

Guide sur les garanties

Association des enseignantes et des enseignants du Yukon
(YTA)



Association des enseignantes et des enseignants du Yukon (YTA)

Guide sur les garanties

1^{er} avril 2018

Le présent guide fournit de l'information sur les garanties d'assurance collective offertes par le gouvernement du Yukon à l'Association des enseignantes et des enseignants du Yukon (YTA). Son contenu vise à informer les employés des conditions particulières de leur régime.

Tout a été mis en œuvre pour assurer l'exactitude des renseignements fournis dans le présent guide. Cependant, si l'interprétation de ces renseignements n'est pas conforme à ce qui est prévu dans les documents officiels du régime, les contrats d'assurance et les exigences de la loi, ces derniers prévaudront.

Le gouvernement du Yukon compte maintenir en vigueur indéfiniment le régime d'avantages sociaux, mais il se réserve forcément le droit de le modifier, de le révoquer, de le suspendre ou de le résilier, en totalité ou en partie, en tout temps.

À propos de votre guide

Le présent *guide sur les garanties* est un outil de référence conçu pour vous aider à comprendre vos avantages sociaux. Nous vous conseillons de le garder à portée de main pour pouvoir le consulter ultérieurement.

Pour que vous puissiez l'explorer avec aisance et y trouver rapidement l'information que vous cherchez, nous avons conçu le *guide* de manière à ce qu'il comporte notamment les sections suivantes :

- **Sommaire** – une table des matières complète qui vous aidera à explorer le *guide*
- **Aperçu** – les points saillants de l'ensemble de votre régime d'avantages sociaux
- **Coup d'œil sur les garanties** – un survol de vos garanties et des pourcentages de remboursement
- **Points de référence et foire aux questions** – des renseignements importants et les réponses aux questions les plus courantes directement intégrés dans le corps du texte pour une consultation simplifiée
- **Glossaire** – les termes importants et leur signification
- **Personnes-ressources** – les personnes que vous devriez appeler si vous avez des questions

Nous vous encourageons à consulter le présent *guide* si vous avez des questions sur vos garanties. Si vous ne trouvez pas de réponses à vos questions ou avez besoin de précisions, nous vous prions de communiquer avec la Commission de la fonction publique.

Sommaire

À propos de votre guide.....	2
Sommaire	3
Aperçu.....	5
Coup d’œil sur les garanties	6
Admissibilité	7
Périodes d’attente	7
Adhésion	8
Quel est le coût des garanties?	9
Comment apporter des changements	9
Date d’effet et règles à suivre pour la mise à jour de votre protection	9
Présentation de demandes de règlement	10
Expiration de la protection	14
Régime de soins médicaux complémentaire	15
Médicaments sur ordonnance	16
Gestion des dossiers médicaux	19
Soins oculaires	20
Fournitures, soins et services divers	21
Hospitalisation	23
Assistance médicale globale.....	23
Frais engagés à l’étranger	25
Restrictions et exclusions.....	26
Comment apporter des changements	27
Garanties au survivant.....	27
Régime de soins dentaires	29
Ce qui est couvert	29
Ce qui n’est pas couvert	32
Restrictions et exclusions	33
Comment apporter des changements	34

Assurance-vie.....	35
Prestation supplémentaire de décès pour les participants au Régime de pension de retraite de la fonction publique (RPRFP)	35
Assurance-vie de base	36
Désignation de bénéficiaires	36
Exonération des primes	36
Option de transformation	37
Restrictions et exclusions	37
Assurance invalidité de longue durée.....	38
Congé de maladie	38
Invalidité de longue durée	38
Glossaire	42
Personnes-ressources	44
Renseignements importants	45

Aperçu

Vos garanties collectives constituent un élément important de l'ensemble de vos avantages sociaux. Elles sont également essentielles pour vous protéger, vous et les membres de votre famille, dans diverses situations – celles que nous voulons tous éviter, comme l'annonce d'une maladie grave ou la mort, de même que celles qui sont plus courantes, comme l'achat d'un médicament sur ordonnance ou un examen dentaire.

Votre régime de garanties collectives vous procure, à vous et à vos personnes à charge, les garanties suivantes :

- Régime de soins médicaux complémentaire
 - Protection individuelle
 - Protection pour personnes à charge
- Régime de soins dentaires
 - Protection individuelle
 - Protection pour personnes à charge
- Assurance-vie
 - Prestation supplémentaire de décès pour les participants au Régime de pension de retraite de la fonction publique (RPRFP)
 - Protection de base
- Assurance invalidité de longue durée (ILD)

À noter

Votre régime vous procure, à vous et à vos personnes à charge, les garanties suivantes :

- Régime de soins médicaux complémentaire
- Régime de soins dentaires
- Assurance-vie
- Assurance invalidité de longue durée (ILD)

Coup d'œil sur les garanties

Régime de soins médicaux complémentaire	Protection
Franchise	
• Médicaments sur ordonnance	10 \$ par ordonnance*
• Tous les autres frais	Aucune franchise
Règlement proportionnel	
• Médicaments sur ordonnance	80 %
• Soins oculaires	80 %
• Soins et services médicaux divers	80 %
• Hospitalisation	100 %
• Assistance médicale globale	100 %
• Soins d'urgence à l'étranger	100 %
• Consultation à l'extérieur de la province	80 %
Soins oculaires	
• Lunettes / verres de contact / chirurgie oculaire au laser	300 \$ par période de deux années de protection
Hospitalisation	Dans une chambre à deux lits
Assistance médicale globale	Voir la description
Soins d'urgence à l'étranger	Illimités
Consultation à l'extérieur de la province	50 000 \$ pour toute la durée de la protection
Praticiens paramédicaux	
• Acupuncteur, podologue, chiropraticien, massothérapeute autorisé, naturopathe, ostéopathe, physiothérapeute, podiatre, orthophoniste	Montant maximal combiné de 1 000 \$ par année de protection pour l'ensemble des praticiens (sauf le psychologue)
• Soins psychologiques	1 000 \$ par année de protection
Soins infirmiers	25 000 \$ par période de trois années de protection
Chaussures orthopédiques	150 \$ par année de protection
Orthèses	150 \$ par année de protection
Appareils auditifs	600 \$ par période de cinq années de protection
Aides à la communication orale	1 000 \$ pour toute la durée de la protection
Soutiens-gorge orthopédiques	Deux par année de protection
Perruques	300 \$ par année de protection
Montan maximal global	Illimité

* La franchise par ordonnance s'applique également à certains articles vendus sans ordonnance qui sont couverts aux termes de la Garantie pour médicaments.

Régime de soins dentaires	Protection
Franchise	Franchise individuelle de 25 \$ / franchise familiale de 25 \$*
Règlement proportionnel	
• Services diagnostiques / soins préventifs	100 %
• Soins de restauration	100 %
• Soins orthodontiques	50 %
• Soins parodontaux	100 %
• Prothèses amovibles	50 %
• Pont	50 %
• Couronne	50 %
• Soins endodontiques	100 %
Maximum	1 300 \$ par année de protection pour l'ensemble des soins et services (sauf les soins orthodontiques) 3 000 \$ pour toute la durée de la protection pour les soins orthodontiques

* La franchise ne s'applique pas aux soins orthodontiques.

Coup d'œil sur les garanties (suite)

Assurance-vie	Montant de la prestation
Prestation supplémentaire de décès pour les participants au Régime de pension de retraite de la fonction publique (RPRFP) *	Deux fois la rémunération annuelle La prestation est réduite de 10 % chaque année à compter du 66 ^e anniversaire de naissance.
Protection de base	La rémunération annuelle arrondie à la tranche supérieure de 1 000 \$ (si elle n'en est pas déjà un multiple), multipliée par deux, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ La prestation est réduite de 50 % au 65 ^e anniversaire de naissance.

* Des exigences particulières en matière d'admissibilité s'appliquent. Veuillez visiter le site <http://www.tbs-sct.gc.ca/pensions/survivor-survivant-fra.asp> pour obtenir des précisions à ce sujet.

Assurance invalidité de longue durée (ILD)	Montant de la rente
Employé	70 % de la rémunération mensuelle après 13 semaines consécutives d'invalidité ou l'épuisement des congés de maladie accumulés (selon la dernière éventualité) La rente mensuelle maximale correspond au moins élevé des montants suivants : 11 000 \$ ou 85 % de votre rémunération mensuelle brute avant invalidité.

Admissibilité

En tant qu'employé membre de l'Association des enseignantes et des enseignants du Yukon (YTA), vous avez le droit de participer au régime de garanties collectives du gouvernement du Yukon si vous :

- Êtes en activité de service auprès du gouvernement du Yukon sur une base déterminée ou indéterminée, à temps plein ou à temps partiel (pendant au moins six mois pour ce qui est de l'assurance invalidité de longue durée et au moins une année scolaire pour ce qui est de l'assurance-vie de base)
- Travaillez au moins le tiers des heures de travail à temps plein requises pour votre catégorie d'emploi (pour ce qui est de l'assurance-vie et de l'assurance invalidité de longue durée)

Périodes d'attente

Vous devez satisfaire une période d'attente de trois mois à l'égard du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins dentaires si vous êtes un employé à temps plein ou à temps partiel, ou que le terme de votre contrat de travail initial est supérieur à six mois. Vous devez satisfaire une période d'attente de six mois à l'égard du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins dentaires si le terme de votre contrat de travail initial est de six mois ou moins, mais est prolongé au-delà de six mois ultérieurement.

Aucune période d'attente ne s'applique aux garanties suivantes :

- Régime de soins médicaux complémentaire et régime de soins dentaires – si vous avez déjà une protection, que votre service est continu et que vous acceptez une nouvelle nomination pour une période déterminée ou la prolongation d'une nomination pour une période déterminée temporaire, quelle qu'en soit la durée
- Assurance-vie
- Assurance invalidité de longue durée (ILD)

En plus d'une protection à votre égard, le régime de garanties collectives prévoit une protection pour vos personnes à charge aux termes du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins dentaires. Par personnes à charge, on entend :

- Le conjoint avec qui vous êtes légalement marié ou avec qui vous vivez en union de fait depuis au moins un an immédiatement avant d'adhérer au régime
- Vos enfants célibataires (les enfants naturels, adoptés ou d'une autre union de vous ou votre conjoint, de même que les enfants dont vous ou votre conjoint êtes le tuteur légal et dont la tutelle vous a été accordée sur ordonnance judiciaire) âgés de moins de 21 ans, ou de moins de 25 ans s'ils étudient à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire, un collège ou une université reconnu. La protection à l'égard d'un enfant à charge prend fin d'office à son 21^e anniversaire de naissance, sauf si vous informez la Commission de la fonction publique que votre enfant fréquente un établissement d'enseignement postsecondaire à temps plein.
- Vos enfants atteints d'un handicap physique ou mental, peu importe leur âge, s'ils dépendent entièrement de vous et que leur incapacité s'est manifestée pendant qu'ils étaient couverts aux termes du régime en tant qu'enfants à charge

À noter

Aucune période d'attente ne s'applique à l'assurance-vie et à l'assurance invalidité de longue durée; par contre, la plupart des employés doivent satisfaire une période d'attente de trois mois à l'égard du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins dentaires.



Dois-je adhérer à toutes les garanties?



Vous devez adhérer, si vous y êtes admissible, à la prestation supplémentaire de décès pour les participants au Régime de pension de retraite de la fonction publique (RPRFP), à l'assurance-vie de base, à l'assurance invalidité de longue durée (ILD), au régime de soins médicaux complémentaire et au régime de soins dentaires. Prenez note que le régime de soins médicaux complémentaire n'est pas obligatoire pour les employés embauchés avant le 1^{er} mai 2004.



Que se passe-t-il si mon conjoint bénéficie d'une protection comparable aux termes de son régime d'avantages sociaux?



Si vous ou vos personnes à charge bénéficiez d'une protection aux termes d'un autre régime (p. ex. celui de votre conjoint), vous pouvez renoncer à la protection pour vos personnes à charge aux termes du régime de soins médicaux complémentaire et du régime de soins dentaires. Cependant, une fois que vous avez renoncé à la protection pour vos personnes à charge, vous pourrez seulement y adhérer si la protection comparable prend fin. Si vous avez été embauché le 1^{er} mai 2004 ou par la suite, vous ne pouvez pas renoncer à la protection pour vous-même aux termes de ces garanties. Vous n'êtes pas tenu d'adhérer au régime de soins médicaux complémentaire si vous avez été embauché avant le 1^{er} mai 2004.

Adhésion

Il est facile d'adhérer au régime de garanties collectives. Remplissez le ou les formulaires d'adhésion qui vous ont été remis et transmettez-les à la Commission de la fonction publique à des fins de traitement.

Étape 1 : Lire

Lisez tous les renseignements fournis dans le présent *guide sur les garanties*. Si vous avez des questions, veuillez

communiquer avec la Commission de la fonction publique.

Étape 2 : Remplir

Remplissez le ou les formulaires d'adhésion, et fournissez les renseignements nécessaires sur le ou les bénéficiaires de vos prestations d'assurance-vie.

Étape 3 : Transmettre

Transmettez le ou les formulaires à la Commission de la fonction publique. Veuillez vous assurer que vos formulaires sont dûment remplis, signés à l'encre et datés.

Quel est le coût des garanties?

Le coût de l'ensemble de vos garanties est partagé entre le gouvernement du Yukon et vous-même. La partie que vous devez payer est prélevée sur votre salaire. Les régimes de garanties collectives offerts par des employeurs comme le vôtre présentent un avantage : en général, les primes des garanties sont moins élevées que celles applicables à des garanties souscrites par une seule personne sur une base individuelle.

