



Régime de soins de santé de la fonction publique

Livret du participant

Juin 2024

Table des matières

Introduction	7
Bienvenue au Régime de soins de santé de la fonction publique	7
Le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP)	8
Gouvernance du RSSFP	8
Adhésion	9
Adhérer au RSSFP	9
Admissibilité	9
Adhésion préalable	11
Carte de prestations du RSSFP	13
Protection de vos renseignements personnels	14
Tenir à jour vos renseignements fournis lors de l'adhésion préalable	15
Inscription aux outils en ligne et numériques	15
Comment créer un compte des Services aux participants du RSSFP	16
Application mobile Ma Canada Vie au travail	16
Portail de MSH pour les participants du RSSFP	17
Cotisations	18
Modification de la protection	19
Passage d'une protection supplémentaire à une protection totale (et vice versa)	20
Passage d'une protection individuelle à une protection familiale (et vice versa)	20
Niveaux I, II et III de la garantie-hospitalisation	21
Retraite	22
Survivant	22
Groupe client d'Anciens Combattants Canada (ACC)	23
Congé non payé.....	25
Quitter le RSSFP	27
Cessation volontaire de la protection.....	27
Cessation involontaire de la protection	27
Avant d'engager des frais	27
Demandes de règlement au titre d'un régime provincial ou territorial.....	27
Frais raisonnables et habituels	28
Co-assurance.....	28
Frais admissibles maximums	29
Estimation du remboursement.....	29

Prestations	31
Le RSSFP offre deux types de protection : protection supplémentaire et protection totale.....	31
Exclusions et limitations générales.....	32
Garantie-maladie complémentaire.....	33
Frais de médicaments	34
Frais admissibles.....	34
Exclusions.....	36
Programme d'autorisation préalable	37
Substitution obligatoire de médicaments génériques.....	38
Substitution par un médicament biosimilaire	39
Honoraires professionnels des pharmaciens et limites de la fréquence.....	40
Protection pour médicaments onéreux en cas de frais de médicaments sur ordonnance élevés.....	41
Soins de la vue.....	41
Frais admissibles.....	41
Exclusions.....	43
Professionnels de la santé.....	43
Services de médecins et services de laboratoire.....	43
Frais admissibles.....	43
Exclusions.....	46
Frais divers	47
Frais admissibles.....	47
Renseignements complémentaires sur les soins liés à l'affirmation de genre	53
Appareils durables	54
Appareils durables – Pour les soins – Appareils pour mouvements physiques.....	55
Appareils durables – Pour les soins – Appareils de soutien et de repos	56
Appareils durables – Pour les soins – Moniteurs et appareils de détection.....	56
Appareils durables – Pour le traitement – Appareils d'appui mécanique et thérapeutique	58
Appareils durables – Pour le traitement – Appareils d'appui aérothérapeutique	59
Exclusions.....	59
Soins dentaires.....	60
Traitement à moindre coût	60
Blessure accidentelle	60
Opérations buccales.....	61
Exclusions.....	63

Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province.....	63
Garantie-voyage d'urgence	64
Frais admissibles	64
Garantie assistance voyage d'urgence.....	65
Voyage en service commandé.....	66
Services rendus sur recommandation	66
Exclusions	67
Garantie-hospitalisation – tous les participants.....	67
Garantie-hospitalisation supplémentaire (au Canada).....	67
Garantie-hospitalisation totale (à l'extérieur du Canada).....	68
Garantie-maladie de base (applicable à tous les participants bénéficiant d'une protection totale)	69
Gestion des demandes de règlement.....	70
Comment présenter une demande de règlement au titre de la protection supplémentaire (à l'exclusion des demandes de règlement au titre de la garantie assistance voyage d'urgence)	70
Comment présenter une demande de règlement au titre de la protection totale et de la garantie assistance voyage d'urgence.....	72
Demandes de règlement à soumettre à la Canada Vie ou à MSH	73
Date limite pour la présentation d'une demande de règlement	73
Renseignements sur la coordination des prestations	73
Relevé des prestations	76
Paiements en trop	76
Transfert aux échelons supérieurs d'une demande de règlement auprès de la Canada Vie	76
Appels	77
Coordonnées	77
Canada Vie.....	77
MSH International	78
Gouvernement du Canada	78
Définitions.....	80
Aperçu des frais admissibles maximums	86
Durée de validité des ordonnances.....	96



Introduction

Bienvenue au Régime de soins de santé de la fonction publique

Le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) est un régime de soins de santé à participation facultative, parrainé par l'employeur, pour les employés admissibles et les pensionnés (participants retraités) de la fonction publique fédérale, y compris les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) et des Forces armées canadiennes (FAC), les membres du parlement, les membres de la magistrature fédérale, les employés de certains organismes désignés et les membres du groupe client d'Anciens Combattants Canada (ACC) ainsi que leurs personnes à charge admissibles.

Destiné à vous et à vos personnes à charge admissibles, le livret du participant du RSSFP contient des renseignements sur l'adhésion au RSSFP, la protection offerte par le RSSFP, les exclusions et limitations des prestations, la gestion de vos demandes de règlement et des coordonnées utiles.

Ce livret ne remplace pas la Directive du RSSFP, qui comprend toutes les modalités et dispositions du RSSFP. En cas de divergence entre le contenu de ce livret et celui de la Directive du RSSFP, la Directive du RSSFP s'appliquera. La Directive du RSSFP, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2023, peut être consultée dans le [site web du Conseil national mixte](https://njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/fr) (njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/fr).

La plus récente version du RSSFP a été négociée en 2022 et les améliorations et changements qu'elle contient sont entrés en vigueur le 1^{er} juillet 2023. Les négociations entre toutes les parties répondaient aux besoins d'une main-d'œuvre diversifiée dans le secteur public canadien, des pensionnés et des personnes à charge admissibles, tout en tenant compte du fait que les prestations que vous recevez sont financées à même les fonds publics.

De plus, tous les changements et toutes les dispositions négociés ont été soumis à l'[Analyse comparative entre les sexes plus \(ACS Plus\)](https://femmes-egalite-genres.canada.ca/fr/analyse-comparative-entre-sexes-plus) (femmes-egalite-genres.canada.ca/fr/analyse-comparative-entre-sexes-plus). L'ACS Plus tient compte de la façon dont l'interaction des facteurs identitaires influence la perception qu'ont les gens des politiques et des initiatives gouvernementales.

Le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP)

Le RSSFP prévoit le remboursement de la totalité ou d'une partie des frais engagés et payés en totalité pour des services et des produits admissibles.

Sauf indication contraire, tous les produits et services admissibles au titre du RSSFP doivent être prescrits par un médecin, un infirmier praticien, ou encore un dentiste autorisé à exercer sa profession conformément à la loi applicable dans le territoire où l'ordonnance est prescrite. D'autres professionnels de la santé qualifiés peuvent prescrire des médicaments si la législation provinciale ou territoriale applicable le permet.

Le RSSFP rembourse les dépenses admissibles sur une base [raisonnable et habituelle](#) sous réserve des limites indiquées dans la [Directive du RSSFP](#) (njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/fr).

Le RSSFP offre deux types de protection :

1. Protection supplémentaire (si vous habitez au Canada)

Le RSSFP prévoit le remboursement de la totalité ou d'une partie des frais engagés pour des services et des produits admissibles après que vous et vos personnes à charge admissibles vous soyez prévalus de la protection offerte par votre régime d'assurance maladie provincial ou territorial ou tout autre système de remboursement des frais de soins de santé auquel vous avez droit.

2. Protection totale (si vous habitez à l'extérieur du Canada)

Le RSSFP prévoit une protection pour vous et vos personnes à charge admissibles si vous êtes affecté ou déployé à l'extérieur du Canada ou si vous vivez à l'extérieur du Canada en tant que pensionné (participant retraité) et que vous n'êtes plus admissible à un régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

Gouvernance du RSSFP

La gouvernance du RSSFP comprend plusieurs entités, chacune étant tenue responsable d'assurer la bonne administration du RSSFP.

Gouvernement du Canada

Le gouvernement du Canada, en tant qu'employeur et promoteur du régime, est responsable du RSSFP. À titre de promoteur du régime, le gouvernement du Canada assume l'entière responsabilité du paiement de tous les coûts liés au fonctionnement du RSSFP et au paiement des demandes de règlement.

Comité des partenaires du RSSFP

Le Comité des partenaires du RSSFP (le comité) est un forum collaboratif de négociations formé de l'employeur, de l'agent négociateur et des représentants des pensionnés. Le comité a pour mandat de formuler des recommandations aux ministres du Conseil du Trésor. Le comité est responsable de l'administration du RSSFP, des modifications apportées à sa conception, de sa gouvernance et de toute

autre question liée au RSSFP. Cela comprend la responsabilité de s'assurer que le RSSFP demeure rentable et capable de produire des avantages durables pour tous les participants du régime dans le but de favoriser leur santé et leur bien-être.

Administration du RSSFP fédérale

L'Administration du RSSFP fédérale (l'Administration) est une société sans capital-actions dont le mandat est de superviser l'exécution, par la Canada Vie, du contrat de services administratifs seulement du RSSFP. L'Administration du RSSFP veille à ce que la Canada Vie verse les prestations aux participants du RSSFP de façon efficace et efficiente, conformément aux dispositions du RSSFP. Exerçant ses activités selon un modèle de gouvernance partagée avec le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, l'Administration est redevable au Comité des partenaires du RSSFP et au président ou à la présidente du Conseil du Trésor.

Canada Vie

L'administrateur du régime, La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie), est responsable de l'administration courante du RSSFP. Cela comprend la prise de décisions cohérentes et le paiement des demandes de règlement admissibles conformément à la Directive du RSSFP, ainsi que la prestation des services précisés dans la [Directive du RSSFP](http://njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/fr) (njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/fr) et le contrat de services d'administration seulement du RSSFP.

MSH International

MSH International (MSH), un sous-traitant de la Canada Vie, est responsable de l'administration de la garantie assistance voyage d'urgence pour les frais engagés à l'extérieur de la province et de la [protection totale](#) au titre du RSSFP.

Adhésion

Adhérer au RSSFP

Admissibilité

Pour devenir un participant du RSSFP, vous devez satisfaire aux critères d'admissibilité décrits dans la Directive du RSSFP. La participation au RSSFP est volontaire, sauf si vous êtes affecté ou déployé à l'extérieur du Canada par votre employeur.

Employé admissible (participant actif)

- Vous êtes un employé de la fonction publique fédérale travaillant à temps plein ou à temps partiel nommé depuis plus de six mois ou ayant cumulé six mois d'emploi continu.
- Vous êtes un membre de la [Gendarmerie royale du Canada \(GRC\)](#).
- Vous êtes un membre des [Forces armées canadiennes \(FAC\)](#) (seules les personnes à charge admissibles bénéficient d'une protection).

- Vous êtes un **réserviste des FAC** (vérifiez auprès de votre bureau d'administration).

Pour présenter une demande d'adhésion au RSSFP

- Soumettez un formulaire de demande électronique en utilisant les **Applications Web de la rémunération (AWR)** sécurisées, si vous y avez accès. Sélectionnez le système de paye Phénix. Vous pouvez seulement accéder aux AWR à partir d'un serveur du gouvernement du Canada.
- Imprimez et remplissez la **Demande de l'employé au titre du RSSFP** (pshcp.ca/wp-content/uploads/2013/06/emp-applic-adhes-006491.pdf), puis soumettez-la au **bureau de rémunération de votre ministère ou au Centre des services de paye**.
- Pour recevoir par la poste une version papier du formulaire Demande de l'employé au titre du RSSFP, téléphonez au bureau de rémunération de votre ministère ou au Centre des services de paye. Remplissez et retournez le formulaire.

Pensionné admissible (participant retraité)

- Vous êtes un pensionné ayant accumulé au moins six années de service ouvrant droit à pension (**certaines exceptions s'appliquent**) et vous recevez tous les mois des **prestations de retraite régulières reconnues**.
- Vous êtes une personne à charge survivante admissible d'un employé ou d'un pensionné décédé et êtes admissible à la protection au titre du RSSFP du fait que vous recevez une pension mensuelle.
- Vous faites partie du **groupe client d'Anciens Combattants Canada (ACC)**.

Pour obtenir des précisions et des instructions sur le maintien de votre protection à la retraite, voir la section **Retraite**.

Pour obtenir des précisions et des instructions sur l'adhésion au RSSFP à titre de personne à charge survivante admissible, voir la section **Survivant**.

Pour obtenir des précisions et des instructions sur l'adhésion au RSSFP à titre de membre du groupe client d'ACC, voir Groupe client ACC.

Personne à charge admissible

- Votre conjoint
- Votre conjoint de fait, la personne avec qui vous cohabitez dans le contexte d'une relation conjugale depuis au moins un an.
- Vos enfants non mariés ou ceux de votre conjoint ou de votre conjoint de fait, y compris un enfant naturel, un enfant adopté, un beau-fils ou une belle-fille. Un enfant pour qui vous tenez lieu de parent peut également être admissible (communiquez avec votre bureau de rémunération, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions pour connaître les exigences) si :
 - l'enfant est âgé de moins de 21 ans;
 - l'enfant est âgé de plus de 21 ans et de moins de 25 ans et fréquente une école, un collège ou une université reconnus à temps plein;
 - l'enfant est âgé de plus de 21 ans ou de plus de 25 ans et était un enfant à charge au titre du RSSFP quand il est devenu incapable d'occuper un emploi lui permettant de subvenir à ses besoins à cause d'une incapacité mentale ou physique (pour demander une protection pour un enfant à charge ayant une invalidité, soumettez le **formulaire RSSFP – Demande de protection pour une personne à charge ayant une invalidité** dûment rempli à la Canada Vie)

Si vous avez un conjoint et un conjoint de fait, seul un des deux peut bénéficier d'une protection. Le RSSFP protégera uniquement la personne que vous identifiez lors de votre adhésion préalable. Il est de votre responsabilité de tenir à jour **les renseignements fournis lors de l'adhésion préalable**.

La protection du conjoint ou du conjoint de fait prend fin le jour où la définition de conjoint ou de conjoint de fait n'est plus satisfaite.

La protection de l'enfant prend fin le dernier jour du mois au cours duquel la définition d'enfant à charge n'est plus satisfaite.

Vous pourriez devoir mettre à jour votre protection en la faisant passer de familiale à individuelle et ainsi éviter le paiement en trop de cotisations. Si c'est le cas, voir la section **Modification de la protection**.

Date de prise d'effet de la protection pour vous et vos personnes à charge admissibles au titre du RSSFP

En règle générale, si vous présentez une demande d'adhésion dans les 60 jours après votre date d'admissibilité, la protection prend effet le premier jour du mois suivant le mois au cours duquel le bureau de rémunération de votre ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions reçoit votre demande d'adhésion dûment remplie. Par exemple, si votre demande d'adhésion est reçue le 15 février, votre protection prend effet le 1^{er} mars.

Si vous présentez une demande d'adhésion plus de 60 jours après votre date d'admissibilité, la protection prend effet le premier jour du quatrième mois suivant le mois au cours duquel le bureau de rémunération de votre ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions reçoit votre demande d'adhésion dûment remplie. Par exemple, si votre demande d'adhésion est reçue le 15 février, votre protection prend effet le 1^{er} juin.

IMPORTANT

Une fois que votre demande d'adhésion initiale au RSSFP a été approuvée par le bureau de rémunération de votre ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions, vous recevrez votre numéro de certificat du RSSFP. Ce numéro est votre numéro d'identification unique au titre du RSSFP. Vous devrez ensuite effectuer l'adhésion préalable auprès de la Canada Vie avant de pouvoir présenter vos demandes de règlement.

Adhésion préalable

L'adhésion préalable consiste à fournir à la Canada Vie des renseignements sur vous et vos personnes à charge admissibles pour assurer le traitement exact de vos demandes de règlement. Lors de l'adhésion préalable, vous devez consentir à l'utilisation de vos renseignements personnels. Voir la section **Protection de vos renseignements personnels**. Si vous n'effectuez pas l'adhésion préalable et ne donnez pas votre consentement, la Canada Vie ne pourra pas traiter vos demandes de règlement.

Pour effectuer l'adhésion préalable, vous aurez à fournir les renseignements suivants sur vous et vos personnes à charge admissibles, s'il y a lieu :

- nom
- date de naissance
- genre – homme, femme, autre ou préfère ne pas répondre
- numéro de certificat

- coordonnées, y compris l'adresse complète
- informations bancaires pour vous inscrire au service de dépôt direct pour les remboursements de vos demandes de règlement
- renseignements au sujet de tout autre régime collectif de soins de santé dont vous et votre conjoint ou conjoint de fait bénéficiez (par l'entremise d'un autre employeur, par exemple)
- si l'autre protection est auprès de la Canada Vie, vous aurez besoin des renseignements au sujet de l'autre régime (numéro de régime et de certificat, numéro d'identification).
- renseignements au sujet de tout autre régime collectif de soins de santé dont vos enfants à charge admissibles bénéficient par l'entremise d'un autre parent ou tuteur
- votre numéro de régime, qui est déterminé selon votre mois de naissance ou votre situation de participant :
 - de janvier à mars 52111
 - d'avril à juin 52112
 - de juillet à septembre 52113
 - d'octobre à décembre 52114
 - personne à charge survivante admissible (conjoint ou conjoint de fait et enfants admissibles) 52115

Par exemple, si vous êtes un employé ou un pensionné né au mois de novembre, votre numéro de régime est le 52114. Si vous êtes une personne à charge survivante admissible, votre numéro de régime est le 52115, quel que soit votre mois de naissance.

Pour changer votre nom de famille ou votre date de naissance, passer d'une protection supplémentaire à une protection totale (et vice versa), passer d'une protection familiale à une protection individuelle (et vice versa) ou modifier le niveau de protection au titre de la garantie-hospitalisation (I, II, III), qui sont tous des renseignements associés à votre dossier de paye ou de pension, communiquez avec le bureau de rémunération de votre ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions.

Comment effectuer votre adhésion préalable initiale en ligne

1. Rendez-vous à bienvenue.canadavie.com/rssfp/effectuer-l-adhesion-prealable et sélectionnez **Effectuer votre adhésion préalable**. Vous serez dirigé vers la page d'adhésion préalable au RSSFP. Cette page doit uniquement servir à l'adhésion préalable initiale. Voir la section [Tenir à jour vos renseignements fournis lors de l'adhésion préalable](#) pour savoir comment mettre à jour les renseignements fournis lors de l'adhésion préalable.
2. À la page d'adhésion préalable au RSSFP, entrez votre nom de famille, votre date de naissance et votre numéro de certificat, puis cliquez sur **Continuer**.
3. Vous devrez suivre les étapes à l'écran, donner votre consentement et soumettre les renseignements exigés pour l'adhésion préalable. Vous recevrez immédiatement un courriel de confirmation qui vous permettra de consulter, de télécharger et d'imprimer une version PDF de votre carte de prestations du RSSFP et de celle de vos personnes à charge admissibles.
4. Après avoir effectué l'adhésion préalable, créez votre compte dans le [site web des Services aux participants du RSSFP \(canadavie.com/rssfp\)](https://canadavie.com/rssfp) (voir la section [Avantages d'un compte des Services aux participants du RSSFP](#)).

Comment effectuer votre adhésion préalable initiale sur papier

Vous pouvez obtenir le formulaire d'adhésion préalable papier de l'une de deux façons :

1. Consultez le [site web des Services aux participants du RSSFP](http://canadavie.com/rssfp) (canadavie.com/rssfp) :
 - Sélectionnez Formulaires.
 - Trouvez, téléchargez et imprimez le Formulaire d'adhésion préalable.
2. Pour obtenir le Formulaire d'adhésion préalable par la poste, communiquez avec la [Canada Vie](#).

Lorsque vous aurez reçu la version papier du Formulaire d'adhésion préalable :

1. Remplissez le Formulaire d'adhésion préalable au RSSFP de deux pages recto verso de façon lisible. Révérifiez le formulaire pour vous assurer que les renseignements entrés sont complets et exacts. Signez et datez le formulaire.
2. Postez le Formulaire d'adhésion préalable à l'adresse suivante :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Adhésion préalable au RSSFP
CP 6000 Succursale Main
Winnipeg MB R3C 3A5

Environ trois semaines plus tard, vous recevrez une lettre accompagnée d'un relevé de confirmation et d'une carte de prestations du RSSFP en version papier.

Si votre formulaire est incomplet ou illisible, il vous sera retourné par la poste dans un délai de trois semaines, et vous devrez soumettre un nouveau formulaire à la Canada Vie. Si vous présentez une demande de règlement avant d'avoir effectué l'adhésion préalable, votre demande ne sera pas évaluée ni retenue. Vous devrez alors présenter une nouvelle demande de règlement à la suite de votre adhésion préalable.

Une fois l'adhésion préalable effectuée, vous pourrez présenter des demandes de règlement au titre du RSSFP (voir la section [Gestion des demandes de règlement](#)).

Carte de prestations du RSSFP

Votre carte de prestations du RSSFP comprend vos numéros de régime et de certificat

- Vous devez présenter votre carte de prestations du RSSFP (avec vos numéros de régime et de certificat) à votre pharmacien et à vos fournisseurs de soins de santé inscrits afin qu'ils puissent présenter à la Canada Vie des demandes de règlement par voie électronique.
- Vos numéros de régime et de certificat sont exigés pour la présentation des demandes de règlement pour vos personnes à charge admissibles.
- Si votre conjoint ou conjoint de fait est également protégé à titre de participant du RSSFP, vous pourriez avoir des numéros de certificat différents ainsi que des numéros de régime différents selon votre date de naissance. Prenez note de vos numéros de régime et de certificat afin de présenter correctement vos demandes de règlement.
- Votre carte de prestations indique :
 - les coordonnées de la Canada Vie; et
 - les coordonnées de MSH International pour l'assistance voyage d'urgence pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province ainsi que pour les participants du RSSFP qui habitent à l'extérieur du Canada.

