

RÉGIMES DE SOINS MÉDICAUX ET DE VOYAGE - Juges

ADMISSIBILITÉ

Des renseignements au sujet de l'admissibilité aux régimes de soins médicaux et de voyage se retrouvent dans le document de renseignements généraux.

EXCLUSIONS ET LIMITES

Les produits et services de soins médicaux administrés en milieu hospitalier ne sont pas admissibles au remboursement en vertu du présent régime de soins médicaux, sauf indication contraire dans ce dépliant.

Tous services et fournitures fournis par un parent ne sont pas admissibles en vertu des présents régimes de soins médicaux, de voyage et de soins dentaires. Ceci comprend : médecins; pharmaciens; dentistes; et autres professionnels de la santé approuvés par Croix Bleue Medavie.

PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION

(À raison de 100 %)

Y compris les frais de séjour en chambre privée.

PRESTATIONS DE SOINS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES

(À raison de 80 % du montant maximal admissible)

Soins dentaires à la suite d'un accident - les frais demandés pour les soins dentaires requis lorsque les dents naturelles ont été endommagées par un coup direct accidentel à la bouche ou à la mâchoire ou pour une fracture ou une dislocation de la mâchoire requérant des services de restauration dans les 180 jours suivant l'accident.

Chambre d'inhalation – dispositif utilisé spécialement avec les inhalateurs pour le traitement de l’asthme; la dépense admissible maximale est fixée à des frais habituels.

Larynx artificiel – la dépense admissible maximale est fixée à des frais habituels; les réparations ou les réglages sont limités à 300 \$ par année civile.

Vêtements de pression pour brûlures/manches de Lymphadema - les frais demandés pour des pansements spéciaux faits sur mesure lorsqu'ils sont prescrits par un médecin jusqu'à concurrence d'une dépense admissible maximale de 500 \$ par année civile.

Psychologue clinicien(ne), travailleur social ou travailleuse sociale, conseiller thérapeute ou conseillère thérapeute, psychothérapeute, et psychoéducateur ou psychoéducatrice (Québec seulement) – les frais de traitement dispensé par un(e) psychologue clinicien(ne) titulaire d'un permis, un travailleur social ou une travailleuse sociale, un conseiller thérapeute ou une conseillère thérapeute, un(e) psychothérapeute, et un psychoéducateur ou une psychoéducatrice (Québec seulement) jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile.

Matériel pour diabétiques (c.-à-d. glucomètres et Préci-Jets). La dépense admissible maximale est fixée à 700 \$ pour une période de 5 années civiles. **Les pompes à insuline**, sur ordonnance d'un médecin et lorsqu'elles sont jugées raisonnables par l'assureur, jusqu'à concurrence d'une dépense admissible maximale de 6 500 \$ / 5 années civiles. **Les émetteurs**, la dépense admissible maximale est fixée à 200 \$ par année civile. **Les capteurs**, la dépense admissible maximale est fixée à des frais habituels de 2 280 \$ par année civile.

Services de diagnostic et de radiographie - le coût des services de diagnostic et de radiographie dispensés par un laboratoire approuvé par l'assureur, à l'extérieur du milieu hospitalier.

Bas de contention élastiques – les frais demandés pour des bas de contention élastiques lorsqu'ils sont prescrits par un médecin sont fixés à un montant maximal admissible de 200 \$ par année civile.

Location d'appareils - les frais demandés pour la location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital (y compris le matelas et les rampes latérales de protection) et l'équipement nécessaire à l'administration de l'oxygène. Advenant la nécessité de conserver ces fournitures à long terme, l'assureur, à sa discrétion, peut approuver l'achat de ces fournitures.

Vêtements médicaux – coût des vêtements à compression (taux de compression minimal de 20 mmHg) et/ou chirurgicaux personnalisés, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin et fournis par un fournisseur approuvé par l'assureur, jusqu'à un maximum de deux paires par année civile. **Soutien-gorge chirurgical** – la dépense est fixée à 2 par année civile.

Fournitures et services médicaux – les frais demandés pour l'oxygène; harnais d'épaule; et les écharpes lorsqu'ils sont prescrits par un médecin sont fixées à des frais habituels. La réparation manuelle d'un fauteuil roulant est fixée à des frais habituels.

