaux : exemples



Farid consulte un podiatre et achète des chaussures

Farid souscrit au régime de soins médicaux complémentaire. Ses traitements chez un podiatre lui coûtent 250 \$. Ce dernier lui prescrit des chaussures orthopédiques, qui lui coûtent 150 \$. Farid présente une demande de remboursement, conformément aux directives de la section intitulée « Comment présenter une demande de remboursement pour des soins médicaux » à la page 36 du présent document. Puisque l'ensemble des dépenses (250 \$) pour les services du podiatre ont été effectuées au cours de la même année civile, Farid pourra obtenir un remboursement correspondant à 80 % du montant qu'il a dépensé (250 \$), soit 200 \$. (La limite annuelle pour les services d'un podiatre est de 400 \$.)

Les chaussures orthopédiques de Farid coûtent 150 \$. Le maximum annuel pour des chaussures est de 150 \$, mais Farid ne recevra pas un remboursement de 150 \$. Il recevra un montant correspondant à 80 % du montant maximum, soit 120 \$. La plupart des montants maximaux du RSMC fonctionnent selon ce principe : vous ne pouvez obtenir que 80 % du montant maximum, peu importe combien vous dépensez. Par exemple, si Farid avait dépensé 188 \$ pour ses chaussures orthopédiques (80 % de 188 \$ est 150 \$), il ne recevrait quand même que 120 \$, c'est-à-dire 80 % du montant maximal.



FARID			
Produit ou service	Coût	Remboursement du régime de soins médicaux complémentaire	Maximum pour ce produit ou service – portion restante s’il y a lieu
Services d’un podiatre	250 \$	80 % de 250 \$ = 200 \$	Le montant maximal est de 400 \$ par année. S’il dépense de nouveau 250 \$, Farid pourra recevoir un autre remboursement de 200 \$.
Chaussures orthopédiques	150 \$	80 % de 150 \$ = 120 \$	Farid a déjà dépensé le montant maximal annuel de 150 \$.

Au cours de la même année civile, Farid pourrait encore présenter une demande de remboursement de 250 \$ pour les services de son podiatre. Il obtiendrait alors un remboursement de 200 \$.

Farid a dépensé 150 \$ pour l’achat de chaussures orthopédiques, ce qui constitue la limite pour l’année civile en cours. Il pourra acheter une autre paire de chaussures l’an prochain et obtenir un remboursement n’excédant pas 80 % du montant maximum.



Maria et Ramon utilisent tous les deux le RSMC et le régime des soins de la vue et de l’ouïe

Maria et Ramon travaillent tous les deux aux postes au sein de l’unité de l’exploitation postale urbaine, mais puisque Ramon est travailleur temporaire, il n’est pas admissible au régime d’avantages sociaux de Postes Canada. Ils sont tous les deux couverts par le régime de soins de la vue et de l’ouïe et par le régime de soins médicaux complémentaire de Maria.

Examen de la vue et lunettes – Maria

Maria subit un examen de la vue qui lui coûte 80 \$. Aux termes du régime de soins médicaux complémentaire, elle a droit à un remboursement correspondant à 80 % de 80 \$ (soit 64 \$). Le régime de soins de la vue et de l’ouïe rembourse la portion restante (16 \$). Maria se fait donc rembourser 100 % des frais de l’examen de la vue. Le ou les régimes rembourseront 100 % des frais d’un examen de la vue tous les deux ans. Il n’y a pas de montant maximal, mais les frais réclamés doivent être considérés comme raisonnables dans la province ou le territoire où le service a été rendu.



Soins médicaux

Maria présente également une demande de remboursement de 800 \$ pour l'achat de lunettes, conformément aux directives de la section intitulée « Comment présenter une demande de remboursement pour des soins médicaux » à la page 36 du présent document. Le RSMC lui rembourse 80 % de 400 \$ (montant maximal par personne protégée par période de deux années civiles), soit 320 \$. Elle obtient de plus un remboursement de 300 \$ du régime de soins de la vue et de l'ouïe. En tout, elle reçoit un remboursement de 620 \$ des deux régimes pour sa demande de 800 \$.

MARIA					
Produit ou service	Coût	Remboursement du régime de soins médicaux complémentaire (régime de Maria)	Remboursement du régime de soins de la vue et de l'ouïe (régime de Maria)	Total du remboursement des deux régimes	Maximum pour ce produit ou service – portion restante s'il y a lieu
Examen de la vue	80 \$	80 % de 80 \$ = 64 \$	16 \$	80 \$	Le régime rembourse le coût d'un examen de la vue tous les deux ans. Il n'y a pas de maximum.
Lunettes	800 \$	80 % de 400 \$ = 320 \$	300 \$	620 \$	Maria a dépensé le montant maximal aux termes des deux régimes pour la présente période de quatre ans.



Remarque : Lorsque le régime de soins médicaux complémentaire et le régime de soins de la vue et de l'ouïe s'appliquent tous les deux, vous recevez toujours le remboursement du régime de soins médicaux complémentaire en premier.

Vous pouvez présenter une demande de remboursement pour un examen de la vue tous les deux ans seulement.

En tout, Maria a obtenu un remboursement de 620 \$ pour la demande de 800 \$ qu'elle avait présentée relativement à l'achat de ses lunettes. Elle a reçu le montant maximal auquel elle a droit tous les quatre ans pour l'achat de lunettes. Elle devra attendre la prochaine période de quatre années civiles pour pouvoir se faire rembourser l'achat d'une autre paire de lunettes ou de verres de contact.



Remarque : Les périodes de quatre ans correspondent à des années civiles bien précises. Consultez la section du présent document portant sur les soins de la vue (page 29 pour connaître la date de début et de fin de ces périodes de quatre ans).

Prothèses auditives de Ramon

Ramon achète des prothèses auditives qui lui coûtent 4 000 \$. Il présente une demande de remboursement, conformément aux directives de la section intitulée « Comment présenter une demande de remboursement pour des soins médicaux » à la page 36 du présent document.



Soins médicaux

Aux termes du RSMC, il a droit à un remboursement correspondant à 80 % du montant maximum de 1000 \$ (soit 800 \$). Il a également droit à un remboursement maximal de 750 \$ du régime de soins de la vue et de l'ouïe. En tout, les deux régimes lui remboursent 1 550 \$. Le régime de soins de la vue et de l'ouïe rembourse également à Ramon le montant total de l'achat des piles pour ses prothèses auditives, soit 10 \$, puisque les piles ont été achetées en même temps que les prothèses.

Ramon a reçu un remboursement total de 1 560 \$ pour la demande de 4 000 \$ qu'il a présentée relativement à l'achat de ses prothèses auditives et des piles. Il a reçu le montant maximal auquel il a droit tous les cinq ans pour l'achat de prothèses auditives.



Remarque : Certains gouvernements provinciaux ou territoriaux fournissent une aide financière relativement aux appareils auditifs. Si c'est le cas, vous devez tout d'abord présenter une demande de remboursement au régime provincial ou territorial et présenter ensuite une demande à la compagnie Canada Vie pour le montant qui ne vous aura pas été remboursé.