Protection de vos renseignements personnels

La Canada Vie accorde une très grande importance à la protection de vos renseignements personnels. La Canada Vie est tenue par la loi d'obtenir votre consentement et d'indiquer quand et comment elle utilisera vos renseignements personnels et qui sont les personnes qui ne pourront pas les consulter. Ce consentement vise notamment le gouvernement du Canada, l'Administration du RSSFP et la Canada Vie. En donnant votre consentement, vous permettez à la Canada Vie de recueillir, d'utiliser et de communiquer vos renseignements et ceux de vos personnes à charge admissibles aux fins de traitement de vos demandes de règlement au Canada et à l'extérieur du Canada. Voir l'[Énoncé sur la protection des renseignements personnels](https://www.canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/services/regimes-assurance/regime-soins-sante/enonce-protection-renseignements-personnels-regime-soins-sante-fonction-publique-septembre-2009.html) (<https://www.canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/services/regimes-assurance/regime-soins-sante/enonce-protection-renseignements-personnels-regime-soins-sante-fonction-publique-septembre-2009.html>) pour en savoir plus sur la protection de vos renseignements personnels. Pour obtenir un exemplaire de nos [Normes en matière de protection des renseignements personnels](https://canadavie.com/confidentialite) (canadavie.com/confidentialite), ou si vous avez des questions sur les politiques et pratiques de la Canada Vie en matière de protection des renseignements personnels, y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services, écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie à partir de la page [Pour nous joindre : Demande relative à la protection des renseignements personnels](#) (canadavie.com).

Votre consentement

Que vous ayez choisi d'effectuer l'adhésion préalable en ligne ou au moyen du formulaire papier, vous devez lire attentivement la section **Autorisation et déclaration** et donner votre consentement. Si vous ne fournissez pas votre consentement, la Canada Vie ne peut pas traiter vos demandes de règlement. Si vous soumettez une demande de règlement, mais que vous n'avez pas effectué l'adhésion préalable ou donné votre consentement, votre demande de règlement ne sera pas traitée et vous ne recevrez aucun paiement.

À noter : Avant de donner votre consentement, assurez-vous de lire attentivement la section **Autorisation et déclaration** lorsque vous effectuerez l'adhésion préalable en ligne ou au moyen du formulaire papier. Pour en savoir plus, veuillez consulter [Normes en matière de protection des renseignements personnels](#) de la Canada Vie (canadavie.com/confidentialite).



Tenir à jour vos renseignements fournis lors de l'adhésion préalable

Vous pouvez mettre à jour ou modifier les renseignements relatifs à l'adhésion préalable en tout temps. Pour éviter toute interruption dans le traitement de vos demandes de règlement, vous devez vous assurer que vos renseignements personnels sont à jour, qu'ils concernent votre état matrimonial, la naissance ou l'adoption d'un enfant, vos renseignements bancaires, vos coordonnées ou tout autre renseignement.

Pour modifier les renseignements fournis lors de l'adhésion préalable, vous avez trois options :

1. Ouvrez une session dans votre [compte des Services aux participants du RSSFP](https://canadavie.com/rssfp) (canadavie.com/rssfp), puis mettez à jour vos renseignements dans la section Votre profil.
2. Imprimez et remplissez le [Formulaire d'adhésion préalable au RSSFP](#), puis envoyez-le par la poste à la Canada Vie.
3. Pour obtenir le [Formulaire d'adhésion préalable au RSSFP](#) par la poste, communiquez avec la [Canada Vie](#). Remplissez le formulaire, puis retournez-le à la Canada Vie.

IMPORTANT

Pour changer votre nom de famille ou votre date de naissance, passer d'une protection supplémentaire à une protection totale (et vice versa), passer d'une protection familiale à une protection individuelle (et vice versa) ou modifier le niveau de protection au titre de la garantie-hospitalisation (I, II, III), qui sont tous des renseignements associés à votre dossier de paye ou de pension, communiquez avec [le bureau de rémunération de votre ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions](#).

Inscription aux outils en ligne et numériques

Engagement en faveur de l'environnement

Le gouvernement du Canada et la Canada Vie s'efforcent de protéger et de préserver notre planète pour les générations à venir. Vous pouvez aider à réduire la consommation de papier par la gestion de votre correspondance, de vos demandes de règlement et de vos renseignements personnels au titre du RSSFP en ligne. Ouvrez une session dans votre [compte des Services aux participants du RSSFP](https://canadavie.com/rssfp) (canadavie.com/rssfp) puis, à partir de l'icône qui se trouve dans le coin supérieur droit de l'écran, cliquez sur **Votre profil** et **Préférences de communication**.

Compte des Services aux participants du RSSFP

Avantages d'un compte des Services aux participants du RSSFP

En créant un [compte des Services aux participants du RSSFP](https://canadavie.com/rssfp) (canadavie.com/rssfp), vous pouvez :

- accéder aux cartes de prestations du RSSFP pour vous et vos personnes à charge admissibles (s'il y a lieu)
- vous inscrire au service de dépôt direct pour le remboursement de vos demandes de règlement
- présenter des demandes de règlement en ligne et accéder à l'historique des demandes de règlement
- recevoir des avis lorsque vos demandes de règlement ont été traitées
- accéder à de l'information détaillée sur les prestations, aux formulaires de demande de règlement et à d'autres renseignements importants
- trouver des fournisseurs de soins de santé qui offrent le service eRéclamations

- présenter des demandes de règlement avec coordination des prestations entre deux régimes de la Canada Vie ou soumettre le solde restant d'une demande de règlement déjà traitée au titre d'un autre régime collectif
- mettre à jour les renseignements fournis lors de l'adhésion préalable, comme les renseignements sur le dépôt direct
- utiliser la fonction de recherche de médicaments pour trouver des renseignements sur des médicaments sur ordonnance en entrant le nom d'un médicament sur ordonnance ou son numéro d'identification (DIN)
- soumettre des photos de reçus pour tous les frais médicaux
- envoyer les pièces justificatives demandées par la Canada Vie, comme les recommandations d'un médecin et les questionnaires médicaux
- communiquer avec la Canada Vie de manière sécurisée au moyen du clavardage en ligne ou de la messagerie à la page Pour nous joindre

Comment créer un compte des Services aux participants du RSSFP

Vous devez effectuer l'adhésion préalable avant de créer votre compte des Services aux participants du RSSFP. Prévoyez au moins 48 heures pour le traitement de votre adhésion préalable avant de créer votre compte. Cela permettra à vos renseignements d'être transférés dans les systèmes et d'apparaître dans votre compte.

Pour créer un compte :

1. Vous aurez besoin de vos numéros de régime et de certificat.
2. Rendez-vous dans le [site web des Services aux participants du RSSFP](https://canadavie.com/rssfp) (canadavie.com/rssfp).
3. Si vous avez déjà un compte auprès de la Canada Vie, choisissez **Ouvrir une session**.
4. Si vous n'avez pas de compte auprès de la Canada Vie, choisissez **S'inscrire**.
5. Choisissez **Commencer maintenant**.
6. Suivez les instructions à l'écran.

Si vous avez déjà un compte en ligne pour le Régime de soins dentaires de la fonction publique (RSDFP), vous pouvez ouvrir une session dans le [site web des Services aux participants du RSSFP](https://canadavie.com/rssfp) (canadavie.com/rssfp) en utilisant vos données d'accès du RSDFP. Vous serez invité à consulter l'information sur votre protection au titre du RSSFP ou du RSDFP ou de tout autre compte détenu auprès de la Canada Vie. Pour savoir si vos régimes sont déjà liés, cliquez sur l'icône qui se trouve dans le coin supérieur droit de l'écran. Si vous y voyez l'option de basculer entre régimes, vos régimes sont déjà liés et vous n'avez aucune mesure à prendre. Si vous ne voyez pas l'option de basculer entre régimes, sélectionnez l'option permettant **d'établir le lien avec votre RSDFP maintenant**.

Si vous avez des questions, communiquez avec la [Canada Vie](#).

Application mobile Ma Canada Vie au travail

Vous pouvez vous servir de l'application Ma Canada Vie au travail pour :

- présenter des demandes de règlement
- passer en revue votre protection
- consulter l'historique de vos demandes de règlement
- enregistrer votre carte de prestations du RSSFP directement sur votre téléphone

Pour commencer

1. Si ce n'est pas déjà fait, inscrivez-vous aux [Services aux participants du RSSFP](https://canadavie.com/rssfp) (canadavie.com/rssfp) afin d'y ouvrir un compte.
2. Téléchargez l'application Ma Canada Vie au travail à partir de votre boutique d'applications.
3. Ouvrez une session en vous servant de l'adresse courriel et du mot de passe associés à votre compte des Services aux participants du RSSFP.

Réglages d'appareil importants

- Vous devez activer les mises à jour automatiques pour que les correctifs et les mises à jour s'installent immédiatement sur votre appareil.
- L'application mobile s'affiche dans la langue que vous avez choisie sur votre appareil mobile. Il se peut que ce ne soit pas la langue indiquée dans vos préférences de communication lorsque vous avez effectué l'adhésion préalable auprès de la Canada Vie. Assurez-vous de configurer votre appareil mobile en fonction de vos préférences linguistiques.
- Si vous avez besoin d'un appareil télécopieur, vérifiez que l'option correspondante est activée dans les réglages de votre appareil.

Vous participez déjà au Régime de soins dentaires de la fonction publique et avez l'application mobile

Si vous êtes un employé et un participant du Régime de soins dentaires de la fonction publique (RSDFP), continuez d'utiliser l'application mobile Ma Canada Vie au travail. Si l'option de mises à jour automatiques est activée sur votre appareil, l'application sera automatiquement mise à jour pour inclure vos renseignements au titre du RSSFP et du RSDFP. Si cette option de mise à jour automatique n'est pas activée, vous devrez mettre à jour manuellement l'application à partir de la boutique d'applications (App Store ou Google Play).

Une fois que l'application a été mise à jour et que vous avez ouvert une session, vous serez invité à consulter l'information sur votre protection au titre du RSSFP ou du RSDFP ou de tout autre compte détenu auprès de la Canada Vie. Vous pourrez basculer d'un régime à l'autre.

Si vous utilisez la biométrie (reconnaissance faciale, commande tactile ou identification par empreinte digitale) pour ouvrir une session, vous devez vous servir de la fonction Changer de régime qui se trouve dans le profil de l'application.

Pour toute question, veuillez communiquer avec la [Canada Vie](https://canadavie.com).

Portail de MSH pour les participants du RSSFP

Avantages d'un compte dans le portail de MSH pour les participants du RSSFP

MSH est l'administrateur de la garantie assistance voyage d'urgence à l'extérieur de la province pour les participants qui habitent au Canada, et de la protection totale pour les participants qui habitent à l'extérieur du Canada.

En créant un compte en ligne dans le [portail de MSH pour les participants du RSSFP](https://rssfp-msh.ca) (rssfp-msh.ca), vous pouvez :

- présenter vos demandes de règlement accompagnées d'une photo ou d'une copie électronique de vos reçus

- consulter votre profil et vos renseignements personnels (en lecture seule. Pour modifier les renseignements fournis lors de l'adhésion préalable, voir la section [**Tenir à jour vos renseignements fournis lors de l'adhésion préalable**](#). Veuillez prévoir un délai de 48 heures pour la mise à jour des renseignements dans votre compte de MSH.)
- obtenir des formulaires de demande de règlement et d'autres documents

Comment créer un compte dans le portail de MSH pour les participants du RSSFP

- Rendez-vous dans le [**portail de MSH pour les participants du RSSFP**](http://rssfp-msh.ca) (rssfp-msh.ca) et ouvrez une session.
- Sélectionnez **S'inscrire ici**.
- Entrez l'adresse courriel, le numéro de régime, le numéro de certificat, le nom de famille et la date de naissance que vous avez fournis lors de l'adhésion préalable auprès de la Canada Vie.
- Créez et confirmez un mot de passe, puis sélectionnez et entrez une question de sécurité. Un courriel de vérification vous sera envoyé dans les cinq minutes.
- Vérifiez votre compte en cliquant sur le lien qui se trouve dans le courriel de vérification et en entrant le code de vérification fourni. (À noter : Le code expire après 30 minutes. S'il expire, vous devrez en obtenir un nouveau.)

Vous ne pouvez pas modifier les renseignements fournis lors de l'adhésion préalable, comme votre adresse courriel, dans le portail de MSH pour les participants du RSSFP.

Cotisations

Le RSSFP est financé par les cotisations :

- du gouvernement du Canada
- des employeurs participants
- des participants de régime

Les taux de cotisation mensuels au RSSFP sont composés de deux éléments, à savoir le coût associé à la garantie-maladie complémentaire et le coût associé à la garantie-hospitalisation. Chacun de ces éléments est assujéti à une entente de partage des coûts distincte. Les taux de cotisation se trouvent à l'Annexe V de la Directive du RSSFP, dans le site web du [**Conseil national mixte**](http://njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/s821/fr) (njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/s821/fr).

Le montant des cotisations des participants dépend du type et du niveau de protection choisis (par exemple, employé ou pensionné, protection individuelle ou protection familiale, niveau de la garantie-hospitalisation).

Les cotisations sont versées mensuellement et inscrites comme des retenues sur le relevé de paye ou sur le relevé des prestations de retraite.

Employés

L'employeur paye la totalité de la **garantie-maladie complémentaire** et de la **garantie-hospitalisation de niveau I**. Vous devez acquitter la totalité des cotisations additionnelles associées à la garantie-hospitalisation de niveau II et de niveau III, à moins d'indication contraire.

À noter : Pour les cadres, les cotisations associées à la garantie-maladie complémentaire et à la garantie-hospitalisation de niveau III sont entièrement payées par l'employeur.

Pensionnés

L'employeur paye 50 % de la garantie-maladie complémentaire et 100 % de la garantie-hospitalisation de niveau I. Vous devez acquitter la totalité des cotisations additionnelles associées à la garantie-hospitalisation de niveau II et de niveau III.

Disposition d'allègement du RSSFP à l'intention des pensionnés

Un pensionné peut présenter une demande en vertu de la disposition d'allègement du RSSFP. L'employeur paye 75 % de la garantie-maladie complémentaire et 100 % de la garantie-hospitalisation de niveau I si le pensionné satisfait aux critères suivants :

- est devenu un participant pensionné du RSSFP le 31 mars 2025 ou avant cette date;
- reçoit le Supplément de revenu garanti (SRG); ou
- a un revenu imposable net avec son conjoint ou conjoint de fait, tel qu'il est indiqué dans l'avis de cotisation, qui est inférieur aux seuils établis en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*.

Pour les seuils du SRG les plus récents, consultez le **site web de Service Canada** (canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/portefeuille/service-canada.html).

Si vous pensez être admissible, remplissez le **Formulaire de demande d'allègement au titre du RSSFP** (tps-gc-pwgsc.gc.ca/remuneration-compensation/services-pay-pay-services/form/html/481-fra), puis retournez-le à votre Centre des pensions. Pour obtenir un formulaire papier par la poste, faites-en la demande en téléphonant à votre Centre des pensions.

Modification de la protection

Vous devez vous assurer que votre protection convient à vos besoins et que les renseignements et données sur l'emploi que vous avez fournis lors de l'adhésion préalable sont à jour, comme votre nom de famille et votre date de naissance. Pour changer votre nom de famille ou votre date de naissance, passer d'une protection supplémentaire à une protection totale (et vice versa), passer d'une protection familiale à une protection individuelle (et vice versa) ou modifier le niveau de protection au titre de la garantie-hospitalisation (I, II, III), qui sont tous des renseignements associés à votre dossier de paye ou de pension, communiquez avec le bureau de rémunération de votre ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions. En confirmant votre niveau de protection, vous pouvez vous assurer que vous avez le bon taux de cotisation. Cela peut vous éviter de payer trop de cotisations.

Passage d'une protection supplémentaire à une protection totale (et vice versa)

Protection à l'extérieur du Canada

Pour passer d'une protection supplémentaire à une protection totale, vous devez remplir la [Demande de l'employé au titre du RSSFP](https://pshcp.ca/wp-content/uploads/2013/06/emp-applic-adhes-006491.pdf) (pshcp.ca/wp-content/uploads/2013/06/emp-applic-adhes-006491.pdf) ou la [Demande du pensionné au titre du RSSFP](https://pshcp.ca/wp-content/uploads/2013/06/pens-applic-adhes-006492-2.pdf) (pshcp.ca/wp-content/uploads/2013/06/pens-applic-adhes-006492-2.pdf) et la soumettre au bureau de rémunération de votre ministère, au Centre des services de paye ou au Centre des pensions.

Si votre demande de changement de protection est reçue par l'agent désigné **dans les 60 jours** de la date où vous cessez d'être protégé par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial, la protection prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande. Si la demande est reçue **plus de 60 jours après** que la protection au titre d'un régime d'assurance maladie provincial ou territorial a pris fin, la nouvelle protection prend effet le premier jour du quatrième mois suivant la date de réception de la demande.

Les participants affectés ou déployés à l'extérieur du Canada par leur employeur sont tenus d'obtenir une protection totale du RSSFP pour le mois de leur départ du Canada.

En cas de passage d'une protection totale à une protection supplémentaire, cette dernière ne peut pas commencer avant la date d'effet de la protection au titre d'un régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

Passage d'une protection individuelle à une protection familiale (et vice versa)

Si vous avez une protection individuelle et que vous souhaitez la faire passer à une protection familiale ou vice versa, vous devez remplir la [Demande de l'employé au titre du RSSFP](https://pshcp.ca/wp-content/uploads/2013/06/emp-applic-adhes-006491.pdf) (pshcp.ca/wp-content/uploads/2013/06/emp-applic-adhes-006491.pdf) ou la [Demande du pensionné au titre du RSSFP](https://pshcp.ca/wp-content/uploads/2013/06/pens-applic-adhes-006492-2.pdf) (pshcp.ca/wp-content/uploads/2013/06/pens-applic-adhes-006492-2.pdf) et la soumettre au bureau de rémunération de votre ministère, au Centre des services de paye ou au Centre des pensions.

Si vous êtes un employé et que vous avez accès aux [Applications Web de la rémunération \(AWR\)](#), vous pouvez apporter les changements au moyen de ce service. Vous pouvez seulement accéder aux AWR à partir d'un serveur du gouvernement du Canada.

Vos taux de cotisation pourraient être modifiés en conséquence.

Passage de la protection individuelle à la protection familiale

Si votre demande est reçue dans les 60 jours suivant l'ajout de nouvelles personnes à charge admissibles, la protection prend effet à la date de l'ajout des personnes à charge admissibles.

Si la demande est reçue plus de 60 jours après l'ajout des personnes à charge admissibles, la protection prend effet le premier jour du quatrième mois suivant la réception de la demande.

Passage d'une protection familiale à une protection individuelle

La protection d'une personne à charge cesse au plus tard deux mois après la réception de votre demande. Le taux de cotisation réduit s'appliquera le mois précédant la date d'effet de la protection individuelle (s'il y a lieu).

Sauf advenant le décès d'une personne à charge ou une erreur administrative, aucune cotisation n'est remboursée rétroactivement lorsque la protection de la personne à charge est annulée.

IMPORTANT

Après avoir modifié votre protection individuelle ou familiale, vous devez également mettre à jour les renseignements fournis lors de l'adhésion préalable auprès de la Canada Vie en accédant à votre [compte des Services aux participants du RSSFP](#). Voir la section [Adhésion préalable](#). Vous pouvez imprimer le Formulaire d'adhésion préalable à partir du [site web des Services aux participants du RSSFP](#) ([canadavie.com/rssfp](#)) ou en communiquant avec la [Canada Vie](#) pour obtenir le formulaire par la poste.

Si vous souhaitez ajouter ou retirer des personnes à charge admissibles tout en conservant la protection familiale, il vous suffit de mettre à jour les renseignements fournis lors de l'adhésion préalable en accédant à votre [compte des Services aux participants du RSSFP](#) ([canadavie.com/rssfp](#)). Pour connaître la marche à suivre, voir la section [Adhésion préalable](#).

Niveaux I, II et III de la garantie-hospitalisation

Les participants du RSSFP sont tenus de choisir un niveau de protection au titre de la garantie-hospitalisation, laquelle prévoit le remboursement des frais couvrant le logement et la pension en sus des frais de salle, pour chaque jour d'hospitalisation. Le niveau de protection détermine le maximum remboursable (sous réserve des frais raisonnables et habituels) et influe sur vos cotisations mensuelles au RSSFP. Les cotisations mensuelles au RSSFP pour les niveaux II et III de la garantie-hospitalisation sont calculées en fonction du coût global de ces niveaux de protection.

Il existe trois niveaux de protection, avec remboursement de 100 % des frais, qui déterminent le maximum qui pourrait vous être remboursé pour chaque jour d'hospitalisation.

- Niveau I : 90 \$
- Niveau II : 170 \$
- Niveau III : 250 \$

Si, par exemple, vous avez une protection de niveau II, vous pourriez recevoir un remboursement de 170 \$ par jour pour le séjour en salle en sus des frais de salle pendant l'hospitalisation.

Pour modifier votre niveau de protection au titre de la garantie-hospitalisation et autoriser le rajustement de vos cotisations, vous devez soumettre la [Demande de l'employé au titre du RSSFP](#) ([pshcp.ca/wp-content/uploads/2013/06/emp-applic-adhes-006491.pdf](#)) ou la [Demande du pensionné au titre du RSSFP](#) ([pshcp.ca/wp-content/uploads/2013/06/pens-applic-adhes-006492-2.pdf](#)) au bureau de rémunération de votre ministère, au Centre des services de paye ou au Centre des pensions.

Si vous êtes un employé et que vous avez accès aux [Applications Web de la rémunération \(AWR\)](#), vous pouvez apporter les changements au moyen de ce service. Vous pouvez seulement accéder aux AWR à partir d'un serveur du gouvernement du Canada.

En règle générale, toute augmentation du niveau de la garantie-hospitalisation prendra effet le premier jour du quatrième mois suivant la réception de la demande. Pour toute autre situation, communiquez avec le bureau de rémunération de votre ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions.

La modification du niveau de la garantie-hospitalisation n'a **aucun** effet sur les renseignements fournis lors de l'adhésion préalable auprès de la Canada Vie, mais elle a un effet sur vos **taux de cotisation** (njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/fr).

Retraite

Si vous êtes un ancien employé de la fonction publique fédérale et que vous touchez une pension du régime de retraite de la fonction publique, ou si vous avez pris votre retraite le 31 mars 2015 ou après cette date et que vous avez accumulé au moins six années de service ouvrant droit à pension, vous êtes admissible à la protection au titre du RSSFP.

Les employés qui ont immédiatement droit à des prestations de retraite régulières sur une base mensuelle peuvent maintenir leur protection continue au titre du RSSFP. La trousse d'information relative à la retraite que vous recevrez du bureau de rémunération de votre ministère ou du Centre des pensions comprendra un formulaire d'autorisation des retenues à même les prestations de retraite que vous touchez.

