

QUESTIONS ET RÉPONSES SUR L'ASSURANCE MALADIE ET HOSPITALISATION APPLICABLE AUX ANCIENS EMPLOYÉS ET BÉNÉFICIAIRES DE RENTE

Le présent document a été rédigé par l'APRHQ pour aider à la compréhension de certaines dispositions du Régime d'assurance maladie et hospitalisation et santé applicables aux anciens employés et conjoints survivants d'Hydro-Québec. Il s'agit d'un document d'information et non du contrat d'assurance régissant ce Régime et il n'engage pas l'assureur Croix Bleue ou Hydro-Québec. En cas de contradiction entre les termes du présent document et ceux du contrat, ces derniers prévalent.

1. QUESTIONS SUR LE MAXIMUM VIAGER

1.1. Le maximum viager de 100 000 \$ applicable aux modules de Base et Majoré est-il applicable par personne assurée ?

Oui. Le maximum viager de 100 000 \$ prévu pour le module de Base ou Majoré est calculé par personne assurée. Le maximum viager est de 35 000 \$ pour les participants assurés par l'Ancienne protection.

1.2. Qu'est-ce qui est inclus dans le calcul du maximum viager de 35 000 \$ ou de 100 000 \$?

L'ensemble des frais remboursés par l'assureur à une personne assurée sont considérés pour le calcul du maximum viager, à l'exception des médicaments, des frais d'hospitalisation dans un centre hospitalier de courte durée, les 60 premiers jours par année dans un hôpital de réadaptation, pour une maison de convalescence ou un hôpital en soins chroniques ou pour les frais de l'assurance voyage du module Majoré.

1.3. Après l'atteinte du maximum viager de 35 000 \$ ou de 100 000 \$, quels sont les frais qui peuvent demeurer admissibles pour une personne assurée ?

Après l'atteinte du maximum viager, la personne assurée ne demeure protégée que pour les médicaments, les frais d'hospitalisation dans un centre hospitalier de courte durée, les 60 premiers jours par année dans un hôpital de réadaptation, pour une maison de convalescence ou un hôpital en soins chroniques ou pour les frais de l'assurance voyage du module Majoré.

1.4. Est-ce que l'accumulateur du maximum viager tient compte des remboursements obtenus pendant la période d'emploi ?

Selon votre ancien groupe d'emploi et vos périodes d'emploi, les frais soumis pour le calcul du maximum viager de 35 000 \$ ou de 100 000 \$, pour une personne assurée, peuvent comprendre des frais remboursés par l'assureur pendant la période d'emploi. Communiquez avec l'assureur Croix Bleue pour connaître le montant résiduel de votre maximum viager.

2. APPAREILS, EXAMENS ET TRAITEMENTS ADMISSIBLES

2.1. Les appareils pour l'apnée du sommeil sont-ils remboursables par le Régime ?

Oui. Les appareils à pression positive et les orthèses d'avancement mandibulaire, requis pour le traitement de l'apnée grave du sommeil, sont remboursables à 80 %, à la suite d'un diagnostic clairement établi par une clinique du sommeil. L'autorisation préalable de l'assureur est nécessaire avant tout achat ou location.

2.2. Un défibrillateur est-il admissible par le Régime ?

Oui. Seulement pour les personnes assurées avec le module de Base ou Majoré. Le remboursement est à 80 %. L'autorisation préalable de l'assureur est nécessaire avant tout achat ou location.

2.3. Les appareils auditifs sont-ils remboursables par le Régime ?

Non, mais la RAMQ peut rembourser certains appareils pour des conditions médicales particulières.

2.4. Quel est le montant remboursable par le Régime pour une orthèse podiatrique ?

80 % du montant admissible soumis, sujet à un maximum admissible de 125 \$ et à un remboursement maximum de 100 \$ par année par personne assurée.

2.5. Une pompe à insuline est-elle admissible par le Régime ?

Seules les personnes assurées par le module de Base ou Majoré bénéficient de cette protection. Une pompe à insuline peut être admissible si l'état de santé de la personne assurée le justifie. L'autorisation préalable de l'assureur est nécessaire avant tout achat ou location.

2.6. Les lentilles cornéennes pour les cataractes sont-elles remboursées par le Régime ?

La RAMQ rembourse les honoraires professionnels et l'hospitalisation, s'il y a lieu, pour la chirurgie. Cependant, la lentille intraoculaire en remplacement du cristallin peut être admissible par l'assurance à titre de prothèse.

2.7. Les examens en vue d'une chirurgie pour les cataractes sont-ils couverts par le Régime ?

Non, ils sont sous la responsabilité de la RAMQ.