Musicothérapie – honoraires d'un musicothérapeute lorsque recommandé par le médecin traitant dans le but de favoriser la communication pour les personnes à charge âgées de jusqu'à 18 ans qui éprouvent des difficultés d'apprentissage, des problèmes d'allocation, des problèmes de comportement ou des perturbations affectives. Les dépenses maximales admissibles sont de 250 \$ par année civile.

Orthèses - coût de chaussures orthopédiques avec orthèses faites sur mesure à partir d'un moule fabriqué d'après la forme du pied. Le montant maximal admissible est de 800 \$ par année civile.

Chaussures orthopédiques – les frais demandés pour des chaussures orthopédiques faites sur mesure ou préfabriquées (modifiées de façon permanente) qui ont été qualifiées de chaussures orthopédiques par le fabricant. Les chaussures doivent être médicalement nécessaires en raison de déformations congénitales ou post-traumatiques ou de malformations graves du pied. Les chaussures orthopédiques doivent être prescrits par un médecin, podiatre ou podologue (sauf au Québec) et elles doivent être vendues par un podiatre, un podologue, un podo-orthésiste, un orthésiste certifié ou un prothésiste/orthésiste. **Ne comprend pas** les chaussures préfabriquées avec modifications mineures, l'achat de chaussures qui s'adaptent aux orthèses et les chaussures aux fins de confort et de support général, par exemple les chaussures profondes ou les chaussures de marque Birkenstock, Nike, Brooks et Rockport.

Orthèses plantaires – les frais demandés pour des orthèses faites sur mesure à partir d'une empreinte du pied à l'aide d'une technique approuvée par l'assureur. Les orthèses doivent être médicalement nécessaires en raison de pied plat, de fasciite plantaire, de défauts mécaniques du pied ou autres anomalies du pied nécessitant des orthèses faites sur mesure. Les orthèses doivent être prescrites par un médecin, podiatre ou podologue (sauf au Québec) et elles doivent être vendues par un podiatre, un podologue, un podo-orthésiste, un orthésiste certifié ou un prothésiste. **Ne comprend pas** les orthèses préfabriquées qui sont achetées en vente libre.

Fournitures ostomiques - les frais demandés pour des fournitures ostomiques essentielles. Le montant maximal admissible pour les chaussures orthopédiques et les orthèses plantaires est de 300 \$ par année civile.

Autres praticiens - les frais demandés pour des traitements administrés par un(e) chiropraticien, un(e) ostéopathe, un(e) acuponcteur, un(e) podologue/podiatre, un(e) orthophoniste, un(e) ergothérapeute, un(e) diététiste, un(e) homéopathe, un(e) audiologiste ou un(e) médecin en naturopathie autorisé(e). Le montant maximal admissible est de 250 \$ pour chaque type de praticien par année civile, y compris des frais de radiographie de 25 \$.

Débitmètre pour débit de pointe – frais pour un débimètre pour débit de pointe pour mesurer la respiration lorsque recommandé par le médecin traitant. Les dépenses maximales admissibles sont de 45 \$ par période de deux années civiles consécutives.

Soins d'un médecin - les frais demandés à l'extérieur de la province de résidence du participant (mais à l'intérieur du Canada) qui sont en sus du montant accordé en vertu d'un programme de santé gouvernemental.

Physiothérapie / massothérapie / thérapie sportive - le coût de traitements de physiothérapie, de massothérapie ou de thérapie sportive lorsqu'ils sont administrés par un physiothérapeute titulaire d'un permis, un thérapeute du sport certifié ou un massothérapeute agréé (qui n'a aucun lien de parenté avec le malade) approuvé par Croix Bleue Medavie. La dépense admissible maximale pour les soins de

physiothérapie est fixée à des frais habituels. La dépense admissible maximale combinée pour la physiothérapie, la thérapie sportive et la massothérapie est de 600 \$ dans une année civile, la dépense maximale admissible pour la physiothérapie et la thérapie sportive est de 600 \$ dans une année civile et la dépense maximale admissible pour la massothérapie est de 500 \$ dans une année civile.

Soins infirmiers privés - le coût des soins infirmiers à domicile (autres que la convalescence ou les services d'un foyer de soins) avec l'autorisation écrite du médecin. Les soins infirmiers concentrés sur l'appui comportent une évaluation infirmière pour déterminer la manière la plus efficace d'utiliser les services afin de tirer le maximum de la prestation et une plus grande sélection de professionnels de la santé autorisés à offrir ces services. La dépense admissible maximale est égale à 10 000 \$ par année civile.