Comme vous êtes membre de l'Association des enseignantes et des enseignants du Yukon (YTA), la prime de l'assurance invalidité de longue durée et la prime du régime de soins médicaux complémentaire sont payées à 75 % par le gouvernement du Yukon. De plus, le gouvernement du Yukon paye 85 % de la prime du régime de soins dentaires et 42,5 % de la prime de l'assurance-vie de base. Vous êtes responsable de la partie restante de la prime de chaque garantie. Des renseignements sur les taux de prime courants peuvent être obtenus auprès de la Commission de la fonction publique.

Comment apporter des changements

Pour que les changements appropriés soient apportés à votre protection, veuillez aviser la Commission de la fonction publique lors de l'un des événements de la vie suivants :

- Mariage / union de fait
- Naissance /adoption d'un enfant
- Divorce
- Retrait ou ajout d'une protection aux termes du régime du conjoint
- Décès d'une personne à charge

Date d'effet et règles à suivre pour la mise à jour de votre protection

Régime de soins médicaux complémentaire et régime de soins dentaires

La date d'effet de votre protection correspond au premier jour du mois qui suit la date à laquelle la période d'attente est satisfaite.

Si vous adhérez à la protection pour les personnes à charge dans les 60 jours suivant la date de votre admissibilité, la date d'effet de la protection pour vos personnes à charge correspond au premier jour du mois qui suit la date à laquelle la période d'attente est satisfaite (il s'agit de la même date que celle du début de votre protection). Si vous adhérez à la protection pour les personnes à charge après les 60 jours suivant la date de votre admissibilité, la date d'effet de la protection pour vos personnes à charge correspond au premier jour du quatrième mois suivant le mois au cours duquel la demande d'adhésion est reçue par la Commission de la fonction publique.

Si vous avez renoncé à la protection pour vos personnes à charge au moment où vous avez commencé à travailler pour le gouvernement du Yukon parce que celles-ci étaient couvertes aux termes d'un autre régime (p. ex. le régime de votre conjoint) et que leur protection est maintenant résiliée, vous disposez de 60 jours pour adhérer à la protection pour les personnes à charge aux termes de votre régime de garanties collectives. Ce délai de 60 jours s'applique également lorsque vous avez une nouvelle personne à votre charge. Si votre demande d'adhésion est reçue dans le délai de 60 jours, la protection débute le jour suivant la date de la résiliation de la protection comparable de vos personnes à charge, ou le jour suivant la date à laquelle votre nouvelle personne à charge s'est ajoutée. Si votre demande d'adhésion est reçue après le délai de 60 jours, la protection débutera le premier jour du quatrième mois suivant le mois au cours duquel la demande d'adhésion a été reçue.

Si vous présentez une demande pour passer d'une protection familiale à une protection individuelle, le changement de protection entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date à laquelle votre demande est reçue.

Assurance-vie de base et assurance invalidité de longue durée

Si vous y êtes admissible, vous serez automatiquement inscrit à l'assurance-vie de base et à l'assurance invalidité de longue durée. La date d'effet de votre protection correspond à la date à laquelle toutes les exigences en matière d'admissibilité sont satisfaites.

Régime d'assurance-maladie du Yukon

Votre régime de soins médicaux complémentaire couvre des fournitures, des soins et des services médicaux qui ne sont pas couverts aux termes du Régime d'assurance-maladie du Yukon. Le Régime d'assurance-maladie du Yukon couvre de nombreux soins et services médicaux de base pour les résidents du Yukon, notamment les suivants :

- Les honoraires des médecins et des chirurgiens
- Les honoraires des spécialistes consultés sur recommandation de médecins généralistes
- Les procédures de diagnostic, comme les radiographies et les analyses de laboratoire
- Les soins relatifs à la maternité
- L'hospitalisation en salle commune
- Les traitements reçus en consultation externe

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les soins et services admissibles, communiquez avec le bureau du Régime d'assurance-maladie du Yukon de votre région.



Quelle est la différence entre le régime de soins médicaux complémentaire et le Régime d'assurance-maladie du Yukon?



Le Régime d'assurance-maladie du Yukon est un régime d'assurance-maladie obligatoire qui est offert par le Yukon à tous ses résidents. Il couvre des soins et services médicaux de base, comme les honoraires des médecins et l'hospitalisation en salle commune. Le régime de soins médicaux complémentaire est un régime privé offert par le gouvernement du Yukon à ses employés. Le régime de soins médicaux complémentaire rembourse les frais engagés pour de nombreux soins, services et fournitures qui ne sont pas couverts aux termes du Régime d'assurance-maladie du Yukon, comme les médicaments sur ordonnance ou les services paramédicaux.

Présentation de demandes de règlement

Régime de soins médicaux complémentaire

Pour ce qui est des médicaments sur ordonnance, présentez au pharmacien votre carte de paiement direct des médicaments afin que votre demande de règlement soit traitée par voie électronique. Si votre demande de règlement pour médicaments sur ordonnance ne peut pas être traitée par voie électronique, vous pouvez la présenter en ligne en utilisant le site Web qui est mis à la disposition des participants de régime par le fournisseur des garanties collectives, ou vous pouvez remplir un formulaire papier et le poster au centre de traitement des demandes de règlement du fournisseur des garanties collectives.

Pour ce qui est de tous les autres soins médicaux :

- Vos praticiens paramédicaux et vos fournisseurs de soins oculaires peuvent soumettre votre demande de règlement directement au fournisseur des garanties collectives, à condition d'être inscrits au service *Demandes de règlement électroniques – Fournisseurs* * et d'avoir reçu l'approbation nécessaire.
- Vous pouvez soumettre les demandes de règlement pour des services paramédicaux ou des soins oculaires en ligne en utilisant le site Web qui est mis à la disposition des participants de régime par le fournisseur des garanties collectives.
- Tous les autres soins, services ou fournitures doivent faire l'objet d'une demande de règlement sur papier.

Les demandes de règlement pour des chaussures orthopédiques adaptées ou préfabriquées (prêtes à porter) doivent également inclure :

- Le nom de marque et le modèle des chaussures
- Une description de toutes les modifications apportées aux chaussures (le cas échéant)
- La ventilation du coût des chaussures et de chacune des modifications (le cas échéant)
- L'ordonnance précisant le diagnostic

Les demandes de règlement pour une orthèse du pied sur mesure doivent également inclure :

- Une copie de l'examen biomécanique approfondi et de l'analyse de la démarche
- Des précisions sur la technique de moulage utilisée
- Une description détaillée du type d'orthèse
- La ventilation des frais pour l'orthèse
- L'ordonnance précisant le diagnostic

Les formulaires de demande de règlement sont disponibles auprès de la Commission de la fonction publique; vous pouvez aussi les imprimer à partir du site Web de la Commission de la fonction publique. Des formulaires de demande de règlement personnalisés sont offerts dans le site Web mis à la disposition des participants de régime par le fournisseur des garanties collectives. Vous disposez de 18 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés pour demander un remboursement (90 jours si votre protection est résiliée). Si vous utilisez un formulaire papier, vous n'avez qu'à le remplir, à y joindre les reçus originaux et l'ordonnance (si elle est requise) et à l'envoyer au fournisseur des garanties collectives pour obtenir un remboursement. Il est judicieux de conserver une copie de votre formulaire de demande de règlement et des reçus dans vos dossiers. Vous avez six mois à partir de la date à laquelle vous avez engagé les dépenses pour soumettre une demande de règlement en ligne (tel qu'il est indiqué ci-dessus, les demandes de règlement manuelles peuvent être soumises 18 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés). Si vous soumettez votre demande de règlement en ligne, il est recommandé de conserver vos reçus originaux et, le cas échéant, votre ordonnance pendant 12 mois.

*Le service *Demandes de règlement électroniques – Fournisseurs* est offert chez des acupuncteurs, des chiropraticiens, des massothérapeutes autorisés, des naturopathes, des physiothérapeutes et des fournisseurs de soins oculaires approuvés qui sont situés partout au pays. De nouveaux fournisseurs sont ajoutés quotidiennement. Vous pouvez consulter la liste des fournisseurs qui utilisent le service *Demandes de règlement électroniques – Fournisseurs* dans le site www.lagreatwest.com, sous Service à la clientèle – Garanties collectives pour les participants de régimes – Demandes de règlement pour soins médicaux et soins dentaires (y compris la protection Frais engagés à l'étranger).



Qu'est-ce qu'une carte de paiement direct des médicaments?



Pour votre commodité, le fournisseur des garanties collectives vous offre une carte de paiement direct des médicaments qui accélère le processus de traitement des demandes de règlement pour médicaments sur ordonnance. Lorsque vous faites exécuter une ordonnance, votre pharmacien utilise votre carte de manière à ce que votre demande de règlement soit traitée sur place. Une fois que le montant couvert a été déduit, il ne vous reste qu'à payer le solde des frais engagés qui n'est pas couvert. (Voir la section *Régime de soins médicaux complémentaire – Médicaments sur ordonnance* pour obtenir de plus amples renseignements.)

Régime de soins dentaires

Pour ce qui est des soins dentaires, votre dentiste peut traiter votre demande de règlement sur place. Une fois que le montant couvert a été déduit, il ne vous reste qu'à payer le solde des frais engagés qui n'est pas couvert. Si votre dentiste n'offre pas ce service, vous pouvez soumettre votre demande de règlement en ligne en utilisant le site Web mis à la disposition des participants de régime par le fournisseur des garanties collectives ou remplir un formulaire papier. Des formulaires de demande de règlement standards peuvent être obtenus chez votre dentiste ou dans le site Web de la Commission de la fonction publique. Des formulaires de demande de règlement personnalisés sont offerts dans le site Web mis à la disposition des participants de régime par le fournisseur des garanties collectives. Vous disposez de 18 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés pour demander un remboursement (90 jours si votre protection est résiliée). Si vous utilisez un formulaire de demande de règlement papier, n'oubliez pas d'y joindre les reçus originaux et de conserver une copie de la demande et des reçus dans vos dossiers. Vous avez six mois à partir de la date à laquelle vous avez engagé les dépenses pour soumettre une demande de règlement en ligne (tel qu'il est indiqué ci-dessus, les demandes de règlement manuelles peuvent être soumises 18 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés). Si vous soumettez votre demande de règlement en ligne, il est recommandé de conserver vos reçus originaux pendant 12 mois.

Coordination des prestations

Si vous et votre conjoint disposez de protections séparées à l'égard des soins médicaux ou des soins dentaires, vous pouvez être admissibles au remboursement intégral de certains frais, en soumettant vos demandes de règlement à vos assureurs respectifs de la manière suivante :

Après avoir engagé des frais, vous devez d'abord soumettre une demande de règlement auprès de votre propre assureur. Une fois que votre demande de règlement a été traitée, votre conjoint soumet les frais non couverts indiqués sur le relevé de paiement à son assureur, en prenant soin d'inclure les documents suivants :

- Une copie de la demande de règlement soumise au premier assureur
- Une copie de tous les reçus
- Une copie du relevé de paiement ou de l'avis de refus envoyé par le premier assureur

Si votre conjoint engage des frais, il doit d'abord soumettre une demande de règlement à son assureur; une fois que la demande de règlement aura été traitée, vous pourrez soumettre les frais non couverts à votre assureur.

Pour ce qui est des frais engagés pour un enfant à charge, la demande de règlement doit d'abord être présentée par le parent dont la date de naissance est la première à survenir dans l'année civile. S'il y a lieu, le solde des frais qui n'est pas couvert peut être soumis aux termes du régime du conjoint. Les documents indiqués plus haut doivent toujours accompagner la deuxième demande de règlement.

Pour ce qui est des médicaments sur ordonnance, le processus est légèrement différent puisque votre régime

comporte une *carte de paiement direct des médicaments*. Vous devez utiliser votre carte médicaments pour faire exécuter une ordonnance pour vous-même ou vos personnes à charge (si votre anniversaire est le premier à survenir dans l'année). S'il y a un solde non remboursé après l'exécution de votre ordonnance par le pharmacien, vous devez le payer, puis présenter les reçus au fournisseur des garanties collectives de votre conjoint. (Voir la section *Régime de soins médicaux complémentaire – Médicaments sur ordonnance* pour obtenir de plus amples renseignements.) Si le régime de votre conjoint comporte aussi une carte médicaments, il est possible que vous puissiez traiter les deux demandes de règlement en même temps. Dites simplement à votre pharmacien quelle carte médicaments il doit utiliser en premier pour traiter la demande de règlement. Ce service n'est pas offert dans toutes les pharmacies ou par tous les assureurs.

Q

Est-ce que la coordination des prestations s'applique si mon conjoint et moi sommes tous deux couverts aux termes du régime de garanties collectives du gouvernement du Yukon?

R

Oui, la coordination des prestations s'applique, et le processus de remboursement est aussi le même, tout comme si vous étiez couverts par deux assureurs différents.

À noter

Rappelez-vous que lorsqu'il y a coordination des prestations avec le régime de votre conjoint, vos frais de soins médicaux et de soins dentaires peuvent vous être remboursés jusqu'à concurrence de 100 %.

Assurance-vie

Les prestations d'assurance-vie de base sont versées à votre bénéficiaire, ou à votre succession, si aucun bénéficiaire n'a été désigné. Le bénéficiaire doit soumettre une preuve de sinistre et une preuve de son droit aux prestations. Le fournisseur des garanties collectives peut demander des renseignements supplémentaires à sa discrétion. Pour obtenir des précisions, veuillez communiquer avec la Commission de la fonction publique.

Une demande d'exonération des primes d'assurance-vie est transmise au fournisseur des garanties collectives avec toute demande d'assurance invalidité de longue durée. Des explications sur l'exonération des primes d'assurance-vie se trouvent à la section Assurance-vie du présent *guide*.

La prestation supplémentaire de décès pour les participants au Régime de pension de retraite de la fonction publique (RPRFP) est administrée par le Centre des pensions de la fonction publique de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Vous pouvez obtenir des renseignements supplémentaires à ce sujet de même que des formulaires auprès de la Commission de la fonction publique.