Au cours de la transition, bien que la protection soit offerte en continu, vos demandes de règlement pourraient être refusées pendant la mise à jour de vos dossiers de paye et de pension. Dans ce cas, présentez à nouveau les demandes de règlement à la Canada Vie une fois que le prélèvement des retenues du RSSFP aura commencé. La Canada Vie traitera ces nouvelles demandes et autorisera le remboursement des frais admissibles.

Si vous avez besoin de médicaments d'entretien comme de l'insuline, veillez à en acheter une provision suffisante avant de prendre votre retraite ou acquittez le coût des médicaments, puis présentez les demandes de règlement une fois que le prélèvement des retenues sur vos prestations de retraite aura commencé. Voir la section **Limite d'approvisionnement** pour en savoir plus.

À noter : Certaines agences fédérales et sociétés d'État ainsi que les gouvernements territoriaux ne participent pas au RSSFP. Même si votre ancien employeur ne participait pas au RSSFP, vous pourriez y être admissible à titre de participant retraité. Pour savoir si vous êtes admissible, communiquez avec votre Centre des pensions.

Survivant

Au décès d'un participant du RSSFP, la protection offerte par le RSSFP n'est pas transférée automatiquement aux personnes à charge survivantes admissibles du défunt.

Un conjoint ou conjoint de fait survivant peut demander la protection du RSSFP à titre personnel s'il touche tous les mois des **prestations de retraite régulières reconnues** (njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/s826/fr). À noter : Si le conjoint ou conjoint de fait survivant participe déjà au RSSFP, il ne peut pas demander une protection à titre de survivant. Une même personne ne peut pas être inscrite au RSSFP à la fois comme participant et comme survivant.

Un enfant qui touche tous les mois des prestations de retraite régulières reconnues peut présenter une demande de participation s'il est l'unique survivant. Communiquez avec votre Centre des pensions pour en savoir plus.

Advenant votre décès, assurez-vous que vos survivants ont toutes les coordonnées pour communiquer avec le bureau de rémunération de votre ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions.

Pour demander la protection du RSSFP à titre de survivant, la personne à charge doit communiquer avec le bureau de la rémunération du ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions du défunt et envoyer le certificat de décès du participant du RSSFP.

- Si le survivant touche tous les mois des prestations de retraite régulières reconnues et qu'il est admissible à la protection du RSSFP, le bureau de la rémunération du ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions du défunt l'aidera à présenter une demande d'adhésion au moyen de la [Demande du pensionné au titre du RSSFP](#). Le formulaire est également accessible à la page rssfp.ca/formulaires-et-documents/. Les demandeurs doivent choisir le bon niveau de protection (protection individuelle ou familiale et garantie-hospitalisation) avant de soumettre le formulaire.
- Si sa demande de protection au titre du RSSFP est approuvée, la personne à charge survivante admissible doit effectuer l'adhésion préalable. Voir [Adhésion préalable](#).
- Pour les personnes à charge survivantes admissibles (conjoint ou conjoint de fait, enfants admissibles), le numéro de régime sera le 52115 et le numéro de certificat demeurera inchangé.

Si la demande est reçue dans les 60 jours suivant le décès du participant et que l'admissibilité de la personne à charge survivante est confirmée, la protection prendra effet le premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Si la demande est reçue plus de 60 jours après le décès du participant, la protection prendra effet le premier jour du quatrième mois suivant la réception de la demande. La protection est maintenue aussi longtemps que les personnes à charge survivantes admissibles ont droit tous les mois à des prestations de retraite régulières reconnues et que les cotisations exigées sont payées.

Groupe client d'Anciens Combattants Canada (ACC)

Vous pourriez être [admissible](#) au RSSFP comme membre du groupe client d'ACC si vous êtes un ancien membre des FAC et que vous ne pouvez pas participer au RSSFP autrement à titre d'employé ou de pensionné.

ACC aura la responsabilité de déterminer votre admissibilité. Votre numéro de certificat d'ACC, commençant par V50 ou V59, vous sera fourni dans la lettre d'approbation d'ACC.

Consultez le [site web d'ACC](#) (<https://www.veterans.gc.ca/fra/endirect>) pour télécharger la Demande d'adhésion au RSSFP (VAC630) ou appelez ACC au numéro sans frais 1 866 522-2022 (ligne téléphonique en français) pour recevoir un formulaire par la poste.

Pour envoyer votre formulaire de demande d'adhésion au RSSFP par la poste à ACC :

Anciens Combattants Canada
CP 6000
Matane QC G4W 0E4

Processus d'adhésion préalable d'ACC

Une fois que vous recevez l'approbation d'ACC pour adhérer au RSSFP, vous pouvez imprimer le Formulaire d'adhésion préalable au RSSFP et de débit préautorisé ainsi que les instructions qui se trouvent dans le [site web des Services aux participants du RSSFP](#) (bienvenue.canadavie.com/rssfp/acc).

Vous pouvez également communiquer avec la **Canada Vie** pour obtenir par la poste une version papier du Formulaire d'adhésion préalable au RSSFP et de débit préautorisé.

Comme le groupe client d'ACC exige la version papier, vous devez envoyer le Formulaire d'adhésion préalable et de débit préautorisé de six pages à l'adresse suivante :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
SAG DG1227
CP 6000 Succursale Main
Winnipeg MB R3C 3A5

Le Formulaire d'adhésion préalable au RSSFP et de débit préautorisé papier doit être accompagné de ce qui suit :

- Les six pages du Formulaire d'adhésion préalable et de débit préautorisé
- Vos renseignements bancaires afin d'établir le débit préautorisé pour la perception de vos cotisations par la Canada Vie
- Un chèque annulé ou un imprimé renfermant vos renseignements bancaires préparé par votre institution bancaire

Pour mettre en vigueur votre protection pour soins de santé :

1. Remplissez les six pages du Formulaire d'adhésion préalable au RSSFP et de débit préautorisé et envoyez-le par la poste à la Canada Vie.
2. Revérifiez le formulaire pour vous assurer que les renseignements entrés sont complets, exacts et lisibles.
3. Signez et datez le formulaire, à défaut de quoi il vous sera retourné.
4. Envoyez le formulaire dûment rempli et signé à l'adresse suivante :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
SAG DG1227
CP 6000 Succursale Main
Winnipeg MB R3C 3A5

Une fois l'adhésion préalable effectuée, vous recevrez deux lettres de la Canada Vie :

- la première lettre inclura un relevé de confirmation de la protection et une carte de prestations papier du RSSFP
- la deuxième lettre indiquera le taux de cotisation mensuel selon l'option de protection que vous avez choisie ainsi que le montant des retraits mensuels prévus de cotisations

IMPORTANT

Si le Formulaire d'adhésion préalable au RSSFP et de débit préautorisé est incomplet ou illisible, il vous sera retourné par la poste et vous devrez le soumettre de nouveau à la Canada Vie. Si vous présentez une demande de règlement avant d'avoir effectué l'adhésion préalable, votre demande ne sera pas évaluée ni retenue. Vous devrez alors présenter une nouvelle demande de règlement après avoir effectué l'adhésion préalable.

Si, à la date indiquée dans votre lettre d'approbation d'ACC, la Canada Vie n'a pas reçu le Formulaire d'adhésion préalable au RSSFP et de débit préautorisé, votre protection pour soins de santé pourrait être

résiliée, et vous devrez présenter une nouvelle demande par l'intermédiaire d'ACC. Une période d'attente de trois (3) mois s'appliquera.

Pour en savoir plus sur les cotisations, voir la page [Cotisations](https://njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/s821/fr) de la Directive du RSSFP (njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/s821/fr).

Si vous avez des questions au sujet du formulaire, veuillez communiquer avec la [Canada Vie](#).

Congé non payé

Maintien de la protection pendant un congé non payé

Votre employeur peut autoriser un congé non payé (CNP) pour diverses raisons. En règle générale, votre protection au titre du RSSFP peut être maintenue pour la durée du CNP. Selon la durée et le type de CNP, vous pourriez être tenu de payer la totalité du coût de votre protection au titre du RSSFP (les cotisations de l'employé et de l'employeur qui y sont associées). Le tableau dans cette section présente les divers scénarios.

Vous pouvez payer les cotisations dues à l'avance ou à votre retour au travail. Si vous décidez de les payer à votre retour au travail, la période de remboursement ne doit pas dépasser la durée de votre congé.

Communiquez avec [le bureau de rémunération de votre ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions](#) pour en savoir plus sur les choix qui s'offrent à vous.

Options lors d'un congé non payé	Cotisations de l'employé	Cotisations de l'employeur
- trois premiers mois d'une période quelconque de congé non payé (CNP) - congé de maternité ou congé parental - congé de maladie (y compris une grossesse) - congé pour soins - congé d'invalidité ou congé d'invalidité de longue durée - congé de préretraite - congé avec étalement du revenu - congé pour études à la demande de l'employeur - congé pour servir dans une autre organisation si le congé est dans l'intérêt du gouvernement du Canada - congé pour formation ou autres activités dans le cadre du service dans les FAC ou la Réserve	L'employé paye sa part normale des prestations. 100 % de la garantie-hospitalisation (niveau II ou III)	L'employeur paye sa part normale des prestations. 100 % de la garantie-maladie complémentaire Garantie-hospitalisation (niveau I)

Options lors d'un congé non payé	Cotisations de l'employé	Cotisations de l'employeur
Pour tout autre type de congé non payé autorisé après les trois premiers mois.	L'employé paye sa part normale des prestations, plus la part de l'employeur (après 90 jours). 100 % de la garantie-maladie complémentaire et de la garantie-hospitalisation (niveaux I, II et III)	L'employeur paye sa part normale des prestations pour les 90 premiers jours seulement. 0 % de la garantie-maladie complémentaire et de la garantie-hospitalisation (niveaux I, II et III)
Dans les cas suivants : - l'employé mis en disponibilité décide de maintenir sa protection pendant un maximum d'un an - l'employé est frappé d'une suspension ou est en congé non autorisé - certaines réservistes des FAC (njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/s821/fr) (vérifiez auprès de votre bureau d'administration) - certaines personnes à charge survivantes admissibles (communiquez avec le bureau de rémunération de votre ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions)	L'employé paye sa part normale des prestations. 100 % de la garantie-maladie complémentaire et de la garantie-hospitalisation	L'employé paye également la part des prestations de l'employeur. 0 % de la garantie-maladie complémentaire et de la garantie-hospitalisation (niveaux I, II et III)
Congé non payé pour des raisons non énumérées ci-dessus	L'employé paye sa part normale des prestations. 100 % de la garantie-maladie complémentaire et de la garantie-hospitalisation	L'employé paye également la part des prestations de l'employeur. 0 % de la garantie-maladie complémentaire et de la garantie-hospitalisation (niveaux I, II et III)

Congé saisonnier

Si vous êtes un employé en congé saisonnier, vous et vos personnes à charge admissibles pouvez maintenir votre protection au titre du RSSFP en payant d'avance les cotisations exigées. Avant le début de votre congé, vous devez communiquer avec le bureau de rémunération de votre ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions au sujet des cotisations à payer pour maintenir la protection.

Cessation de la protection pendant le CNP

Vous pouvez également annuler votre protection au titre du RSSFP en soumettant une demande écrite au bureau de rémunération de votre ministère, au Centre des services de paye ou au Centre des pensions. Si vous ne prenez pas les arrangements nécessaires pour annuler votre protection, celle-ci sera maintenue et vous serez tenu de payer les cotisations à votre retour au travail. Si vous ne retournez pas au travail à la fin de votre CNP, vous serez tenu de payer les cotisations à votre cessation d'emploi.

Si vous avez annulé votre protection au titre du RSSFP pendant votre CNP, vous devez attendre votre retour au travail pour présenter une nouvelle demande de protection. La protection prend effet le premier jour du quatrième mois suivant la réception de la [Demande d'adhésion de l'employé au titre du RSSFP](https://pshcp.ca/wp-content/uploads/2013/06/emp-applic-adhes-006491.pdf) (pshcp.ca/wp-content/uploads/2013/06/emp-applic-adhes-006491.pdf) par le bureau de rémunération de votre ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions.

Les employés et membres des Forces armées canadiennes (FAC) ou de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) prêtés pour une affectation dans une organisation internationale ou en CNP autorisé pour études à l'étranger sont admissibles à la protection totale au titre du RSSFP. Communiquez avec le bureau de rémunération de votre ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions.

Quitter le RSSFP

Cessation volontaire de la protection

La protection au titre du RSSFP est facultative pour la plupart des participants du régime.

Pour les participants affectés ou déployés à l'extérieur du Canada, la protection totale est obligatoire.

Pour mettre fin à votre protection au titre du RSSFP, vous devez présenter une demande écrite au bureau de rémunération de votre ministère, au Centre des services de paye ou au Centre des pensions. Vous pouvez aussi utiliser [les Applications Web de la rémunération \(AWR\)](#) si vous y avez accès. Vous pouvez seulement accéder aux AWR à partir d'un serveur du gouvernement du Canada. Les retenues de cotisations cesseront au plus tard deux mois suivant la réception de votre demande.

La protection sera maintenue pendant un mois suivant la dernière retenue de cotisation. Par exemple, si la dernière retenue de cotisation a eu lieu en septembre, la protection prendra fin le 31 octobre.

La protection ne peut pas être annulée rétroactivement.

Cessation involontaire de la protection

Si votre protection au titre du RSSFP prend fin parce que vous n'y êtes plus admissible, la protection dont vous et vos personnes à charge admissibles bénéficiez sera maintenue pendant un mois suivant la dernière retenue de cotisation.

Avant d'engager des frais

Certains produits et services sont coûteux. Avant d'engager des frais, familiarisez-vous avec les caractéristiques du RSSFP et leur incidence sur vos remboursements.

Demandes de règlement au titre d'un régime provincial ou territorial

Si vous avez droit à des prestations au titre d'un régime provincial ou territorial ou de tout autre système de remboursement des soins de santé auquel vous êtes admissible, et que vous êtes également protégé par le RSSFP, vous devez d'abord présenter vos demandes de règlement à l'autre régime.

Marche à suivre

1. Présentez la demande de règlement à votre régime provincial ou territorial ou à tout autre système de remboursement des soins de santé auquel vous avez droit.
2. Attendez que la demande de règlement ait été traitée.
3. Présentez une demande de règlement pour les frais admissibles restants au RSSFP en y joignant le relevé des prestations de l'autre régime.

Frais raisonnables et habituels

Les montants remboursés au titre du RSSFP sont calculés en tenant compte des frais raisonnables et habituels.

La Canada Vie détermine les frais raisonnables et habituels conformément au montant moyen facturé dans votre région ainsi qu'à tout guide des tarifs publié par une association provinciale ou territoriale. Ces frais sont continuellement mis à jour et varient selon la province ou le territoire.

Pour connaître les frais raisonnables et habituels pour des fournisseurs de services paramédicaux comme les massothérapeutes, les optométristes et les chiropraticiens, consultez votre [compte des Services aux participants du RSSFP](#) (canadavie.com/rssfp) ou communiquez avec la [Canada Vie](#).

Les frais raisonnables et habituels pour les médicaments sur ordonnance sont déterminés par le gestionnaire de demandes de règlement électroniques pour médicaments, TELUS Santé.

Si les frais réclamés sont plus élevés que les frais raisonnables et habituels établis, votre remboursement correspondra à 80 % des frais raisonnables et habituels et non du plein montant que vous avez payé.

Exemple :

Vous payez 75 \$ pour un traitement chiropratique d'une heure.	Les frais raisonnables et habituels dans votre région s'élèvent à 60 \$. Le montant des frais non admissibles est de 15 \$. $75 \$ - 60 \$ = 15 \$$	$80 \% \times 60 \$ = 48 \$$ Votre remboursement sera de 48 \$.
--	---	---

Co-assurance

Le RSSFP vous remboursera 80 % des frais raisonnables et habituels engagés comme dépense admissible, sous réserve des maximums prévus par le RSSFP (certaines exceptions s'appliquent). Les 20 % restants des frais admissibles représentent votre co-assurance. Ce montant ne vous sera pas remboursé.

Exemple :

Vous payez 75 \$ pour un traitement chiropratique d'une heure.	Les frais raisonnables et habituels dans votre région s'élèvent à 60 \$. Le montant des frais non admissibles est de 15 \$. $75 \$ - 60 \$ = 15 \$$	$80 \% \times 60 \$ = 48 \$$ Votre remboursement sera de 48 \$. $60 \$ - 48 \$ = 12 \$$ Votre co-assurance de 20 % s'élève à 12 \$.
--	---	---

IMPORTANT

Si votre pharmacien ou fournisseur de services paramédicaux présente une demande de règlement en votre nom directement à la Canada Vie, la Canada Vie lui rembourse 80 % des frais admissibles. Les frais payés de votre poche sont immédiatement réduits. Ni les 20 % restants correspondant à la co-assurance, ni les autres frais non admissibles ne vous seront remboursés.

Frais admissibles maximums

Certaines prestations du RSSFP sont assujetties à un maximum du montant total des frais admissibles engagés dans une période donnée. La plupart des services paramédicaux sont assujettis à des frais admissibles maximums; voir la section [Aperçu des frais admissibles maximums dans la Directive du RSSFP \(njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/s836/fr\)](https://njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/s836/fr).

Exemple :

Les services chiropratiques se limitent à 500 \$ en frais par année civile, remboursés à 80 % pour un total de 400 \$.

En 2024, vous consultez votre chiropraticien 10 fois à raison de 75 \$ par traitement. 75 \$ x 10 consultations = 750 \$	Les frais raisonnables et habituels s'élèvent à 60 \$. 60 \$ x 10 consultations = 600 \$ en frais admissibles Le montant des frais non admissibles est de 150 \$. 750 \$ - 600 \$ = 150 \$	600 \$ - 400 \$ = 200 \$ Des 600 \$ en frais admissibles, vous recevrez un remboursement correspondant au maximum annuel de 400 \$ en 2024 . Le montant des frais non admissibles est de 200 \$.
Frais non admissibles	150 \$ + 200 \$ = 350 \$ en frais payés de votre poche pour 2024	

Estimation du remboursement

Avant d'engager des frais élevés, vous devriez demander à la Canada Vie de vous fournir une estimation pour confirmer l'admissibilité du produit ou du service à la protection au titre du RSSFP et connaître le montant qui vous sera remboursé et le montant que vous aurez à payer.

Présentation d'une demande de prédétermination à la Canada Vie

Pour obtenir une estimation du montant qui vous sera remboursé pour un produit ou un service, demandez à votre fournisseur de vous fournir un document décrivant le ou les services, équipements médicaux ou fournitures médicales ainsi que leur coût estimatif.

Vous pouvez demander une estimation des frais payés par la Canada Vie en ligne ou par la poste.

Présentation d'une demande d'estimation en ligne :

Pour obtenir une estimation à partir de votre [compte des Services aux participants du RSSFP \(canadavie.com/rssfp\)](https://canadavie.com/rssfp), ouvrez une session puis sélectionnez **Présenter une demande de règlement**. Comme type de demande de règlement, choisissez l'option **Demandes d'estimation et autres demandes de règlement**. Suivez les étapes jusqu'à ce que vous obteniez un formulaire de demande de règlement. Vous pouvez alors :

- téléverser l'estimation de votre fournisseur (vous n'avez pas à utiliser de formulaire de demande de règlement)
- télécharger et remplir le formulaire de demande de règlement (indiquez sur le formulaire qu'il s'agit d'une demande d'estimation), puis téléverser le formulaire accompagné de toute pièce justificative

Présentation d'une demande d'estimation papier :

Imprimez, remplissez lisiblement et signez le formulaire de demande de règlement correspondant qui se trouve à la page [Vos formulaires](https://bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires) du site web des Services aux participants du RSSFP, à l'adresse (bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires), ou communiquez avec la [Canada Vie](#) pour obtenir un formulaire par la poste.

La Canada Vie vous enverra un relevé de prédétermination des prestations selon le moyen de communication précisé à votre dossier. Ce document vous indiquera :

- si les frais sont couverts par le RSSFP
- le montant en dollars qui vous sera remboursé s'il n'y a pas de coordination des prestations. À noter : Ce montant peut différer du montant réel couvert.

Présentation d'une demande de prédétermination à MSH

Pour obtenir une estimation du montant qui vous sera remboursé pour un produit ou un service si vous présentez une demande de règlement pour des soins urgents reçus à l'extérieur de votre province ou une demande de règlement pour des frais engagés à l'extérieur du Canada au titre de la protection totale, demandez à votre fournisseur de vous fournir un document décrivant le ou les services, équipements médicaux ou fournitures médicales ainsi que leur coût estimatif.

Vous pouvez envoyer une demande d'estimation des frais couverts par la poste à MSH.

Présentation d'une demande d'estimation par la poste :

1. Téléchargez et remplissez lisiblement le formulaire de demande de règlement correspondant à partir du [portail de MSH pour les participants du RSSFP \(rssfp-msh.ca\)](https://rssfp-msh.ca).
 - Pour obtenir un formulaire de demande de règlement papier par la poste, communiquez avec MSH à l'un des numéros suivants : 1 833 774-2700 (appel sans frais en Amérique du Nord) ou 1 365 337-7427 (appel international à frais virés).
2. Imprimez le formulaire, et joignez-y le document d'estimation de votre fournisseur et toute autre pièce justificative.
3. Envoyez votre demande à l'adresse suivante :

MSH International
CP 4903 Succursale A
Toronto ON M5W 0B1

MSH vous enverra un relevé de prédétermination des prestations selon le moyen de communication précisé à votre dossier. Ce document vous indiquera :

- si les frais sont couverts par le RSSFP
- une estimation du montant en dollars qui vous sera remboursé s'il n'y a pas de coordination des prestations. À noter : Ce montant peut différer du montant réel couvert.

Fournisseurs non admissibles

La Canada Vie a la responsabilité de protéger la santé et le bien-être des participants ainsi que l'intégrité du RSSFP. La Canada Vie tient une liste nationale de fournisseurs de services, de cliniques, d'établissements et de fournisseurs d'équipements médicaux non admissibles en raison d'inquiétudes au sujet de leurs pratiques ou de leurs qualifications. Les demandes de règlement provenant des personnes et des établissements qui figurent sur cette liste seront refusées.

Veuillez prendre connaissance de la liste avant d'engager des frais. Pour ce faire, accédez à votre [compte des Services aux participants du RSSFP](https://canadavie.com/rssfp) (canadavie.com/rssfp) et sélectionnez **Trouver un fournisseur**.

Si vous décidez d'obtenir des services ou des fournitures d'un fournisseur non admissible, ils seront à vos frais.