Service ambulancier professionnel - les frais de services ambulanciers professionnels ou de transport aérien, si nécessaires, pour un malade en civière, jusqu'à concurrence d'une dépense admissible maximale de 500 \$ par année civile.

Prothèses - les frais demandés pour les appareils ou les fournitures correctifs suivants : membres artificiels, prothèses mammaires, yeux, béquilles, éclisses, plâtres et bandages herniaires. Les frais de location d'appareils orthopédiques sont admissibles. À l'intérieur d'une période de 2 ans, le remplacement de ces appareils n'est pas admissible à des prestations à moins qu'un changement pathologique en soit la cause. Les réparations et les ajustements sont admissibles jusqu'à concurrence de 300 \$ par année civile.

Ambulancier auxiliaire spécial - les frais de voyage pour les services d'accompagnement d'une infirmière autorisée (qui n'a aucun lien de parenté avec le malade) lorsque médicalement nécessaires et approuvés par l'assureur. La dépense admissible maximale est de 300 \$ par année civile.

Supports orthophoniques - les frais demandés pour l'équipement de supports orthophoniques, lorsqu'il est approuvé par un orthophoniste qualifié et autorisé par le médecin, pour les personnes incapables de communiquer oralement, jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 \$ la vie durant.

Perruques – lorsque la perte de cheveux est attribuable à une pathologie sous-jacente ou à son traitement (c.-à-d. le cancer) et non à une calvitie naturelle - la dépense admissible maximale étant limitée à 300 \$ à vie.

PRESTATIONS POUR LES SOINS DE LA VUE

(À raison de 100 % du montant maximal admissible)

Le montant maximal admissible pour les lentilles et montures, la chirurgie corrective au laser, les implants, les lentilles intraoculaires et les verres de contact, le cas échéant, est de 225 \$ par période de 2 années civiles consécutives. **Examen de la vue** - la limite du coût d'un examen de la vue est fixée à des frais habituels (une fois par période de 2 années civiles consécutives).

Lentilles / Montures – les honoraires d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste agréé et autorisé à pratiquer des examens de la vue et le coût de montures et de lentilles achetées sur ordonnance d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste. Les lunettes de sécurité achetées sur ordonnance sont admissibles.

La chirurgie corrective au laser, les implants et les lentilles intraoculaires et les verres de contact seront également admissibles même s'il s'agit d'une préférence personnelle sans nécessité médicale.

Verres de contact - les frais pour les verres de contact lorsque nécessaires pour cause médicale en cas de kératite ulcéreuse, taie sévère de la cornée, kératocone ou aphakie, à condition que la vue puisse être améliorée au moins au niveau 20/40 par des verres de contact, sans qu'il soit possible d'améliorer la vue à ce niveau au moyen de lunettes. Le montant maximum admissible est de 200 \$ par période de 2 années civiles consécutives.

Entraînement visuel - l'entraînement visuel et les exercices correctifs de la vue, la dépense admissible maximale étant limitée à 150 \$ par personne la vie durant.

PRESTATIONS POUR LES APPAREILS AUDITIFS (À raison de 100 % de la dépense admissible maximale)

Appareils auditifs – le coût d'appareils auditifs (sans les piles) prescrits par un otologiste ou un audiologiste clinicien. Montant maximum admissible de 800 \$ par oreille par période de 5 années civiles consécutives ou par période de 3 années civiles consécutives pour les enfants à charge admissibles. La réparation d'appareils auditifs : jusqu'à 400 \$ au cours de cinq années consécutives.

PRESTATIONS POUR LES MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE et FOURNITURES POUR DIABÉTIQUES

Paiement direct (20 % de paiement conjoint, montant maximum de 15 \$ par article d'ordonnance)

Les médicaments sur ordonnance comprennent les produits qui, selon la loi, ne peuvent être obtenus que sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un dentiste, avec l'autorisation de l'assureur et dispensés par un pharmacien. La couverture est limitée à un formulaire de prestations déterminées, et les réclamations sont évaluées au moyen de l'approche de substitution générique obligatoire (SGO). Selon cette approche, les réclamations ne seront remboursées que jusqu'à concurrence du coût du médicament générique.