Assurance invalidité de longue durée (ILD)

La rente d'assurance invalidité de longue durée (ILD) est versée après une période d'attente de 13 semaines consécutives d'invalidité ou après l'épuisement des congés de maladie accumulés, selon la dernière éventualité. Les demandes de règlement doivent être reçues dans les trois mois qui suivent la fin de la période d'attente. Vous pouvez devoir joindre à la demande de règlement une preuve d'invalidité totale, le rapport d'examen d'un médecin indépendant, une évaluation des aptitudes professionnelles et fonctionnelles de même que tout autre renseignement que le fournisseur des garanties collectives juge nécessaire. Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec la Commission de la fonction publique.

À noter

La période d'attente correspond à la période continue pendant laquelle vous êtes invalide, mais pas encore admissible à la rente d'ILD (cette période est parfois appelée « période d'admissibilité » ou « délai de carence »). Cette période est satisfaite après 13 semaines d'invalidité continue ou après l'épuisement des congés de maladie, selon la dernière éventualité.



Y a-t-il des délais à respecter pour la présentation des demandes de règlement?



Oui, et ces délais varient d'une garantie à l'autre. Voici les délais de présentation à respecter pour chacune des garanties :

- Régime de soins médicaux complémentaire : 18 mois à partir de la date à laquelle les frais ont été engagés. Cependant, si votre protection est résiliée, vous avez 90 jours après la date de résiliation pour présenter vos demandes de règlement. Les demandes de règlement pour des frais engagés à l'étranger (autres que ceux qui se rapportent à l'Assistance médicale globale) doivent être présentées dès que possible après que les frais ont été engagés. Il est important que vous présentiez vos demandes de règlement pour des frais engagés à l'étranger au fournisseur des garanties collectives sans délai, car le régime de votre province ou territoire peut comporter des délais très stricts.
- Régime de soins dentaires : 18 mois à partir de la date à laquelle les frais ont été engagés. Cependant, si votre protection est résiliée, vous avez 90 jours après la date de résiliation pour présenter vos demandes de règlement.
- Assurance invalidité de longue durée : dans les trois mois après la fin de la période d'attente.

Expiration de la protection

Votre protection peut expirer pour plusieurs raisons différentes :

- Vous n'êtes plus un participant admissible (p. ex. si vous n'êtes plus un employé actif), ou
- Vous n'avez pas payé la partie des primes dont vous êtes responsable, le cas échéant, ou
- Vous avez atteint l'âge auquel la protection expire (p. ex. 65 ans pour ce qui est de l'assurance invalidité de longue durée), ou
- Vous prenez votre retraite (sauf si la protection aux termes du régime de soins médicaux complémentaire est maintenue)

Régime de soins médicaux complémentaire

Le régime de soins médicaux complémentaire vous procure, à vous et à vos personnes à charge, une protection à l'égard des frais engagés pour des soins ou services médicalement nécessaires qui ne sont pas couverts aux termes du Régime d'assurance-maladie du Yukon.



Qu'entend-on par soins et services *médicalement nécessaires*?



Les soins et services médicalement nécessaires sont généralement considérés par les professionnels médicaux canadiens comme efficaces, appropriés et nécessaires pour le traitement d'une maladie, compte tenu des normes médicales canadiennes.

Les frais sont remboursés selon les pourcentages indiqués dans le tableau suivant; toutefois, certaines restrictions et exclusions s'appliquent (voir la partie intitulée *Restrictions et exclusions* à la fin de la présente section). Pour ce qui est des médicaments sur ordonnance, une franchise de 10 \$ par ordonnance s'applique. Il n'y a pas de franchise à l'égard des soins médicaux. Après avoir payé la franchise, vous recevrez, s'il y a lieu, du fournisseur des garanties collectives un remboursement du solde des frais engagés, jusqu'à concurrence de la limite prévue par le régime à l'égard des frais *raisonnables et courants*.

Régime de soins médicaux complémentaire (protection individuelle / protection pour personnes à charge)	Règlement proportionnel
Médicaments sur ordonnance (carte médicaments)	80 %
Soins oculaires	80 %
Fournitures, soins et services divers (p. ex. soins par un massothérapeute autorisé, appareils auditifs)	80 %
Hospitalisation	100 %
Assistance médicale globale (p. ex. soins reçus au Canada et à l'étranger)	100 %
Soins d'urgence à l'étranger	100 %
Consultation à l'extérieur de la province	80 %



Pourquoi y a-t-il une franchise?



Les franchises constituent un moyen de partager le coût total des garanties entre les employés et le gouvernement du Yukon. Chaque fois que vous achetez un médicament sur ordonnance, vous devez payer une franchise de 10 \$. Le montant admissible restant vous est par la suite remboursé en fonction des dispositions du régime.



Qu'entend-on par frais *raisonnables et courants*?

R

Les frais *raisonnables et courants* sont les frais qui sont normalement facturés aux personnes qui se trouvent dans la région où les fournitures, les soins ou les services ont été reçus. C'est le fournisseur des garanties collectives qui détermine si les frais sont *raisonnables et courants*.

À noter

Rappelez-vous que lorsqu'il y a coordination des prestations avec le régime de votre conjoint, vos frais de soins médicaux peuvent vous être remboursés jusqu'à concurrence de 100 %.

Q

Que se passe-t-il si je quitte le pays pendant une période prolongée (p. ex. pendant 12 mois ou plus)?

R

Vous devez communiquer avec les responsables du Régime d'assurance-maladie du Yukon et la Commission de la fonction publique pour discuter de la possibilité de conserver votre protection aux termes de votre régime de garanties collectives. Si votre protection aux termes du Régime d'assurance-maladie du Yukon est résiliée, vous ne serez plus admissible à la protection aux termes du régime de soins médicaux complémentaire.

Médicaments sur ordonnance

Le régime vous offre, à vous et à vos personnes à charge admissibles, une protection complète à l'égard des médicaments sur ordonnance. Une franchise de 10 \$ par ordonnance s'applique, et le coût des médicaments vous est remboursé à 80 %.

Ce qui est couvert

Les médicaments et les fournitures de médicaments décrits ci-dessous sont couverts lorsqu'ils sont prescrits par une personne autorisée à les prescrire en vertu de la loi, délivrés par une personne autorisée à les délivrer en vertu de la loi, et obtenus au Canada (ce qui signifie que seuls les médicaments qui nécessitent légalement une ordonnance sont couverts). Les prestations visant des frais de médicaments et de fournitures de médicaments engagés à l'extérieur du Canada ne sont payables qu'aux termes de la clause relative aux soins reçus à l'étranger.

- Les médicaments qui nécessitent une ordonnance écrite conformément à la Loi sur les aliments et drogues du Canada ou les lois provinciales en vigueur là où ils sont délivrés sont couverts, y compris les médicaments contraceptifs et les produits contenant un médicament contraceptif.
- Les médicaments injectables, y compris les vitamines, l'insuline et les extraits d'allergènes, sont couverts; les seringues pour les auto-injections sont également couvertes.
- Les aiguilles jetables s'utilisant avec un dispositif d'injection d'insuline non jetable, les lancettes, les bandelettes pour tests et les capteurs pour systèmes flash de surveillance du glucose sont couverts.
- Les préparations ou composés extemporanés contenant, entre autres ingrédients, un médicament couvert sont couverts.

Substitution par un produit générique améliorée obligatoire

De nombreux médicaments sont offerts sous forme générique et en version d'origine. Les versions génériques sont habituellement moins chères que les médicaments de marque déposée, mais sont tout aussi efficaces. Les

deux médicaments comprennent le même ingrédient actif, la même dose et la même forme dosifiée. Lorsqu'un médicament de marque déposée existe sous forme générique, les frais couverts peuvent être limités au coût du médicament équivalent le moins cher, à moins qu'une preuve médicale témoignant de l'impossibilité de substituer le médicament de marque déposée ne soit fournie. Le fait de demander à votre médecin de vous prescrire l'équivalent générique d'un médicament de marque déposée pourrait vous permettre de réduire les frais que vous devrez déboursier. Si votre médecin vous prescrit un médicament de marque déposée, vous pouvez :

1. Demander à votre pharmacien la version générique du médicament la plus économique, ou
2. Demander le médicament d'origine prescrit par votre médecin, et payer la différence entre le coût du produit générique le moins cher et le coût du médicament d'origine, ou
3. Si votre médecin peut fournir une preuve médicale justifiant le besoin d'un médicament de marque déposée, il est possible de demander une exception en faisant remplir par ce médecin le formulaire « Demande d'assurance pour les médicaments de marque déposée » disponible dans le site www.lagreatwest.com, sous Service à la clientèle – Participants de régimes collectifs – Formulaires. Soumettez le formulaire dûment rempli au fournisseur des garanties collectives. Si votre demande est approuvée, vous recevrez un remboursement pour le coût du médicament de marque déposée, sous réserve de la franchise et du règlement proportionnel applicables. Si vous ne soumettez pas le formulaire ou que votre demande n'est pas approuvée, vos frais couverts se limiteront au coût du médicament équivalent le moins cher.

À noter

Lorsqu'un médicament de marque déposée existe sous forme générique, les frais couverts peuvent être limités au coût du médicament équivalent le moins cher, à moins qu'une preuve médicale témoignant de l'impossibilité de substituer le médicament de marque déposée ne soit fournie au fournisseur des garanties collectives.

En ce qui a trait aux médicaments admissibles aux termes du régime d'assurance-médicament de votre province ou territoire, la protection est limitée au montant de la franchise et au règlement proportionnel qui s'appliquent aux termes de ce régime.



Quels médicaments sont considérés comme des médicaments sur ordonnance aux termes de mon régime?



Les médicaments et les fournitures de médicaments, tels qu'ils ont été décrits précédemment, qui portent un code d'identification numérique (DIN) et qui sont prescrits par une personne autorisée à les prescrire en vertu de la loi et délivrés par une personne autorisée à les délivrer en vertu de la loi. Seuls les médicaments qui nécessitent légalement une ordonnance sont couverts. Quelques exceptions s'appliquent, notamment à certains vaccins et inducteurs de l'ovulation (médicaments contre l'infertilité), comme il est indiqué dans la partie Ce qui n'est pas couvert.

Si vous avez des questions au sujet de l'admissibilité des médicaments sur ordonnance, vous pouvez communiquer avec votre médecin, votre pharmacien ou le fournisseur des garanties collectives.

En ce qui concerne les demandes de règlement pour médicaments, vous recevrez une carte de paiement direct des médicaments sur ordonnance du fournisseur des garanties collectives. Présentez votre carte au pharmacien avec votre ordonnance, ce qui permettra au pharmacien de soumettre votre demande de règlement par voie électronique.

Avant que votre ordonnance soit exécutée, on procédera à une vérification au moyen du système Assure Demandes de règlement. Assure Demandes de règlement est une série de sept vérifications électroniques effectuées sur vos antécédents en matière de médicaments sur ordonnance pour des raisons de sécurité et de vérification de conformité. La vérification sert également à vous assurer que votre santé et votre qualité de vie à vous et à vos personnes à charge ne seront pas compromises. Les vérifications effectuées portent sur l'interaction médicamenteuse, la duplication thérapeutique et la durée du traitement, ce qui permet au pharmacien de réagir avant la remise du médicament. Selon le résultat de la vérification, celui-ci peut refuser d'exécuter une ordonnance telle qu'elle est prescrite.

Vous devrez uniquement payer au pharmacien le solde non couvert par le fournisseur des garanties collectives. Pour effectuer la coordination des prestations avec le régime de votre conjoint, vous devrez soumettre le reçu affichant le solde payé au fournisseur des garanties collectives de votre conjoint pour obtenir un remboursement.

Ce qui n'est pas couvert

Frais pour des soins, un service ou une fourniture que l'administrateur de régime a déterminés comme étant non proportionnels à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure. Pour déterminer si des soins, un service ou une fourniture sont proportionnels, le gestionnaire de régime peut tenir compte de différents facteurs y compris, mais sans s'y limiter, les suivants :

- lignes directrices de la pratique clinique;
- évaluations de l'efficacité clinique des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales;
- renseignements fournis par le fabricant ou le fournisseur des soins, du service ou de la fourniture; et
- évaluations de l'efficacité des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales.

En outre, aucune prestation n'est payable en remboursement des frais ci-dessous aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance, sauf disposition contraire prévue par la loi.

- Un médicament ou une provision de médicaments qui figure sur la liste des exclusions tenue par le gestionnaire de régime. Le gestionnaire de régime se réserve le droit de refuser tous les frais relatifs à un médicament ou à une provision de médicaments, ou uniquement les frais associés au traitement, à certains stades ou à l'évolution de certaines maladies ou blessures. Le gestionnaire de régime peut ajouter un médicament ou une provision de médicaments à la liste des exclusions ou l'en retirer en tout temps.

Il est entendu qu'un médicament ou une provision de médicaments peut être ajouté à la liste des exclusions pour toute raison, y compris, mais sans s'y limiter, les suivantes :

- Le gestionnaire de régime a déterminé que de l'information supplémentaire de la part d'organismes consultatifs professionnels, d'agences gouvernementales ou du fabricant du médicament ou de la provision de médicaments est requise pour évaluer le médicament ou la provision de médicaments; ou
- Le gestionnaire de régime a déterminé que le médicament ou la provision de médicaments n'est pas proportionnel à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure.