RAMON					
Produit ou service	Coût	Remboursement du régime de soins médicaux complémentaire (régime de Maria)	Remboursement du régime de soins de la vue et de l'ouïe (régime de Maria)	Remboursement total des deux régimes	Maximum pour ce produit ou service – portion restante s'il y a lieu
Prothèses auditives	4 000 \$	80 % de 1 000 \$ = 800 \$	750 \$	1 550 \$	Ramon a dépensé le montant maximal aux termes des deux régimes pour la présente période de cinq ans.
Piles de prothèses auditives	10 \$	0 \$ (non couvertes)	10 \$	10 \$	Le régime de soins de la vue et de l'ouïe rembourse le prix des piles pour les prothèses auditives. Il n'y a pas de maximum ou de limite de temps, mais les dépenses doivent être raisonnables et les piles doivent être achetées en même temps que les prothèses.



Coordination des prestations

Voici un exemple illustrant comment vous pouvez obtenir un remboursement à la fois du RSMC et du régime de soins de la vue et de l'ouïe tout en coordonnant vos prestations. Cet exemple est aussi compliqué qu'il est possible de l'être : un couple qui travaille à Postes Canada présente une demande de remboursement aux termes de deux régimes de soins de la vue et de l'ouïe et de deux régimes de soins médicaux complémentaires auxquels les deux sont inscrits.



Remarque : Si vous avez demandé la coordination de vos prestations, vous n'avez pas à vous préoccuper de savoir quel régime paie pour quoi lorsque vous présentez une demande de remboursement. Canada Vie effectuera les calculs nécessaires. Les exemples ci-dessous ne visent qu'à vous expliquer comment fonctionne la coordination des prestations.

Ming et Lily : exemple 1

Ming et Lily sont tous deux admissibles au régime d'avantages sociaux de Postes Canada. Ils souscrivent tous deux en tant qu'employé et employée à la protection familiale du régime de soins médicaux complémentaire, et comme tous les employés et employées permanents de Postes Canada, ils sont couverts par le régime de soins de la vue et de l'ouïe. Voici le montant de leur remboursement, avec la coordination de leurs prestations, pour l'achat des mêmes lunettes et appareils auditifs que ceux utilisés dans l'exemple de Maria et Ramon ci-dessus.

Lunettes de Ming

Ming dépense 800 \$ pour des lunettes. Il présente une demande de remboursement, conformément aux directives de la section intitulée « Comment présenter une demande de remboursement pour des soins médicaux » à la page 36 du présent document. Sur sa demande, il indique clairement qu'il bénéficie de la coordination de ses prestations.

En tout, Ming a obtenu un remboursement de 800 \$ pour la demande de 800 \$ relative à l'achat de ses lunettes (remboursement de 100 %). Son RSMC lui a remboursé 320 \$, son régime de soins de la vue et de l'ouïe lui a remis 300 \$ et le RSMC de Lily lui a remboursé 180 \$.



Soins médicaux

Si Ming décide d'acheter une autre paire de lunettes ou des verres de contact au cours de la même période de quatre années civiles, il aura alors droit à un remboursement additionnel de 140 \$ du RSMC de Lily (s'il présente une demande de 175 \$, il recevra un remboursement de 80 %, soit 140 \$). Il aura également droit à un remboursement de 35 \$ du régime de soins de la vue et de l'ouïe de Lily.

Remarque : Les périodes de quatre ans correspondent à des années civiles bien précises. Consultez la section du présent document portant sur les soins de la vue (page 29) pour connaître la date de début et de fin de ces périodes.

Produit ou service	Coût	Remboursement du régime de soins médicaux complémentaire (régime de Ming)	Remboursement du régime de soins de la vue et de l'ouïe (régime de Ming)	Remboursement du régime de soins médicaux complémentaire (régime de Lily)	Remboursement du régime de soins de la vue et de l'ouïe (régime de Lily)	Remboursement total	Maximum pour ce produit ou service – portion restante, s'il y a lieu
Lunettes	800 \$	80 % de 400 \$ = 320 \$	300 \$	180 \$		800 \$	Ming pourrait se faire rembourser 140 \$ du RSMC de Lily et 300 \$ du régime de soins de la vue de Lily pour l'achat d'une autre paire de lunettes ou de verres de contact au cours de la même période de quatre ans.



Soins médicaux

Produit ou service	Coût	Remboursement du régime de soins médicaux complémentaire (régime de Lily)	Remboursement du régime de soins de la vue et de l'ouïe (régime de Lily)	Remboursement du régime de soins médicaux complémentaire (régime de Ming)	Remboursement du régime de soins de la vue et de l'ouïe (régime de Ming)	Remboursement total	Maximum pour ce produit ou service – portion restante, s'il y a lieu
Prothèses auditives	4 000 \$	80 % de 1 000 \$ = 800 \$	750 \$	80 % de 1 000 \$ = 800 \$	750 \$	3 100 \$	Lily a demandé le remboursement maximal aux termes des quatre régimes pour les cinq prochaines années.
Piles de prothèses auditives	10 \$	0 \$ (non couvertes)	10 \$			10 \$	Le régime de soins de la vue et de l'ouïe rembourse le prix des piles de prothèses auditives. Il n'y a pas de maximum ou de limite de temps, mais les dépenses doivent être raisonnables, et les piles doivent avoir été achetées en même temps que les prothèses.

Prothèses auditives de Lily

Lily achète des prothèses auditives qui lui coûtent 4 000 \$. Elle présente une demande de remboursement, conformément aux directives de la section intitulée « Comment présenter une demande de remboursement pour des soins médicaux » à la page 36 du présent document. Sur sa demande, elle indique clairement qu'elle bénéficie de la coordination des prestations.

Aux termes de son RSMC, elle a droit à un remboursement correspondant à 80 % du montant maximum de 1 000 \$ (soit 800 \$). Elle a également droit à un remboursement maximal de 750 \$ de son régime de soins de la vue et de l'ouïe. Elle se fait ensuite rembourser 800 \$ du RSMC de Ming (soit le montant maximal) et 750 \$ du régime de soins de la vue et de l'ouïe de Ming (le montant maximal). En tout, les régimes lui remboursent 3 100 \$.



Pour coordonner les prestations du RSMC, les deux conjoints ou conjointes doivent être admissibles au RSMC et souscrire, en tant que membres, à la protection familiale du régime. Consultez la section « Comment puis-je m’y inscrire? » à la page 3 du présent document.

Ming et Lily : exemple 2

Voici un autre exemple de coordination des prestations pour Ming et Lily, qui travaillent tous deux aux postes et souscrivent tous deux en tant qu’employé et employée à la protection familiale du régime de soins médicaux complémentaire.

Thérapie de Ming

Ming dépense 2 100 \$ pour des services de thérapie fournis par un travailleur social. Il présente une demande de remboursement, conformément aux directives de la section intitulée « Comment présenter une demande de remboursement pour des soins médicaux » à la page 36 du présent document. Sur sa demande, il indique clairement qu’il bénéficie de la coordination de ses prestations. Le régime de soins médicaux complémentaire couvre annuellement un montant de 2 000 \$ pour les services d’une travailleuse ou d’un travailleur social ou d’une ou d’un psychologue (pour lesquels Ming obtiendra un remboursement de 80 %, équivalent à 1 600 \$). Comme l’exige la compagnie d’assurance Canada Vie, il obtient une note de son médecin et s’assure que le thérapeute possède une maîtrise en service social (M.S.S.). Ming obtient un remboursement de 1 600 \$ de son RSMC et de 500 \$ du RSMC de Lily.

La travailleuse ou le travailleur social doit être un thérapeute clinicien agréé.