Si les pratiques d'un fournisseur de services paramédicaux ou d'un fournisseur d'équipements médicaux vous préoccupent, veuillez communiquer avec la [Ligne info-fraude de la Canada Vie](mailto:18668108477) (canadalife.com/fr/nous-joindre/plaintes-fraude/soupcons-fraude.html) par courriel ou au numéro 1 866 810-8477.

Prestations

Le RSSFP offre deux types de protection : protection supplémentaire et protection totale

Type de protection	Personnes protégées	Frais admissibles
Protection supplémentaire (employé, participant retraité, personne à charge ou survivant qui habite au Canada)	Cette protection est offerte aux participants et à leurs personnes à charge admissibles protégés par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial. Le RSSFP complète la protection offerte au titre du régime provincial ou territorial en vigueur dans la province ou le territoire de résidence du participant.	La protection comprend ce qui suit : • Garantie-maladie complémentaire (y compris les prestations pour frais de médicaments, soins de la vue, professionnels de la santé, frais divers, soins dentaires et frais admissibles engagés à l'extérieur de la province) • Garantie-hospitalisation (niveaux I, II et III)

Type de protection	Personnes protégées	Frais admissibles
Protection totale (employé habitant à l'extérieur du Canada)	Cette protection est conçue pour les participants affectés ou déployés par leur employeur, ainsi que leurs personnes à charge admissibles qui vivent avec le participant à l'extérieur du Canada et qui ne sont pas protégés par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial ou un régime d'assurance pour hospitalisation non gouvernemental. Une personne bénéficiant de la protection totale conservera cette protection à son retour au Canada jusqu'à ce qu'elle soit à nouveau admissible à la protection au titre de son régime d'assurance maladie provinciale ou territoriale. Si une personne à charge habite au Canada, elle continuera de bénéficier de la protection supplémentaire.	Cette protection comprend ce qui suit : • Garantie-maladie complémentaire (y compris les prestations pour frais de médicaments, soins de la vue, professionnels de la santé, frais divers et soins dentaires) à l'exclusion des frais admissibles engagés à l'extérieur de la province • Garantie-maladie de base • Garantie-hospitalisation (niveaux I, II et III) • Garantie-hospitalisation à l'extérieur du Canada À noter : Si vous habitez à l'extérieur du Canada (aux États-Unis, par exemple), mais que vous travaillez au Canada, vous n'avez pas droit à la protection totale.
Protection totale (participant retraité habitant à l'extérieur du Canada)	Cette protection est offerte aux participants retraités vivant à l'étranger qui ne sont pas protégés par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial. Si une personne à charge habite au Canada, elle continuera de bénéficier de la protection supplémentaire.	La protection comprend ce qui suit : • Garantie-maladie complémentaire (y compris les prestations pour frais de médicaments, soins de la vue, professionnels de la santé, frais divers et soins dentaires) à l'exclusion des frais admissibles engagés à l'extérieur de la province • Garantie-maladie de base • Garantie-hospitalisation (niveaux I, II et III) • À l'exclusion de la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

Exclusions et limitations générales

Aucune prestation n'est payable pour :

- des services pour lesquels des prestations sont payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi ou tout autre règlement analogue, ou par un organisme gouvernemental
- des soins, articles ou produits dispensés ou prescrits par une personne résidant habituellement au domicile du patient ou liée à ce dernier par le sang, le mariage ou une union de fait

- des services ou des articles ou produits réservés à des fins esthétiques ou pour des problèmes qui ne peuvent pas nuire à la santé, sauf s'ils s'imposent à la suite d'une blessure accidentelle
- des services ou des articles ou produits habituellement dispensés gratuitement
- des services dispensés relativement aux 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
- des soins ou services fournis par un médecin diplômé pratiquant au Canada à une personne protégée admissible à un régime d'assurance maladie provincial ou territorial, sauf lorsque les soins ou services en question sont expressément prévus dans la [Directive du RSSFP](http://njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/fr) (njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/fr)
- des produits ou des traitements expérimentaux pour lesquels, de l'avis de la Canada Vie, aucun examen clinique objectif ne permet de prouver leur innocuité ou leur efficacité pour l'usage recommandé ni les conditions dans lesquelles ils doivent être utilisés
- des services ou des produits qui ne sont pas légalement assurables
- la portion des frais remboursables par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial, un régime d'assurance médicaments provincial ou territorial, ou encore un programme parrainé par le gouvernement d'une province ou d'un territoire, que la personne protégée participe ou non à ces régimes ou à ce programme
- la portion des frais engagés pour des services, articles ou produits fournis par un hôpital à l'extérieur du Canada qui seraient habituellement remboursables au titre d'un régime d'assurance maladie ou d'assurance-hospitalisation provincial ou territorial si ces services, articles ou produits avaient été fournis par un hôpital au Canada
- cette restriction ne s'applique pas aux frais admissibles au titre de la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada), de la garantie-maladie complémentaire ou de la prestation pour frais admissibles engagés à l'extérieur de la province
- la portion des frais qui relèvent de la responsabilité juridique d'un tiers
- les exclusions précisées sous chaque prestation du régime

Garantie-maladie complémentaire

Cette garantie a pour but d'assurer la protection de services et de produits ou articles précis qui ne sont pas remboursables par des régimes d'assurance maladie provinciaux ou territoriaux, ou dans le cas des participants habitant à l'extérieur du Canada. Elle assure également la protection de services et de produits ou articles précis qui ne sont pas remboursables au titre de la garantie-maladie de base du RSSFP.

Tous les participants du RSSFP sont protégés par la garantie-maladie complémentaire, sauf les participants bénéficiant de la **protection totale** qui ne sont pas admissibles à la garantie-maladie complémentaire pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province.

La garantie-maladie complémentaire comprend les prestations suivantes :

- Frais de médicaments
- Soins de la vue
- Professionnels de la santé
- Frais divers

- Soins dentaires
- Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province (seulement pour les participants bénéficiant de la **protection supplémentaire**)
- Garantie-voyage d'urgence
- Garantie assistance voyage d'urgence
- Services rendus sur recommandation

Certaines de ces prestations peuvent être calculées en tenant compte des **frais raisonnables et habituels** ainsi que de certaines limites qui figurent dans les tableaux des frais admissibles. La co-assurance s'applique dans tous les cas, sauf indication contraire.

Frais de médicaments

Frais admissibles

Pour que les frais soient admissibles, il faut que :

- les frais soient raisonnables et habituels
- les médicaments soient prescrits par un médecin, un dentiste, un infirmier praticien (si la législation provinciale ou territoriale applicable l'autorise), ou tout autre professionnel de la santé qualifié si la législation provinciale ou territoriale applicable l'autorise à prescrire les médicaments
- les médicaments soient dispensés par un pharmacien ou un médecin
- les médicaments soient des médicaments sur ordonnance utilisés pour traiter une ou des affections précises pour lesquelles Santé Canada a approuvé leur utilisation. On appelle communément « emploi non conforme » le recours à un médicament sur ordonnance pour traiter une ou des affections pour lesquelles son utilisation n'a pas été approuvée par Santé Canada. Si vous avez des questions, communiquez avec la **Canada Vie**.

Dans les tableaux suivants, la mention que des documents médicaux supplémentaires sont exigés pourrait simplement vouloir dire qu'une ordonnance doit être présentée.

À noter : Une ordonnance ou un rapport sur les antécédents médicaux, par exemple, peuvent faire partie des documents médicaux exigés.

Les frais admissibles sont les frais engagés pour ce qui suit :

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Médicaments qui nécessitent une ordonnance en vertu de la loi	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Médicaments contrôlés ou médicaments nécessitant une ordonnance où figure un numéro d'identification du médicament (DIN)	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Médicaments sur ordonnance essentiels à la vie	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Médicaments sur ordonnance admissibles qui figurent à l' Annexe VII de la Directive du RSSFP (njc-cnm.gc.ca/directive/d9/%20v283/s829/fr#s829-tc-tm)	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Médicaments sur ordonnance injectables	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Comprend l'insuline et les sérums anti-allergiques	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Médicaments sur ordonnance composés	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Doit contenir au moins un ingrédient actif qui est un médicament sur ordonnance admissible au titre du RSSFP	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Vitamines et minéraux	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Lorsqu'ils sont prescrits pour le traitement d'une maladie chronique, pourvu que ces produits aient une valeur thérapeutique reconnue, et pourvu que le médecin ou l'infirmier praticien traitant confirme qu'aucune autre solution de rechange ne s'offre au patient	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés. Cliquez ici (https://www.bienvenue.canadavie.com/content/dam/rfp/welcome-sites/pshcp/demande-de-protection-pour-des-vitamines-ou-des-mineraux-prescrits-M7520-VM-f.pdf) pour en savoir plus.
Appareils d'administration de médicaments contre l'asthme	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Comprend les dispositifs faisant partie intégrante du produit et les aérochambres avec masques pour l'administration de médicaments contre l'asthme	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Formules spécialisées pour nourrissons	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Lorsque le nourrisson protégé a une intolérance aux protéines tant bovines que de soja qui a été confirmée par écrit par le médecin autorisé ou l'infirmier praticien traitant	Oui, un document médical supplémentaire, comme une ordonnance ou un billet du médecin, est exigé. Le document doit préciser que l'enfant a une intolérance aux protéines bovines ou de soja.
Substances nutritives thérapeutiques de remplacement	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Pour le traitement d'une blessure ou d'une maladie autre qu'une allergie ou des maux liés à des soins de nature esthétique, lorsqu'il n'existe aucune autre solution nutritionnelle	Oui, un document médical supplémentaire, comme une ordonnance ou un billet du médecin, est exigé. Le document doit préciser qu'aucune autre substance ne peut être absorbée.
Contraceptifs	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Comprend les contraceptifs oraux, les contraceptifs non oraux, comme des timbres, des anneaux vaginaux, des implants contraceptifs (intra-utérin et bras), et les dispositifs intra-utérins (DIU), y compris les DIU en cuivre	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Aides de sevrage du tabac	2 000 \$ à vie	Comprend les aides qui ne requièrent pas d'ordonnance	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Médicaments sur ordonnance pour le traitement de la dysfonction érectile	500 \$ par année civile	Sans objet	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Exclusions

Le RSSFP ne rembourse pas ce qui suit :

- les médicaments sur ordonnance qui sont considérés comme expérimentaux selon l'évaluation de l'admissibilité effectuée par la Canada Vie qui est axée sur les meilleures pratiques de l'industrie et des raisons médicales
- les articles ou produits faisant l'objet de publicité qui sont considérés comme des remèdes traditionnels selon l'évaluation de l'admissibilité effectuée par la Canada Vie qui est axée sur les meilleures pratiques de l'industrie et des raisons médicales

- les vitamines, les minéraux et les suppléments protéiques, sauf s'ils font partie des frais admissibles indiqués ci-dessus
- les substances nutritives thérapeutiques autres que celles qui font partie des frais admissibles indiqués ci-dessus
- les produits nécessaires à une diète et les suppléments pour diète, les aliments pour bébé et les succédanés de sucre et de sel, sauf s'ils font partie des frais admissibles indiqués ci-dessus
- les pastilles, les rince-bouche non médicamenteux, les shampooings non médicamenteux, les produits pour l'entretien de lentilles cornéennes, les nettoyants pour la peau, les protecteurs pour la peau et les émoullients
- les médicaments sur ordonnance utilisés à des fins esthétiques
- les médicaments sur ordonnance utilisés à l'égard de troubles pour lesquels leur utilisation n'est pas recommandée par le fabricant
- les frais engagés dans tous les cas précisés dans la liste des **Exclusions et limitations générales**
- les frais remboursables par un régime d'assurance médicaments provincial ou territorial
- les dépenses pour des contraceptifs qui sont des méthodes « barrières », comme les condoms masculins ou féminins, les diaphragmes et les capes cervicales, ainsi que les spermicides comme les mousses et gelées

Programme d'autorisation préalable

Le programme d'autorisation préalable du RSSFP est un processus qui exige que certains médicaments soient préapprouvés avant de pouvoir être remboursés au titre du RSSFP. Pour obtenir une autorisation préalable et un remboursement à l'égard de certains médicaments sur ordonnance, vous devez soumettre une demande et obtenir l'approbation de la Canada Vie.

L'autorisation préalable vous permet, à vous et à vos personnes à charge, de discuter des options de traitement avec votre professionnel de la santé. Ce processus vise à promouvoir des traitements moins effractifs et moins coûteux, mais tout aussi efficaces, lorsque c'est médicalement approprié.

Pour qu'une demande de règlement soit évaluée au titre du programme d'autorisation préalable du RSSFP, vous et votre médecin, votre infirmier praticien ou tout autre professionnel de la santé devez fournir des renseignements supplémentaires pour déterminer :

- si le médicament sur ordonnance constitue un traitement raisonnable pour votre affection ou celle de votre personne à charge admissible
- s'il existe des médicaments moins coûteux qui constituent un traitement raisonnable pour votre affection médicale ou celle de votre personne à charge admissible
- si le médicament sur ordonnance est couvert au titre d'autres programmes auxquels vous ou vos personnes à charge admissibles avez droit, comme un régime d'assurance maladie provincial, territorial ou autre

Il est possible que certains médicaments ne soient pas admissibles au titre du RSSFP. Un médicament sur ordonnance peut être exclu ou soumis à une restriction pour diverses raisons, notamment parce que :

- la Canada Vie procède actuellement à un examen du médicament sur ordonnance pour en déterminer l'efficacité, l'innocuité et le rapport coût-efficacité.

- le médicament sur ordonnance a fait l'objet d'un examen et ne satisfait pas aux critères d'admissibilité au titre du RSSFP.

Si vous avez besoin d'une autorisation préalable pour un médicament sur ordonnance, votre professionnel de la santé (normalement un médecin ou un spécialiste) doit remplir le formulaire d'autorisation préalable qui se trouve à la page [Vos formulaires](#) du site web des Services aux participants du RSSFP ([bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires](#)). Vous pouvez aussi communiquer avec la [Canada Vie](#) pour qu'un formulaire vous soit envoyé par la poste.

La Canada Vie peut révoquer une décision d'autorisation préalable si l'on établit qu'une preuve médicale n'appuie plus le médicament sur ordonnance dont l'autorisation préalable a été approuvée.

Dans le cas où vous n'êtes pas d'accord avec une décision d'autorisation préalable, vous pouvez demander à la Canada Vie d'examiner votre dossier. Une fois que toutes les voies de recours auprès de la Canada Vie ont été épuisées, vous pouvez soumettre un appel à l'Administration du RSSFP, [Régime de soins de santé de la fonction publique | Comment faire appel](#) ([rssfp.ca/appels/comment-faire-appel/](#)). La procédure d'appel est le dernier niveau de révision pour les demandes de règlement présentées au titre du RSSFP. Voir la section [Appels à l'Administration du RSSFP](#).

Renseignements supplémentaires

Si vous ou vos personnes à charge admissibles receviez des traitements en date du 1^{er} juillet 2023, vous êtes visés par une clause de droits acquis permanente; vos médicaments continuent donc d'être couverts. La clause de droits acquis ne s'applique pas aux participants qui prennent des médicaments biologiques pour lesquels un médicament biosimilaire est offert.

Les nouveaux traitements sont soumis au programme d'autorisation préalable du RSSFP. Ainsi, une autorisation préalable est requise pour certains médicaments sur ordonnance.

Pour obtenir la liste des médicaments sur ordonnance qui nécessitent une autorisation préalable, consultez la page [Vos formulaires](#) du site web des Services aux participants du RSSFP ([bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires](#)). Vous pouvez également communiquer avec la [Canada Vie](#).

Substitution obligatoire de médicaments génériques

Les médicaments génériques sont des solutions de rechange sécuritaires et efficaces aux médicaments d'origine. Ils sont examinés et approuvés par Santé Canada. Les médicaments génériques contiennent les mêmes ingrédients actifs que les médicaments d'origine.

Le 1^{er} juillet 2023, la substitution obligatoire de médicaments génériques a été mise en œuvre pour toutes les nouvelles ordonnances après cette date. Le RSSFP peut limiter le remboursement d'un médicament sur ordonnance au coût du médicament générique équivalent le moins coûteux. Ce médicament équivalent doit également être considéré comme un traitement raisonnable pour votre affection ou celle de votre personne à charge admissible.

À compter du 1^{er} janvier 2024, le remboursement de tous les médicaments sur ordonnance couverts par le RSSFP correspondra à 80 % du coût du médicament générique équivalent le moins coûteux.

- Si, pour une raison médicale, une personne ne peut pas prendre la version générique du médicament sur ordonnance qui lui est prescrit, il est possible que le médicament d'origine soit tout de même couvert et remboursé à 80 %.

- Pour demander une exception, le médecin ou l’infirmier praticien traitant doit remplir le formulaire Demande de protection pour un médicament d’origine et le présenter à la Canada Vie pour examen. Ce formulaire se trouve à la page [Vos formulaires](https://bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires) du site web des Services aux participants du RSSFP (bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires). Vous pouvez également communiquer avec la [Canada Vie](#) pour obtenir un formulaire par la poste.

Trois options s’offrent à vous lorsque vous présentez une ordonnance. Vous pouvez :

- choisir le médicament générique de substitution équivalent le moins coûteux et payer moins cher, dans la plupart des cas.
- demander le médicament d’origine et payer la différence entre le coût du médicament générique équivalent et le coût du médicament d’origine.
- discuter de la question avec un professionnel de la santé; si ce dernier détermine que le médicament d’origine est requis plutôt que son équivalent générique, il peut remplir le formulaire Demande de protection pour un médicament sur ordonnance d’origine. Si la demande est approuvée, le RSSFP remboursera le coût applicable du nouveau médicament d’origine.

Vous trouverez ce formulaire à la page [Vos formulaires](https://bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires) du site web des Services aux participants du RSSFP (bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires). Vous pouvez aussi communiquer avec la [Canada Vie](#) pour qu’un formulaire vous soit envoyé par la poste.

Substitution par un médicament biosimilaire

Le RSSFP prévoit le remboursement à 80 % d’un médicament biosimilaire utilisé comme substitut à un médicament biologique d’origine. Il est possible que les demandes de règlement pour les médicaments biologiques soient refusées ou que leur remboursement soit limité à 80 % du coût du traitement biosimilaire, lorsqu’un tel traitement est offert. Les médicaments biologiques et les médicaments biosimilaires sont examinés et approuvés par Santé Canada. Sur le plan de la qualité, de l’efficacité et de l’innocuité, les médicaments biosimilaires sont très semblables aux médicaments biologiques d’origine dont l’utilisation a déjà été autorisée.

- Si vous ou vos personnes à charge admissibles prenez un médicament biologique pour lequel un médicament biosimilaire est offert, la Canada Vie peut communiquer directement avec vous pour vous fournir de l’information sur la substitution de ce médicament par un médicament biosimilaire équivalent. Si, pour une raison médicale, vous ou vos personnes à charge admissibles ne pouvez pas prendre la version biosimilaire du médicament qui vous est prescrit, vous pouvez demander qu’une exception vous soit accordée.
- Si une exception est nécessaire, demandez à votre professionnel de la santé de remplir la [Demande de protection pour un médicament biologique d’origine](#). Si la demande est approuvée, le RSSFP remboursera le coût applicable du médicament biologique d’origine. Ce formulaire se trouve à la page [Vos formulaires](https://bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires) du site web des Services aux participants du RSSFP (bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires). Vous pouvez également communiquer avec la [Canada Vie](#) pour obtenir un formulaire par la poste.
- Les facteurs qui sont pris en compte lors de l’évaluation des demandes d’exception visant la protection pour un médicament biologique peuvent comprendre la justification clinique, la logistique entourant la prise du médicament ainsi que des circonstances exceptionnelles.

Honoraires professionnels des pharmaciens et limites de la fréquence

Plafond des honoraires professionnels

Toutes les pharmacies facturent des frais d'exécution d'ordonnance, également appelés honoraires professionnels des pharmaciens, pour délivrer un médicament sur ordonnance. Des honoraires professionnels des pharmaciens sont facturés pour des services comme la conservation et la préparation des médicaments, la vérification des ordonnances et l'examen des médicaments pour vérifier s'il y a des interactions, et des services de consultation.

Vous et vos personnes à charge admissibles avez droit à un remboursement maximal de 8 \$ pour les honoraires professionnels des pharmaciens. Le pourcentage de remboursement pour ces frais est fixé à 80 %. Des exceptions peuvent s'appliquer dans certaines provinces ou certains territoires compte tenu des règlements régissant l'exercice de la pharmacie.

En raison de la réglementation provinciale des pharmacies, la limite de fréquence quant aux honoraires professionnels des pharmaciens ne s'applique pas en Saskatchewan. Veuillez communiquer avec la [régie des services de santé de votre province](#) pour en savoir plus.

En raison de la réglementation provinciale des pharmacies, le plafond et la limite de fréquence quant aux honoraires professionnels des pharmaciens ne s'appliquent pas au Québec. Veuillez communiquer avec [la régie des services de santé de votre province](#) pour en savoir plus.

Il est courant dans l'industrie que des limites relatives aux honoraires professionnels des pharmaciens soient fixées dans le cadre de régimes parrainés par l'employeur.

Les honoraires professionnels varient d'une pharmacie à l'autre. Pour cette raison, il peut être judicieux d'effectuer une comparaison des coûts et de faire des recherches pour déterminer quelles sont les pharmacies qui permettent de réaliser des économies sur les demandes de règlement pour frais de médicaments sur ordonnance. La limite relative aux honoraires professionnels des pharmaciens ne s'applique pas aux médicaments biologiques ni aux médicaments composés sur ordonnance.

Limite de la fréquence des honoraires professionnels

Le RSSFP est assujéti à une limite de fréquence quant aux honoraires professionnels des pharmaciens pour le même médicament sur ordonnance au cours d'une année civile. La limite relative à la fréquence s'applique uniquement aux médicaments d'entretien sur ordonnance.

Vous et vos personnes à charge admissibles pouvez présenter jusqu'à cinq demandes de remboursement des honoraires professionnels des pharmaciens par année civile pour les médicaments d'entretien au titre du RSSFP. Afin de réduire le nombre de fois où des honoraires professionnels des pharmaciens sont facturés et de ne pas dépasser le plafond annuel, demandez à la pharmacie de vous fournir une provision de 90 jours pour vos médicaments d'entretien. Cette pratique peut réduire les frais pour vous et pour le régime.