En outre, aucune prestation n'est payable aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance en remboursement des frais ci-dessous :

- Atomiseurs, appareils, prothèses, fournitures nécessaires par suite d'une colostomie, fournitures nécessaires à l'analyse, au diagnostic ou à l'administration des premiers soins
- Dispositifs d'injection d'insuline non jetables ou dispositifs à ressort utilisés dans le prélèvement du sang
- Dispositifs nécessaires à l'administration de médicaments devant être inhalés

- Vitamines s'administrant par voie orale, minéraux, suppléments diététiques, préparations homéopathiques, préparations pour nourrissons et solutions injectables servant à l'alimentation parentérale totale
- Diaphragmes, condoms, gelées, mousses, éponges, suppositoires, implants et autres produits ou articles servant habituellement à des fins contraceptives
- Produits antitabagiques
- Inducteurs de l'ovulation (médicaments contre l'infertilité)
- Médicaments n'ayant pas de code d'identification numérique (DIN), tel qu'il est stipulé dans la Loi sur les aliments et drogues du Canada
- Médicaments ne pouvant être normalement utilisés au cours d'une période de 34 jours, exception faite de certains médicaments nécessaires au maintien de la vie qui peuvent être achetés pour une période de 100 jours
- Médicaments administrés dans le cadre d'un traitement dans la salle d'urgence d'un hôpital, ou à l'hôpital à titre de malade hospitalisé
- Vaccins préventifs d'immunisation et toxoïdes
- Extraits allergisants non injectables
- Médicaments qui sont considérés comme des produits cosmétiques, tels que les solutions topiques de minoxidil et les écrans solaires, et médicaments en vente libre, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales
- Médicaments pour le traitement de la dysérection

Autorisation préalable

Afin de déterminer si certains soins, services ou fournitures sont couverts, le fournisseur des garanties collectives tient à jour une liste limitée de soins, services et fournitures qui nécessitent une autorisation préalable.

Cette liste de soins, services et fournitures ainsi que la liste de médicaments soumis au programme d'autorisation préalable se trouvent dans le site Web du fournisseur des garanties collectives :

<https://www.greatwestlife.com/fr/vous-et-votre-famille/formulaires/formulaires-de-demande-de-reglement-de-regimes-collectifs/formulaires-dautorisation-prealable.html>

L'autorisation préalable permet de vérifier si une fourniture, un service ou des soins donnés constituent un traitement raisonnable. Si l'utilisation d'une fourniture, d'un service ou de soins moins chers représente un traitement raisonnable, le fournisseur des garanties collectives pourrait, avant d'accepter de couvrir la fourniture, le service ou les soins prescrits, exiger que vous ou une de vos personnes à charge lui fournissiez une preuve médicale justifiant le fait que la fourniture, le service ou les soins moins chers ne peuvent pas remplacer la fourniture, le service ou les soins prescrits.

Si vous tentez d'acheter un médicament sur ordonnance qui doit être soumis au programme d'autorisation préalable, vous recevrez un message à la pharmacie vous précisant que la demande de règlement est refusée parce qu'une autorisation préalable est requise. Vous devez alors soumettre un Formulaire d'autorisation préalable dûment rempli et recevoir l'approbation du fournisseur des garanties collectives avant que des prestations puissent être versées; ce formulaire se trouve dans le site Web indiqué plus haut.

Gestion des dossiers médicaux

Si vous ou l'une de vos personnes à charge demandez l'autorisation préalable de certains soins, services ou fournitures, le fournisseur des garanties collectives peut communiquer avec vous pour que vous participiez à la gestion des dossiers médicaux. La gestion des dossiers médicaux est un programme que le fournisseur des garanties collectives a mis en place pour les participants de régime qui ont besoin de certains soins, services et fournitures tels que des médicaments onéreux. Elle peut notamment inclure ce qui suit :

- Un entretien avec la personne et son médecin traitant afin de comprendre le plan de traitement recommandé par ce dernier
- En collaboration avec le médecin traitant de la personne, la comparaison entre le plan de traitement recommandé et les autres possibilités qui pourraient constituer un traitement raisonnable, le cas échéant
- Le signalement d'occasions d'information et de soutien au médecin traitant de la personne
- La surveillance quant à l'adhésion de la personne au plan de traitement recommandé par son médecin traitant
- Fournisseurs désignés : la désignation d'un ou de plusieurs fournisseurs pour l'achat et la gestion des médicaments sur ordonnance (voir description plus bas)
- Programme d'aide aux patients : la coordination de la participation à des programmes offrant de l'aide pour l'achat de soins, de services et de fournitures (voir description plus bas)

Lors du processus de détermination relatif à la mise en place de la gestion des dossiers médicaux, le fournisseur des garanties collectives pourrait tenir compte de facteurs tels que les soins, services ou fournitures, l'état de santé de la personne et l'existence de protocoles médicaux généralement reconnus servant à mesurer de façon objective l'efficacité du plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

Restrictions relatives à la gestion des dossiers médicaux

Selon les modalités et conditions que le fournisseur des garanties collectives juge appropriées, le remboursement de soins, d'un service ou d'une fourniture pourrait être limité dans l'une des situations suivantes :

- La personne refuse de participer à un programme de gestion des dossiers médicaux mis en place par le fournisseur des garanties collectives ou n'y participe pas de bonne foi; ou
- La personne ne s'est pas conformée au plan de traitement recommandé par son médecin traitant relativement à l'usage des soins, du service ou de la fourniture

Restrictions relatives aux fournisseurs désignés

Pour les soins, services ou fournitures qui requièrent une autorisation préalable ou à l'égard desquels le fournisseur des garanties collectives a recommandé ou approuvé la gestion des dossiers médicaux, le fournisseur des garanties collectives peut exiger que les soins, services ou fournitures en question soient obtenus auprès d'un fournisseur qu'il a désigné ou administrés par celui-ci, et

- La protection à l'égard de soins, services ou fournitures n'ayant pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par le fournisseur des garanties collectives ou administrés par celui-ci peut être limitée au montant qu'il en aurait coûté s'ils avaient été obtenus auprès du fournisseur désigné par le fournisseur des garanties collectives ou administrés par celui-ci; ou
- Une demande de remboursement des frais pour les soins, services ou fournitures n'ayant pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par le fournisseur des garanties collectives ou administrés par celui-ci peut être refusée.

Programme d'aide aux patients

Un programme d'aide aux patients est un programme qui offre de l'aide aux personnes pour l'achat de soins, de services et de fournitures.

On peut exiger d'une personne qu'elle s'inscrive et participe à un programme d'aide aux patients auquel elle pourrait être admissible. Les frais couverts peuvent également être réduits jusqu'à concurrence du montant d'assistance financière auquel la personne est admissible pour les soins, services ou fournitures aux termes d'un programme d'aide aux patients.

Soins oculaires

La protection à l'égard des soins oculaires couvre le coût d'un examen de la vue par période de deux années de protection pour vous et vos personnes à charge. Le régime vous rembourse également le coût de lunettes, de lunettes de soleil et de lunettes de sécurité sur ordonnance (y compris les réparations), de verres de contact ou de la chirurgie oculaire au laser, jusqu'à concurrence de 300 \$ par période de deux années de protection. Les implants intraoculaires insérés après une chirurgie de la cataracte sont aussi couverts, à raison d'un implant par œil pour toute la durée de la protection. Le règlement proportionnel applicable aux soins oculaires se chiffre à 80 %.

Si les lunettes ou les verres de contact sont requis à la suite d'une chirurgie pour le traitement du kératocône, le maximum ne s'applique pas à ceux-ci s'ils sont achetés dans les six mois suivant la chirurgie.

Ce qui n'est pas couvert

- Soins, services et fournitures oculaires demandés par l'employeur comme condition d'embauche



Le régime couvre-t-il les demandes de règlement multiples pour soins oculaires, comme celles à l'égard des verres de contact jetables?



Oui, mais il ne faut pas oublier que le régime couvre les frais en fonction d'une période de deux années de protection. Ainsi, si vous payez 50 \$ pour des verres de contact en juin, il vous resterait 250 \$ en frais admissibles pour l'année de protection courante et l'année de protection suivante. Ce montant peut servir pour un achat unique ou des achats multiples.

Fournitures, soins et services divers

Le régime couvre bien d'autres fournitures, soins et services, comme les soins offerts par un massothérapeute autorisé et les appareils auditifs. Tant que les frais engagés sont médicalement nécessaires, raisonnables et courants, et prescrits par un médecin autorisé (si nécessaire), vous avez droit de vous les faire rembourser en partie, jusqu'à concurrence de 80 %.

À noter

Le régime couvre bien d'autres fournitures, soins et services, comme les soins offerts par un massothérapeute autorisé et les appareils auditifs. Tant que les frais engagés sont médicalement nécessaires, raisonnables et courants, et prescrits par un médecin autorisé (si nécessaire), vous avez droit de vous les faire rembourser en partie, jusqu'à concurrence de 80 %.

Vous trouverez plus bas une liste des frais admissibles et des restrictions ou des maximums qui peuvent s'y appliquer. Cette liste ne comprend pas tous les frais admissibles; si vous avez des questions concernant l'admissibilité de certains soins, services ou fournitures, veuillez vous adresser directement au fournisseur des garanties collectives.

Soins et services

- Soins dentaires, y compris les appareils orthodontiques et les attelles, visant la restauration des dents naturelles à la suite de dommages causés par un coup reçu sur la bouche (les services doivent être reçus dans les 12 mois suivant l'accident)
- Transport par ambulance au centre le plus près en mesure de donner un traitement adéquat

- Soins donnés par des praticiens paramédicaux (hors du milieu hospitalier) – maximum de 1 000 \$ par année de protection pour l'ensemble des praticiens suivants :
 - Acupuncteur
 - Chiropraticien
 - Podologue
 - Massothérapeute autorisé (l'ordonnance écrite d'un médecin est requise)
 - Naturopathe
 - Ostéopathe
 - Physiothérapeute
 - Podiatre
 - Orthophoniste (l'ordonnance écrite d'un médecin est requise)
- Soins psychologiques (maximum de 1 000 \$ par année de protection). Sont couverts les soins donnés par un psychologue agréé, toute personne détenant un diplôme d'études supérieures (maîtrise ou doctorat) dans une des disciplines suivantes : psychologie, travail social, counseling, psychopédagogie, ou un infirmier en santé mentale.
- Soins donnés à domicile par un infirmier autorisé, un infirmier auxiliaire autorisé ou un aide-infirmier autorisé qui n'est pas membre de votre famille, lorsqu'ils sont donnés au Canada, mais uniquement lorsque les soins nécessitent les compétences spéciales d'un infirmier qualifié (maximum de 25 000 \$ par période de trois années de protection); avant le début des soins infirmiers à domicile, il serait préférable que vous fassiez établir une évaluation des soins à donner
- Radiodiagnostic et analyses de laboratoire, lorsqu'ils ne sont pas couverts par votre régime d'État

Fournitures

- Appareils de mesure de la glycémie prescrits par un médecin (maximum de 700 \$ pour toute la durée de la protection)
- Systèmes flash de surveillance du glucose prescrits par un médecin
- Attelles, à l'exclusion des fournitures utilisées uniquement pour le sport
- Fournitures pour colostomie, iléostomie et trachéotomie, y compris les cathéters et les ensembles de drainage pour les patients incontinents
- Appareils pour l'administration de médicaments aux asthmatiques
- Bas de soutien élastiques, y compris les bas à compression graduée, jusqu'à concurrence de deux paires par année de protection
- Prothèse mammaire externe requise à la suite d'une chirurgie (maximum de 200 \$ par année de protection)
- Appareils auditifs, y compris les réparations, les piles, les raccords et les embouts auriculaires obtenus à l'achat, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin; le remplacement des piles est couvert (maximum de 600 \$ par période de cinq années de protection)
- Pompes à insuline (une pompe par période de cinq années de protection); l'ordonnance écrite d'un médecin est requise
- Chaussures orthopédiques (maximum de 150 \$ par année de protection) et orthèses (maximum de 150 \$ par année de protection). Les chaussures orthopédiques ainsi que les orthèses du pied sur mesure sont généralement couvertes quand elles sont considérées comme un traitement raisonnable d'une maladie ou d'une blessure et qu'elles sont prescrites par un médecin, un podologue, un podiatre, un chiropraticien ou un chirurgien orthopédiste. L'ordonnance doit préciser le diagnostic médical qui justifie la fourniture prescrite. Les ordonnances décrivant les symptômes plutôt qu'un diagnostic médical ne conviennent pas.
- Oxygène et matériel nécessaire à son administration
- Location ou achat de matériel durable utilisé à la résidence du patient (p. ex. marchette, fauteuil roulant, lit d'hôpital, moniteur d'apnée)

- Soutiens-gorge chirurgicaux ou postmastectomie (deux par année de protection)
- Prothèses orthopédiques ou oculaires temporaires ou permanentes, y compris les appareils myoélectriques médicalement nécessaires; bras myoélectriques (jusqu'à concurrente de 10 000 \$ par prothèse)
- Bandages herniaires, béquilles, attelles, plâtres et colliers cervicaux
- Réparations à un fauteuil roulant (maximum de 250 \$ pour toute la durée de la protection)
- Cigogne mécanique ou hydraulique (maximum de 2 000 \$ par cigogne par période de cinq années de protection)
- Rampes d'accès extérieures (2 000 \$ pour toute la durée de la protection)
- Pompes d'extrémité pour lymphœdème (1 500 \$ pour toute la durée de la protection)
- Neurostimulateurs percutanés (700 \$ pour toute la durée de la protection)
- Perruques nécessaires à la suite d'une perte de cheveux attribuable à une maladie (maximum de 300 \$ par année de protection)

Ce qui n'est pas couvert

Aucune prestation ne sera versée pour :

- Les soins, services et fournitures qui servent uniquement aux divertissements et aux activités sportives, mais non à l'exercice des activités quotidiennes ordinaires
- Les frais engagés pour la réparation ou le remplacement de matériel durable acheté, autres que les frais engagés pour la réparation d'un fauteuil roulant
- Les fournitures médicales de rechange ou de remplacement

Hospitalisation

Le Régime d'assurance-maladie du Yukon couvre certains frais liés à une hospitalisation. Une protection supplémentaire vous est offerte aux termes de votre régime de soins médicaux complémentaire :

- Les frais raisonnables et courants engagés pour une hospitalisation en chambre à deux lits sont couverts à 100 %.
- Les soins de convalescence permettant une amélioration sensible de l'état du malade, lorsqu'ils suivent une période d'hospitalisation d'au moins trois jours au cours de laquelle le malade a reçu des soins de courte durée, sont couverts.