Produit ou service	Coût	Remboursement du régime de soins médicaux complémentaire (régime de Ming)	Remboursement du régime de soins médicaux complémentaire (régime de Lily)	Remboursement total des deux régimes	Maximum pour ce produit ou service – portion restante, s’il y a lieu
Travailleur social ou travailleuse sociale	2 100 \$	80 % de 2 000 \$ = 1 600 \$	500 \$	2 100 \$	Ming pourrait recevoir un remboursement additionnel de 1 100 \$ pour les services d’un travailleur social ou d’un psychologue au cours de la même année.



Soins à domicile pour Lily

Lily tombe malade et a besoin de soins à domicile. Le coût des soins infirmiers privés se chiffre au bout du compte à 26 000 \$. Aux termes des deux RSMC, elle reçoit au total un remboursement de 24 000 \$.

Produit ou service	Coût	Remboursement du régime de soins médicaux complémentaire (régime de Lily)	Remboursement du régime de soins médicaux complémentaire (régime de Ming)	Remboursement total des deux régimes	Maximum pour ce produit ou service – portion restante, s'il y a lieu
Soins à domicile	26 000 \$	80 % de 15 000 \$ = 12 000 \$	80 % de 15 000 \$ = 12 000 \$	24 000 \$	Lily a dépensé le montant maximal pour ce service

Lily sera remboursée 24 000 \$ des 26 000 \$ que lui ont coûté les soins à domicile. Le médecin de Lily a certifié qu'elle avait besoin de soins à domicile et il a rempli le formulaire que lui a fait parvenir la compagnie d'assurances Canada Vie. Le montant maximal pouvant être remboursé à Lily pour ce service se chiffre à 24 000 \$ pour l'année civile en cours.

Quel régime utiliser?

Famille à deux régimes et les deux conjoints travaillent aux postes

Ming et sa conjointe, Lily, sont tous deux couverts par le régime de soins médicaux complémentaire. Leur enfant, May, se fracture le pied. Il lui faut porter un plâtre et utiliser des béquilles. À quel régime doivent-ils présenter une demande de remboursement pour ces dépenses? Celui de Ming ou celui de Lily? La demande doit être présentée au régime de la personne dont l'anniversaire de naissance survient en premier au cours de l'année. Puisque l'anniversaire de Ming survient plus tôt dans l'année que celui de Lily, il fera une demande de remboursement aux termes de son régime à lui.

Ming remplit le formulaire « Relevé des frais au titre du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins de la vue et de l'ouïe » en tant que membre et ajoute l'information concernant Lily dans la section du formulaire portant sur la coordination des prestations. Il doit joindre au formulaire les reçus pour le plâtre et les béquilles, ainsi que l'ordonnance ayant autorisé ces dépenses.



Si l'anniversaire de naissance de Lily avait précédé celui de Ming, la demande de remboursement aurait été soumise au régime de Lily, et l'information concernant Ming aurait été ajoutée dans la partie du formulaire portant sur la coordination des prestations.

Canada Vie rembourse le coût du plâtre et des béquilles de May en fonction des régimes des deux parents. Ceux-ci n'ont besoin de remplir qu'un seul formulaire de demande de remboursement.

Famille à deux régimes et un seul des parents travaille aux postes (demande de remboursement concernant un des parents)

Si votre famille bénéficie de la protection de deux régimes d'employeurs différents, vous devez présenter deux demandes de remboursement distinctes. Les demandes doivent être présentées une à la fois : vous devez attendre que la compagnie d'assurance traite la première demande avant de présenter la deuxième. La première demande de remboursement est présentée au régime aux termes duquel la personne concernée est couverte à titre d'employée ou d'employé; la deuxième demande est présentée au régime aux termes duquel la personne est couverte en tant que conjointe ou conjoint.

En ce qui vous concerne, vous présentez d'abord votre demande au régime auquel vous souscrivez en tant que membre et employé, soit le régime de Postes Canada, géré par Canada Vie.

Lorsque vous recevez le chèque et le relevé de Canada Vie, vous soumettez alors une deuxième demande pour obtenir le remboursement du montant que Canada Vie ne vous a pas remboursé. Vous présenterez la deuxième demande au régime aux termes duquel vous êtes couvert en tant que conjoint ou conjointe, c'est-à-dire le régime de votre conjointe ou conjoint. Vous devez inclure à cette demande une copie du relevé qui accompagnait le chèque de Canada Vie pour que l'autre régime puisse calculer le montant de son remboursement.

Votre conjoint ou conjointe doit pour sa part présenter sa première demande au régime auquel il ou elle souscrit en tant que membre et employé ou employée. Sa deuxième demande est soumise au régime aux termes duquel il ou elle est couvert en tant que conjoint ou conjointe, soit au régime de Postes Canada, administré par Canada Vie.

Famille à deux régimes et un seul des parents travaille aux postes (demande de remboursement concernant un enfant)

La « règle de l'anniversaire de naissance » a été conçue par les compagnies d'assurance et s'applique chaque fois que des enfants sont visés par deux régimes différents.

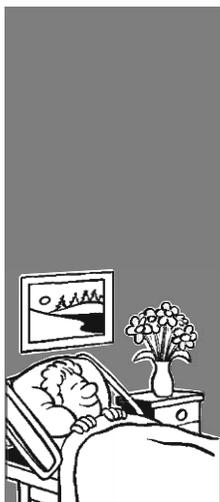


Si vos enfants sont couverts par deux régimes (et qu'un seul de ces régimes relève de Postes Canada), vous devez présenter une demande de remboursement auprès des deux régimes. Vous devez toutefois présenter une demande à la fois. La première demande est présentée au régime du parent dont l'anniversaire survient en premier durant l'année (pas l'année de la naissance, mais bien le jour de la date de naissance comme telle).



Exemple : L'anniversaire de naissance de votre conjoint ou de votre conjointe est le 23 mars 1999 et le vôtre est le 3 juin 1997. Vous présentez d'abord une demande au régime de votre conjoint ou conjointe, parce que le 23 mars précède le 3 juin.

Attendez que la compagnie d'assurance traite la première demande et vous envoie un chèque. Vous pourrez ensuite présenter une demande à l'autre régime pour obtenir le remboursement de tout montant qui n'aura pas été remboursé dans la première demande. Vous devez inclure à cette demande une copie du relevé qui accompagnait le chèque pour que l'autre régime puisse calculer le montant de son remboursement.



Chambre d'hôpital à un tarif supérieur

Protection hospitalisation : de base et facultative

Aux termes du régime de soins médicaux complémentaire (RSMC), vous bénéficiez d'une protection pour les frais d'hospitalisation excédant les frais d'un séjour en salle, jusqu'à concurrence de 60 \$ par jour, dans votre province ou territoire. Vous pouvez obtenir une protection supérieure au maximum de 60 \$ par jour. Vous avez le choix entre deux options :

- Une protection additionnelle de 70 \$ par jour;
- Une protection additionnelle de 140 \$ par jour.

Les coûts diffèrent d'une province ou d'un territoire à l'autre, et le type de chambre disponible varie d'un hôpital à l'autre.

Le montant de la protection doit servir uniquement à payer les frais associés à la chambre (chambre à deux lits ou chambre individuelle). Il NE peut PAS servir à payer d'autres services comme la location d'un téléviseur ou d'un appareil téléphonique.



Chambre d'hôpital à un tarif supérieur



Utilisation de la portion du régime portant sur la protection hospitalisation

Pour utiliser la protection hospitalisation, présentez votre carte du RSMC lors de votre admission à l'hôpital. La plupart des hôpitaux factureront la compagnie d'assurance Canada Vie directement.

Si l'hôpital n'envoie pas la facture directement à Canada Vie, vous devrez remplir le formulaire intitulé « Relevé des frais au titre du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins de la vue ».