Des exceptions pourront être envisagées dans certains cas, notamment :

- s'il y a des préoccupations liées à la sécurité pour le médicament prescrit (par exemple, substance réglementée, conformité de l'emballage / emballage-coque, etc.)
- s'il y a des restrictions particulières relativement à l'entreposage du médicament prescrit (par exemple, le médicament doit être gardé au grand froid)

- si la co-assurance pour le médicament sur ordonnance pour une période de trois mois est supérieure à 100 \$ (la proportion des frais admissibles qui n'est pas remboursable par le RSSFP)
- si cela est exigé en vertu de la réglementation des pharmacies dans certaines provinces ou certains territoires

Pour demander une exception, vous et votre fournisseur de soins de santé prescripteur devez remplir le **Formulaire de demande d'exception à la limite de fréquence quant aux frais d'exécution d'ordonnance**. Ce formulaire se trouve à la page **Vos formulaires** du site web des Services aux participants du RSSFP (bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires). Vous pouvez également communiquer avec la **Canada Vie** pour obtenir un formulaire par la poste.

Limite d'approvisionnement en jours

Le RSSFP prévoit une limite d'approvisionnement de 100 jours tant pour les médicaments sur ordonnance à action immédiate que pour les médicaments sur ordonnance d'entretien. Si vous avez besoin d'une exception à la limite d'approvisionnement de 100 jours pour un médicament sur ordonnance parce que vous voyagez pendant une longue période, vous pouvez demander à votre pharmacien un approvisionnement d'un maximum de 200 jours.

Voici comment demander à votre pharmacien un approvisionnement supplémentaire :

1. Communiquez avec votre pharmacien pour savoir combien de temps à l'avance vous devez commander vos ordonnances.
2. Fournissez à votre pharmacien votre carte de prestations du RSSFP et les dates applicables au moment de soumettre votre demande. Votre pharmacien a reçu des instructions sur la façon de présenter vos demandes de règlement relatives à un approvisionnement pour vacances.

Vous n'avez pas besoin de communiquer avec la Canada Vie pour faire approuver cette exception.

Pour obtenir un approvisionnement d'un maximum de 200 jours pour des raisons autres qu'un voyage, notamment si vous passez à la protection offerte à la retraite au titre du RSSFP, vous devez communiquer avec la **Canada Vie**.

Protection pour médicaments onéreux en cas de frais de médicaments sur ordonnance élevés

Vous et vos personnes à charge bénéficiez d'une protection pour médicaments onéreux si vous engagez des frais de médicaments élevés au cours d'une année civile. Les frais des médicaments sur ordonnance admissibles engagés par la personne protégée au cours d'une année civile sont remboursés à 80 % jusqu'à un maximum de 3 500 \$ de dépenses payées de sa poche, après quoi les frais de médicaments sur ordonnance admissibles sont remboursés à 100 % pour le reste de l'année.

Soins de la vue

Frais admissibles

Les frais admissibles correspondent aux **frais raisonnables et habituels** exigés pour ce qui suit :

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Examens de la vue	Un examen toutes les deux années civiles à partir de chaque année impaire	L'examen doit être réalisé par un optométriste.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Lunettes ou lentilles cornéennes	400 \$ toutes les deux années civiles à partir de chaque année impaire	Elles doivent être nécessaires à la correction de la vue et achetées sur ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste. Comprend les réparations.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Chirurgie oculaire au laser	2 000 \$ à vie par personne protégée par le RSSFP, et non par œil ou par procédure	La chirurgie doit être réalisée par un ophtalmologiste; les dépenses liées à une chirurgie de la cataracte ne sont pas admissibles.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Le premier achat de lentilles intraoculaires, de lunettes ou de lentilles cornéennes	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Achat nécessaire pour la correction de la vision et qui s'impose directement à la suite d'une opération ou d'un accident, quand l'achat est effectué dans les six mois suivant ladite opération ou ledit accident.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Yeux artificiels			
Lorsqu'une personne à charge admissible est âgée de 21 ans ou moins	Une fois dans les 12 mois suivant l'achat le plus récent	Un remplacement anticipé peut être permis s'il est médicalement prouvé qu'il est requis en raison de la croissance ou du rétrécissement des tissus environnants.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Dans le cas d'un participant ou d'une personne à charge admissible de plus de 21 ans	Une fois dans les 60 mois suivant l'achat le plus récent	Un remplacement anticipé peut être permis s'il est médicalement prouvé qu'il est requis en raison de la croissance ou du rétrécissement des tissus environnants.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les procédures liées aux yeux qui utilisent des lasers, mais où le laser ne remodèle pas la cornée dans le but de corriger les problèmes de vision courants
- les frais engagés dans tous les cas précisés dans la liste des [Exclusions et limitations générales](#)

Professionnels de la santé

Les frais admissibles à l'égard des services d'un professionnel de la santé ne comprennent que les services pour lesquels celui-ci est qualifié et qui nécessitent sa compétence et ses qualifications. En outre, conformément à la réglementation provinciale ou territoriale, le professionnel de la santé doit être inscrit au registre de son ordre professionnel, détenir un permis ou être autorisé à pratiquer dans la province ou le territoire où les services sont fournis.

Services de médecins et services de laboratoire

Si au moins une province ou un territoire couvre les services de médecins et les services de laboratoires qui ne sont pas couverts dans votre propre province ou territoire, la protection pourrait être envisagée. Pour en savoir plus, consultez la [Directive du RSSFP](http://njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/fr) (njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/fr).

Frais admissibles

Dans le tableau suivant, la mention que des documents médicaux supplémentaires sont exigés pourrait simplement vouloir dire qu'une ordonnance est requise.

Le RSSFP couvre les services des professionnels de la santé qualifiés énumérés ci-dessous. Les frais admissibles correspondent aux **frais raisonnables et habituels** exigés pour ce qui suit :

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Acupuncteur	500 \$ par année civile	Comprend les services fournis par un acupuncteur autorisé	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Chiropraticien	500 \$ par année civile pour tous les articles et services combinés	Comprend les radiographies réalisées par un chiropraticien	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Diététiste	300 \$ par année civile	Les diététistes sont des personnes expertes dans le dépistage et le traitement ou la prévention des problèmes de malnutrition liés à une maladie ou dans la conduite d'une thérapie nutritionnelle médicale, y compris la prestation de services nutritionnels consultatifs.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Électrolyste	1 200 \$ par année civile pour tous les services combinés	Comprend les traitements d'électrolyse donnés par un médecin autorisé pour : • l'épilation permanente des parties exposées du visage et du cou lorsque le patient ou sa personne à charge admissible souffre d'un traumatisme émotionnel grave à cause de cet état • Une ordonnance d'un psychiatre, d'un psychologue ou d'un médecin autorisé doit être fournie, à moins que les traitements fassent partie de soins liés à l'affirmation de genre. • L'ordonnance est valable pour trois ans.	Oui, des documents médicaux supplémentaires peuvent être exigés.
Consultant en lactation	300 \$ par année civile	Le montant couvert par la province ou le territoire pour les services doit d'abord avoir été entièrement utilisé.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Massothérapeute	500 \$ par année civile	Les massothérapeutes manipulent les tissus mous du corps. Ils détiennent un permis délivré par l'organisme d'attribution du droit d'exercice provincial ou territorial approprié.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Naturopathe	500 \$ par année civile	Les naturopathes sont membres de l'Association canadienne des docteurs en naturopathie ou d'une association provinciale ou territoriale affiliée, ou, à défaut, elles détiennent des qualifications comparables, de l'avis de la Canada Vie.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Infirmier (soins infirmiers)	20 000 \$ par année civile	Soins infirmiers privés et soins donnés par un infirmier visiteur médicalement nécessaires, à condition que l'infirmier qui les donne soit diplômé d'une école de soins infirmiers reconnue et que les soins en question soient prescrits par un médecin ou un infirmier praticien et offerts à la résidence du patient. L'ordonnance est valable pour un an, sauf indication contraire de la Canada Vie.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Ergothérapeute	300 \$ par année civile	Le montant couvert par la province ou le territoire pour les services doit d'abord avoir été entièrement utilisé.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Ostéopathe	500 \$ par année civile pour tous les articles et services combinés	Comprend les radiographies réalisées par un ostéopathe	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Physiothérapeute	1 500 \$ par année civile	Les physiothérapeutes se spécialisent dans le traitement des blessures et des affections qui ont une incidence sur le mouvement.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Podiatre	500 \$ par année civile pour tous les articles et services de ces professionnels combinés	Comprend les radiographies réalisées par un podiatre	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Chiropodiste			
Infirmiers de santé publique ou communautaires offrant des services de soins des pieds à un poste de soins infirmiers communautaire			

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Services psychologiques	5 000 \$ par année civile pour tous les services de ces professionnels combinés	Soins donnés par un psychologue, un psychothérapeute, un travailleur social, un conseiller (personne qui, selon la Canada Vie, a les compétences requises en fonction de son agrément provincial ou territorial)	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Orthophoniste	750 \$ par année civile pour tous les services de ces professionnels combinés	Les orthophonistes évaluent et traitent les problèmes de communications et les troubles de la parole.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Audiologiste		Les audiologistes sont des professionnels de l'audition qui effectuent des tests auditifs complets, diagnostiquent la perte auditive et prescrivent des prothèses auditives et d'autres appareils pour aider les gens à mieux entendre.	

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés dans tous les cas précisés dans la liste des **Exclusions et limitations générales**
- les frais engagés pour les fournitures chirurgicales et les aides diagnostiques
- le dosage de l'antigène spécifique prostatique (ASP) et le test urinaire (PCA) PCA3 pour le dépistage du cancer
- les frais engagés pour des soins infirmiers fournis par le personnel salarié d'un établissement où vous ou vos personnes à charge admissibles résidez

Frais divers

Frais admissibles

Le RSSFP couvre les frais divers suivants, sous réserve des conditions et des restrictions énoncées. Pour que les frais soient admissibles, ils doivent être **raisonnables et habituels** et ils doivent viser des soins, services ou articles prescrits par un médecin autorisé ou par un infirmier praticien qui exerce ses fonctions dans son champ d'activité, à moins d'indication contraire.

Dans les tableaux suivants, la mention que des documents médicaux supplémentaires sont exigés pourrait simplement vouloir dire qu'une ordonnance doit être présentée.

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Transport terrestre d'urgence par un service d'ambulance autorisé	Selon les frais de la protection d'un régime provincial ou territorial	Jusqu'à l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour donner le traitement médicalement nécessaire qui s'impose si l'état du patient ne permet pas l'utilisation d'autres moyens de transport	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Transport d'urgence par ambulance aérienne	Selon les frais de la protection d'un régime provincial ou territorial	Jusqu'à l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour donner le traitement qui s'impose si l'état du patient ne permet pas l'utilisation d'autres moyens de transport	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Chaussures orthopédiques	250 \$ par année civile	Chaussures qui font partie intégrante d'un appareil orthopédique ou qui sont faites spécialement sur mesure pour le patient, y compris la modification de ces chaussures, pourvu que leur acquisition et leur modification aient été prescrites par écrit par un médecin, un infirmier praticien (si les lois provinciales ou territoriales l'y autorisent) ou un podiatre Une ordonnance est valable pour un an.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Orthèses	Une paire par année civile	Comprend les réparations Orthèses prescrites par écrit par un médecin, un infirmier praticien (si les lois provinciales ou territoriales l'y autorisent) ou un podiatre, et fournies par un fournisseur admissible, tel qu'il est établi par la Canada Vie; maximum d'une paire par année civile Une ordonnance est valable pour trois ans.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Prothèses auditives	1 500 \$ par période de 60 mois	Moins tous les frais admissibles liés aux prothèses auditives engagés et remboursés au cours des 60 mois précédents Comprend l'entretien et les réparations Aucune limite si les prothèses sont nécessaires à la suite d'une opération ou d'un accident et si elles sont achetées dans les six mois suivant l'événement, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Piles pour les prothèses auditives	200 \$ par année civile	Sans objet	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Bandages herniaires, béquilles, attelles, plâtres et colliers cervicaux	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Sans objet	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Supports orthopédiques	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	L'achat et la réparation des supports orthopédiques de métal ou de plastique rigide ou d'autres matériaux rigides qui, de l'avis de la Canada Vie, offrent un niveau comparable de support, exception faite des appareils d'orthodontie et des articles pour usage essentiellement athlétique	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Soutiens-gorge orthopédiques	200 \$ par année civile	Sans objet	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Prothèses mammaires	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Prothèses nécessaires à la suite d'une mastectomie et leur remplacement, après un délai minimum de 24 mois suivant l'achat le plus récent	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Perruques	1 500 \$ par période de 60 mois	Quand le patient subit une perte totale de cheveux à la suite d'une maladie	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Fournitures pour colostomie, iléostomie et trachéotomie	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Sans objet	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Sondes et sacs collecteurs	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Pour les patients incontinents, paraplégiques ou quadriplégiques	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Membres artificiels temporaires	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Conçus pour un usage à court terme, habituellement entre 2 et 4 mois	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Membres artificiels permanents	Une fois par période de 60 mois pour un participant ou une personne à charge admissible de plus de 21 ans Une fois par période de 12 mois pour les personnes à charge admissibles de 21 ans et moins	Pour remplacer les membres artificiels temporaires La fréquence maximale peut ne pas s'appliquer s'il est médicalement prouvé que le remplacement de la prothèse existante s'impose à cause de la croissance ou du rétrécissement des tissus environnants.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Oxygène	Les concentrateurs d'oxygène sont couverts une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés et remboursés au cours des 60 mois précédents L'oxygène et le matériel nécessaire à son administration sont admissibles quand ils doivent être utilisés à la maison. L'oxygénothérapie hyperbare est admissible pour les affections médicales approuvées.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Fournitures de surveillance du diabète	3 000 \$ par année civile	Fournitures utilisées pour le traitement du diabète, y compris les aiguilles, les seringues et les aides chimiques ou diagnostiques Les aiguilles et les seringues ne sont pas admissibles pour la période de 36 mois suivant la date d'achat d'un pistolet injecteur d'insuline.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Pistolet injecteur d'insuline	1 000 \$ par période de 36 mois	Sans objet	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Pompes à insuline	Une fois tous les 60 mois	À l'exclusion de leur réparation ou de leur remplacement durant la période de 60 mois suivant la date de leur achat	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Lecteurs de glycémie	700 \$ par période de 60 mois pour tous les frais combinés	À l'exclusion de leur réparation ou de leur remplacement durant la période de 60 mois suivant la date de leur achat Les systèmes de surveillance du glucose en continu sont couverts pour les personnes atteintes de diabète de type 1.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Fournitures pour systèmes de surveillance du glucose en continu	3 000 \$ par année civile	Seulement pour les personnes atteintes du diabète de type 1.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Bandages et pansements chirurgicaux	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Nécessaires pour le traitement d'une blessure ouverte ou d'un ulcère	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Bas de contention	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Bas de contention fabriqués sur mesure pour le patient ou ayant une compression minimale de 30 millimètres	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Vêtements de contention	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Pour les victimes de brûlures	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Implants péniers	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	À l'exception de ceux qui sont admissibles au titre de la protection pour soins liés à l'affirmation de genre	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Aiguilles et seringues	200 \$ par année civile	Pour l'administration de médicaments injectables sur ordonnance Une ordonnance est valable pour trois ans.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Lubrifiants injectables	600 \$ par année civile	Pour les douleurs articulaires et l'arthrite (injections de viscosupplément) Une ordonnance est valable pour trois ans.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Soins liés à l'affirmation de genre	75 000 \$ à vie	Comprend une protection pour le soutien et l'affirmation de l'identité de genre d'une personne Cette prestation comprend les soins liés à l'affirmation de genre qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie provincial ou territorial de la personne. Pour les participants bénéficiant d'une protection supplémentaire, les soins doivent être dispensés au Canada. Pour les participants bénéficiant d'une protection totale, les soins doivent être dispensés dans le pays où réside le patient. Pour être admissible à la protection, la personne protégée ou sa personne à charge admissible doit : • avoir au moins 18 ans • être suivie par un médecin en affirmation de genre • avoir la confirmation du médecin traitant ou de l'infirmier praticien que tous les soins sont médicalement nécessaires • obtenir une préapprobation en s'assurant que le Formulaire de demande de soins liés à l'affirmation de genre est rempli par la personne protégée et le médecin traitant ou l'infirmier praticien, puis soumis à la Canada Vie aux fins d'examen	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés. <u>Formulaire de demande de soins liés à l'affirmation de genre (M7508(f))</u>

Renseignements complémentaires sur les soins liés à l'affirmation de genre

Le RSSFP prévoit une protection pour soins liés à l'affirmation de genre afin d'aider les personnes à affirmer leur identité de genre en remboursant les traitements non admissibles au titre d'un régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

Servez-vous des renseignements ci-dessous pour planifier vos soins liés à l'affirmation de genre. Ces renseignements évoluent continuellement et ne tiennent pas compte de tous les services auxquels vous pourriez avoir droit au titre du RSSFP, car les services en question varient selon votre lieu de résidence.

Fonctionnement

- La protection vous est offerte à vous et à vos personnes à charge admissibles âgées d'au moins 18 ans.
- Les frais sont remboursés à 80 %, jusqu'à un maximum à vie de 75 000 \$ par personne.
- La protection s'applique aux services fournis dans votre pays de résidence seulement.
- Avant de demander la protection au titre du RSSFP, vous devez d'abord vérifier la protection offerte par votre régime d'assurance maladie provincial ou territorial.
- Vous devez obtenir une autorisation préalable en remplissant le **Formulaire de demande de soins liés à l'affirmation de genre (M7508(f))**, que vous trouverez à la page **Vos formulaires** du site web des Services aux participants du RSSFP (**bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires**). Vous pouvez également communiquer avec la Canada Vie pour obtenir un formulaire par la poste. Le formulaire doit être rempli par la personne protégée et le médecin traitant ou l'infirmier praticien, puis soumis à la Canada Vie aux fins d'examen.
- Si la protection accordée vise un traitement qui nécessite plusieurs séances, comme la thérapie vocale, vous n'êtes pas tenu de demander une autorisation préalable pour chaque séance. Dans un tel cas, les demandes de règlement subséquentes peuvent être présentées à la Canada Vie pour remboursement sans autorisation préalable.
- Les soins liés à l'affirmation de genre qui pourraient être admissibles à un remboursement par le RSSFP comprennent la féminisation/masculinisation du visage; la laryngoplastie; la chirurgie des cordes vocales; les greffes de cheveux; la reconstruction de l'arcade sourcilière. Cette liste des soins liés à l'affirmation de genre n'est pas exhaustive. D'autres soins qui aident une personne dans sa démarche peuvent être offerts.

Prochaines étapes

1. Si ce n'est pas déjà fait, parlez à votre médecin ou à votre infirmier praticien pour déterminer si vous êtes admissible à la protection offerte par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial.
2. Quand vous êtes prêt à demander la protection au titre du RSSFP, suivez les étapes ci-dessus pour remplir le **Formulaire de demande de soins liés à l'affirmation de genre (M7508(f))**.
 - Si de l'aide est offerte par la province ou le territoire, vous devez joindre la preuve du financement reçu au Formulaire de demande de soins liés à l'affirmation de genre. Les documents soumis serviront à déterminer la protection du RSSFP à laquelle vous êtes assujetti.
 - Si aucune aide n'est offerte par la province ou le territoire, vous devez joindre la preuve de refus au Formulaire de demande de soins liés à l'affirmation de genre. Si ce document n'est pas disponible, indiquez dans le champ correspondant du Formulaire de demande de soins liés à l'affirmation de genre qu'aucune aide n'est offerte.

3. Une fois que la Canada Vie aura reçu la documentation, elle évaluera votre demande et vous communiquera la décision qui a été prise. Pour éviter les retards de traitement et obtenir une réponse rapide, assurez-vous que tous les documents exigés sont dûment remplis, complets et lisibles.

Comment remplir le Formulaire de demande de soins liés à l'affirmation de genre

1. Allez à la page [Vos formulaires](https://canadavie.com/rssfp/vos-formulaires) du site web des Services aux participants du RSSFP (**bienvenue. canadavie.com/rssfp/vos-formulaires**) ou communiquez avec la **Canada Vie** pour obtenir un formulaire par la poste.
2. Sélectionnez **Formulaires de demande de protection pour soins de santé**, puis choisissez le **Formulaire de demande de soins liés à l'affirmation de genre (M7508(f))** dans la liste déroulante.
3. Remplissez les champs en suivant les directives fournies à la partie 1 du formulaire.
4. Envoyez votre formulaire dûment rempli :
 - en ligne, en soumettant une demande d'autorisation préalable ou une demande d'estimation à partir de votre **compte des Services aux participants du RSSFP** (canadavie.com/rssfp)
 - par la poste, en faisant parvenir le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Service des indemnités de Montréal
CP 99451
Succursale Main, Winnipeg MB R3C 1E6

Pour en savoir plus, communiquez avec la **Canada Vie**.

Appareils durables

Les frais admissibles correspondent aux frais de location ou d'achat d'appareils durables rentables :

- fabriqués spécialement pour un usage médical
- destinés à être utilisés à la résidence privée du patient, à moins d'indication contraire
- dont le coût et la valeur clinique sont approuvés par la Canada Vie
- considérés comme médicalement nécessaires

Le remboursement des frais associés aux appareils durables est limité au coût d'achat de l'équipement non motorisé, sauf s'il est médicalement prouvé que le patient a besoin d'un équipement motorisé.

Dans les tableaux suivants, la mention que des documents médicaux supplémentaires sont exigés pourrait simplement vouloir dire qu'une ordonnance doit être présentée.