Les frais se rapportant à une *coassurance* ou à des *frais d'utilisation* ne sont pas couverts.

Assistance médicale globale

Le régime de soins médicaux complémentaire vous procure, à vous et à vos personnes à charge, une protection intégrale lors de vos vacances, voyages d'affaires ou voyages d'études à l'extérieur de votre province ou territoire.

À noter

Vous faites un voyage à l'extérieur du Yukon?

- Passez en revue la documentation sur l'Assistance médicale globale (AMG).
- Apportez avec vous la carte médicaments / AMG pour portefeuille qui vous a été fournie par le fournisseur des garanties collectives et sur laquelle sont indiqués les numéros sans frais à composer si une urgence médicale se présente ou que vous devez acheter des médicaments sur ordonnance. La carte de paiement direct des médicaments sur ordonnance est acceptée dans les pharmacies canadiennes, mais pas dans celles qui se trouvent à l'étranger.

Ce qui est couvert

L'Assistance médicale globale vous garantit une aide médicale grâce à un réseau mondial de communications accessible 24 heures sur 24. Si vous ou une personne à votre charge êtes en vacances, ou encore en voyage d'affaires ou d'études et que vous devez obtenir des soins médicaux de toute urgence, le personnel affecté au programme vous indiquera l'adresse du médecin ou de l'établissement le plus proche en mesure d'offrir les soins voulus et obtiendra l'approbation nécessaire du fournisseur des garanties collectives. Si vous voyagez au Canada, le programme couvre uniquement les frais engagés pour une urgence survenant à plus de 500 kilomètres de votre domicile. Vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie du gouvernement de votre province ou territoire de résidence pour être admissible aux garanties de l'Assistance médicale globale. Les soins et services ci-dessous sont couverts, sous réserve de l'approbation préalable du fournisseur des garanties collectives :

- Frais d'admission à l'hôpital payables sur-le-champ, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 \$
- Si vous ou une personne à votre charge voyagez au Canada et que les soins appropriés ne sont pas offerts dans un établissement local, frais de transport du malade à l'hôpital le plus près en mesure de fournir les soins voulus; si toutefois vous êtes à l'extérieur du Canada, le programme couvre les frais de transport du malade à l'hôpital canadien ou à l'hôpital étranger le plus près offrant les soins requis – lorsque les soins et services sont couverts aux termes de la présente disposition, ils ne le sont pas aux termes des autres dispositions décrites dans le présent livret
- Si vous ou une personne à votre charge voyagez seuls et que vous êtes hospitalisés pendant plus de sept jours, frais de transport et d'hébergement d'un membre de la famille pour qu'il puisse rejoindre le malade; le programme couvre les frais de transport aller-retour en classe économique et les frais d'hébergement de cette personne dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$
- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés pendant que vous voyagez en compagnie d'une autre personne et que vous ne pouvez respecter vos réservations de vol de retour en raison de votre état de santé ou de celui de votre personne à charge, frais d'hébergement supplémentaires pour le compagnon de voyage, dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$
- Si vous ou une personne à votre charge et le compagnon de voyage ne pouvez utiliser le billet de retour prépayé pour cause d'hospitalisation, prix équivalent du billet de retour au domicile lorsque celui-ci n'est pas remboursable; cependant, les frais engagés pour la location d'un véhicule ne sont pas remboursables aux termes du présent alinéa
- En cas de décès, frais de préparation et de transport du corps jusqu'au lieu du domicile
- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés ou décédez, coût du billet de retour au domicile pour un mineur seul et, s'il y a lieu, du billet aller-retour d'une personne chargée de l'accompagner
- Si vous ou une personne à votre charge ne pouvez conduire par suite d'une maladie ou d'une blessure, frais exigés pour ramener votre véhicule à votre domicile ou à l'agence de location la plus près, jusqu'à concurrence de 1 000 \$; aucune prestation n'est toutefois versée aux termes du présent alinéa lorsque le prix équivalent du billet de retour au domicile est remboursé par le programme

Les appels téléphoniques, les courses en taxi et les frais de location de voiture sont compris, mais les frais de repas ne sont pas couverts.

Ce qui n'est pas couvert

L'Assistance médicale globale ne couvre pas les frais suivants :

- Les frais engagés pendant que vous ou vos personnes à charge habitez temporairement ou en permanence à l'extérieur du Canada
- Les frais engagés pour le traitement régulier d'une blessure ou d'une maladie qui existait avant votre départ



Dois-je m'inscrire à l'Assistance médicale globale chaque fois que je pars en voyage?



Non. Tant que vous êtes couvert aux termes du régime de soins médicaux complémentaire, vous participez au programme d'Assistance médicale globale. Assurez-vous d'apporter votre carte de l'Assistance médicale globale (émise par le fournisseur des garanties collectives) lors de vos déplacements pour que vous puissiez avoir immédiatement accès à la protection et aux services offerts. Les numéros de téléphone sans frais à composer figurent au verso de la carte de l'Assistance médicale globale. Des cartes supplémentaires peuvent être imprimées à partir du site Web du fournisseur des garanties collectives à l'intention des participants de régime.

Frais engagés à l'étranger

Le régime de soins médicaux complémentaire prévoit également une protection si un traitement médical doit être reçu à l'étranger, en cas d'urgence ou non.

Les fournitures, soins et services suivants sont couverts lorsqu'ils sont liés à un traitement médical reçu à l'étranger :

- Soins donnés par un médecin
- Radiodiagnostic et analyses de laboratoire
- Séjour à l'hôpital en salle commune, en chambre à deux lits ou à l'unité de soins intensifs, lorsque le séjour commence pendant que vous ou votre personne à charge êtes couvert
- Fournitures médicales obtenues au cours d'une hospitalisation couverte
- Soins paramédicaux reçus au cours d'une hospitalisation couverte
- Soins, services et fournitures reçus en consultation externe
- Fournitures médicales obtenues hors du milieu hospitalier qui seraient couvertes au Canada
- Médicaments
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un infirmier professionnel
- Pour des soins d'urgence seulement :
 - Services fournis par un service d'ambulance autorisé jusqu'au centre le plus proche en mesure de donner les soins voulus
 - Traitement d'une blessure accidentelle aux dents qui serait couvert au Canada

Soins d'urgence

Lorsque vous ou une personne à votre charge êtes en vacances, ou encore en voyage d'affaires ou d'études à l'extérieur du Canada, le régime prévoit le remboursement, le cas échéant, des frais médicaux engagés par suite d'une urgence médicale. Pour être admissible aux prestations, vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province ou territoire de résidence.

Par « urgence médicale », on entend une blessure fortuite et soudaine, ou une maladie fortuite et soudaine ou la phase aiguë d'une maladie qui n'aurait pu être raisonnablement prévue compte tenu des troubles médicaux antérieurs du malade.

Par « soins d'urgence », on entend un traitement médical couvert qui est prodigué par suite d'une urgence médicale et immédiatement après celle-ci.

Si l'état du malade lui permet de revenir au Canada, le remboursement se limite au moins élevé des montants suivants :

- Le montant payable aux termes du régime pour la poursuite des soins hors du Canada, ou
- Le montant payable aux termes du régime pour des traitements comparables au Canada, majoré du coût du rapatriement

Ce qui n'est pas couvert aux termes de la garantie pour soins d'urgence

- Les soins médicaux donnés ultérieurement relativement à une urgence médicale après la phase initiale aiguë du traitement, ce qui comprend les soins continus en situation de non-urgence pour l'affection traitée au départ en situation d'urgence
- Tout épisode ultérieur et connexe durant la même absence du Canada
- Les frais se rapportant à la grossesse et à l'accouchement, y compris les soins au nourrisson :
 - Après la 34^e semaine de grossesse, ou
 - Durant toute la grossesse si les antécédents médicaux de la malade indiquent un risque supérieur à la normale d'un accouchement prématuré ou de complications

Soins non urgents

Les soins non urgents reçus à l'extérieur du pays sont couverts relativement à vous et à vos personnes à charge :

- S'ils sont nécessaires par suite de la recommandation de votre médecin canadien habituel
- S'ils ne sont pas offerts dans aucune province ni aucun autre territoire canadien et doivent être obtenus à l'étranger pour une raison autre qu'un problème de liste d'attente ou la difficulté d'obtenir un rendez-vous
- Si vous êtes couvert par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province ou territoire de résidence pour une partie des coûts, et
- Si une autorisation préalable des prestations est approuvée par le fournisseur des garanties collectives avant que vous quittiez le Canada pour recevoir le traitement

Le règlement proportionnel est fixé à 80 %, et un maximum de 50 000 \$ pour toute la durée de la protection s'applique.

Ce qui n'est pas couvert aux termes de la garantie pour soins non urgents

- Les traitements expérimentaux ou effectués dans le cadre de recherches
- Les frais de transport ou d'hébergement

Restrictions et exclusions

Certaines restrictions et exclusions s'appliquent au régime de soins médicaux complémentaire. Sauf disposition contraire prévue par la loi, aucune prestation n'est payable pour les fournitures, soins et services suivants :

- Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un assureur privé
- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute

- Partie des soins, services ou fournitures que vous avez le droit de recevoir ou qui vous donne droit à une prestation ou à un remboursement aux termes de la loi ou d'un régime régi, financé ou administré en tout ou en partie par l'État (« régime d'État »), sans égard à la protection offerte aux termes de votre régime; aux fins de la présente restriction, le terme « régime d'État » ne s'entend pas du régime collectif à l'intention des employés du gouvernement du Yukon.
- Partie des frais pour des soins, services ou fournitures qui est remboursable en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province ou territoire de résidence, que vous soyez ou non couvert en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental
- Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable
- Soins, services ou fournitures non énumérés dans la liste des frais couverts
- Soins, services ou fournitures prescrits par une personne qui réside normalement dans la résidence du patient ou qui est liée au patient par le sang ou par alliance
- Soins, services ou fournitures pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection
- Services reçus en lien avec des examens médicaux exigés par un assureur, une école, un camp, une association ou un employeur, ou nécessaires en vue d'obtenir un passeport ou pour toute autre raison similaire
- Soins, services ou honoraires facturés par un médecin, ou autres frais connexes, qui sont couverts par un régime provincial ou territorial
- Produits ou traitements considérés comme expérimentaux par le fournisseur des garanties collectives
- Partie des frais qui incombe à un tiers en vertu de la loi
- Soins, services ou fournitures obtenus auprès d'un fournisseur non autorisé par le fournisseur des garanties collectives
- Soins, services ou fournitures dont le coût dépasse celui de soins, services ou fournitures de remplacement moins coûteux qui représentent un mode de traitement raisonnable
- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur de la province ou du territoire, mais au Canada, sauf si vous êtes couvert par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province ou territoire de résidence et si le fournisseur des garanties collectives aurait versé des prestations pour des soins, services et fournitures comparables obtenus dans votre province ou territoire de résidence; cette restriction ne s'applique pas aux frais couverts par l'Assistance médicale globale
- Soins, services ou fournitures liés :
 - À un traitement donné uniquement à des fins esthétiques
 - Aux divertissements et aux activités sportives, mais non à l'exercice des activités quotidiennes ordinaires
 - Au diagnostic ou au traitement de l'infertilité

Comment apporter des changements

Si vous avez renoncé à la protection pour vos personnes à charge au moment où vous avez commencé à travailler pour le gouvernement du Yukon parce que celles-ci étaient couvertes aux termes d'un autre régime (p. ex. le régime de votre conjoint) et que leur protection est maintenant résiliée, vous disposez de 60 jours pour adhérer à la protection pour les personnes à charge aux termes de votre régime de garanties collectives. Ce délai de 60 jours s'applique également lorsque vous avez une nouvelle personne à votre charge. Si votre demande d'adhésion est reçue dans le délai de 60 jours, la protection débute le jour suivant la date de la résiliation de la protection comparable de vos personnes à charge, ou le jour suivant la date à laquelle votre nouvelle personne à charge s'est ajoutée. Si votre demande d'adhésion est reçue après le délai de 60 jours, la protection débutera le premier jour du quatrième mois suivant le mois au cours duquel la demande d'adhésion a été reçue.

Si vous présentez une demande pour passer d'une protection familiale à une protection individuelle, le changement de protection entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date à laquelle votre demande est reçue.

Garanties au survivant

Si un participant adhérent au régime de soins médicaux complémentaire décède, le conjoint ou les personnes à charge admissibles peuvent maintenir en vigueur leur garantie Soins médicaux existante au titre du régime de soins médicaux complémentaire des retraités.

Régime de soins dentaires

Le régime de soins dentaires vous procure, à vous et à vos personnes à charge, une protection à l'égard des frais engagés pour des soins dentaires, qu'il s'agisse d'un examen de routine annuel ou d'un traitement dentaire plus élaboré.

Les frais sont remboursés selon les pourcentages indiqués dans le tableau suivant; toutefois, certaines restrictions et exclusions s'appliquent. Après avoir payé la franchise de 25 \$ (la franchise familiale est aussi de 25 \$), vous recevrez, s'il y a lieu, du fournisseur des garanties collectives un remboursement du solde des frais engagés, jusqu'à concurrence de la limite prévue par le régime à l'égard des frais raisonnables et courants. La franchise ne s'applique pas aux soins orthodontiques.



Pourquoi y a-t-il une franchise?