Que dois-je faire si je veux passer d'une protection individuelle à une protection familiale, ou si je veux augmenter ou réduire le montant de ma protection hospitalisation?

Vous pouvez remplir une demande d'adhésion au régime de soins médicaux complémentaire ou apporter les changements en ligne au moyen du site libre-service des employées et employés de Postes Canada (système SAP). Remettez la demande d'adhésion à votre superviseur ou superviseuse ou à votre gestionnaire de zone local qui la fera parvenir à AccèsRH. Il pourrait s'écouler de quelques jours à quelques semaines avant que les changements à votre protection n'entrent en vigueur. Pour vous assurer que les changements ont été apportés, vous devriez communiquer avec AccèsRH, vérifier votre dossier d'employée ou d'employé en ligne ou téléphoner à la compagnie Canada Vie.



Coordination des prestations

Si **vous et votre conjointe ou conjoint travaillez aux postes** et que vous êtes tous les deux couverts par le même niveau de protection de l'assurance-hospitalisation facultative, vous pouvez coordonner vos prestations. Vous devez pour cela tous les deux souscrire, en tant que membres, à la **protection familiale** du régime.

Habituellement, les hôpitaux envoient les factures directement à la compagnie d'assurance Canada Vie. Si votre régime ne paie pas le plein montant de vos frais d'hospitalisation, vous pouvez alors présenter une demande au régime de votre conjointe ou conjoint afin d'obtenir le remboursement du montant qui n'a pas été payé par votre régime.



Chambre d'hôpital à un tarif supérieur

Canada Vie vous enverra le sommaire de ce qui a été payé par le régime (ainsi qu'un chèque, si l'hôpital n'a pas envoyé la facture directement à la compagnie d'assurance et que vous avez dû payer de votre poche). En ce qui concerne le montant qui ne vous a pas été remboursé, vous devez d'abord présenter une demande de remboursement au régime aux termes duquel vous bénéficiez d'une protection en tant qu'employée ou employé, puis à celui dont vous bénéficiez en tant que conjoint ou conjointe, c'est-à-dire le régime de votre conjointe ou conjoint.

Si vous et votre conjointe ou conjoint souscrivez tous les deux en tant que membres à la protection familiale du régime d'assurance-hospitalisation facultative, vous aurez droit à un montant **additionnel** de 70 \$ par jour pour l'option A et de 140 \$ par jour pour l'option B.

Si votre conjoint ou conjointe souscrit à une assurance-hospitalisation avec un autre employeur, vous pouvez également cordonner vos prestations. La protection de votre conjoint ou conjointe ne donne peut-être pas droit aux mêmes prestations, mais la procédure est la même.

Vous présentez tout d'abord une demande de remboursement au régime de la compagnie Canada Vie. Celle-ci vous enverra le relevé de ce qui a été payé par le régime (ainsi qu'un chèque, si l'hôpital n'a pas envoyé la facture directement à la compagnie d'assurance et que vous avez dû payer de votre poche).

Vous devez ensuite présenter une demande de remboursement au régime de votre conjointe ou conjoint. En plus des formulaires exigés par l'assureur, vous devrez inclure une copie du relevé indiquant les montants remboursés par Canada Vie. N'oubliez pas de conserver une copie de tous les documents que vous envoyez.



Conseil : Avant de présenter une demande de remboursement aux termes du régime de votre conjoint ou conjointe, vérifiez s'il y a des règles particulières.



Quel régime utiliser? – (demande de remboursement concernant un enfant)

Comme dans le cas de toutes les protections qui visent une famille comptant des enfants et deux régimes, la « règle de l'anniversaire de naissance » doit être appliquée. Le parent dont l'anniversaire survient en premier au cours de l'année utilise sa carte lorsque l'enfant est admis à l'hôpital.



Exemple : L'anniversaire de naissance de votre conjoint ou de votre conjointe est le 23 mars 1999 et le vôtre est le 3 juin 1996. Vous présentez d'abord une demande au régime de votre conjoint ou conjointe, parce que le 23 mars précède le 3 juin.

Si le régime du premier parent ne couvre pas l'ensemble des frais d'hospitalisation, l'autre parent (dont l'anniversaire survient plus tard au cours de l'année) présente une demande de remboursement à son régime. En plus des formulaires exigés par l'assureur, vous devrez inclure une copie du sommaire des montants remboursés par le premier régime. N'oubliez pas de conserver une copie de tous les documents que vous envoyez.



Assurance voyage

Le régime de soins médicaux complémentaire comprend une assurance voyage pour les déplacements à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence. Toutes les personnes qui souscrivent au RSMC bénéficient automatiquement de cette assurance voyage, et ce, sans frais supplémentaires.

Vous avez droit à une protection maximale de 250 000 \$ pour chaque personne inscrite au RSMC pour toute période à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence n'excédant pas 40 jours. Vous recevrez un remboursement correspondant à 100 % de vos dépenses, sous réserve de certains montants maximaux. Voici la liste des dépenses couvertes par l'assurance voyage.

Cette assurance vise uniquement les urgences médicales. Elle ne couvre pas les dépenses médicales non urgentes, c'est-à-dire les dépenses pour des traitements qui auraient dû être effectués avant votre départ ou qui peuvent attendre votre retour.



Évacuation médicale

Le régime prévoit une évacuation médicale qui comprend le transport à l'hôpital compétent le plus proche ou, à défaut, le transport de retour au Canada lorsque la compagnie Canada Vie détermine que les soins appropriés ne sont pas disponibles dans la région où a lieu une urgence.



Avances de frais médicaux

Les administrateurs du régime vérifieront la protection dont vous bénéficiez et paieront la note de soins hospitaliers ou de soins médicaux à votre place. (Vous devrez fournir un formulaire dûment signé autorisant les administrateurs du régime à recouvrer les sommes auxquelles vous auriez droit en vertu du régime de soins médicaux provincial ou territorial.)



Décès et rapatriement (maximum de 3 000 \$)

Advenant votre décès ou le décès d'une personne couverte par le RSMC, le régime prévoit le paiement des frais de préparation et d'expédition du corps à votre province ou territoire de résidence.



Assistance familiale (montant de frais admissibles maximum de 2 500 \$ pour chaque urgence médicale individuelle)

Assistance à des enfants sans surveillance

Si vous-même ou votre conjointe ou conjoint êtes hospitalisé et que cela prive vos enfants de moins de 16 ans d'une surveillance nécessaire, le régime prévoit le retour au Canada de ceux-ci en avion en classe économique et, au besoin, leur accompagnement jusqu'à votre domicile.

Visite d'un membre de la famille

Si vous ou un membre de votre famille couvert par le régime êtes hospitalisé pendant plus de sept jours, le régime paie le voyage par avion en classe économique au lieu d'hospitalisation et les dépenses de logement et de repas jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour à une personne de la famille. Cette protection s'applique également si un membre de la famille doit aller identifier une personne décédée avant que le corps ne soit rendu.

Remboursement des frais de transport

Si vous-même ou un membre de votre famille ne pouvez, pour cause d'hospitalisation, utiliser un titre de transport de retour prévu à l'avance et prépayé, le régime prévoit le remboursement du coût d'un titre de transport de remplacement comparable.

Repas et logement

Si une personne couverte est hospitalisée, le régime prévoit le remboursement des frais de repas et de logement jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour pour un membre de la famille qui souhaite demeurer sur place pour l'accompagner (cette personne doit également être couverte).