Appareils durables – Pour les soins – Appareils pour mouvements physiques

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Lève-personne	Une fois à vie	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un lève-personne avant l'achat	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Déambulateur	Une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un déambulateur au cours des 60 mois précédents L'utilisation du déambulateur ne se limite pas à une résidence privée	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Fauteuil roulant (achat et réparations)	Une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de réparation engagés à l'égard d'un fauteuil roulant au cours des 60 mois précédents Le remplacement d'un fauteuil roulant dans le délai de 60 mois doit être autorisé lorsque l'état de santé du patient change et justifie un type de fauteuil différent. Le remboursement correspondra au montant admissible du nouveau fauteuil roulant moins le montant versé pour le fauteuil roulant précédent. Pour une personne à charge admissible, le maximum de 60 mois peut ne pas s'appliquer en cas de nécessité médicale. L'utilisation du fauteuil roulant ne se limite pas à une résidence privée.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Appareils durables – Pour les soins – Appareils de soutien et de repos

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Lits d'hôpital	Une fois à vie	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un lit d'hôpital avant l'achat	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Matelas thérapeutique	Une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un matelas thérapeutique au cours des 60 mois précédents	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Coussins pour fauteuil roulant	Une fois tous les 12 mois	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un coussin pour fauteuil roulant au cours des 12 mois précédents	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Appareils durables – Pour les soins – Moniteurs et appareils de détection

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Moniteurs d'apnée À noter : Cela ne s'applique pas aux CPAP ou BiPAP, qui sont admissibles une fois tous les 60 mois. Voir Appareils durables – Pour le traitement – Appareils d'appui aérothérapeutique.	Une fois à vie	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un moniteur d'apnée avant l'achat	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Tensiomètre	Une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tensiomètre au cours des 60 mois précédents	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Moniteurs d'énurésie	Une fois à vie	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un moniteur d'énurésie avant l'achat	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Dispositif de mesure de la saturation en oxygène	Une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un dispositif de mesure de la saturation en oxygène au cours des 60 mois précédents	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Oxymètre de pouls	Une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un oxymètre de pouls au cours des 60 mois précédents	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Saturomètre	Une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un saturomètre au cours des 60 mois précédents	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Moniteur de coagulation sanguine	Une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un moniteur de coagulation sanguine au cours des 60 mois précédents	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Appareil de surveillance cardiaque	Une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un appareil de surveillance cardiaque au cours des 60 mois précédents	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Appareils durables – Pour le traitement – Appareils d'appui mécanique et thérapeutique

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Appareil à compression intermittente périphérique (lymphapress)	Une fois à vie	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un appareil à compression intermittente périphérique avant l'achat	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Pompe à perfusion	Une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'une pompe à perfusion au cours des 60 mois précédents	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Ensemble à traction	Une fois à vie	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un ensemble à traction avant l'achat	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Neurostimulateur (électrique) transcutané	Une fois tous les 120 mois	L'appareil doit être utilisé pour le contrôle de la douleur chronique. Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un neurostimulateur (électrique) transcutané au cours des 120 mois précédents	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Appareils durables – Pour le traitement – Appareils d'appui aérothérapeutique

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
CPAP, BiPAP et appareils dentaires assimilés	Une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de location et d'achat admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des 60 mois précédents Les appareils dentaires sont admissibles seulement lorsque le patient ne peut pas tolérer un CPAP ou un BiPAP.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Réparation, entretien et pièces de rechange des appareils d'appui aérothérapeutique admissibles (CPAP, BiPAP)	500 \$ par année civile	Comprend les tubes, les filtres, les coussins et les masques	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Compresseur	Une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un compresseur au cours des 60 mois précédents	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Nébuliseur	Une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un nébuliseur au cours des 60 mois précédents	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les articles achetés essentiellement pour usage athlétique
- les services d'ambulance pour une évacuation médicale admissible au titre de la prestation pour frais admissibles engagés à l'extérieur de la province
- les frais engagés dans tous les cas précisés dans la liste des **Exclusions et limitations générales**
- les appareils durables suivants :
 - accessoires d'un appareil dont les frais sont admissibles
 - modifications de la résidence du patient (barre, rampe, tapis, ascenseur, etc.)

- appareils utilisés pour les diagnostics ou la surveillance, à moins d'indications expresses dans la partie des frais admissibles
- implants, à l'exception de ce qui est expressément prévu dans les frais admissibles et des implants admissibles au titre de la protection pour soins liés à l'affirmation de genre
- équipement de sécurité pour salles de bain
- climatiseurs
- fournitures régulièrement renouvelées associées à un appareil durable, à moins d'indications expresses dans la partie des frais admissible
- les appareils durables utilisés pour prévenir une maladie ou une blessure
- l'utilisation d'un appareil pour un traitement considéré par la Canada Vie comme expérimental sur le plan clinique
- la portion des frais remboursables par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial ou un programme parrainé par le gouvernement d'une province ou d'un territoire, que vous et vos personnes à charge admissibles participiez ou non à ce régime ou programme

Soins dentaires

Les frais admissibles s'entendent des **frais raisonnables et habituels** exigés pour les opérations buccales et les traitements requis à la suite d'une blessure accidentelle.

Traitement à moindre coût

Quand au moins deux traitements possibles pour une opération buccale ou une blessure accidentelle sont considérés comme acceptables, les frais admissibles au titre du RSSFP se limiteront au coût du traitement dont les frais sont les plus **raisonnables et habituels**.

Les frais admissibles s'entendent des **frais raisonnables et habituels** exigés pour les services suivants offerts par un dentiste et les opérations buccales suivantes effectuées par un dentiste.

Blessure accidentelle

Les frais engagés pour les services d'un chirurgien-dentiste et les frais de prothèses dentaires nécessaires pour le traitement d'une fracture à la mâchoire ou de blessures accidentelles aux dents naturelles sont remboursables par le RSSFP. La fracture ou la blessure doit avoir été causée par un coup externe, violent et accidentel ou elle doit résulter d'un coup autre qu'un accident se produisant pendant que la personne se nettoie les dents, mastique ou mange.

Le traitement doit être donné dans les 12 mois suivant l'accident. Dans le cas d'un enfant à charge admissible de moins de 17 ans, le traitement doit être donné avant qu'il n'ait atteint l'âge de 18 ans. Il n'est pas nécessaire d'obtenir une ordonnance médicale. Le délai prescrit peut être prolongé si, de l'avis de la Canada Vie, le traitement n'avait pas pu être dispensé pendant cette période.

Si vous êtes protégé par le Régime de soins dentaires de la fonction publique (RSDFP), le Régime de services dentaires pour les pensionnés, le Régime de soins dentaires pour les personnes à charge des membres de la GRC ou le Régime de soins dentaires pour les personnes à charge des membres des FAC, les demandes de règlement pour les blessures accidentelles doivent d'abord être présentées au titre du RSSFP.

Opérations buccales

Si vous êtes protégé par le Régime de soins dentaires de la fonction publique (RSDFP), le Régime de services dentaires pour les pensionnés, le Régime de soins dentaires pour les personnes à charge des membres de la GRC ou le Régime de soins dentaires pour les personnes à charge des membres des FAC, les demandes de règlement pour les chirurgies buccales doivent d'abord être présentées au titre de ce régime. Tout montant qui n'est pas couvert par ce régime-là peut être présenté au titre du RSSFP.

Dans les tableaux suivants, la mention que des documents médicaux supplémentaires sont exigés pourrait simplement vouloir dire qu'une ordonnance doit être présentée.

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Kystes, lésions et abcès	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	• Biopsie (incision, excision) • Lésion du tissu mou • Lésion du tissu osseux • Excision de kystes, de lésions bénignes et de grenouillettes • Incision et drainage : • tissu mou (intraoraux) • dans l'os (intraosseux) • abcès périodontique	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Traitements gingivaux et alvéolaires	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	• Alvéoloplastie • Plastie par lambeaux avec : • curetage • ostéoplastie • curetage et ostéoplastie • Curetage gingival • Gingivectomie avec ou sans curetage • Gingivoplastie	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Extraction de dents ou de racines	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	Extraction : • d'une dent incluse • d'une racine ou d'un corps étranger de la cavité maxillaire • résection d'une racine (apicectomie) • dents antérieures • prémolaires • molaires	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Fractures et dislocations	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	• Réduction ouverte ou fermée d'une mâchoire disloquée (articulation temporo-mandibulaire) • Traitement des fractures de la mandibule : • sans réduction • réduction fermée • réduction ouverte • Traitement des fractures du maxillaire ou de l'os molaire : • sans réduction • réduction fermée • réduction ouverte • réduction ouverte complexe	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Autres traitements	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, sous réserve des frais raisonnables et habituels	• Avulsion de nerf – supra ou infra-orbital • Frénectomie de la lèvre ou de la joue (labiale ou buccale) • Langue (lingual) • Fermeture d'une fistule bucco-sinusienne • Sialolithotomie simple ou complexe • Approfondissement du sillon, remodelage de la crête alvéolaire • Traitement de blessures accidentelles : • réparation d'une lacération du tissu mou • débridement, réparation et suture • Biopsie osseuse (torus)	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés dans tous les cas précisés dans la liste des **Exclusions et limitations générales**
- les frais de soins dentaires, sauf s'ils sont expressément prévus parmi les frais admissibles aux titres du traitement des blessures accidentelles aux dents naturelles et des opérations buccales

Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province

La prestation pour frais admissibles engagés à l'extérieur de la province comprend ce qui suit :

- Garantie-voyage d'urgence
- Garantie assistance voyage d'urgence
- Services rendus sur recommandation

Cette prestation est offerte au titre de la **protection supplémentaire** seulement. La protection vous est offerte, à vous et à vos personnes à charge admissibles, si vous habitez au Canada et êtes protégés par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

La garantie-voyage d'urgence et la garantie assistance voyage d'urgence sont gérées par MSH International (MSH). MSH est une société qui offre un service d'assistance voyage complet et qui assure la gestion des demandes de règlement relatives à la prestation pour frais admissibles engagés à l'extérieur de la province. MSH offre également les frais suivants :

- gestion du dossier pendant le séjour à l'hôpital
- arrangements pour les services ambulanciers aériens
- arrangements pour la facturation et le règlement des factures
- assistance à la famille
- transport pour le retour
- recommandations d'un avocat
- rapatriement du corps du défunt

La protection pour services rendus sur recommandation est gérée par la Canada Vie.

Si vous engagez des frais admissibles à l'extérieur de la province, vous devez présenter votre demande de règlement dans le [portail de MSH pour les participants du RSSFP \(rssfp-msh.ca\)](https://rssfp-msh.ca) ou par la poste (voir [Comment présenter une demande de règlement au titre de la protection totale et de la garantie assistance voyage d'urgence](#)).

Garantie-voyage d'urgence

Le RSSFP vous garantit, à vous et à vos personnes à charge admissibles, une protection maximale de 1 000 000 \$ (canadiens), prévoyant un remboursement à 100 %, pour les frais médicaux admissibles engagés en raison d'une urgence pendant un voyage d'agrément ou d'affaires.

Le remboursement est fondé sur les **frais raisonnables et habituels** en sus du montant payable par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial, s'ils s'imposent pour le traitement d'urgence d'une blessure ou d'une maladie survenue dans les 40 jours suivant la date où la personne protégée a quitté sa province ou son territoire, à l'exclusion de toute période passée hors de la province en service commandé.

Frais admissibles

Les frais admissibles sont les frais engagés pour ce qui suit :

1. Séjour en salle commune et services hospitaliers complémentaires reçus dans un hôpital général
2. Services d'un médecin
3. Prix d'un billet d'avion aller simple, en classe économique, ou autre moyen de transport lorsque le transport aérien n'est pas possible, pour que le patient puisse revenir dans sa province ou son territoire de résidence. Le prix d'un billet d'avion est aussi inclus pour le professionnel de la santé qui doit accompagner le participant ou sa ou ses personnes à charge admissibles, lorsque cela est médicalement nécessaire.
4. Évacuation médicale, y compris le service d'ambulance au besoin, lorsque, de l'avis de MSH, les soins nécessaires ne sont pas offerts dans la région où l'urgence s'est produite
5. Assistance à la famille, jusqu'à un maximum combiné de 5 000 \$, remboursés à 100 %, pour une urgence de voyage, calculée de la façon suivante :

- Le maximum payable pour les enfants à charge admissibles de moins de 16 ans laissés seuls en raison de votre hospitalisation ou de l'hospitalisation de votre conjoint ou conjoint de fait protégé par le régime est le coût des billets de retour en classe économique pour les rapatrier, en les faisant accompagner au besoin.
 - Le coût d'un billet de retour si un membre de la famille est hospitalisé et qu'il est par conséquent incapable de rentrer à la maison à la date prévue initialement et doit acheter un nouveau billet de retour. Le coût supplémentaire du billet de retour est admissible, jusqu'à concurrence du coût d'un billet en classe économique.
 - La visite d'un parent, si un membre de la famille est hospitalisé pendant plus de sept jours lorsqu'il voyage seul. La protection comprend le remboursement du billet d'avion en classe économique, des frais de logement commercial et des repas, jusqu'à un montant maximal combiné de 200 \$ par jour, remboursés à 100 %, pour le conjoint ou conjoint de fait, le parent, l'enfant, le frère ou la sœur du patient. Cette garantie comprend également le remboursement des frais engagés si un membre de la famille doit en identifier un autre décédé, pour que le corps puisse lui être remis.
 - Les frais de logement commercial et de repas si l'hospitalisation d'un membre de la famille ou des restrictions relatives au vol imposées par un médecin vous obligent, vous et vos personnes à charge admissibles, ou obligent une personne à charge protégée à prolonger le séjour. Les frais supplémentaires de repas et d'hébergement engagés par les membres de la famille qui accompagnent le participant sont admissibles jusqu'à un maximum de 200 \$ par jour, remboursés à 100 %.
6. Le rapatriement du corps du défunt, en cas de décès d'un membre de la famille. Les autorisations nécessaires seront obtenues et des dispositions seront prises pour le rapatriement du corps du défunt dans la province ou le territoire de résidence. Le montant maximal payable pour la préparation et le rapatriement du corps de la personne décédée est de 3 000 \$, remboursés à 100 %.

Garantie assistance voyage d'urgence

Si une assistance en cas d'urgence est nécessaire, vous et vos personnes à charge admissibles avez accès en tout temps au réseau mondial de MSH, en communiquant avec **MSH International**.

MSH fournit les services suivants :

- aide pour le transport à l'hôpital le plus proche offrant les soins nécessaires ou pour le retour au Canada
- recommandations médicales, consultation et suivi
- recommandations d'un avocat
- service d'interprétation téléphonique
- service de messagerie pour les membres de la famille et les collaborateurs (les messages sont conservés pendant 15 jours)
- paiement anticipé, en votre nom et en celui de vos personnes à charge admissibles ou d'une personne à charge protégée, des frais médicaux et hospitaliers

Pour obtenir le paiement anticipé des frais hospitaliers et médicaux, vous devez signer un formulaire d'autorisation permettant à MSH de récupérer les paiements effectués au titre du régime d'assurance maladie provincial ou territorial. Vous devez rembourser à la Canada Vie tout paiement effectué à votre égard en sus du montant admissible au remboursement au titre du régime d'assurance maladie provincial ou territorial et du RSSFP.

L'assistance voyage d'urgence n'est pas fournie dans les pays où sévissent des conflits politiques. La Canada Vie tient à jour une liste de ces pays, laquelle change en fonction du contexte mondial.

Ni la Canada Vie ni MSH ne sont responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats des traitements médicaux offerts à vous ou à vos personnes à charge admissibles ni de l'impossibilité d'obtenir un traitement médical.

Voyage en service commandé

Les participants qui voyagent en service commandé pour les affaires du gouvernement sont protégés par la garantie-voyage d'urgence et par la garantie assistance voyage d'urgence durant toute la période de leur voyage en service commandé. Bien qu'il n'y ait pas de limite de temps pour un voyage en service commandé, le maximum de la protection de 1 000 000 \$ (canadiens) s'applique toujours.

En plus des documents à l'appui de la demande de règlement présentée au titre de la prestation pour frais admissibles engagés à l'extérieur de la province, vous serez tenu de fournir des renseignements à l'appui de votre voyage en service commandé lorsque la date du service est de plus de 40 jours à compter de la date de départ de la province ou du territoire de résidence.

Services rendus sur recommandation

Les services rendus sur recommandation prévoient le remboursement des frais engagés pour certains services médicaux qui ne sont pas offerts dans votre province ou territoire de résidence par suite d'une recommandation écrite de votre médecin traitant ou de votre infirmier praticien.

Ainsi, vous et vos personnes à charge admissibles devez physiquement quitter votre province ou votre territoire de résidence pour obtenir ces services. Pour les besoins de cette prestation, par frais admissibles, on entend les **frais raisonnables et habituels** qui dépassent le montant payable par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

Dans le tableau suivant, la mention que des documents médicaux supplémentaires sont exigés pourrait simplement vouloir dire qu'une ordonnance est requise. Vous pouvez également consulter la page [Vos formulaires](https://bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires) du site web des Services aux participants du RSSFP (bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires) ou communiquer avec la [Canada Vie](https://bienvenue.canadavie.com) pour obtenir le formulaire par la poste.

Prestation	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des documents médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Séjour en salle commune et services hospitaliers complémentaires reçus dans un hôpital général	Jusqu'à 25 000 \$ par maladie ou blessure pour tous les frais combinés	Le RSSFP rembourse les frais pour les traitements médicaux qui ne sont pas offerts dans votre province ou territoire de résidence ou dans la province ou le territoire de résidence de vos personnes à charge admissibles et qui sont donnés lorsque vous ou vos personnes à charge admissibles quittez votre province ou votre territoire de résidence, à condition que les traitements soient prescrits par le médecin ou l'infirmier traitant.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Soins fournis par un médecin ou un chirurgien			
Services de laboratoire			

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence ou de la province ou du territoire de vos personnes à charge admissibles, s'ils s'imposent pour le traitement d'urgence d'une blessure ou d'une maladie survenue plus de 40 jours après votre départ de votre province ou de votre territoire de résidence, sauf dans le cas des personnes qui sont en voyage en service commandé
- les frais engagés par vous ou vos personnes à charge admissibles si vous habitez, de façon temporaire ou permanente, à l'extérieur du Canada
- les frais engagés pour le traitement habituel d'une blessure ou d'une maladie dont vous ou vos personnes à charge admissibles souffriez avant de quitter votre province ou votre territoire de résidence
- les frais engagés dans tous les cas précisés dans la liste des [Exclusions et limitations générales](#)

Garantie-hospitalisation – tous les participants

Garantie-hospitalisation supplémentaire (au Canada)

Cette garantie prévoit le remboursement des **frais raisonnables et habituels** jusqu'à concurrence des maximums préétablis pour chaque jour d'hospitalisation et couvre le logement et la pension dans une chambre d'hôpital à deux lits ou à un lit en sus des frais de salle. Le niveau de protection détermine le maximum remboursable et influe sur vos cotisations mensuelles au RSSFP.

Niveau I Applicable à tous les participants	Niveau II Protection supplémentaire optionnelle	Niveau III Protection supplémentaire optionnelle
Jusqu'à 90 \$ par jour; remboursement à 100 %	Jusqu'à 170 \$ par jour; remboursement à 100 %	Jusqu'à 250 \$ par jour; remboursement à 100 %

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés dans tous les cas précisés dans la liste des **Exclusions et limitations générales**
- les frais de co-assurance ou autres frais analogues d'hospitalisation excédant les frais remboursables par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial ou par un régime d'assurance-hospitalisation
- les frais personnels, par exemple, pour un téléviseur et un téléphone
- les frais engagés lorsqu'un patient occupe un lit d'hôpital pour recevoir des soins de courte durée alors qu'il a obtenu son congé médical et n'a plus besoin de soins de courte durée

Garantie-hospitalisation totale (à l'extérieur du Canada)

La protection offerte par cette garantie fait partie de la protection totale et est obligatoire pour les employés déployés ou affectés à l'extérieur du Canada, comme les membres des Forces armées canadiennes (FAC) et la Gendarmerie royale du Canada (GRC).

Cette garantie **n'est pas offerte aux pensionnés qui résident à l'extérieur du Canada**.

Elle prévoit une garantie-hospitalisation équivalant, dans la mesure du possible, à celle des participants habitant au Canada qui sont protégés par un régime d'assurance maladie ou d'assurance-hospitalisation provincial ou territorial.

Frais admissibles

Les frais admissibles sont les **frais raisonnables et habituels** engagés pour chaque jour d'hospitalisation dans un hôpital général, un hôpital des FAC ou un hôpital des forces armées d'un pays étranger. Les **frais raisonnables et habituels** sont remboursés à 100 % et comprennent les frais admissibles suivants :

- frais de salle ordinaire
- les soins infirmiers dispensés par l'hôpital
- les radiographies pour fins de diagnostic, frais de laboratoire et autres procédures de diagnostic
- les médicaments prescrits et administrés à l'hôpital par un médecin
- l'utilisation de salles d'opération et d'accouchement, ainsi que de fournitures pour anesthésie et chirurgie
- les services dispensés par toute personne payée par l'hôpital
- le recours à des moyens et des installations de traitement orthophonique
- conseils en diététique
- les services en clinique externe fournis par un hôpital

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés dans tous les cas précisés dans la liste des [Exclusions et limitations générales](#)
- les frais de co-assurance ou autres frais analogues d'hospitalisation excédant les frais remboursables par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial ou par un régime d'assurance-hospitalisation
- la personne assurée aux termes d'un régime d'assurance-hospitalisation collectif non gouvernemental administré dans un pays étranger et offrant des garanties d'hospitalisation comparables à celles que prévoit la *loi ontarienne de 1972 sur l'assurance-santé*, telle qu'elle est modifiée de temps à autre

Garantie-maladie de base (applicable à tous les participants bénéficiant d'une protection totale)

Cette garantie vous est offerte seulement si vous habitez à l'extérieur du Canada et n'êtes pas protégé par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

Elle prévoit une protection pour des services, dont les frais sont remboursés à 100 %, équivalant dans la mesure du possible aux services auxquels ont accès les personnes habitant au Canada et protégées par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial. Les services hospitaliers sont exclus de cette garantie.

Les frais admissibles maximums engagés pour ces services sont équivalents à trois fois le montant autrement payable selon le guide des tarifs en vigueur en vertu de la *loi ontarienne de 1972 sur l'assurance-santé*.

Frais admissibles

Les frais admissibles comprennent :

- les services d'un médecin, notamment :
 - les services d'un médecin à la résidence du participant, au cabinet du médecin, dans une clinique ou dans un hôpital
 - le diagnostic et le traitement d'une maladie ou d'une blessure
 - un examen médical annuel
 - le traitement de fractures ou de dislocations
 - la chirurgie, y compris celle qui, aux États-Unis, est exécutée par un podiatre (DPM)
 - l'anesthésie
 - les radiographies pour fins de diagnostic et de traitement
 - les soins obstétricaux, y compris les soins prénataux et postnataux
 - les services de laboratoire et de pathologie clinique ordonnés par un médecin et exécutés sous sa direction

- les services d'un optométriste
- les services d'un physiothérapeute
- les services d'ambulance
- les services d'un chiropraticien, d'un ostéopathe ou d'un podiatre

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés dans tous les cas précisés dans la liste des [Exclusions et limitations générales](#)
- les services dispensés par un médecin payé par l'hôpital. L'employé affecté à l'étranger peut toutefois se faire rembourser ces frais au titre de la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada).