Les franchises constituent un moyen de partager le coût total des garanties entre les employés et le gouvernement du Yukon. Une fois que vous avez payé la franchise pour l'année de protection (du 1^{er} avril au 31 mars), le gouvernement du Yukon effectue le partage du reste des coûts, jusqu'à concurrence du montant couvert par le régime de soins dentaires.

Régime de soins dentaires* (protection individuelle / protection pour personnes à charge)	Règlement proportionnel à l'égard des frais admissibles
Services diagnostiques, soins préventifs, soins de restauration, soins parodontaux et soins endodontiques	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % • Maximum de 1 300 \$ par année de protection par personne (combiné avec les prothèses amovibles, les ponts et les couronnes)
Prothèses amovibles / ponts / couronnes	<ul style="list-style-type: none"> • 50 % • Maximum de 1 300 \$ par année de protection par personne (combiné avec les services diagnostiques, les soins préventifs, les soins de restauration, les soins parodontaux et les soins endodontiques)
Soins orthodontiques	<ul style="list-style-type: none"> • 50 % • Maximum de 3 000 \$ par personne pour toute la durée de la protection

* Certains maximums s'appliquent.

Ce qui est couvert

Le régime de soins dentaires rembourse les frais admissibles en fonction du barème des honoraires de soins dentaires en vigueur, et sous réserve des maximums et des franchises applicables. Les analyses de laboratoire et l'anesthésie sont couvertes lorsqu'elles font partie intégrante d'un traitement.



Qu'est-ce qu'un barème des honoraires de soins dentaires?



Un barème des honoraires de soins dentaires est un guide qui est mis à jour régulièrement par les associations dentaires provinciales ou territoriales. Il indique le montant maximal que le fournisseur des garanties collectives considérera comme admissible pour chaque acte dentaire. Votre dentiste peut choisir de facturer un montant supérieur au maximum indiqué dans le barème des honoraires; cependant, seul le maximum indiqué dans le barème des honoraires sera pris en compte pour effectuer un remboursement aux termes de votre régime de soins dentaires.

Avant le début d'un traitement dont le coût devrait dépasser 500 \$, il est recommandé de demander à votre dentiste de soumettre un plan de traitement dentaire au fournisseur des garanties collectives.



Qu'est-ce qu'un plan de traitement dentaire?



Un plan de traitement dentaire est un document préparé par votre dentiste qui précise le coût des actes dentaires recommandés. Le fournisseur des garanties collectives calculera les prestations payables à l'égard du traitement proposé de telle sorte que vous connaîtrez à l'avance la partie des frais que vous devrez payer. Les plans de traitement sont généralement valides pendant 90 jours à partir du moment où ils ont été émis.

Soins ordinaires

Le régime de soins dentaires couvre les services diagnostiques, les soins préventifs, les soins de restauration, les soins parodontaux et les soins endodontiques à 100 %. Voici quelques traitements qui sont couverts dans chaque catégorie de soins :

Les **services diagnostiques** comprennent :

- Un examen buccal complet, une fois par période de 36 mois
- Les examens buccaux partiels, deux fois par année de protection
- Un examen parodontal partiel, une fois par période de six mois
- Une série complète de radiographies tous les 36 mois
- Les radiographies interproximales, deux fois par année de protection
- Les radiographies intrabuccales (jusqu'à concurrence de 15 pellicules par période de 36 mois) et une radiographie panoramique par période de 36 mois (de telles radiographies ne sont pas couvertes lorsqu'elles sont effectuées dans la même période de 12 mois qu'une série complète de radiographies)
- Les consultations

Les **soins préventifs** comprennent :

- Le polissage des dents et l'application topique de fluorure, deux fois par année de protection
- Les scellants de puits et fissures sur les prémolaires et les molaires permanentes, tous les 60 mois, pour les enfants à charge de moins de 15 ans
- Les mainteneurs d'espace, y compris les dispositifs servant à contrôler les mauvaises habitudes
- La finition d'obturations
- Le meulage interproximal
- Les retouches aux contours des dents

Les **soins de restauration ordinaires** comprennent :

- Le traitement des caries et blessures et le soulagement de la douleur
- Les obturations au moyen d'amalgame ou de matériaux esthétiques; le remplacement d'une obturation existante est couvert uniquement s'il s'est écoulé au moins deux ans depuis la date à laquelle l'obturation existante a été réalisée ou si celle-ci n'était pas couverte aux termes du régime
- Les tenons dentinaires et les tenons préfabriqués pour obturations
- Les couronnes préfabriquées

Les **soins endodontiques** comprennent :

- Le traitement radiculaire de dents permanentes, à raison d'un seul traitement par dent; un second traitement est couvert seulement si le premier ne donne pas les résultats escomptés dans les 18 mois

Les **soins parodontaux** comprennent :

- Le détartrage des dents et le polissage des racines, à raison d'un maximum combiné de 16 unités de temps par année de protection
- L'ajustement et l'équilibration occlusaux, à raison d'un maximum combiné de huit unités de temps par année de protection

Une unité de temps désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.

L'**entretien de prothèses amovibles** est couvert, après l'expiration d'une période de trois mois suivant la mise en place :

- Le rebasage superficiel ou complet, une fois par période de 36 mois, à moins d'une recommandation contraire d'un dentiste. Si des frais distincts sont facturés pour un regarnissage fait conjointement avec une prothèse immédiate, la restriction de trois mois est annulée;
- Le garnissage souple lors du garnissage ou du rebasage de prothèses amovibles, une fois par période de 36 mois, à moins d'une recommandation contraire par un dentiste.
- La réparation de prothèses et les ajouts nécessaires

Les **chirurgies buccales** sont couvertes.

Les **soins complémentaires** sont couverts.

Soins extraordinaires

Le régime couvre 50 % du coût des prothèses amovibles, des ponts, des couronnes et des traitements orthodontiques, notamment ce qui suit :

Couronnes : Lorsqu'une couronne est mise en place sur une molaire, le régime rembourse le coût d'une couronne en métal. Dans le cas d'une intervention complexe, le remboursement se limite au coût d'une couronne ordinaire.

Incrustations de surface / en profondeur et aurifications : En ce qui concerne les incrustations de surface / en profondeur réalisées au moyen de matériaux esthétiques sur les molaires, le régime couvre uniquement le coût des incrustations de surface / en profondeur en métal.

- Le remplacement de couronnes, d'incrustations de surface / en profondeur et d'aurifications est couvert lorsque la restauration existante date d'au moins cinq ans et que les couronnes, incrustations ou aurifications ne peuvent plus servir.

Prothèses amovibles : Les prothèses amovibles complètes ordinaires, les prothèses amovibles partielles ordinaires (moulées ou en acrylique) ou les ponts sont couverts lorsque la mise en place de prothèses amovibles ordinaires (complètes ou partielles) ne constitue pas un traitement adéquat. En ce qui concerne les dispositifs de rétention réalisés au moyen de matériaux esthétiques et les pontiques mis en place sur des molaires, le régime couvre uniquement les frais de dispositifs de rétention et de pontiques en métal. Le remplacement d'appareils existants est couvert uniquement dans les cas suivants :

- L'appareil existant est un appareil temporaire couvert.
- L'appareil existant sert depuis au moins cinq ans et ne peut plus être réparé.
Le remplacement d'appareils existants qui servent depuis moins de cinq ans sera remboursé si les appareils en

question ne peuvent plus servir par suite de la mise en place d'une première prothèse antagoniste ou de l'extraction d'autres dents. Si d'autres dents sont extraites, mais que l'appareil existant peut encore servir, seuls les frais engagés pour le remplacement des dents extraites sont couverts.

- La chirurgie est reliée au port d'une prothèse amovible (remodelage et retouches aux contours des tissus buccaux).
- L'entretien de prothèses amovibles ou de ponts après l'expiration d'une période de trois mois suivant la mise en place comprend :
 - La réfection de prothèses amovibles, une fois par période de 36 mois
 - La mise en condition tissulaire
 - La réparation de ponts couverts
 - L'enlèvement et la recimentation de ponts
 - L'ajustement de prothèses amovibles, une fois par année
 - Le repositionnement des dents d'une prothèse

Soins orthodontiques

Le régime de soins dentaires couvre les soins orthodontiques, ce qui comprend l'observation, les ajustements, les appareils, le traitement complet, l'anesthésie et les analyses de laboratoire. Ces soins sont couverts tant pour les adultes admissibles que pour les enfants à charge couverts, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ pour toute la durée de la protection.

À noter

Le régime de soins dentaires couvre les services diagnostiques, les soins préventifs, les soins de restauration, les soins parodontaux et les soins endodontiques à 100 % et les prothèses amovibles, les ponts et les couronnes à 50 %. Le maximum est de 1 300 \$ par personne par année de protection pour l'ensemble de ces soins. Les soins orthodontiques sont couverts à 50 % et remboursés jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par personne pour toute la durée de la protection.

Ce qui n'est pas couvert

Le régime de soins dentaires ne couvre pas :

- Les doubles de radiographies, les appareils de fluoration ordinaires, les conseils d'hygiène bucco-dentaire et les conseils en matière de nutrition
- Les soins endodontiques suivants : le traitement radiculaire d'une dent temporaire, l'alésage de la chambre pulpaire et les implants intracoronaires endo-osseux
- Les soins parodontaux suivants : l'application topique d'agents antimicrobiens, l'irrigation parodontale sous-gingivale, les soins postchirurgicaux et les évaluations parodontales après le traitement
- Les soins de chirurgie buccale suivants : les implants, la correction et le remodelage des muqueuses (autre que des légères alvéoloplasties, gingivoplasties ou stomatoplasties), l'alvéoplastie ou la gingivoplastie effectuées au moment de l'extraction d'une ou de plusieurs dents; le remodelage et les retouches aux contours des tissus buccaux sont couverts au titre de la garantie Soins extraordinaires
- L'hypnose ou l'acupuncture
- Les facettes prothétiques et la correction de la teinte de porcelaine
- Les couronnes, les incrustations de surface / en profondeur ou les aurifications lorsque la dent aurait pu être reconstituée autrement; si la couronne, l'incrustation de surface / en profondeur ou l'aurification est mise en place et qu'un autre traitement aurait été possible, le remboursement se limite au montant habituellement versé pour les obturations
- Les prothèses hybrides (ou télescopiques) ou la mise en place d'un premier pont lorsqu'un traitement

adéquat aurait été possible à l'aide de prothèses amovibles ordinaires (partielles ou complètes)

En ce qui concerne les prothèses hybrides (ou télescopiques), le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour des prothèses amovibles complètes ordinaires.

En ce qui concerne la mise en place d'un premier pont, le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour des prothèses amovibles partielles ordinaires moulées et les frais de restauration de dents piliers lorsqu'une telle restauration est nécessaire pour des raisons autres que la mise en place d'un pont.

Si un autre pont est mis en place sur la même arcade dentaire dans les 60 mois de la mise en place du premier pont, le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour l'ajout d'une ou de plusieurs dents à une prothèse amovible et les frais de restauration de dents piliers lorsqu'une telle restauration est nécessaire pour des raisons autres que la mise en place d'un pont.

Le remboursement est limité aux frais prévus pour des prothèses amovibles ou des ponts ordinaires dans le cas de la mise en place de prothèses équilibrées ou gnathologiques, de prothèses amovibles avec attachements de type amortisseur « stress breaker », d'attachements de précision ou de semi-précision, de prothèses amovibles avec connecteurs de type « swing lock », de prothèses hybrides (ou télescopiques) partielles ou encore de prothèses amovibles ou de ponts attachés à des implants.

- Les frais facturés pour les rendez-vous manqués
- Les frais facturés pour remplir les formulaires de demande de règlement
- Les frais relatifs à des services rendus avant la date à laquelle vous êtes devenu admissible à la garantie
- Les frais relatifs à des services fournis à des fins esthétiques
- Les frais relatifs à des couronnes, des ponts ou des prothèses amovibles commandés pendant que vous étiez couvert, mais mis en bouche après l'expiration de votre protection
- Les frais relatifs à des implants chirurgicaux; l'autre traitement possible se limitera à un pont ou à une prothèse amovible ordinaire
- Les frais pour un jumelage permanent
- Les frais relatifs à la reconstitution de l'arcade dentaire, à la correction de la dimension verticale, au soulagement de la douleur myofasciale ou à la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporomandibulaire
- Les frais relatifs à la correction de malformations congénitales ou liées à la croissance chez les personnes de 19 ans ou plus
- Les frais relatifs au remplacement de prothèses amovibles, de couronnes, d'aurifications, d'inscrustations en profondeur, d'inscrustations de surface ou de ponts dans les cinq ans suivant la mise en bouche initiale
- Les frais relatifs au remplacement de mainteneurs d'espaces, d'appareils parodontaux, d'appareils orthodontiques ou de prothèses amovibles perdus, volés ou égarés

Restrictions et exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- Les frais qui sont couverts en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi similaire, ou par une agence gouvernementale
- Les frais dont la loi interdit tout remboursement aux termes d'un régime privé
- Les soins, services et fournitures auxquels vous avez droit gratuitement en vertu d'une loi quelconque ou pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection
- Les soins, services et fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable
- Les frais couverts au titre de la garantie de prolongation de la protection d'un autre régime collectif
- Les frais engagés en raison d'une blessure que vous vous êtes vous-même infligée
- Les frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.

- Les frais à l'égard desquels des prestations sont payables aux termes d'un régime d'État

Comment apporter des changements

Si vous avez renoncé à la protection pour vos personnes à charge au moment où vous avez commencé à travailler pour le gouvernement du Yukon parce que celles-ci étaient couvertes aux termes d'un autre régime (p. ex. le régime de votre conjoint) et que leur protection est maintenant résiliée, vous disposez de 60 jours pour adhérer à la protection pour les personnes à charge aux termes de votre régime de garanties collectives. Ce délai de 60 jours s'applique également lorsque vous avez une nouvelle personne à votre charge. Si votre demande d'adhésion est reçue dans le délai de 60 jours, la protection débute le jour suivant la date de la résiliation de la protection comparable de vos personnes à charge, ou le jour suivant la date à laquelle votre nouvelle personne à charge s'est ajoutée. Si votre demande d'adhésion est reçue après le délai de 60 jours, la protection débutera le premier jour du quatrième mois suivant le mois au cours duquel la demande d'adhésion a été reçue.