2.8. Une radiographie par un chiropraticien est-elle remboursable par le Régime ?

Seulement pour les personnes assurées avec l'Ancienne protection. Les frais sont sujets à un remboursement de 80 % et à un maximum payable de 35 \$ par personne assurée par année (deux fois ce maximum par famille).

2.9. Les injections de cortisone sont-elles remboursables par le Régime ?

Les honoraires demandés pour l'injection ne sont pas admissibles. Cependant, le médicament peut être admissible s'il est prescrit par un médecin, qu'il est inclus de la liste des médicaments admissibles du Régime et qu'il a été acheté en pharmacie.

2.10. Le cannabis médical est-il remboursé par le Régime ?

Le cannabis, même pour des raisons médicales, n'est pas admissible par l'assurance.

3. HONORAIRES DE FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

3.1. Quel est le maximum applicable aux honoraires de Frais paramédicaux du module Majoré ?

Les honoraires des professionnels reconnus par les Frais paramédicaux du module Majoré sont remboursables à 80 %, avec un maximum payable de 41 \$ par visite (pour 2018) et un maximum par année applicable à l'ensemble des Frais paramédicaux de 1 000 \$ payable par personne assurée.

3.2. Comment est ajusté le montant maximum remboursé par visite pour les honoraires de Frais paramédicaux du module Majoré ?

Les dispositions actuelles du Régime prévoient une hausse du montant maximum par visite remboursable pour les honoraires de paramédicaux de 1 \$ par année pour atteindre 50 \$ par visite en 2027. À moins de changement, le maximum sera maintenu à 50 \$ pour les années suivantes.

3.3. Les honoraires pour un médecin dans le privé sont-ils remboursables par le Régime?

Non, les honoraires des médecins ne sont pas remboursables par le Régime.

4. RÉADAPTATION, CONVALESCENCE ET MALADES CHRONIQUES

4.1. Quelle est la durée de séjour reconnue pour un hôpital de réadaptation ou une maison de convalescence ?

Il n'y a pas de maximum pour un séjour qui est requis médicalement pour une personne assurée. Cependant, l'hôpital de réadaptation ou la maison de convalescence doivent être légalement reconnus comme tels. À noter que le

remboursement à 100 % est limité à une période maximale de 60 jours par année. Par la suite, le remboursement est à 80 %, sous réserve des dispositions du maximum viager.

4.2. Une personne assurée, avec un diagnostic reconnu de maladie d'Alzheimer, peut-elle être considérée comme « malade chronique » pour les frais d'hospitalisation en soins chroniques ?

Le motif de la condition médicale de la personne assurée n'est pas un élément déterminant. C'est plutôt que l'état de santé de la personne assurée, peu importe la maladie, l'empêche d'accomplir sans aide les cinq activités suivantes : se nourrir, s'habiller, utiliser les toilettes, se déplacer et faire sa toilette personnelle. Il appartient à la personne assurée de fournir à l'assureur les preuves requises de sa maladie chronique et de son incapacité à faire sans aide les cinq activités.

4.3. Est-ce qu'une personne assurée, hospitalisée dans un hôpital de soins pour malades chroniques privé en tant que « malade chronique » reconnu par l'assureur, peut réclamer les frais d'hébergement ?

Oui. Ce qui compte, c'est l'état de santé de la personne assurée et la reconnaissance légale de l'institution à titre de CHSLD par le gouvernement, et non pas que l'hôpital reconnu soit public ou privé.

5. TAUX DE PRIME

5.1. Les taux de primes sont-ils révisables annuellement ?

Oui, les taux sont ajustés chaque année selon les résultats financiers de l'expérience passée.

5.2. La part des primes assumées par Hydro-Québec va-t-elle demeurer la même si la prime augmente ?

Hydro-Québec assume 50 % du coût de la prime courante (35 % pour certains retraités) de l'Ancienne protection. Pour un participant avec le module de Base ou Majoré, Hydro-Québec verse le même montant qu'elle aurait versé si le participant avait maintenu l'Ancienne protection et le participant assume l'excédent de la prime requise pour le coût des protections modulaires.

6. QUESTIONS SUR LES MÉDICAMENTS DE LA RAMQ

6.1. Que se passe-t-il lorsque l'adhérent ou le conjoint atteignent l'âge de 65 ans ?

À 65 ans, ils doivent s'inscrire auprès de la RAMQ pour obtenir la protection médicaments prévue par la Loi de l'assurance médicaments de la RAMQ et le Régime devient le second payeur. À défaut, la prime exigible par le Régime sera

haussée substantiellement et cette majoration est supérieure au coût de la cotisation exigible pour la protection médicaments de la RAMQ.