Qu'est-ce qui n'est pas couvert par le régime?

- Les traitements médicaux qui ne sont pas urgents;
- les urgences médicales découlant d'une guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute;
- les urgences médicales qui se produisent après plus de 40 jours de voyage consécutifs à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence.



Utilisation de la portion du régime portant sur l'assurance voyage

Dès que survient un problème ou un besoin médical, composez le numéro pour les urgences se produisant en voyage qui se trouve sur votre carte du régime de soins médicaux complémentaire (et non pas sur votre carte de paiement direct des médicaments).

Il s'agit d'un numéro d'urgence sans frais qui vous donne accès, 24 heures sur 24, à un service d'aide qui pourra vous mettre en contact avec des personnes qui seront en mesure de vous aider relativement à vos urgences médicales.



Remarque : Ce numéro vous permettra également d'entrer en contact avec des personnes qui pourront vous aider relativement à des problèmes d'ordre juridique ou à d'autres types de problèmes.

En cas d'urgence médicale, le régime essaiera de faire en sorte que votre régime d'assurance-maladie provincial ou territorial paie directement vos frais de médecin ou d'hospitalisation.

Si vous payez de votre poche pour des soins médicaux, envoyez la facture au régime d'assurance-maladie de votre province ou territoire, en veillant à conserver une copie de tous les documents que vous envoyez. Attendez que le régime de votre province ou territoire vous fasse parvenir un remboursement. Si le régime provincial ou territorial ne rembourse pas la totalité des dépenses, faites alors parvenir une demande de remboursement à la compagnie Canada Vie.

Vous devriez envoyer à Canada Vie les factures, le relevé du régime d'assurance-maladie de votre province ou territoire et un relevé des frais au titre du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins de la vue et de l'ouïe dûment rempli. Comme toujours, conservez une copie de tous les documents que vous envoyez.



Conseils lorsque vous voyagez

Lorsque vous voyagez, vous devriez avoir en votre possession les cartes suivantes :

- votre carte du régime de soins médicaux complémentaire (sur laquelle figure le numéro d'urgence)
- la carte d'assurance-maladie de votre province ou territoire
- votre carte d'identification de Postes Canada (vous pourriez avoir besoin de votre numéro NIR)

Certains pays exigent une preuve d'assurance à l'entrée. Il est donc avisé de remettre aux membres de votre famille une photocopie des renseignements liés à leur protection pour qu'ils les aient en main en cas de besoin. Ayez aussi sur vous la photocopie des renseignements qui vous concernent.

Il est également prudent d'obtenir une **lettre de couverture des soins d'urgence à l'étranger avant de voyager à l'étranger**. Les formulaires sont gratuits et peuvent être imprimés à partir du site Web de Canada Vie, dans le portail **GroupNet**. Allez à l'onglet des cartes et des formulaires. Vous y trouverez deux fichiers PDF intitulés « **Votre carte de prestations** » et « **Lettre de couverture des soins d'urgence à l'étranger** ». Lorsque vous ouvrez les documents, vos renseignements devraient s'inscrire automatiquement sur le formulaire, mais si ce n'est pas le cas, vous pouvez inscrire vos renseignements dans les espaces prévus à cet effet avant d'imprimer chaque document.

Pour contacter Canada Vie à l'étranger :

- Canada et États-Unis : 1 855 222-4051
- Cuba : 1 204 946-2946
- Autres pays : 1 204 946-2577

Adressez-vous à Canada Vie pour obtenir un remboursement des frais de longue distance.

En cas d'urgence médicale, n'oubliez pas de conserver une copie de tous les reçus que vous recevrez relativement à vos dépenses médicales.



Remarque : Votre protection aux termes de l'assurance voyage prend fin si vous demeurez à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence pendant plus de 40 jours. Si vous entreprenez un voyage de plus de 40 jours ou que vous désirez une protection comportant des montants maximaux plus élevés que ceux prévus aux termes du régime, vous voudrez peut-être envisager de vous procurer une assurance voyage additionnelle.



Assurance voyage



Remarque : Vous et votre famille pouvez obtenir un remboursement pour les soins dentaires urgents reçus à l'extérieur du Canada lorsque vous êtes en vacances. Vos enfants à charge qui étudient à l'étranger sont également admissibles à cette protection. Consultez le livret sur les soins dentaires pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet.



Avant votre voyage, vous pouvez communiquer avec Canada Vie pour savoir s'il y a un numéro local à composer à votre destination en cas d'urgence médicale.



Dernières questions



Quand vais-je recevoir mon chèque de Canada Vie?

Il faut habituellement compter deux semaines depuis la date d'envoi de la demande de remboursement avant de recevoir un chèque de Canada Vie. Si, pour une raison ou une autre, Canada Vie ne peut traiter votre demande, elle vous en avisera par la poste. Vous devrez régler le problème avant qu'elle ne reprenne le traitement de votre demande.

Voici quelques problèmes possibles :

- Vous avez oublié d'inscrire votre numéro d'employé de Postes Canada (numéro NIRH).
- Un membre de votre famille ne figure pas dans les dossiers de la compagnie à titre de personne protégée.
- Il manque une signature (la vôtre ou celle du médecin).
- Il manque un reçu.
- Vous avez envoyé la copie d'un reçu plutôt que l'original.

Si vous désirez vérifier l'état de votre demande, vous pouvez téléphoner à Canada Vie ou consulter votre dossier en ligne, à partir du site Web de la compagnie. Vous trouverez les numéros de téléphone et les adresses Internet dont vous avez besoin dans la section « Coordonnées » à la fin du présent document.



Dernières questions



Que faire si je crois que Canada Vie a fait une erreur?

Possibilités :

- le montant de votre chèque est moins élevé que ce qu'il devrait être;
- on vous a refusé un remboursement auquel vous croyez avoir droit.

Marche à suivre si vous croyez que Canada Vie a fait une erreur :

- Appelez la compagnie d'assurance Canada Vie pour demander des explications. Si vous n'êtes pas d'accord avec la réponse qu'on vous donne, déposez une plainte par écrit. Envoyez votre plainte à Canada Vie et n'oubliez pas de garder une copie de tout ce que vous lui enverrez.
- Si vous n'êtes toujours pas satisfait de la réponse que vous obtenez de Canada Vie, vérifiez auprès de votre section locale s'il serait possible de déposer un grief.

Quelles sont les primes qui s'appliquent durant un congé non payé?

Durant un congé non payé, selon le congé en question, votre protection peut changer et le montant des primes à payer peut également changer.