Si vous présentez une demande pour passer d'une protection familiale à une protection individuelle, le changement de protection entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date à laquelle votre demande est reçue.

Assurance-vie

Il existe deux protections d'assurance-vie différentes aux termes du régime. Tant l'assurance-vie de base que la prestation supplémentaire de décès pour les participants au Régime de pension de retraite de la fonction publique (RPRFP) visent à offrir un niveau de protection minimal à votre famille et à vos personnes à charge dans l'éventualité de votre décès. L'adhésion à ces deux garanties est obligatoire.

Assurance-vie	Montant de la prestation
Prestation supplémentaire de décès pour les participants au Régime de pension de retraite de la fonction publique (RPRFP) *	<ul style="list-style-type: none"> • Deux fois la rémunération annuelle • La prestation est réduite de 10 % chaque année à compter du 66^e anniversaire de naissance
Assurance-vie de base	<ul style="list-style-type: none"> • La rémunération annuelle arrondie à la tranche supérieure de 1 000 \$ (si elle n'en est pas déjà un multiple), multipliée par deux, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ • La prestation est réduite de 50 % au 65^e anniversaire de naissance

* Des exigences particulières en matière d'admissibilité s'appliquent. Veuillez visiter le site <http://www.tbs-sct.gc.ca/pensions/survivor-survivant-fra.asp> pour obtenir des précisions à ce sujet.

Prestation supplémentaire de décès pour les participants au Régime de pension de retraite de la fonction publique (RPRFP)

La prestation supplémentaire de décès pour les participants au Régime de pension de retraite de la fonction publique (RPRFP) procure un montant d'assurance-vie correspondant à deux fois la rémunération annuelle par l'intermédiaire du régime de pension de retraite. Veuillez visiter le site <http://www.tbs-sct.gc.ca/pensions/survivor-survivant-fra.asp> pour obtenir des renseignements supplémentaires à ce sujet.



Qu'est-ce qu'un bénéficiaire?



La ou les personnes que vous désignez pour recevoir vos prestations d'assurance-vie dans l'éventualité de votre décès sont vos bénéficiaires. Si vous souhaitez modifier votre désignation de bénéficiaire, veuillez communiquer avec la Commission de la fonction publique. Si vous souscrivez une assurance-vie pour votre conjoint ou vos enfants, vous serez désigné en tant que bénéficiaire et recevrez donc les prestations d'assurance-vie dans l'éventualité de leur décès.



Q

Pourquoi devrais-je nommer un bénéficiaire?



R

Si vous décédez sans avoir désigné de bénéficiaire, il faut plus de temps au fournisseur des garanties collectives pour traiter la demande de règlement d'assurance-vie. De plus, en l'absence d'un bénéficiaire désigné, le montant d'assurance-vie est payable à votre succession, à moins que vous n'ayez un testament qui précise explicitement la manière dont les prestations de votre assurance-vie auprès du gouvernement du Yukon doivent être distribuées.

Veillez également noter que le montant d'assurance-vie touché par votre ou vos bénéficiaires n'est pas assujéti à l'impôt sur le revenu. Par contre, si vous ne désignez pas de bénéficiaire, il se peut que vos prestations d'assurance-vie soient assujétiées à des taxes et à des frais divers au moment d'être versées à votre succession, ou aux personnes indiquées dans votre testament.

Assurance-vie de base

Le régime de garanties collectives vous procure un montant d'assurance-vie de base correspondant à deux fois votre rémunération annuelle. Ce montant est réduit de 50 % à l'âge de 65 ans.

Versement anticipé

Si vous souffrez d'une maladie en phase terminale ou que votre décès est prévu dans les 24 mois à venir, vous pouvez demander à ce qu'un montant correspondant au moins élevé d'entre 50 % de votre prestation d'assurance-vie de base ou 100 000 \$ vous soit versé. Des restrictions supplémentaires peuvent s'appliquer si votre demande est faite dans les cinq ans qui précèdent la réduction prévue de votre protection. Une preuve relative à votre état de santé sera exigée.

Désignation de bénéficiaire

Vous pouvez effectuer, modifier ou révoquer une désignation de bénéficiaire. Toute désignation de bénéficiaire que vous aviez effectuée aux termes de la police précédente de votre employeur avant la date d'effet de la police actuelle s'applique à cette dernière tant que vous ne faites pas une nouvelle désignation. Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire de temps à autre afin de vous assurer qu'elle reflète vos intentions actuelles.

Exonération des primes

Votre assurance-vie est maintenue en vigueur et vous êtes exonéré du paiement des primes si vous devenez totalement invalide avant l'âge de 65 ans. Cette disposition entre en vigueur lorsque vous devenez admissible à une rente d'ILD, généralement après 13 semaines consécutives d'invalidité ou après l'épuisement de vos congés de maladie accumulés.



Q

Que se passe-t-il avec mon assurance-vie si je deviens invalide?



R

Si vous devenez totalement invalide avant votre 65^e anniversaire de naissance, votre assurance-vie de base peut être maintenue en vigueur. Vous serez exonéré du paiement des primes lorsque vous aurez été totalement invalide pendant toute la durée de la période d'attente prévue aux termes de l'assurance invalidité de longue durée (ILD). Votre protection peut être maintenue en vigueur sans paiement de primes jusqu'à votre 65^e anniversaire de naissance ou jusqu'à votre retraite, selon ce qui arrive en premier. La prestation supplémentaire de décès pour les participants au Régime de pension de retraite de la fonction publique (RPRFP) peut également être maintenue si vous devenez totalement invalide, mais

le paiement des primes doit se poursuivre.

Option de transformation

Si vous êtes âgé de moins de 65 ans, vous pouvez, à votre retraite ou au moment où vous cessez de travailler pour le gouvernement du Yukon, transformer votre assurance, en totalité ou en partie, en une police individuelle sans avoir à présenter de preuve médicale. Vous devez présenter votre demande de transformation au fournisseur des garanties collectives et payer la première prime dans les 31 jours suivant la résiliation de votre garantie collective. Veuillez communiquer avec la Commission de la fonction publique pour obtenir des précisions à ce sujet.

Restrictions et exclusions

Une restriction s'applique aux termes de l'assurance-vie de base en ce qui concerne l'*exonération des primes*. Si vous devenez invalide en raison d'une affection pour laquelle vous avez reçu des soins médicaux *avant* de devenir assuré, le paiement des primes ne sera pas exonéré.

Cependant, il y a des exceptions à cette restriction. Si vous travaillez pendant au moins 13 semaines consécutives après être devenu assuré et ne vous absentez pas à cause de cette affection, ou vous êtes frappé d'invalidité plus de 12 mois après être devenu assuré, le paiement des primes sera exonéré en cas d'invalidité.

Assurance invalidité de longue durée

Congé de maladie

Chaque employé obtient 7,5 heures de congé de maladie par mois; ces heures peuvent être accumulées et reportées pendant toute la durée de votre emploi auprès du gouvernement du Yukon. Cette banque de temps vous permet de toucher 100 % de votre salaire lorsque vous devez vous absenter du travail pour cause de maladie ou de blessure non professionnelle.

Votre banque de congés de maladie accumulés est réduite d'une journée lorsque vous manquez un jour de travail. Si vous êtes malade, vous devez en aviser votre superviseur immédiatement. Vous devez alors remplir un formulaire de *Demande de congé* et préciser les dates et la nature de votre absence. On peut vous demander de fournir un billet du médecin.

Invalidité de longue durée (ILD)

L'assurance invalidité de longue durée (ILD) vous procure une protection de revenu si vous êtes malade ou blessé pendant une longue période. La rente d'ILD est versée après 13 semaines consécutives d'invalidité ou l'épuisement de vos congés de maladie accumulés (selon la dernière éventualité).

Si vous devenez *totalelement invalide*, une rente mensuelle correspondant à 70 % de votre rémunération mensuelle vous sera versée. La rente mensuelle maximale correspond au moins élevé des montants suivants : 11 000 \$ ou 85 % de votre rémunération mensuelle brute avant invalidité.

Invalidité de longue durée (ILD)	Montant de la rente
Employé	<ul style="list-style-type: none"> 70 % de la rémunération mensuelle après 13 semaines consécutives d'invalidité ou l'épuisement des congés de maladie accumulés (selon la dernière éventualité) La rente mensuelle maximale correspond au moins élevé des montants suivants : 11 000 \$ ou 85 % de votre rémunération mensuelle brute avant invalidité

Q

Qu'est-ce qu'une *période d'attente*?

R

La *période d'attente* à l'égard de la rente d'ILD correspond aux 13 premières semaines d'invalidité totale ou à la période pendant laquelle vous avez épuisé tous vos congés de maladie accumulés, selon la dernière éventualité.

Q

Qu'entend-on par *totalelement invalide*?

R

Il y a deux définitions différentes à cet égard, compte tenu de la période en cause.

- Pendant la période d'attente et les deux années subséquentes, vous êtes considéré comme invalide si une affection vous empêche d'occuper votre propre emploi. Vous n'êtes pas considéré comme invalide si vous pouvez vous acquitter de toute combinaison de tâches qui vous demandait habituellement au moins 60 % de votre temps.
- Par la suite, vous serez considéré comme invalide si une affection vous empêche

d'exercer *quelque activité* lucrative que ce soit. Par « activité lucrative », on entend tout emploi que votre état de santé vous permet d'exercer, pour lequel vous possédez la qualification minimum nécessaire et qui vous garantit un revenu au moins égal à 66 2/3 % de la rémunération que vous receviez lorsque vous occupiez votre emploi.

Si vous cessez d'être totalement invalide pendant la période d'attente ou après le début du versement de la rente d'ILD puis redevenez totalement invalide par la suite, les périodes d'invalidité seront considérées comme une seule période d'invalidité après :

- Un mois si les deux périodes d'invalidité sont attribuables à des causes non reliées
- Six mois consécutifs si les deux périodes d'invalidité sont attribuables à des causes reliées, ou
- Douze mois consécutifs si les deux périodes d'invalidité sont attribuables à la même cause

La perte d'un permis requis dans le cadre de l'emploi n'est pas prise en considération dans l'évaluation de l'invalidité.

Revenus d'autres sources

Votre rente mensuelle d'invalidité est diminuée des revenus d'autres sources auxquels vous avez droit au cours de votre invalidité. Votre rente est d'abord diminuée des montants indiqués ci-dessous :

- Prestations d'invalidité ou de retraite auxquelles vous avez droit, à titre personnel, aux termes du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec
- Prestations versées en vertu d'une loi des accidents du travail ou de toute autre loi analogue
- Prestations pour perte de revenu prévues par un régime d'assurance-automobile, dans la mesure permise par la loi
- Prestations prévues aux termes du Régime québécois d'assurance parentale
- Prestations d'invalidité versées à l'égard de la même invalidité aux termes du Régime de pension de retraite de la fonction publique (retraite pour des raisons de santé)

Votre rente d'ILD est encore diminuée si la somme des revenus d'autres sources indiqués ci-dessous est supérieure à 85 % de la rémunération mensuelle brute que vous receviez avant le début de votre invalidité. Dans ce cas, votre rente est diminuée du montant excédant la rémunération mensuelle brute.

- Prestation payable aux termes de votre régime
- Autres sources de revenus indiquées plus haut et utilisées aux fins de la coordination directe
- Prestations auxquelles vous ou un membre de votre famille avez droit conformément à la législation en vigueur pour perte de revenu consécutive à l'invalidité
- Portion de toute indemnité versée aux victimes d'actes criminels visant à remplacer le revenu
- Prestations d'invalidité versées aux termes d'une assurance offerte aux membres d'une association
- Rémunération ou prestations de retraite provenant d'un emploi, exception faite du revenu reçu dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé, des prestations d'invalidité de courte durée aux termes d'un régime parrainé par l'employeur ou des prestations de maladie de l'employeur (incluant les prestations de préretraite), ou droits acquis (incluant les prestations de cessation d'emploi). L'indemnité de fin d'emploi, incluant une indemnité tenant lieu de préavis, constitue un revenu d'emploi aux termes de la présente disposition.

À noter : Le revenu touché aux termes d'une police d'assurance invalidité individuelle n'est pas pris en compte.

Votre rente d'ILD n'est pas diminuée davantage de la rémunération que vous recevez dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé, sauf si la somme de la rémunération provenant d'un tel plan, de la prestation prévue par votre régime et des revenus d'autres sources énumérés ci-dessus est supérieure à la rémunération mensuelle brute que vous

receviez avant le début de votre invalidité. Dans ce cas, votre rente est diminuée du montant excédant la rémunération mensuelle brute.

Les augmentations attribuables à la hausse du coût de la vie qui s'appliquent aux revenus d'autres sources énumérés ci-dessus (exception faite du revenu reçu dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé) et qui prennent effet au cours d'une période d'indemnisation ne sont pas prises en compte.



Est-ce que la rente d'invalidité est imposable?



Oui, la rente versée est imposable.

Réadaptation professionnelle

La notion de réadaptation professionnelle englobe toute activité liée au travail ou tout programme de formation visant à vous aider à reprendre votre propre emploi ou à exercer une autre activité lucrative et ayant été recommandée ou approuvée par le fournisseur des garanties collectives. Au moment de déterminer s'il recommande ou approuve un plan de réadaptation, le fournisseur des garanties collectives tient compte de facteurs tels que la durée prévue de l'invalidité et le niveau d'activité requis pour permettre un retour au travail dans les meilleurs délais.