Gestion des demandes de règlement

Comment présenter une demande de règlement au titre de la protection supplémentaire (à l'exclusion des demandes de règlement au titre de la garantie assistance voyage d'urgence)

Vous pouvez présenter vos demandes de règlement à la Canada Vie de l'une de quatre façons :

- par l'entremise d'un pharmacien ou d'un fournisseur de services paramédicaux inscrit
- en ligne, à partir de votre compte des Services aux participants du RSSFP
- au moyen de l'application mobile Ma Canada Vie au travail^{MC}
- par la poste, en envoyant un formulaire de demande de règlement papier

Comment présenter une demande de règlement par l'entremise de votre pharmacien ou de votre fournisseur

Présenter des demandes de règlement par l'entremise de votre pharmacien

Lorsque vous présentez une ordonnance pour des médicaments sur ordonnance, des fournitures de médicaments sur ordonnance et des fournitures médicales admissibles à votre pharmacien au Canada, présentez également votre carte de prestations du RSSFP pour que le pharmacien puisse soumettre la demande de règlement directement à la Canada Vie en votre nom. Votre demande de règlement sera ainsi traitée en temps réel. Vous demeurez responsable du paiement des frais non admissibles et de la co-assurance, sauf si vous et votre conjoint ou conjoint de fait êtes tous les deux admissibles et que vous avez coordonné vos prestations avec le même régime ou un autre régime (voir les sections [Co-assurance](#) et [Coordination des prestations](#)).

Veuillez noter que si vous n'utilisez pas la carte de prestations du RSSFP lorsque vous achetez vos médicaments sur ordonnance à la pharmacie, vous pourriez payer un montant plus élevé que le montant admissible au titre du RSSFP.

Présenter des demandes de règlement par l'entremise de votre fournisseur (de services paramédicaux)

Les fournisseurs inscrits qui ont accès au service en ligne [eRéclamations pour les fournisseurs](#) peuvent soumettre des demandes de règlement par transfert électronique à la Canada Vie en votre nom. Ainsi, la Canada Vie remboursera les fournisseurs directement, réduisant immédiatement les dépenses payées de

vosre poche, car vous avez seulement à payer la co-assurance et les frais non admissibles au titre du RSSFP (voir la section [Co-assurance](#)).

Si votre fournisseur est admissible et inscrit au service eRéclamations pour les fournisseurs, présentez-lui votre carte de prestations du RSSFP pour qu'il puisse soumettre votre demande de règlement en temps réel.

Pour obtenir la liste complète des fournisseurs inscrits au service eRéclamations, accédez à votre [compte des Services aux participants du RSSFP](#) (canadavie.com/rssfp), puis sélectionnez **Trouver un fournisseur**.

Si votre fournisseur n'est pas inscrit au service eRéclamations, vous pouvez tout de même présenter votre demande de règlement par voie numérique en accédant à votre [compte des Services aux participants du RSSFP](#) (canadavie.com/rssfp). Vous pouvez également présenter une demande de règlement papier, en l'envoyant par la poste. Vous trouverez plus bas des précisions sur les deux modes de présentation.

Comment présenter une demande de règlement par voie numérique (frais engagés au Canada)

Après avoir effectué l'[adhésion préalable](#) et terminé votre inscription aux [Services aux participants du RSSFP](#) (canadavie.com/rssfp), vous pouvez présenter vos demandes de règlement par voie numérique dans le site web des Services aux participants du RSSFP ou l'application Ma Canada Vie au travail.

Pour présenter une demande de règlement par voie numérique :

1. Accédez à votre [compte des Services aux participants du RSSFP](#) (canadavie.com/rssfp) ou à l'application Ma Canada Vie au travail.
2. Sélectionnez **Présenter une demande de règlement** (ou sélectionnez **Demander un règlement** si vous utilisez l'application mobile).
3. Choisissez le type de demande de règlement qui convient et suivez les étapes indiquées.

Comment présenter une demande de règlement papier (frais engagés au Canada)

Pour présenter une demande de règlement papier :

1. Imprimez, remplissez lisiblement et signez la Demande de règlement pour frais engagés au Canada (M635D(f)) ou la Demande de règlement pour frais non urgents engagés à l'extérieur du pays (M7518(f)) qui se trouvent à la page [Vos formulaires](#) du site web des Services aux participants du RSSFP (bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires) ou communiquez avec la [Canada Vie](#) pour obtenir un formulaire par la poste. Si votre formulaire est incomplet ou illisible, il vous sera retourné par la poste dans un délai de trois semaines et vous devrez soumettre un nouveau formulaire à la Canada Vie.
2. Envoyez le formulaire, accompagné de l'original des pièces justificatives (original des reçus, des factures, de la déclaration du médecin ou du praticien, des questionnaires, etc.), à l'adresse indiquée sur le formulaire. Conservez une copie des documents dans vos dossiers, car la Canada Vie ne retournera pas l'original des reçus une fois la demande de règlement traitée.

Lorsque vous présentez une demande de règlement au titre de la disposition de coordination des prestations, vous devez y joindre tout relevé de demande de règlement reçu d'un autre régime collectif.

Pour obtenir la version papier d'un formulaire de demande de règlement vierge, communiquez avec la [Canada Vie](#) pour qu'un formulaire vous soit envoyé par la poste. Un formulaire de demande de règlement vierge est également joint au relevé des prestations qui vous est envoyé par la poste.

Comment présenter une demande de règlement au titre de la protection totale et de la garantie assistance voyage d'urgence

Vous pouvez soumettre vos demandes de règlement à MSH de l'une de deux façons :

- en ligne, dans le portail de MSH pour les participants du RSSFP
- par la poste, en envoyant un formulaire de demande de règlement papier

Comment présenter une demande de règlement en ligne (frais engagés à l'extérieur du Canada)

Pour soumettre une demande de règlement à MSH, vous devez d'abord effectuer l'[adhésion préalable](#) auprès de la Canada Vie et consentir à l'utilisation de vos renseignements personnels pour le traitement de vos demandes de règlement. Ces renseignements seront transmis de manière sécurisée à MSH en votre nom afin que vous puissiez créer [votre compte dans le portail de MSH pour les participants du RSSFP](#).

À noter : Les demandes de règlement non urgentes pour des frais engagés au Canada ainsi que les demandes de règlement pour [services rendus sur recommandation](#) seront traitées par la Canada Vie. Voir la section [Comment présenter une demande de règlement au titre de la protection supplémentaire \(à l'exclusion des demandes de règlement au titre de la garantie assistance voyage d'urgence\)](#).

Comment présenter une demande de règlement en ligne (frais engagés à l'extérieur du Canada)

1. Veuillez d'abord vous inscrire au [portail de MSH pour les participants du RSSFP](#) ([rssfp-msh.ca](#)).
 - À noter : Cette inscription est distincte de celle que vous devez effectuer pour créer votre [compte des Services aux participants du RSSFP](#) ([canadavie.com/rssfp](#)). Voir la section [Comment créer un compte dans le portail de MSH pour les participants du RSSFP](#).
2. Accédez à votre compte dans le [portail de MSH pour les participants du RSSFP](#) ([rssfp-msh.ca](#)).
3. Sélectionnez **Nouvelle demande de règlement** à la section **Soumettre une demande de règlement**.
4. Suivez les directives pour présenter la demande de règlement en veillant à remplir le formulaire d'inscription aux préférences de paiement et à joindre tous les documents requis, les reçus et la preuve de paiement.

Comment présenter une demande de règlement papier (frais engagés à l'extérieur du Canada)

Pour présenter une demande de règlement papier :

1. Téléchargez, remplissez lisiblement et signez la [Demande de règlement pour frais engagés à l'extérieur du Canada au titre de la protection totale \(M7517\(f\)\)](#) ou la [Demande de règlement au titre de la garantie-voyage d'urgence \(M7519\(f\)\)](#) à la page [Vos formulaires](#) du site web des Services aux participants du RSSFP ([bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires](#)) ou communiquez avec [MSH](#) pour obtenir un formulaire par la poste. Si votre formulaire est incomplet ou illisible, il vous sera retourné par la poste dans un délai de trois semaines suivant sa réception par MSH International et vous devrez soumettre un nouveau formulaire à la Canada Vie.
2. Envoyez le formulaire, accompagné de l'original des pièces justificatives (original des reçus, des factures, de la déclaration du médecin ou du praticien, des questionnaires, etc.), à l'adresse indiquée sur le formulaire. Conservez une copie des documents dans vos dossiers, car MSH ne retournera pas l'original des reçus une fois la demande de règlement traitée.

Demandes de règlement à soumettre à la Canada Vie ou à MSH

Soumettre les demandes de règlement suivantes à la Canada Vie :	Soumettre les demandes de règlement suivantes à MSH :
Demandes de règlement non urgentes visant des dépenses engagées au Canada pour tous les participants du RSSFP	Demandes de règlements visant la garantie assistance voyage d'urgence pour les participants bénéficiant de la protection supplémentaire (rssfp.ca/protections/protection-supplementaire). Il s'agit des frais médicaux admissibles engagés à la suite d'une urgence lors d'un voyage d'agrément ou d'affaires à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence.
Demandes de règlement non urgentes visant des dépenses engagées à l'extérieur du Canada pour les participants bénéficiant de la protection supplémentaire (rssfp.ca/protections/protection-supplementaire).	Toutes les demandes de règlement visant des frais engagés à l'extérieur du Canada pour les participants bénéficiant de la protection totale (rssfp.ca/protections/protection-totale)

Date limite pour la présentation d'une demande de règlement

La Canada Vie et MSH doivent recevoir les demandes de règlement au plus tard le 31 décembre de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle les frais ont été engagés. Par exemple, si les frais ont été engagés en juillet 2024, vous avez jusqu'au 31 décembre 2025 pour présenter votre demande de règlement. Certaines exceptions peuvent s'appliquer. Veuillez consulter la **Directive du RSSFP** (njc-cnm.gc.ca/directive/d9/fr).

Renseignements sur la coordination des prestations

Coordination des prestations

Si vous bénéficiez de la protection de plus d'un régime de soins de santé, à titre de participant ou de personne à charge, la coordination des prestations vous permet de présenter une demande de règlement au titre de tous vos régimes et de recevoir un remboursement allant jusqu'à 100 % des frais engagés.

Calcul des remboursements

Selon un ensemble de règles établies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, le premier régime calcule le remboursement auquel vous avez droit selon ses propres règles. Vous pouvez ensuite présenter une demande de règlement au deuxième régime. Voir la section **Ordre à respecter pour la coordination des prestations**.

Si votre demande de règlement est admissible au titre du deuxième régime, le remboursement auquel vous avez droit correspondra à la moins élevée des valeurs suivantes :

- Le montant qui aurait été versé s'il s'agissait du premier payeur.
- 100 % des frais admissibles, moins le montant remboursé par le premier payeur.

Le remboursement total ne peut pas excéder 100 % des frais admissibles.

Exemple : Vous payez 150 \$ en frais admissibles au titre des deux régimes.

À noter : Pour les exemples fournis, il est supposé que les 150 \$ correspondent à des frais raisonnables et habituels et que le maximum n'a pas été atteint.

Vos régimes	Frais admissibles	Pourcentage du remboursement	Calcul	Votre remboursement
Premier régime	150 \$	80 %	$150 \$ \times 80 \% = 120 \$$	120 \$
Deuxième régime	150 \$	80 %	$(150 \$ - 0 \$) \times 80 \% = 120 \$$ $150 \$ - 120 \$ = 30 \$$	30 \$ (montant le moins élevé des deux)
			Remboursement total	150 \$

Exemple : Vous payez 150 \$ en frais qui sont non admissibles au titre du premier régime, mais qui sont admissibles au titre du deuxième régime.

Vos régimes	Frais admissibles	Pourcentage du remboursement	Calcul	Votre remboursement
Premier régime	0 \$	80 %	$0 \$ \times 80 \% = 0 \$$	0 \$
Deuxième régime	150 \$	80 %	$150 \$ \times 80 \% = 120 \$$ $150 \$ - 0 \$ = 150 \$$	120 \$ (montant le moins élevé des deux)
			Remboursement total	120 \$

Ordre à respecter pour la coordination des prestations

Pour déterminer l'ordre dans lequel vous devez présenter vos demandes de règlement, suivez les étapes du scénario qui correspond à votre situation actuelle. Si plusieurs scénarios correspondent à votre situation, commencez par le scénario qui vient en premier dans la liste ci-dessous. Si un montant est impayé, présentez une demande au titre du régime suivant de la liste. Répétez le processus, s'il y a lieu.

Je suis marié ou j'ai un conjoint de fait et nous détenons tous les deux un régime collectif auprès de notre employeur.

1. Votre propre régime collectif.
2. Le régime de votre conjoint ou conjoint de fait.

À noter : Votre conjoint ou conjoint de fait doit présenter ses demandes de règlement à son propre régime en premier lieu.

Je suis marié ou j'ai un conjoint de fait et nous présentons une demande de règlement pour notre enfant.

1. Le régime du parent qui célèbre son anniversaire de naissance le premier dans l'année civile.
2. Le régime de l'autre parent.

J'ai la garde conjointe de mes enfants. Mon ancien conjoint et moi sommes tous les deux remariés ou avons un conjoint de fait.

1. Le régime du parent qui célèbre son anniversaire de naissance le premier dans l'année civile.
2. Le régime de l'autre parent.
3. Le régime du conjoint ou conjoint de fait du parent qui célèbre son anniversaire de naissance le premier.
4. Le régime du conjoint ou conjoint de fait de l'autre parent.

J'ai la garde exclusive de mes enfants. Mon ancien conjoint et moi sommes tous les deux remariés ou avons un conjoint de fait.

1. Le régime du parent ayant la garde exclusive.
2. Le régime du conjoint ou conjoint de fait du parent ayant la garde exclusive.
3. Le régime de l'autre parent.
4. Le régime du conjoint ou conjoint de fait de l'autre parent.

J'étudie à temps plein et je bénéficie d'une protection auprès de mon école et de mon employeur. Je suis également considéré comme une personne à charge admissible au titre du régime d'un parent.

1. Régime de l'étudiant ou de l'employeur, selon celui dont la protection est entrée en vigueur en premier.
2. Régime de l'étudiant ou de l'employeur, selon celui dont la protection est entrée en vigueur en deuxième.
3. Le régime du parent.

Exception : Si vous êtes un résident du Québec et que vous présentez une demande de règlement pour des médicaments sur ordonnance, présentez la demande à votre régime d'étudiant en dernier.

J'ai deux emplois et je bénéficie d'une protection pour soins de santé auprès de mes deux employeurs.

1. Le régime offert dans le cadre de l'emploi à temps plein.
2. Le régime offert dans le cadre de l'emploi à temps partiel.

À noter : Si vous travaillez le même nombre d'heures dans le cadre de vos deux emplois ou s'il s'agit de deux emplois à temps partiel, présentez la demande au titre du régime de l'employeur qui a été le premier à vous embaucher.

Je bénéficie de la protection d'un régime des retraités et d'un régime offert par mon nouvel employeur.

1. Le régime offert par votre nouvel employeur.
2. Le régime des retraités.

IMPORTANT

Lors de l'adhésion préalable, vous devez informer la Canada Vie de tout régime de soins de santé dont vous et votre conjoint ou conjoint de fait bénéficiez (par l'entremise d'un autre employeur, par exemple).

Si l'autre protection est auprès de la Canada Vie, vous aurez besoin des renseignements au sujet de l'autre régime (numéro de régime et de certificat, numéro d'identification).

Pour ajouter, modifier ou supprimer des renseignements sur la coordination des prestations après avoir effectué l'**adhésion préalable**, vous pouvez mettre à jour vos renseignements en accédant à votre **compte des Services aux participants du RSSFP** (canadavie.com/rssfp). Pour en savoir plus sur la coordination des prestations, voir la section **Coordination des prestations** (rssfp.ca/demandes-de-reglement/coordination-des-prestations).

Relevé des prestations

Une fois votre demande de règlement traitée, le relevé des prestations produit par la Canada Vie ou MSH sera disponible en ligne dans votre compte des Services aux participants du RSSFP ou il vous sera envoyé par la poste, en fonction de vos préférences de communication.

Le relevé des prestations fournit des précisions sur le traitement de votre demande de règlement et le montant qui vous est remboursé au titre du RSSFP.

Paielements en trop

Erreur administrative : Dans les cas où vous recevez un remboursement supérieur à ce qui était prévu au titre du RSSFP, la Canada Vie est autorisée à recouvrer le paiement en trop. Vous serez informé du paiement en trop et pourrez déterminer comment vous voulez rembourser les sommes dues.

Vous pouvez choisir parmi les modalités suivantes :

- par un chèque au montant du paiement en trop
- par la déduction du montant des futures demandes de règlement

Si, après 30 jours, vous n'avez pas accusé réception de l'avis de paiement en trop ni pris d'arrangement pour son remboursement à la Canada Vie, la Canada Vie déduira automatiquement le montant du paiement en trop du montant du remboursement des futures demandes de règlement.

Décision erronée : Si une décision erronée a été rendue ou qu'une décision est révoquée sur la foi de renseignements supplémentaires, l'administrateur du régime ne recouvre pas le paiement en trop auprès du participant, mais l'informe par écrit que les frais correspondants ne lui seront plus remboursés.

Transfert aux échelons supérieurs d'une demande de règlement auprès de la Canada Vie

Advenant le refus de la totalité ou d'une partie de votre demande de règlement, vous avez le droit de présenter une demande de transfert aux échelons supérieurs dans les 12 mois suivant la date à laquelle la Canada Vie a terminé l'évaluation initiale de votre demande de règlement, d'estimation ou de prédétermination des prestations.

La Canada Vie préfère recevoir les demandes de transfert par écrit. Toutefois, si vous souhaitez présenter une demande de transfert par téléphone, vous devrez fournir les pièces justificatives ou les renseignements médicaux pour l'examen de votre demande.

Chaque demande doit comprendre les motifs pour lesquels vous :

- n'êtes pas d'accord avec la décision rendue
- croyez que la demande de règlement est admissible

Si vous n'êtes pas satisfait de la décision rendue au terme du premier niveau de transfert aux échelons supérieurs, vous pouvez présenter une deuxième demande par écrit en faisant parvenir à la Canada Vie tous les renseignements relatifs à la demande de règlement ainsi que toute information supplémentaire pour examen.

Appels

Vous pouvez recourir à la procédure d'appel si vous n'êtes pas d'accord avec une décision au sujet de votre demande de règlement ou de votre protection. Vous pouvez demander un réexamen au Comité des appels de l'Administration du RSSFP dans les 12 mois suivant la date indiquée sur votre relevé des prestations, c'est-à-dire le document qui vous a informé du refus de votre demande de règlement.

Cependant, avant de soumettre un [appel à l'Administration du RSSFP](https://rssfp.ca/appels) (rssfp.ca/appels), vous devez d'abord épuiser toutes vos voies de recours auprès de la Canada Vie, si votre démarche vise une demande de règlement, ou auprès du bureau de rémunération de votre ministère, du Centre des services de paye ou du Centre des pensions, si elle porte sur la protection, pour tenter de régler la question. Consultez également la [Directive du RSSFP](https://njc-cnm.gc.ca/directive/d9/fr) ([njc-cnm.gc.ca /directive/d9/fr](https://njc-cnm.gc.ca/directive/d9/fr)) afin de déterminer si votre demande de règlement est admissible au titre du RSSFP.

Appels à l'Administration du RSSFP

Si vous voulez présenter une demande d'appel à l'Administration du RSSFP, vous pouvez envoyer une demande par écrit à l'adresse suivante :

Administration du RSSFP
CP 2245, Succursale D
Ottawa ON K1P 5W4

Coordonnées

Canada Vie

Téléphonez au Centre de services aux participants du RSSFP

- Amérique du Nord (sans frais) : 1 855 415-4414, du lundi au vendredi entre 8 h et 17 h (votre heure locale).
- International (à frais virés) : 1 431 489-4064

Accès à un service de relais des télécommunications par les personnes sourdes ou malentendantes

- Ligne ATS vers téléphoniste : 771
- Téléphoniste vers ligne ATS : 1 800 855-0511

Clavardage sécurisé

Ouvrez une session dans votre compte du site web des Services aux participants du RSSFP dans [Ma Canada Vie au travail](https://canadavie.com/rssfp)^{MC} (canadavie.com/rssfp) et allez à la page Pour nous joindre.

Courriel sécurisé

Ouvrez une session dans votre compte du site web des Services aux participants du RSSFP dans [Ma Canada Vie au travail](https://canadavie.com/rssfp)^{MC} (canadavie.com/rssfp) et allez à la page Pour nous joindre afin d'envoyer un courriel à la Canada Vie.

MSH International

Téléphonez au centre d'appels pour la garantie assistance-voyage d'urgence et la protection totale (24 heures sur 24, sept jours sur sept)

- Amérique du Nord (sans frais) : 1 833 774-2700
- International (à frais virés) : 1 365 337-7427

En ligne :

Rendez-vous dans le [portail de MSH pour les participants du RSSFP](https://rssfp-msh.ca) (rssfp-msh.ca).

Pour communiquer avec votre représentant du RSSFP

Comme le RSSFP est négocié au Comité des partenaires du RSSFP, si vous souhaitez faire connaître vos suggestions à votre représentant, communiquez avec votre agent négociateur ou avec l'[Association nationale des retraités fédéraux](https://federalretirees.ca/fr/en-bref/nous-joindre) (federalretirees.ca/fr/en-bref/nous-joindre).

Gouvernement du Canada

Employés

Pour en savoir plus sur l'inscription, l'admissibilité à la protection, les prestations et les retenues salariales pour les niveaux II et III de la garantie-hospitalisation, veuillez communiquer avec le bureau de rémunération de votre ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions. Le Centre des services de paye peut rediriger votre demande au service de rémunération approprié.

Numéros de téléphone du Centre des services de paye de la fonction publique

- Au Canada ou aux États-Unis : 1 855 686-4729
- À l'extérieur du Canada et des États-Unis : 1 506 424-4330
- Heures d'ouverture : Du lundi au vendredi, entre 7 h et 19 h (heure de l'Est)

Pensionnés

Pour en savoir plus sur l'inscription, les cotisations mensuelles, les retenues au titre des pensions, les exigences relatives à l'admissibilité et les changements visant votre niveau de protection, communiquez avec le bureau de rémunération de votre ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions.