Les médicaments sur ordonnance qui ne figurent pas au formulaire de prestations déterminées ou qui entraînent une réaction indésirable chez l'adhérent pourraient être considérés par suite d'une demande d'autorisation spéciale présentée directement à l'assureur.

Fournitures pour diabétiques – les frais demandés pour les aiguilles, aiguilles et tubes jetables utilisés avec les pompes à insuline, tampons, lancettes, seringues, rubans d'analyse, et nécessaires à injections.

Cessation du tabagisme – la couverture comprend la thérapie de remplacement de la nicotine, dont les timbres, les gommes, les pastilles et les médicaments oraux. Tous ces produits devront être prescrits par un médecin ou un professionnel de la santé qui est autorisé à prescrire en vertu des lois provinciales applicables. La dépense admissible maximale est de 800 \$ tous les cinq ans.

RÉGIME COLLECTIF DE VOYAGES (compris dans le régime de soins médicaux)

Le Régime collectif de voyages offre une vaste gamme de prestations qui sont payables à la suite d'un accident ou d'une maladie imprévue qui survient à l'extérieur de la province de résidence du participant lorsqu'il est en voyage d'affaires ou en vacances au Canada ou à l'extérieur du Canada. Sous réserve des montants maximums, le régime paie la totalité des frais admissibles moins tout montant permis en vertu d'un programme de santé gouvernemental, pour un maximum de 2 000 000 \$ par incident et par participant.

Ambulance - les frais normaux pour les services d'ambulance agréés, y compris le transport aérien et l'évacuation jusqu'au lieu le plus près où se trouvent les services médicaux compétents.

Retour du malade - les frais additionnels de transport en classe économique par la voie la plus directe (avion, autobus, train) lorsqu'une maladie est telle que le malade doit retourner chez lui et être accompagné par un aide médical qualifié (qui n'est pas un parent). Le médecin traitant doit fournir une autorisation écrite. Si le retour se fait dans un avion commercial, la protection suivante est incluse :

- 2 billets en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la ville de résidence au Canada, un billet pour le malade assuré et un billet aller-retour pour l'accompagnateur médical; ou

- si une civière s'impose, le coût de sièges supplémentaires nécessaires en classe économique, pour l'installation de la civière, ainsi qu'un billet aller-retour pour l'accompagnateur médical.

Services de soins dentaires - les frais pour les soins dentaires administrés par suite d'une blessure accidentelle (coup direct et accidentel à la bouche), lorsque les dents naturelles ont été endommagées ou qu'une fracture ou dislocation de la mâchoire requiert une restauration, jusqu'à concurrence d'un montant global de 1 000 \$. Ces soins dentaires doivent être donnés ou signalés et approuvés aux fins de paiement par l'assureur dans les 180 jours de l'accident avec toutes les précisions au sujet de l'accident.

Frais de diagnostic - les frais d'analyse de laboratoire et de radiographie lorsqu'elles sont prescrites par le médecin traitant.

Frais d'hospitalisation - le coût d'une chambre d'hôpital (une seule pièce) et les soins médicalement nécessaires reçus à l'hôpital ou aux services de consultation externe.

Repas et hébergement - jusqu'à concurrence de 1 200 \$ CAN (150 \$ par jour pendant 8 jours) par voyage pour les frais supplémentaires d'hébergement et le coût des repas dans un établissement commercial pour le juge ou une personne à charge assurée qui doit demeurer avec un compagnon ou une compagne de voyage lorsque le voyage est interrompu par suite de maladie ou de blessure dont souffre le compagnon, la compagne ou la personne assurée. Cette demande de règlement doit être appuyée d'une preuve du médecin traitant et de reçus des établissements commerciaux.

Soins infirmiers - les frais pour soins infirmiers personnels lorsqu'ils sont prescrits par un médecin traitant.

Soins paramédicaux - les honoraires des chiropraticiens licenciés, des ostéopathes, des podologues, des podiatres et des physiothérapeutes, au tarif habituel et ordinaire sans compter les radiographies.

Honoraires de médecins et chirurgiens - les frais habituels des médecins et chirurgiens pour les soins rendus.