6.2. Je suis assuré par l'assurance médicaments de la RAMQ. Est-ce que le Régime paie pour des médicaments non payés par la RAMQ ?

Oui pour certains médicaments puisque la liste de médicaments admissibles du Régime est plus large que la liste minimale prescrite par la Loi de l'assurance médicaments de la RAMQ.

6.3. Je suis assuré par l'assurance médicaments de la RAMQ. Peut-on renouveler les médicaments pour deux ou trois mois pour éviter de payer la franchise ?

Non, car la franchise de la RAMQ est payée mensuellement.

7. QUESTIONS SUR LA MODIFICATION DU CHOIX DE MODULES (BASE VS MAJORÉ) ET SUR LE CHANGEMENT DE PLAN (INDIVIDUEL VS FAMILIAL)

7.1. Quand peut-on changer de module ?

Une personne assurée participant aux protections modulaires peut changer de module le 1^{er} janvier suivant une participation minimale continue d'au moins trois ans dans un même module.

7.2. Selon mon choix, est-ce que Croix Bleue ou Hydro-Québec vont m'avertir après l'atteinte des trois années de participation ?

Non, les personnes assurées doivent suivre leur dossier et, si elles désirent et qu'elles peuvent changer de module, elles devront faire leur demande de changement de module au moins trente et un jour précédant le 1^{er} janvier.

7.3. Après une participation minimale de trois ans dans un même module, peut-on passer du module de Base à Majoré, ou vice versa, même si on est malade ?

Oui, la condition médicale n'empêche pas les changements de module.

7.4. Quand peut-on passer d'un plan individuel à familial ou de familial à individuel ?

Une demande pour modifier le plan d'assurance est possible en cas de modification du statut marital. La demande prend effet à la date du changement, si la demande est faite dans les trente et un jours de l'événement, sinon le 1^{er} janvier suivant.

7.5. Si je désire changer d'un plan individuel à un plan familial, dois-je attendre une période de trois ans ?

Non. Cependant, les dispositions du régime prévoient un changement de plan possible en cas de modification dans le statut matrimonial. Le cas échéant, une demande peut être faite pour changer de plan d'assurance et le nouveau plan d'assurance prend effet à la date du changement, si la demande est faite dans les trente et un jours, sinon le 1^{er} janvier suivant. Également, peu importe les raisons, les changements de plan d'assurance sont possibles au 1^{er} janvier de chaque année.

7.6. Est-ce que le conjoint de fait peut être assuré par le régime ?

Oui, pourvu que l'adhérent ait opté pour une protection familiale. Pour être reconnu comme « conjoint de fait », une exigence de vie commune d'au moins un an est requise ou moins d'un an, s'il y a naissance d'un enfant. La séparation de fait depuis plus de trois mois fait perdre le statut de conjoint.

Le cas échéant, une demande peut être faite pour changer de plan d'assurance et le nouveau plan d'assurance prend effet à la date du changement du statut matrimonial, si la demande est faite dans les trente et un jours du nouveau statut, sinon le 1^{er} janvier suivant. Peu importe les raisons, les changements de plan d'assurance peuvent être également faits au 1^{er} janvier de chaque année.

7.7. Jusqu'à quel âge les enfants peuvent-ils être assurés par le Régime ?

L'enfant de l'adhérent ou du conjoint, dépendant de l'adhérent pour son soutien, peut être assuré par le Régime jusqu'à l'âge de 21 ans moins un jour ou, quel que soit son âge, s'il est étudiant à plein temps. L'enfant frappé d'invalidité totale avant l'âge de 18 ans peut être également assuré. Évidemment, pour couvrir un enfant à charge, l'adhérent doit avoir opté pour une protection monoparentale ou familiale.

8. BLESSURE DENTAIRE

8.1. Comment se procurer le formulaire pour une blessure dentaire ?

Les frais dentaires requis pour la réparation et le remplacement de dents naturelles par suite d'un coup accidentel reçu sur la bouche pendant que la personne est couverte par l'assurance santé (y compris une lésion survenant pendant la mastication) peuvent être admissibles

En cas d'événement, la personne assurée doit communiquer avec Croix Bleue pour obtenir le formulaire « *Déclaration relative aux blessures dentaires* » et le compléter. La personne assurée devra indiquer les circonstances de l'accident, fournir une radiographie du dentiste prise après l'accident et avant les traitements et le plan de traitement détaillé du dentiste. Les frais doivent débiter dans les 180 jours suivants la date de ces dommages corporels.