

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 SSQ Assurance 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 est considéré pour le calcul du maximum viager, à l'exception des médicaments de la liste RAMQ, de la chambre d'hôpital et des premiers 60 jours des autres frais d'hospitalisation.

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 de la liste RAMQ, la chambre d'hôpital et les premiers 60 jours des autres frais d'hospitalisation.

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 SSQ Assurance 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 ?

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 ?

Avec l'approbation de la SSQ Assurance, sur prescription, et s'il fait partie de la liste des médicaments admissibles du Régime.

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 en tant que frais paramédicaux du module Majoré sont remboursables à 80 %, avec un maximum payable de 43 \$ par visite (pour 2020) et un maximum par année applicable à l'ensemble des frais paramédicaux de 1 075 \$ 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 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 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 OU MAJORÉ) ET SUR LE CHANGEMENT DE PLAN (INDIVIDUEL OU 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 l'assureur 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.

7.8. Si les deux parents décèdent, l'enfant à charge (handicapé ou non) peut-il conserver l'assurance santé et la transférer à son nom ?

À la suite du décès d'une personne adhérente, l'enfant à charge qui était assuré en vertu de ce contrat et qui bénéficie d'une rente à l'enfant (portion de rente) du régime de retraite d'Hydro-Québec (RRHQ), peut maintenir sa participation à l'assurance santé à son nom.

7.9. Un retraité a la protection familiale de l'assurance santé. Il atteint 65 ans avant sa conjointe et celle-ci retourne sur le marché du travail. Peut-elle adhérer aussi à la RAMQ et continuer d'être assurée par la protection familiale de l'assurance santé du retraité ?

Oui, si le retraité désire toujours conserver le plan familial. Cependant tout travailleur employé d'une compagnie offrant une assurance privée à ses employés, doit obligatoirement adhérer à celle-ci comme premier payeur (avant la RAMQ). Si le couple conserve le plan familial, SSQ Assurance sera alors deuxième payeur pour la conjointe.

7.10. Est-ce qu'un retraité qui a une protection familiale pour l'assurance santé d'Hydro-Québec et qui a aussi une protection familiale pour l'assurance de sa conjointe doit-il prendre la RAMQ lorsqu'il atteint l'âge de 65 ans ?

Oui, il doit 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.

7.11. Est-ce que mon numéro de carte d'assurance est modifié lorsque j'atteins 65 ans ?

Non le numéro de carte ne change jamais.

7.12. Quand puis-je renoncer à l'assurance santé d'Hydro-Québec ?

Le retraité pourra informer l'assureur, SSQ Assurance, qu'il désire renoncer à l'assurance santé en tout temps. Le changement entrera en vigueur le 31 décembre suivant. Cette décision est irrévocable.

7.13. Le conjoint ou les enfants à charge déjà assuré peuvent-ils conserver leur protection lors du décès du retraité ?

Oui, le conjoint ou l'enfant à charge survivant peut faire transférer l'assurance vers la protection prévue en vertu de l'assurance santé des retraités et ce, à son nom, en choisissant un statut de protection individuel ou monoparental, dans les **60 jours** suivant la date du décès. La décision de ne pas transférer l'assurance est irrévocable et aucune nouvelle personne ne peut s'ajouter.

8. ASSURANCE SANTÉ (LOI 116)

8.1. Les retraités qui ont quitté l'entreprise dans le cadre d'un programme d'indemnité de départ (comme la loi 116) ont-ils les mêmes droits que les autres retraités en ce qui concerne l'assurance santé ?

Oui, les retraités qui ont quitté l'entreprise dans le cadre d'un programme d'indemnité de départ (comme la loi 116) ont les mêmes droits que les autres retraités en ce qui concerne l'assurance santé.

Un employé qui reçoit d'Hydro-Québec, dans le cadre d'un licenciement, une indemnité de licenciement et qui, au moment de son départ, compte au moins 10 ans de service à Hydro-Québec et a 45 ans ou plus est admissible aux mêmes protections d'assurance que les autres retraités.

8.1 La conjointe d'un retraité qui a opté pour la loi 116 peut-elle transférer l'assurance à son nom à son décès ?

Non, seul le conjoint qui bénéficie d'une rente du Régime de retraite d'Hydro-Québec au conjoint peut maintenir sa participation à l'assurance santé au moment du décès de son conjoint. Puisque le retraité qui a opté pour la valeur de la rente à son départ à la retraite n'aura pas de rente payable au conjoint au moment de son décès, le conjoint ne pourra donc pas transférer l'assurance.

9. BLESSURE DENTAIRE

9.1. 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 SSQ Assurance (ssq.ca/hydro-quebec) pour obtenir le formulaire de demande de prestations pour soins dentaire et le compléter. Il est important de cocher OUI à la question « Ces soins sont-ils requis par suite d'un accident ? ».

La personne assurée devra indiquer les circonstances de l'accident, pourrait devoir fournir une photographie ou une radiographie de la blessure prise après l'accident et avant les traitements. Par la suite, un spécialiste dentaire de SSQ Assurance analysera votre demande et pourrait contacter votre dentiste, au besoin, afin de lui faire compléter un formulaire plus détaillé à faire signer. Dans tous les cas, les frais doivent débiter dans les 180 jours suivants la date de l'accident.

9.2 Mon dentiste m'informe qu'il n'est pas nécessaire de prendre une radiographie puisque la blessure sera invisible, que dois-je faire ?

Il est préférable que vous contactiez SSQ Assurance avant de consulter votre dentiste afin de connaître les documents ou les preuves nécessaires à l'évaluation de votre réclamation selon votre blessure.