RÉGIME	CONGÉS PRÉVUS PAR LA LOI ET CONGÉS LIÉS À LA MALADIE	CONGÉS NON PRÉVUS PAR LA LOI*
Régime de soins médicaux complémentaire (RSMC)	La protection est maintenue. Vous pouvez choisir de ne pas participer au régime, mais vous ne pourrez y adhérer de nouveau qu'à votre retour au travail. Vous ne payez que la part de l'employé.	Après 30 jours de congé non payé, vous devez, pour maintenir la protection, payer la part de l'employé et celle de l'employeur.
Régime d'assurance-vie de base	La protection est maintenue. Vous ne payez que la part de l'employé.	Après 30 jours de congé non payé, vous devez payer la part de l'employé et celle de l'employeur.
Régime d'assurance-invalidité de longue durée (RAILD)	La protection est maintenue. Vous ne payez que la part de l'employé. S'il s'agit d'un congé d'invalidité de longue durée, vous ne payez pas la prime du RAILD.	Après 30 jours de congé non payé, vous devez payer la part de l'employé et celle de l'employeur.
RÉGIME	CONGÉS PRÉVUS PAR LA LOI	CONGÉS NON PRÉVUS PAR LA



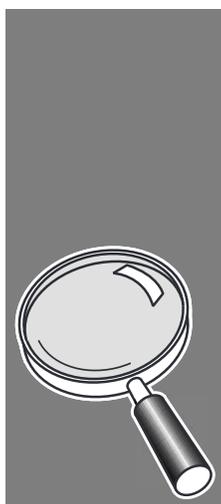
Dernières questions

	ET CONGÉS LIÉS À LA MALADIE	LOI*
Régime de soins dentaires	La protection est maintenue. Vous ne payez que la part de l'employé.	Si vous obtenez un congé non payé de plus de 30 jours, votre protection prend fin à votre dernier jour de travail.
Régime des soins de la vue et de l'ouïe	La protection est maintenue. Vous ne payez que la part de l'employé.	Si vous obtenez un congé non payé de plus de 30 jours, votre protection prend fin à votre dernier jour de travail.

Congés prévus par la loi et congés liés à la maladie : Les congés prévus par la loi sont ceux accordés par le gouvernement, comme un congé parental, un congé d'adoption ou un congé de soignant. Les congés liés à la maladie s'appliquent par exemple au congé d'assurance-invalidité de longue durée, à partir du moment où vous n'êtes plus payé directement par Postes Canada.

Les **congés non prévus par la loi** sont ceux inscrits dans la convention collective, par exemple, le congé d'études, le congé pour service militaire, le congé de réinstallation du conjoint, le congé pour raisons personnelles, le congé pour les soins à une personne âgée, etc.

- * **La position du Syndicat est la suivante : tous les régimes d'avantages sociaux prévus aux termes de l'article 30 sont maintenus tant que vous êtes employé. Le Syndicat se réserve le droit de contester au moyen d'un grief ou de toute autre manière les conditions d'admissibilité et l'administration des régimes d'avantages sociaux.**



Les petits caractères

Description des types de médicaments couverts par le RSMC

Médicaments (y compris les contraceptifs oraux et les médicaments injectables) :

- prescrits par un médecin ou un dentiste, distribués par un médecin, une infirmière ou un infirmier praticien, un dentiste ou un pharmacien, et figurant dans le *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*;
- devant, en vertu de la loi, être fournis sur ordonnance ou figurant à titre de narcotiques ou de médicaments contrôlés à la partie *Monographies*;
- pour lesquels la loi n'exige pas d'ordonnance, mais qui sont essentiels au maintien de la vie et qui figurent à la partie *Guide thérapeutique* comme :

agents antiangineux
agents antiarythmiques
agents anticholinergiques
agents antihyperlipidémiques
agents antiparkinsoniens
bronchodilatateurs
traitement du glaucome

traitement de l'hyperthyroïdisme
préparation d'insuline
inhibiteurs oraux de la fibrinolyse
agents parasymphomimétiques
traitement de recharge en potassium
agents topiques de débridement enzymatique
traitement de la tuberculose

- pour lesquels la loi n'exige pas d'ordonnance, mais qui ont une valeur thérapeutique reconnue de l'avis de la compagnie Canada Vie, figurent à la partie *Monographies* et sont vendus uniquement chez des pharmaciens reconnus.



Exclusions (produits et services non couverts par le régime)

Le régime de soins médicaux complémentaire ne rembourse pas les frais suivants :

- fournitures ou services fournis par un médecin canadien, si la personne protégée est couverte par un régime provincial ou territorial d'assurance-maladie;
- coassurance, frais modérateurs ou autres frais semblables applicables à des soins hospitaliers;
- dépenses remboursables en vertu d'un régime gouvernemental ou dont le remboursement est interdit par un gouvernement ou un organisme gouvernemental;
- fournitures et services prescrits ou fournis par une personne qui habite normalement avec le patient, ou avec qui celui-ci a un lien de parenté ou un lien conjugal;
- fournitures ou services fournis à des fins esthétiques uniquement, ou pour traiter des états qui ne nuisent pas à la santé;
- fournitures ou services normalement fournis gratuitement;
- examen médical exigé par un tiers;
- produits ou traitements qui, de l'avis de la compagnie Canada Vie, ont un caractère expérimental;
- tous les frais qui, sur le plan légal, incombent à un tiers;
- articles ou produits qui font l'objet d'une publicité ou qui constituent des remèdes traditionnels;
- contraceptifs autres que des contraceptifs oraux;
- vitamines (autres que celles administrées par injection), sauf lorsque prescrites pour une maladie chronique ou pour un enfant ayant des besoins spéciaux;
- minéraux, suppléments de protéines et substances thérapeutiques nutritives (sauf lorsque prescrits pour une maladie chronique);
- produits de régime, suppléments alimentaires, aliments pour bébés, succédanés de sucre ou de sel;
- pastilles, rince-bouche, shampooings non médicamenteux, produits pour l'entretien des verres de contact, nettoyants pour la peau, protecteurs pour la peau ou émoulinants, fournitures chirurgicales, articles pour diagnostic et médicaments utilisés à des fins esthétiques;
- médicaments utilisés de manière contraire aux recommandations du fabricant;
- réparations résultant de blessures accidentelles à des dents naturelles survenues pendant que la personne se nettoie les dents, mastique ou mange;



Les petits caractères

- coût des piles ou de dispositifs de recharge des piles ou de tout autre accessoire nécessaire à l'utilisation d'une prothèse auditive (remarque : les piles ne sont pas remboursées par le RSMC, mais elles le sont par le régime des soins de la vue et de l'ouïe lorsque les piles sont achetées en même temps que des prothèses auditives ;
- articles achetés principalement à des fins sportives ou cosmétiques;
- chirurgie esthétique, sauf dans certaines circonstances, par exemple à la suite d'un accident, lorsqu'une chirurgie plastique est nécessaire (votre médecin devrait alors envoyer le programme de traitement à la compagnie Canada Vie afin de le faire approuver);
- frais engagés à l'extérieur de la province ou du territoire où réside la personne protégée pour le traitement d'urgence d'une blessure ou d'une maladie survenue plus de 40 jours après son départ de sa province ou du territoire de résidence;
- frais engagés par une personne protégée qui réside temporairement ou en permanence à l'extérieur du Canada, ou requis pour le traitement régulier d'une blessure ou d'une maladie survenue avant son départ de sa province ou de son territoire de résidence.



Glossaire

Compagnie d'assurance Canada Vie

Il s'agit de la compagnie d'assurance qui administre le régime de soins dentaires, le régime de soins de la vue et de l'ouïe, le régime d'assurance-invalidité de longue durée et le régime de soins médicaux complémentaire.

Conjointe ou conjoint

Une conjointe ou un conjoint est défini comme la personne :

- avec qui vous êtes légalement marié et avec qui vous vivez;
- avec qui vous étiez ou êtes marié légalement et dont vous assurez la subsistance;
- avec qui vous vivez en union de fait depuis au moins un an.



Remarque : Si un enfant est issu de l'union de fait, la période d'un an ne s'applique pas.



Remarque : La définition de conjoint et conjointe s'applique aux couples de même sexe.



Remarque : Une conjointe ou un conjoint divorcé n'est pas admissible au régime d'assurance-vie du STTP. Une conjointe ou un conjoint divorcé dont vous assurez la subsistance est admissible à la protection des régimes de soins de la vue et de l'ouïe, de soins dentaires et de soins médicaux complémentaire.