Ordonnances - les frais pour médicaments, sérums et produits injectables, en quantité suffisante pour la durée du voyage, achetés sur ordonnance d'un médecin (à l'exception des vitamines et des médicaments brevetés).

Retour de la dépouille - jusqu'à concurrence de 3 000 \$ CAN pour le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) par la route la plus directe au point de départ au Canada, advenant le décès de la personne assurée.

Retour du véhicule - une allocation jusqu'à concurrence de 500 \$ CAN pour le coût de faire conduire, par une agence commerciale, le véhicule personnel du malade ou un véhicule de location à sa résidence ou à l'agence pertinente de location de véhicules la plus près, si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper.

Fauteuils roulants, béquilles, cannes - les frais de location de fauteuils roulants, béquilles et cannes lorsque ces articles sont requis à la suite d'une maladie subite lorsqu'ils sont prescrits par un médecin. Ces articles doivent être obtenus à l'extérieur de la province de résidence pour être admissibles.

PRESTATIONS ADDITIONNELLES

Transport pour visiter la personne assurée - les frais de transport aller-retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) lorsqu'une personne assurée est retenue à l'hôpital ou décède et que le médecin traitant a déterminé comme nécessaire la présence d'un membre de la famille ou d'un(e) ami(e) proche de la personne assurée.

Recommandation de soins médicaux à l'extérieur du pays - sur recommandation seulement, sont admissibles les services reçus à l'extérieur du pays qui sont **médicalement requis** et qui ne sont pas offerts au Canada. Le régime paie la totalité des frais admissibles jusqu'à concurrence d'un montant maximum de 500 000 \$ par personne la vie durant. L'approbation préalable de l'assureur est requise.

Assistance en cas d'urgence et pour le paiement - un service d'aide jour et nuit est assuré, au moyen d'une ligne téléphonique directe, pour les participants qui ont besoin d'aide au cours d'un voyage. Si une urgence médicale survient, vous pouvez téléphoner au service Assistance à travers le monde dont le numéro figure sur la carte

du même nom. Le service prendra les dispositions nécessaires pour confirmer votre adhésion au régime de protection auprès du médecin ou de l'établissement hospitalier. Le paiement des frais médicaux sera fait ou coordonné au nom du participant.

DEMANDE DE RÈGLEMENT DU RÉGIME COLLECTIF DE VOYAGE LIMITES ET EXCLUSIONS

Dans le cadre du régime collectif de voyage, aucune prestation ne sera disponible ou versée dans les cas suivants :

- Un voyage pour obtenir des conseils ou un traitement médical, même si votre médecin l'a recommandé;
- Un voyage à l'encontre de l'avis d'un médecin;
- Une opération chirurgicale non urgente;
- Un suicide, une tentative de suicide; des actes criminels, une guerre ou d'autres hostilités;
- Un abus de médicaments, de drogues ou d'alcool;
- Une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou des complications dans les neuf (9) semaines précédant la date de grossesse prévue;
- Le parachutisme, la nage aérienne, le vol à voile; ou
- Le saut à l'élastique et l'alpinisme.

Aucune prestation ne sera versée si vous recevez les mêmes prestations d'une tierce partie.

Si vous ne passez pas par l'entremise des Services d'assistance en cas d'urgence et pour le paiement, procurez-vous des reçus détaillés en double exemplaire pour tous les frais engagés à l'extérieur de votre province de résidence. À votre retour, envoyez une copie au régime gouvernemental d'assurance-maladie de votre province pour évaluation et paiement. Lorsque vous aurez reçu leur réponse, envoyez la preuve du paiement avec les reçus pertinents à la Croix Bleue Medavie - Service de règlement, pour obtenir le paiement des frais admissibles. Indiquez toujours votre numéro d'identification lorsque vous présentez une demande de règlement.

Les prestations pour services à l'extérieur du Canada sont payées par la Croix Bleue Medavie en devises canadiennes, au taux de change en vigueur à la date des services.

Le présent document ne confère aucun droit. Pour de plus amples renseignements ou pour des renseignements à jour, veuillez communiquer avec l'équipe des Services aux membres de Vestcor en composant le 506-453-2296 ou le numéro sans frais 1-800-561-4012 et indiquer que vous avez la protection de juge.

Ou visiter le site Web : www.vestcor.org/avantages-sociaux

En vigueur le 1^{er} avril 2020