Coordination des soins médicaux

La coordination des soins médicaux est un programme recommandé ou approuvé par le fournisseur des garanties collectives qui vise à vous permettre d'atteindre un état de santé stable et à garantir des soins de qualité au meilleur coût possible. Au moment de déterminer s'il recommande ou approuve un programme de coordination des soins médicaux, le fournisseur des garanties collectives tient compte de facteurs tels que la durée prévue de l'invalidité et le niveau d'activité facilitant la stabilisation de l'état de santé.

Protection contre l'inflation

Le montant de la rente payable sera rajusté annuellement, le 1^{er} janvier de chaque année, de manière à tenir compte des augmentations de l'indice des prix à la consommation; cette augmentation ne peut pas dépasser 3 % par année.

Restrictions

Aucune rente n'est payable dans les cas suivants :

- Invalidité attribuable à une maladie ou à une blessure pour laquelle vous avez reçu des soins médicaux antérieurement à la prise d'effet de votre assurance; cette restriction ne s'applique pas si vous devenez invalide après avoir été assuré aux termes de l'assurance ILD pendant au moins 13 semaines, vous avez travaillé activement de façon continue (trois jours d'absence sont autorisés) et vous n'avez pas reçu de soins d'un médecin ou d'un membre du personnel médical agissant selon les directives d'un médecin pour la maladie ou la blessure en question, ou vous êtes devenu totalement invalide plus de 12 mois après la prise d'effet de votre assurance
- Période pendant laquelle vous ne vous soumettez pas au programme de traitement recommandé dans le cas de l'affection dont vous souffrez ou pendant laquelle vous refusez d'y participer de bonne foi
 - Compte tenu de la gravité de votre état, il se pourrait que vous soyez tenu de vous faire suivre par un spécialiste.
 - Si votre invalidité est imputable en partie à une toxicomanie, le traitement doit comprendre une cure de désintoxication dans le cadre d'un programme reconnu.

- Période pendant laquelle vous ne faites pas le nécessaire pour demander d'autres prestations d'invalidité ou le maintien du versement de ces prestations, ou pour appeler d'une décision prise à l'égard de ces prestations, lorsque le fournisseur des garanties collectives le juge approprié
- Période pendant laquelle vous refusez de participer à un programme de réadaptation approuvé ou pendant laquelle vous n'y participez pas de bonne foi
- Période pendant laquelle vous refusez de participer à un programme de coordination des soins médicaux approuvé ou pendant laquelle vous n'y participez pas de bonne foi
- Période pendant laquelle vous omettez de vous livrer à une évaluation médicale ou professionnelle, ou de vous y soumettre de bonne foi
- Durée prévue d'un congé autorisé; la présente restriction ne s'applique pas à toute période d'un congé de maternité au cours de laquelle vous êtes frappé d'une invalidité attribuable à la grossesse
- Période pendant laquelle vous êtes à l'extérieur du Canada; cette restriction ne s'applique pas pendant les 30 premiers jours d'absence ou si le fournisseur des garanties collectives a autorisé l'absence avant votre départ
- Période d'incarcération, de détention ou d'emprisonnement par autorité de justice
- Invalidité attribuable à la guerre ou à une insurrection, ou encore à la participation volontaire à une émeute

Glossaire

Année de protection : Du 1^{er} avril au 31 mars

Assistance médicale globale : Vous procure, à vous et à vos personnes à charge, de l'aide pour trouver et coordonner les services médicaux nécessaires lorsqu'une situation d'urgence survient pendant que vous vous trouvez à l'extérieur du Yukon pendant des vacances ou un voyage d'affaires ou d'études

Assurance invalidité de longue durée (ILD) : Vous procure un remplacement de revenu si vous n'êtes plus en mesure de travailler pendant une longue période en raison d'une maladie ou d'une blessure

Assurance-vie : Vous procure, à vous et à vos personnes à charge, une protection en cas de décès

Barème des honoraires de soins dentaires : Guide qui est mis à jour régulièrement par les associations dentaires provinciales ou territoriales; le barème des honoraires applicable est celui qui est en vigueur le jour où les frais sont engagés et dans la province ou le territoire où les frais sont engagés, ou, si les frais sont engagés à l'extérieur du Canada, celui qui est en vigueur dans la province ou le territoire de résidence du participant

Carte de paiement direct des médicaments : Carte qui vous sert à faire exécuter vos ordonnances auprès de votre pharmacien, qui peut ainsi transmettre vos demandes de règlement au fournisseur des garanties collectives par voie électronique sans délai; cette carte est uniquement offerte aux termes du régime de soins médicaux complémentaire

Coordination des prestations : Disposition qui permet de coordonner le remboursement des frais engagés par une personne qui est couverte aux termes de deux régimes de garanties collectives distincts, ou qui est couverte en tant qu'employé et personne à charge aux termes du régime de garanties collectives du gouvernement du Yukon.

Employé : Se rapporte à un employé du gouvernement du Yukon qui a adhéré au régime de garanties collectives

Événement de la vie : Situation qui a une incidence sur la protection d'assurance dont vous avez besoin (p. ex. mariage, union de fait, naissance ou adoption d'un enfant, divorce, retrait ou ajout d'une protection aux termes du régime du conjoint ou décès d'une personne à charge)

Exonérations des primes : Disposition qui vous permet de conserver votre protection sans avoir à en payer les primes lorsque vous devenez totalement invalide

Fournisseur des garanties collectives : Great-West

Frais raisonnables et courants : Frais que le fournisseur des garanties collectives considère comme raisonnables et courants et qui sont normalement facturés aux personnes qui se trouvent dans une région donnée

Franchise : Montant d'argent que vous devez payer avant de recevoir un remboursement aux termes du régime de garanties collectives

Médicalement nécessaire : Soins et services qui sont généralement considérés par les professionnels médicaux canadiens comme efficaces, appropriés et nécessaires pour le traitement d'une maladie, compte tenu des normes médicales canadiennes

Option de transformation : Option qui vous permet de transformer votre protection d'assurance collective en une police d'assurance individuelle établie par le fournisseur des garanties collectives lorsque vous prenez votre retraite ou cessez de travailler pour le gouvernement du Yukon

Participant : Se rapporte à un employé du gouvernement du Yukon qui a adhéré au régime de garanties collectives

Personnes à charge : Le conjoint avec qui vous êtes légalement marié ou avec qui vous vivez en union de fait depuis au moins un an immédiatement avant d'adhérer à la protection aux termes du régime; vos enfants célibataires (les enfants naturels, adoptés ou d'une autre union de vous ou votre conjoint, de même que les enfants dont vous ou votre conjoint êtes le tuteur légal et dont la tutelle vous a été accordée sur ordonnance judiciaire) âgés de moins de 21 ans, ou de moins de 25 ans s'ils étudient à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire, un collège ou une université reconnu; vos enfants atteints d'un handicap physique ou mental sont couverts peu importe leur âge s'ils dépendent entièrement de vous et que leur incapacité s'est manifestée pendant qu'ils étaient couverts aux termes du régime en tant qu'enfants à charge

Plan de traitement dentaire : Document préparé par votre dentiste et remis au fournisseur des garanties collectives avant le début d'un traitement dentaire dans le but de confirmer le niveau de protection et les règlements proportionnels applicables

Régime d'assurance : Se rapporte aux garanties qui vous sont offertes en vertu de la *Loi sur le régime d'assurance collective de la fonction publique* du gouvernement du Yukon

Régime d'assurance-maladie du Yukon : Régime d'assurance-maladie obligatoire offert par le gouvernement qui couvre des soins et services médicaux de base pour les résidents du Yukon

Régime de soins dentaires : Procure une protection à l'égard des frais de soins dentaires (p. ex. les examens de routine ou les traitements plus élaborés)

Régime de soins médicaux complémentaire : Procure une protection à l'égard des frais engagés pour des soins ou services médicalement nécessaires qui ne sont pas couverts aux termes du Régime d'assurance-maladie du Yukon

Personnes-ressources

Régime de soins médicaux complémentaire et régime de soins dentaires : Si vous avez des questions à l'égard de l'admissibilité à des prestations, pour vous ou vos personnes à charge, veuillez communiquer avec la Commission de la fonction publique. Si vous avez des questions à l'égard de la protection ou des demandes de règlement, veuillez communiquer avec le fournisseur des garanties collectives en composant le 1 800 957-9777. Vous devrez fournir votre numéro de police et votre numéro d'identification.

Assurance-vie et assurance invalidité de longue durée (ILD) : Si vous avez des questions au sujet de votre protection ou de votre admissibilité aux garanties, veuillez vous adresser à la Commission de la fonction publique.

Prestation supplémentaire de décès pour les participants au Régime de pension de retraite de la fonction publique (RPRFP) : Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements à ce sujet dans le site <http://www.tbs-sct.gc.ca/pensions/survivor-survivant-fra.asp>. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec le Centre des pensions de la fonction publique de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, au 1 800 561-7930.

Régime d'assurance-maladie du Yukon : Pour toute question d'ordre général, veuillez composer le 867 667-5209.

Great-West en ligne

Visitez le site www.lagreatwest.com pour :

- des renseignements et des précisions sur le profil de la Great-West, ses produits et services;
- des communiqués de presse;
- les personnes-ressources à joindre;
- les formulaires de demande de règlement et la possibilité de soumettre en ligne certaines demandes.

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

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

Ce service vous donne accès à ce qui suit et à bien plus encore, jour et nuit, dans un environnement convivial :

- un aperçu de vos garanties et l'historique de vos demandes de règlement;
- des formulaires de demandes de règlement et cartes d'identité personnalisés;
- la présentation en ligne de demandes de règlement pour soins médicaux et soins dentaires;
- une mine de renseignements sur la santé et le mieux-être.

Au moyen de notre application GroupNet Mobile, vous pouvez accéder à certaines fonctions de GroupNet pour les participants de régime :

- soumission d'un grand nombre de vos demandes de règlement en ligne;
- accès à de l'information personnalisée sur les garanties, les demandes de règlement et bien plus – rapidement, facilement, et en tout temps;
- visualisation des renseignements relatifs aux cartes d'identification;
- repérage du fournisseur le plus près offrant le service Demandes de règlement électroniques – Fournisseurs, au moyen d'un système de localisation GPS intégré.

De plus, au moyen de GroupNet Texto, vous pouvez accéder sur-le-champ à l'information propre à vos garanties. GroupNet Texto vous permet d'utiliser votre téléphone cellulaire afin d'obtenir de l'information détaillée sur votre régime, notamment :

- vos numéros de régime et d'identification;
- des précisions sur la protection (l'information consultable dépend de votre régime);
- les montants de remboursement;
- les plafonds des frais admissibles, les soldes et plus encore.

Pour vous inscrire à GroupNet Texto, rendez-vous à GroupNet pour les participants de régime, sous l'onglet « Votre profil ».

Pour utiliser GroupNet Texto, rendez-vous à GroupNet pour les participants de régime, sous l'onglet « Votre profil », puis transmettez certains mots clés par messagerie texte au 204 289-1667. Vous recevrez aussitôt un texto contenant des données sur votre protection. Pour obtenir une liste complète des mots clés, textez « Aide ». Pour une brève description du type d'information liée à un mot clé précis, envoyez un texto qui renferme le terme « Aide » en plus du mot clé en question.

La compatibilité de GroupNet Texto peut varier selon l'appareil mobile ou le système d'exploitation utilisé.

Renseignements importants

Accès aux documents : Sous réserve de certaines restrictions, vous avez le droit, sur demande, d'obtenir une copie de la police, de votre demande d'adhésion, de toutes déclarations écrites ou de tout autre document que vous avez fourni à l'assureur à titre de preuve d'assurabilité.

Actions en justice : Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du présent contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la loi sur les assurances (pour une action en justice ou une procédure régie par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la Loi sur les assurances (pour une action en justice ou une procédure régie par les lois du Manitoba), la Loi de 2002 sur la prescription des actions (pour une action en justice ou une procédure régie par les lois de l'Ontario) ou toute autre loi applicable. Pour les actions en justice ou procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le Code civil du Québec.

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

Procédure d'appel : En ce qui concerne les garanties assurées, vous avez le droit d'appeler du refus du fournisseur des garanties collectives d'accorder la totalité ou une partie de l'assurance ou des prestations décrites dans le contrat dans l'année suivant le refus initial. Vous devez alors faire appel par écrit en précisant les raisons pour lesquelles vous jugez le refus injustifié.

Pour les garanties non assurées, vous avez le droit de demander la révision du refus de l'employeur d'accorder la totalité ou une partie de la protection ou des prestations décrites dans le présent régime dans les deux ans. Vous devez alors soumettre une demande de révision par écrit en précisant les raisons pour lesquelles vous jugez le refus injustifié.

Suspension des prestations en raison d'un paiement en trop : En ce qui concerne les garanties assurées, si des prestations qui n'auraient pas dû être versées aux termes de la police sont payées, vous êtes tenu de les rembourser dans les 30 jours suivant l'envoi par la Great-West d'un avis de paiement en trop ou à l'intérieur d'un délai plus long convenu par écrit avec la Great-West. Si vous ne respectez pas cette obligation, le versement des prestations au titre de la police sera interrompu jusqu'au remboursement du paiement en trop. Cette action ne limite aucunement le droit de la Great-West à recouvrer par d'autres moyens légaux les sommes versées en trop.

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

Responsabilité de l'employeur : Aux termes d'une entente conclue avec le fournisseur des garanties collectives, votre employeur sera seul responsable du régime de soins médicaux complémentaire (à l'exception de l'Assistance médicale globale) et du régime de soins dentaires décrits dans le présent livret. Votre employeur s'étant engagé à capitaliser lui-même les prestations, celles-ci ne seront pas garanties par le fournisseur des garanties collectives. Ce dernier se chargera cependant du traitement des demandes de règlement.