Coordination des prestations

Vous pouvez coordonner vos prestations (et obtenir un remboursement correspondant jusqu'à 100 % de vos dépenses) si vous êtes couvert par plus d'un régime. La coordination des prestations s'applique si vous et votre conjoint ou conjointe travaillez tous les deux aux postes et que vous êtes tous les deux admissibles à la protection des régimes d'avantages sociaux de Postes Canada. Vous pouvez aussi coordonner vos prestations si vous êtes admissible à un des régimes d'avantages sociaux de Postes Canada et que votre conjoint ou conjointe est couvert par un régime d'un autre employeur, mais vous devez tous les deux bénéficier de la protection familiale. (Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, consultez les livrets portant sur chacun des régimes.)



Dépenses admissibles

Les dépenses admissibles concernent les services et produits couverts par votre régime.

DIN

Numéro d'identification des médicaments. Chaque médicament dont l'usage a été approuvé par Santé Canada porte un numéro d'identification (DIN). Ce numéro figure sur le contenant du médicament.

Employée permanente ou employé permanent

Employée ou employé occupant un poste permanent à plein temps ou à temps partiel (unité urbaine).

Enfants

Vos enfants sont vos enfants naturels ou adoptés légalement, les enfants de votre conjoint ou conjointe et les enfants en famille d'accueil dont vous ou votre conjoint ou conjointe avez la responsabilité, qui ne sont pas mariés, qui dépendent de votre soutien financier et qui sont :

- âgés de moins de 21 ans (régime de soins médicaux complémentaire);
- âgés de moins de 22 ans (régime de soins de la vue et de l'ouïe et régime de soins dentaires – soins de base et soins de restauration majeure);
- âgés de moins de 25 ans, s'ils étudient à plein temps (régime de soins médicaux complémentaire, régime de soins de la vue et de l'ouïe et régime de soins dentaires – soins de base et soins de restauration majeure);
- de tout âge, s'ils ont une déficience mentale ou physique et qu'ils ne sont pas en mesure d'occuper un emploi leur permettant de subvenir à leurs besoins, à condition qu'ils soient déjà handicapés et couverts à la date à laquelle la protection aurait autrement pris fin (régimes de soins de la vue et de l'ouïe, de soins dentaires et de soins médicaux complémentaire);
- de tout âge, s'ils ont une déficience mentale ou physique et qu'ils ne sont pas en mesure d'occuper un emploi leur permettant de subvenir à leurs besoins, à condition qu'ils restent à votre charge pour un soutien financier.

Exceptions :

- Seuls les enfants de moins de 22 ans sont admissibles à la couverture des soins orthodontiques aux termes du régime de soins dentaires.
- Seuls les enfants de moins de 15 ans ont droit à la couverture pour la résine servant au scellement des puits et fissures aux termes du régime de soins dentaires (soins de base .
- Seuls les enfants d'au moins 14 jours et qui ne sont pas des enfants en famille d'accueil sont couverts par le régime d'assurance-vie du STTP.



Étudiante ou étudiant

Un enfant est considéré comme un étudiant ou une étudiante à plein temps s'il fréquente une école primaire, une école secondaire, une université ou un établissement d'enseignement semblable. Le statut d'étudiant ou étudiante est déterminé par l'établissement. Les étudiants ou étudiantes à plein temps sont admissibles à l'assurance-médicaments jusqu'à leur 26^e anniversaire si l'un de leurs parents réside au Québec et s'ils répondent à la définition d'enfant admissible.

Exonération de primes

Période durant laquelle vous n'avez pas à payer de primes pour un régime donné.

Unité des factrices et facteurs ruraux ou suburbains (FFRS)

Groupe de 10 779 travailleuses et travailleurs visé par une convention collective à Postes Canada. Ce sont des factrices et facteurs titulaires d'un itinéraire, des employées et employés de relève permanents (ERP) et des employées et employés de relève sur appel (ERSA).

Libre-service pour les employées et employés de Postes Canada (LSE)

Le site libre-service de Postes Canada est un site « SAP ». Vous devez entrer un mot de passe et un numéro d'utilisateur pour accéder au dossier électronique contenant vos renseignements personnels. Ce site Web vous permet aussi d'obtenir de l'information sur les avantages sociaux de Postes Canada et de télécharger des formulaires d'inscription et de demande de remboursement, et ce, à partir du travail ou de la maison. Vous trouverez à la fin du présent livret l'adresse Internet du site ainsi que de plus amples renseignements à son sujet.

Montants maximaux

Les régimes d'avantages sociaux établissent des limites aux montants qui peuvent vous être remboursés pour l'achat de divers produits et services. Ces limites varient d'un régime à l'autre et parfois au sein d'un même régime.

Le régime de soins médicaux complémentaire (RSMC) prévoit un montant maximal de 400 \$ par année pour les services de massothérapie. Cependant, si vous présentez des demandes de remboursement totalisant 400 \$ au cours de la même année, la compagnie d'assurance ne vous remboursera que 320 \$, car, dans la plupart des cas, le RSMC ne rembourse que 80 % du montant maximal. La seule façon de recevoir un remboursement de plus de 80 % consiste à soumettre une demande à un deuxième régime.



Glossaire

Dans bien des cas, les montants maximaux sont établis pour une période d'un an (services paramédicaux comme l'acupuncture), ou une période de quatre ans (lunettes). Certains montants maximaux couvrent une période de cinq ans (appareils auditifs) et quelques-uns constituent des limites à vie (perruques pour les personnes atteintes de cancer). Certaines limites varient en fonction de l'âge de la personne qui demande le remboursement. Par exemple, un enfant peut obtenir un nouveau fauteuil roulant plus tôt qu'un adulte.

Le régime de soins de la vue et de l'ouïe vous permet de toucher un remboursement correspondant à 100 % de vos dépenses visées par le régime. Le régime de soins dentaires vous permet également de toucher le total des montants maximaux, dans la mesure où vos dépenses sont suffisantes. Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez les livrets portant sur chacun des régimes.

Liste des médicaments remboursés automatiquement

Il s'agit de la liste officielle des médicaments sur ordonnance approuvés automatiquement. Vous pouvez télécharger cette liste sur Internet. Les liens se trouvent à la fin de cette brochure.

Pension non réduite

Pension dont les prestations sont calculées en fonction du nombre d'années de service ouvrant droit à pension cumulé, et ce, sans subir de pénalité.

Premier payeur

Lorsqu'une personne est couverte par plus d'un régime d'avantages sociaux, le premier payeur est la compagnie d'assurance à qui la demande de remboursement est soumise en premier. Il s'agit du principal régime de la personne en question, le régime aux termes duquel elle bénéficie d'une protection en tant qu'employée ou employé. Par exemple, si vous êtes couvert par le régime de soins dentaires et que votre conjointe ou conjoint est couvert par un régime de soins dentaires autre que celui de Postes Canada, vous présentez tout d'abord une demande de remboursement aux termes de votre régime. (Voir également les définitions de *second payeur* et de *coordination des prestations*.)

Région de la capitale nationale fédérale

La région d'Ottawa-Gatineau.

Remboursement

Montant d'argent qui vous est remboursé pour les dépenses que vous avez payées de votre poche.



RSMC

Régime de soins médicaux complémentaire.

SAP

« Systèmes, applications et produits de traitement de données » (traduction de l'allemand); le logiciel utilisé par le système intranet et internet du site libre-service pour les employés (LSE) de Postes Canada.

SCP

Société canadienne des postes.

Second payeur

Lorsqu'une personne bénéficie d'une protection aux termes de plus d'un régime d'avantages sociaux, le second payeur est la compagnie d'assurance à qui la demande de remboursement est soumise en deuxième. Il s'agit habituellement du régime de la conjointe ou du conjoint de cette personne. Par exemple, si vous êtes couvert par le régime de soins dentaires de Postes Canada (Canada Vie) et par le régime de soins dentaires de votre conjointe ou conjoint (autre que celui de Postes Canada), vous présentez tout d'abord une demande de remboursement au régime de Postes Canada, qui devient le premier payeur. Une fois que vous avez reçu votre chèque de la compagnie d'assurance Canada Vie, vous pouvez présenter une demande de remboursement au régime de soins dentaires de votre conjoint ou conjointe, qui constitue le second payeur. (Voir aussi les définitions de *premier payeur* et de *coordination des prestations*.)

Service continu

La période d'emploi continu correspond à la durée du service continu d'une employée ou d'un employé depuis sa dernière date d'embauche, selon les dispositions de la clause 8.01 de la convention collective des FRS et de la clause 11.01 de la convention collective de l'unité urbaine.

STTP

Syndicat des travailleurs et travailleuses des postes.

Unité de l'exploitation postale urbaine

Groupe de 47 203 travailleuses et travailleurs visé par une convention collective conclue entre le STTP et Postes Canada. Ce sont des facteurs et factrices, des commis des postes, des expéditeurs et expéditrices de dépêches, des courriers des services postaux, des manieurs et manieuses de dépêches, des techniciens et techniciennes et des mécaniciens et mécaniciennes.



Coordonnées

Syndicat des travailleurs et travailleuses des postes (STTP) — votre syndicat

Si vous avez des questions au sujet des avantages sociaux ou éprouvez des difficultés à les obtenir, demandez l'aide de votre déléguée ou délégué syndical ou de représentantes ou représentants de votre section locale ou de votre bureau régional.

Personnes-ressources du Syndicat :



Programme *Besoins spéciaux* du STTP (pour les enfants ayant des limitations fonctionnelles)

1-888-433-2885

Dans le cadre du régime d'assurance-médicaments, les enfants qui font partie du programme *Besoins spéciaux* du STTP peuvent obtenir le remboursement du prix des vitamines sur ordonnance.



Coordonnées

Adresse Internet

www.cupw-sttp.org

Sur ce site, vous pouvez :

- télécharger la dernière version du présent document (vérifiez la version à l'aide de la date inscrite au bas de chaque page ;
- télécharger les formulaires des régimes de Postes Canada suivants : soins dentaires, soins de la vue et de l'ouïe, assurance-vie de base et soins médicaux complémentaire.

Société canadienne des postes (SCP)

AccèsRH

AccèsRH est l'endroit à Postes Canada où vous pouvez obtenir des formulaires et de l'information sur la rémunération et les avantages sociaux. Le personnel d'AccèsRH est membre du Syndicat des employés des postes et des communications (SEPC , un syndicat frère du STTP. Vous pouvez joindre AccèsRH par téléphone au 1-877-807-9090 ou par courriel à accesshr@canadapost.ca.

Quand vous appelez AccèsRH, ayez toujours à portée de la main votre numéro d'employé de Postes Canada (NIRH). Si vous avez des problèmes avec une demande de remboursement, appelez Canada Vie.

Site libre-service pour les employées et employés de Postes Canada

<http://mysite.canadapost.ca>

Utilisez cette adresse pour accéder au site à partir de chez vous. Au travail, vous avez accès au site sur le réseau intranet. Utilisez ce site pour :

- Télécharger des formulaires et de l'information sur les régimes d'avantages sociaux de Postes Canada.
- Vérifier si l'information vous concernant est exacte.

Remarque :

- Pour accéder au site, il vous faut un nom d'utilisateur et un mot de passe. Si vous n'avez pas de mot de passe ou si celui que vous avez ne fonctionne pas, appelez au (877) 411-8585.



Coordonnées

Liste de médicaments de Postes Canada

Vous pouvez obtenir de l'information en ligne sur le régime d'assurance-médicaments de trois façons :

1 En cliquant sur lien qui se trouve sur le site Web du STTP à l'adresse : www.cupw-sttp.org.

2 Au moyen du Libre-service pour les employés (SAP) à l'adresse : <http://mysite.canadapost.ca>.
Cliquez sur « avantages sociaux » et ensuite sur « régime d'assurance-médicaments ». Cliquez ensuite sur « oui » lorsqu'on vous demande « souhaitez-vous afficher les éléments non sécurisés? »

3 En visitant le site Web de la compagnie d'assurance Canada Vie ou en utilisant son application mobile.

Canada Vie

La compagnie d'assurance Canada Vie s'occupe de la gestion du régime de soins médicaux complémentaire, du régime de soins de la vue et de l'ouïe, du régime de soins dentaires et du régime d'assurance-invalidité de longue durée.

Adresses postales

Pour les personnes résidant au Québec (demandes de remboursement), à l'exception de celles qui demeurent dans la région de la capitale nationale fédérale :

Prestations, Soins médicaux et soins dentaires
Canada Vie
800, rue de la Gauchetière Ouest, bureau 5800
Montréal (Québec H5A 1B9)

Pour les personnes demeurant ailleurs au Canada (demandes de remboursement) :

Prestations, Soins médicaux et soins dentaires
Canada Vie
C. P. 3050
Winnipeg Manitoba R3C 4E5

Pour envoyer les formulaires de renseignements sur les personnes à charge (mais non les demandes de remboursement) :

Canada Vie, compagnie d'assurance-vie
gestion des dossiers des participants
C. P. 6000, succursale Main
Winnipeg Manitoba R3C 9Z9



Coordonnées

Numéros de téléphone

Personnes résidant au Québec (à l'exception de celles qui demeurent dans la région de Montréal) :	Service en anglais et en français : 1-800-663-2817
Personnes résidant à Montréal :	514 878-1288
Personnes résidant ailleurs au Canada — téléphoner au bureau de Winnipeg :	Service en anglais et en français : 1-800-957-9777 ATME : 1-800-990-6654

Adresse Internet

www.canadalife.com

Sur ce site, vous pouvez :

- passer en revue l'ensemble de vos demandes de remboursement des deux dernières années faites auprès du régime de soins dentaires, du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins de la vue et de l'ouïe.

Remarques :

- Vous accédez au site Web de Canada Vie en utilisant le numéro du régime et votre numéro d'employé de Postes Canada (numéro NIR). Vous pouvez choisir votre mot de passe. Sur le site Web, vous pouvez notamment vérifier votre dossier électronique et suivre l'état d'une demande de remboursement.
- Le site de Canada Vie utilise des noms qui portent à confusion en ce qui concerne deux des régimes. Le régime de soins de la vue et de l'ouïe se nomme « Soins médicaux et Soins oculaires » 51392 et le régime de soins médicaux complémentaire se nomme « Soins médicaux, Médicaments et Soins oculaires » 51391 . Pour sa part, le régime de soins dentaires se nomme « Soins dentaires » 51057 .
- N'utilisez pas les formulaires universels de demande de remboursement disponibles sur ce site Web; utilisez plutôt ceux qui se trouvent sur les sites Web du STTP et de Postes Canada.

sttp•cupw

Syndicat des travailleurs et travailleuses des postes

BUREAU NATIONAL • 377, RUE BANK • OTTAWA (ONTARIO) K2P 1Y3 • STTP.CA