Pensionnés de la fonction publique et parlementaires retraités	Membres retraités des Forces armées canadiennes	Participants retraités en vertu de la Loi sur les juges	Participants retraités de la Gendarmerie royale du Canada (GRC)
Adresse : Centre des pensions du gouvernement du Canada – Service du courrier CP 8000 Matane QC G4W 4T6 Heures d'ouverture pour les demandes de renseignements téléphoniques : Au Canada : Du lundi au vendredi, entre 8 h et 16 h (votre heure locale) Appels de l'extérieur du Canada : Du lundi au vendredi, entre 8 h et 17 h (heure de l'Atlantique) Numéros de téléphone : Au Canada et aux États-Unis : 1 800 561-7930 (sans frais) Appels locaux : 506 533-5800 À l'extérieur de l'Amérique du Nord : 506 533-5800 (appels à frais virés acceptés) Service ATS pour les personnes sourdes : Les appels à frais virés sont acceptés seulement s'il s'agit d'appels par ATS : 1 506 533-5990 Télécopieur : 418 566-6298 Courriel : PWGSC.PensionCentre-Centredespensions.TPSGC@pwgsc-tpsgc.gc.ca	Adresse : Bureau du RSSFP (Forces armées canadiennes) Directeur – Traitement des comptes, soldes et pensions Quartier général de la Défense nationale 101 promenade du Colonel-By Ottawa ON K1A 0K2 Heures d'ouverture pour les demandes de renseignements téléphoniques Au Canada : Du lundi au vendredi, entre 8 h et 16 h (heure de l'Est) Numéros de téléphone : Au Canada : 1 800 267-0325 Appels locaux (région de la Capitale nationale) : 613 946-1093 À l'extérieur du Canada : 613 946-1093 (appels à frais virés acceptés) Service ATS pour les personnes sourdes : Les appels à frais virés sont acceptés seulement s'il s'agit d'appels par ATS : 1 506 533-5990 Appareil télécopieur (ATS) : 1 855 255-9935 Courriel : pensioncentrefac.centredespensionsfac@tpsgc-pwgsc.gc.ca	Adresse : Commissariat à la magistrature fédérale Canada 99 rue Metcalfe 8^e étage Ottawa ON K1A 1E3 Heures d'ouverture pour les demandes de renseignements téléphoniques Au Canada : Du lundi au vendredi, entre 8 h 30 et 17 h (heure de l'Est) Numéros de téléphone : Appels locaux (région de la Capitale nationale) : 613 995-5140 Numéro sans frais : 1 877 583-4266 Service ATS pour les personnes sourdes : Les appels à frais virés sont acceptés seulement s'il s'agit d'appels par ATS : 1 506 533-5990	Adresse : GRC – Division des services spécialisés Édifice principal – Deuxième étage, aile 2200 120 avenue Parkdale Ottawa ON K1A 9Z9 Heures d'ouverture pour les demandes de renseignement téléphoniques Du lundi au vendredi, entre 8 h et 16 h (votre heure locale) Numéros de téléphone : 1 855 502-7090 (numéro sans frais) À l'extérieur du Canada : 506 533-5800 (appels à frais virés acceptés) Service ATS pour les personnes sourdes : Les appels à frais virés sont acceptés seulement s'il s'agit d'appels par ATS : 1 506 533-5990 Courriel : sheencadreurassurance-shecoachinsurance.PWGSC@tpsgc-pwgsc.gc.ca

Définitions

Acupuncteur (*acupuncturist*) – La personne titulaire d'un permis ou d'un certificat d'acupuncteur dans la province ou le territoire où elle offre ses services ou une personne ayant des qualifications comparables, de l'avis de la Canada Vie.

Administrateur du Régime (*Plan Administrator*) – Aux fins de la présente Directive du Régime, un organisme chargé de statuer sur les demandes de règlement et de les payer en vertu d'un contrat de services administratifs seulement conclu avec le gouvernement du Canada, conformément à la Directive du Régime ou aux directives de l'Administration du RSSFP.

Administrateur général (*Deputy Head*) – S'entend de la même façon qu'aux termes de la *Loi sur l'emploi dans la fonction publique* et comprend le commissaire de la Gendarmerie royale du Canada (GRC).

Administration du RSSFP ou Administration (*PSHCP Administration Authority or Administration Authority*) – Une société sans capital-actions dont le mandat est de superviser l'administration du RSSFP. L'Administration du RSSFP veille à ce que la Canada Vie verse les prestations aux participants du RSSFP de façon efficace et efficiente, conformément aux dispositions du Régime. L'Administration du RSSFP est redevable au Comité des partenaires.

Agent désigné (*designated officer*) – Un agent ou conseiller en matière de rémunération ou de pension responsable de recevoir et de traiter les demandes d'adhésion, après en avoir vérifié l'admissibilité.

Année civile (*calendar year*) – Période du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Appareil durable (*durable equipment*) – Un dispositif admissible n'atteignant aucun de ses buts fondamentaux prévus en matière de santé par une action chimique ou métabolique.

Association nationale des retraités fédéraux (*National Association of Federal Retirees*) – L'association des fonctionnaires fédéraux retraités représentant tous les participants pensionnés du RSSFP au Comité des partenaires.

Audiologiste (*audiologist*) – Une personne membre ou qualifiée pour être membre du collège ou de l'association provinciale ou territoriale ou, à défaut d'un tel registre, une personne ayant des qualifications comparables, de l'avis de la Canada Vie.

Chiropodiste (*chiropodist*) – Une personne titulaire d'un permis émis par l'organisme provincial ou territorial compétent ou, dans les provinces ou territoires n'ayant pas de tel organisme, les membres de l'Association canadienne des professionnels du pied, ou encore, à défaut d'une telle association, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de la Canada Vie.

Chiropraticien (*chiropractor*) – Un membre de l'Association chiropratique canadienne ou d'une association provinciale ou territoriale qui y est affiliée, ou, à défaut d'une telle association, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de la Canada Vie.

Co-assurance (*co-payment*) – Une proportion des frais admissibles qui n'est pas remboursable par le RSSFP et doit être assumée par le participant du régime.

Comité des partenaires (*Partners Committee*) – Le comité établi par le/la Président(e) du Conseil du Trésor du Canada, composé de représentants de l'employeur, de la partie du Conseil national mixte de la

fonction publique qui représente les employés et d'une personne nommée par le Conseil national mixte qui représente les pensionnés.

Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS) (*Compendium of Pharmaceuticals and Specialties [CPS]*) – Le manuel de référence modifié de temps à autre et contenant des renseignements sur les produits conçus pour utilisation humaine, compilé et produit annuellement par l'Association des pharmaciens du Canada à l'intention des professionnels de la santé.

Conjoint de fait (*common-law partner*) – Une personne avec laquelle un participant cohabite dans le cadre d'une relation conjugale depuis au moins un an.

Conseil national mixte (CNM) (*National Joint Council [NJC]*) – Le Conseil national mixte, organisme consultatif créé en application de la décision n° 272382 du Conseil du Trésor, en mars 1945, pour assurer des consultations régulières entre le gouvernement et les organisations d'employés accréditées comme agents négociateurs sur des questions d'intérêt commun pour les employés.

Consultant en lactation (*lactation consultant*) – Une personne spécialisée dans l'allaitement et formée à reconnaître et à prévenir ou à résoudre les difficultés liées à l'allaitement, titulaire d'un certificat reconnu, ou personne ayant des qualifications comparables, de l'avis de la Canada Vie.

Contrat de services administratifs seulement (*administrative services only contract*) – Le contrat conclu entre le gouvernement du Canada et la Canada Vie qui énonce les services à fournir par la Canada Vie à l'égard du RSSFP, tel qu'il est modifié de temps à autre.

Coordination des prestations (CoP) (*coordination of benefits [COB]*) – Une disposition ayant pour objet d'éliminer les paiements en double et d'établir la séquence d'application de la protection quand une personne protégée par le régime est protégée par au moins deux régimes de prestations. Les principes de coordination des prestations de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), tels qu'ils sont modifiés de temps à autre, qui sont reconnus par la majorité des compagnies d'assurance, ont été adoptés pour le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP); lorsqu'une question ne peut être tranchée selon ces principes, elle l'est conformément aux règles établies par l'Administration du RSSFP.

Dentiste (*dentist*) – Une personne autorisée par l'organisme provincial ou territorial reconnu à pratiquer la dentisterie, ou, à défaut d'un tel organisme, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de la Canada Vie.

Diététiste (*dietitian*) – Une personne experte dans l'identification et le traitement ou la prévention des conditions de malnutrition liées à une maladie ou dans la conduite d'une thérapie nutritionnelle médicale, y compris la prestation de services nutritionnels consultatifs, et qui est professionnellement autorisée ou certifiée dans la province ou le territoire où elle rend ses services, ou une personne ayant des qualifications comparables, de l'avis de la Canada Vie.

Électrolyste (*electrologist*) – Une personne ayant la formation nécessaire pour être un électrolyste autorisé, de l'avis de la Canada Vie.

Employé (*employee*) – Une :

- personne titulaire d'une fonction ou d'un poste ou exécutant des services rémunérés à même le Trésor du Canada ou par un agent de Sa Majesté du chef du Canada.

- personne désignée par le Conseil du Trésor du Canada comme admissible à l'adhésion au Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) conformément à l'Annexe III de la Directive du Régime, telle qu'elle est modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada.
- personne au service d'un employeur participant figurant à l'Annexe I de la Directive du Régime, telle qu'elle est modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada.
- personne en service au Canada membre du personnel civil des forces armées d'un État signataire de la Convention sur le statut des forces de 1949 du Traité de l'Atlantique Nord.

Employeur (*employer*) – Le Conseil du Trésor du Canada.

Employeur participant (*participating employer*) – Un conseil, une commission, une société d'État ou un autre élément de la fonction publique figurant à l'Annexe I de la Directive du Régime, telle qu'elle est modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada.

Enfant à charge (*dependant child*) – Une personne qui est l'enfant d'un participant du régime, de son conjoint ou de son conjoint de fait, y compris un enfant pour lequel le participant, son conjoint ou son conjoint de fait tient lieu de parent, pourvu que l'enfant en question soit :

- âgé de moins de 21 ans
- âgé de moins de 25 ans et qu'il fréquente une école, un collège ou une université reconnus à temps plein
- une personne âgée de plus de 20 ans ou de plus de 24 ans qui était un enfant à charge selon la définition ci-dessus quand il est devenu incapable d'occuper un emploi lui permettant de subvenir à ses besoins à cause d'une incapacité mentale ou physique, et qui dépend essentiellement du participant pour son soutien et son entretien.

Ergothérapeute (*occupational therapist*) – Une personne membre ou qualifiée pour être membre du collège ou de l'association provinciale ou territoriale ou, à défaut d'un tel registre, une personne ayant des qualifications comparables, de l'avis de la Canada Vie.

FAC (*CAF*) – Les Forces armées canadiennes.

Frais raisonnables et habituels (*Reasonable and Customary Charges [R&C]*) – Les frais qui sont habituellement facturés à une personne qui n'est pas protégée et qui ne dépassent pas le niveau général des frais afférents aux soins, services ou fournitures visés dans le lieu géographique où les frais sont engagés, selon ce qui est déterminé par la Canada Vie. On consulte les guides des tarifs publiés par les associations nationales, provinciales ou territoriales des praticiens pour déterminer ces frais, le cas échéant.

GRC (*RCMP*) – La Gendarmerie royale du Canada.

Guide des tarifs (*fee guide*) – Pour les services dispensés par les dentistes, désigne les tarifs établis par l'Association dentaire de la province ou du territoire où les frais sont engagés, ou, à défaut d'une telle association, tarifs comparables considérés comme raisonnables et habituels, de l'avis de la Canada Vie.

Hôpital (*hospital*) – Un établissement autorisé par la loi à offrir des services de diagnostic, des interventions chirurgicales majeures ainsi que des soins et des traitements à une personne hospitalisée souffrant d'une maladie ou d'une blessure, avec des services dispensés 24 heures sur 24 par des infirmiers et par des médecins. Un hôpital est également un hôpital autorisé par la loi à offrir des traitements spécialisés aux personnes souffrant de maladies mentales, d'alcoolisme et de toxicomanie, de cancer et d'arthrite, ainsi

qu'aux convalescents et aux malades chroniques; ne comprend pas les maisons de soins infirmiers, les maisons pour personnes âgées, les maisons de repos ou les autres endroits offrant des soins analogues.

Hospitalisé/hospitalisation (*hospitalized/hospitalization*) – Être admis dans un hôpital pour y recevoir des soins.

Infirmier (*nurse*) – Un infirmier autorisé, infirmier auxiliaire autorisé ou autre infirmier diplômé inscrit au registre provincial ou territorial approprié ou, à défaut d'un tel registre, infirmier ayant la formation nécessaire, de l'avis de la Canada Vie.

Infirmier praticien (*nurse practitioner*) – Un infirmier autorisé qui possède une formation et une expérience supplémentaires en soins infirmiers, qui est inscrit au registre provincial ou territorial approprié et, à défaut d'un tel registre infirmier, ayant des qualifications comparables, de l'avis de la Canada Vie.

Maladie chronique (*chronic disease*) – Un état persistant au-delà de l'évolution normale d'une maladie aiguë ou d'un délai raisonnable pour que les tissus atteints guérissent; tout état durant plus de six mois peut être considéré comme chronique.

Massothérapeute (*massage therapist*) – La personne titulaire d'un permis de l'organisme provincial/territorial autorisé ou, à défaut d'un tel organisme, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de la Canada Vie.

Maximum remboursable à vie (*lifetime maximum*) – Le montant maximal en dollars que le RSSFP accepte de payer au nom d'un participant pour un service ou un produit admissible pendant la durée de vie du participant.

Médecin (*physician*) – Un docteur en médecine (M.D.) légalement autorisé à pratiquer cette discipline.

Médicament biologique (*biologic drug*) – Un médicament sur ordonnance fabriqué à partir d'organismes vivants ou de leurs produits, utilisé pour la prévention, le diagnostic ou le traitement d'une affection médicale et approuvé par Santé Canada.

Médicament biosimilaire (*biosimilar drug*) – Un médicament sur ordonnance qui a été approuvé par Santé Canada et qui est très semblable à son homologue biologique de référence.

Médicament d'entretien (*maintenance drug*) – Médicaments sur ordonnance souvent prescrits pour traiter des troubles chroniques ou à long terme. Ces affections nécessitent habituellement une prise régulière de médicaments.

Médicament de substitution le moins coûteux (*lowest cost alternative*) – Le médicament le moins cher dont il a été prouvé qu'il constitue un traitement efficace pour une maladie précise.

Médicament générique (*generic drug*) – Un médicament sur ordonnance qui possède la même formule de l'ingrédient actif, la même quantité et un dosage similaire à ceux d'un médicament de marque.

Membre de la famille (*family member*) – Un participant du régime ou une personne à charge admissible.

Membre des Forces armées canadiennes (FAC) (*member of the Canadian Armed Forces [CAF]*) – Un :

- membre des FAC régulières

- membre des FAC, mais pas des forces régulières, et qui, individuellement ou comme membre d'une catégorie, a été désigné par le Conseil du Trésor du Canada comme membre des FAC pour les besoins du présent document du Régime
- membre des forces armées d'un État signataire de la Convention sur le statut des forces de 1949 du Traité de l'Atlantique Nord en service au Canada.

Ministre (*Minister*) – Le/la Président(e) du Conseil du Trésor du Canada.

Mois (*month*) – Une période commençant à une date d'un mois civil et se terminant à la même date le mois civil suivant.

Naturopathe (*naturopath*) – Un membre de l'Association canadienne des naturopathes ou d'une association provinciale ou territoriale qui y est affiliée, ou, à défaut d'une telle association, personne ayant des qualifications comparables, de l'avis de la Canada Vie.

Ophtalmologiste (*ophthalmologist*) – Une personne autorisée à pratiquer l'ophtalmologie et inscrite à l'association ou au registre provincial ou territorial approprié ou, à défaut d'une telle association, personne ayant des qualifications comparables, de l'avis de la Canada Vie.

Optométriste (*optometrist*) – Un membre de l'Association canadienne des optométristes ou d'une association provinciale ou territoriale affiliée, ou, à défaut d'une telle association, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de la Canada Vie.

Orthophoniste (*speech language pathologist*) – Un membre ou personne qualifiée pour être membre de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes ou de toute association provinciale ou territoriale affiliée, ou à défaut d'une telle association, personne ayant des qualifications comparables, de l'avis de la Canada Vie.

Ostéopathe (*osteopath*) – Une personne autorisée à pratiquer la médecine ostéopathique par l'organisme provincial ou territorial approprié ou, à défaut d'un tel organisme, une personne ayant des qualifications comparables, de l'avis de la Canada Vie.

Participant (*member*) – L'une des personnes suivantes :

- Un employé ou pensionné ayant demandé et obtenu d'un agent désigné la protection du RSSFP.
- Un membre des FAC ou de la GRC ayant demandé et obtenu la protection du RSSFP pour ses personnes à charge admissibles.
- Une personne qui est membre du groupe client d'ACC tel qu'il est défini à l'Annexe III de la Directive du Régime et ayant demandé et obtenu une protection aux termes du RSSFP.

Pension (*pension*) – Une prestation de retraite, prestation pour personne à charge admissible ou prestation pour enfant reconnue et versée régulièrement en application de l'une quelconque des lois énumérées à l'Annexe IV de la Directive du Régime, telle qu'elle est modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada.

Pensionné (*pensioner*) – Une personne touchant une prestation de retraite, prestation pour personne à charge admissible ou prestation pour enfant en application d'une quelconque des lois énumérées à l'Annexe IV de la présente Directive du Régime, telle qu'elle est modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada.

Personne à charge (*dependant*) – Un conjoint ou conjoint de fait d'un participant, enfant à charge d'un participant ou enfant à charge du conjoint ou du conjoint de fait du participant.

Personne protégée (*participant*) – Une personne protégée par le RSSFP.

Pharmacien (*pharmacist*) – Une personne légalement autorisée à pratiquer la pharmacie et dont le nom figure au registre des pharmaciens de l'organisme régissant cette profession dans la province ou le territoire où elle pratique.

Physiothérapeute (*physiotherapist*) – Un membre de l'Association canadienne des physiothérapeutes ou d'une association provinciale ou territoriale qui y est affiliée, ou, à défaut d'une telle association, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de la Canada Vie.

Podiatre (*podiatrist*) – Une personne titulaire d'un permis émis par l'organisme provincial ou territorial compétent ou, dans les provinces ou territoires n'ayant pas de tel organisme, les membres de l'Association canadienne des professionnels du pied, ou encore, à défaut d'une telle association, une personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de la Canada Vie.

Poste de soins infirmiers communautaire (*community nursing station*) – Une clinique, un centre ou un établissement de soins ambulatoires qui offre les services d'un infirmier qui fournit des soins de santé.

Prestation de survivant (*survivor Benefit*) – Une prestation de retraite versée régulièrement en application d'une quelconque des lois applicables énumérées à l'Annexe IV de la Directive du Régime.

Prestation pour enfants (*children's benefit*) – Une prestation versée régulièrement en application d'une quelconque des lois applicables énumérées à l'Annexe IV de la Directive du Régime.

Programme de soutien aux patients (*patient Support Program*) – Un programme qui peut être offert et qui aide un participant du RSSFP à obtenir la protection pour un médicament, un service ou une fourniture figurant sur la liste de la Canada Vie des médicaments, services et fournitures pour lesquels une autorisation préalable est ou n'est pas nécessaire.

Psychologue (*psychologist*) – Une personne agréée à titre permanent en psychologie qui est inscrite au registre provincial ou territorial approprié dans la province ou le territoire où le service est rendu ou, à défaut d'un tel registre, personne ayant des qualifications comparables, de l'avis de la Canada Vie.

Psychothérapeute / conseiller autorisé (*psychotherapist/registered counsellor*) – Une personne titulaire d'un permis délivré par l'autorité provinciale ou territoriale compétente ou, à défaut d'une telle association, personne ayant des qualifications comparables, selon la Canada Vie, qui se spécialise dans l'utilisation du counseling ou d'une forme approfondie de thérapie par la parole.

Régime (*plan*) – Le Régime de soins de santé de la fonction publique.

Relevé des prestations (*explanation of benefits [EOB]*) – Également appelé « relevé de règlement »; une explication écrite de la Canada Vie qui fournit des détails sur une demande de règlement de soins de santé qui a été traitée. Le détail du règlement précise les services ou les produits qui ont été soumis, et il explique quelle partie a été payée par le RSSFP et quelle partie du paiement, le cas échéant, est à la charge du participant. Dans le cas d'une transaction au point de vente de la pharmacie, le reçu de la pharmacie est considéré comme le détail du règlement.

Rémunération (*remuneration*) – Des traitements et salaires ainsi que des indemnités, des prestations de retraite, de l'allocation annuelle, de l'indemnité parlementaire et des rentes

RSSFP (*PSHCP*) – Régime de soins de santé de la fonction publique.

Traitement raisonnable (*reasonable treatment*) – Un traitement accepté par la profession médicale canadienne, dont l'efficacité est prouvée et dont la forme, l'intensité, la fréquence ou la durée sont essentielles au diagnostic ou à la gestion d'une maladie ou d'une blessure.

Travailleur/travailleuse social (*social worker*) – Une personne qui est inscrite au registre provincial ou territorial approprié dans la province ou le territoire où le service est rendu ou, à défaut d'un tel registre, personne ayant des qualifications comparables, de l'avis de la Canada Vie.

Aperçu des frais admissibles maximums

	Frais admissibles maximums par participant	Remboursement	Remboursement maximal
Garantie-maladie complémentaire, comme indiqué ci-dessous			
Frais de médicaments			
Protection pour médicaments onéreux	Frais de médicaments admissibles qui dépassent les frais de 3 500 \$ engagés au cours d'une année civile	100 %	
Aides de sevrage du tabac	2 000 \$ à vie	80 %	1 600 \$ (2 000 \$ x 80 %)
Médicaments pour le traitement de la dysfonction érectile	500 \$ par année civile	80 %	400 \$ (500 \$ x 80 %)
Honoraires professionnels des pharmaciens	Maximum de 8 \$ pour les honoraires professionnels des pharmaciens Ce maximum ne s'applique pas aux médicaments biologiques ni aux médicaments composés.	80 %	–

	Frais admissibles maximums par participant	Remboursement	Remboursement maximal
Garantie-maladie complémentaire, comme indiqué ci-dessous			
Limite de fréquence quant aux honoraires professionnels des pharmaciens	Les honoraires professionnels des pharmaciens sont remboursés jusqu'à un maximum de 5 fois par année pour les médicaments d'entretien. Des exceptions peuvent être accordées : a) si le médicament est une substance réglementée b) s'il y a des restrictions particulières relativement à l'entreposage du médicament c) si la co-assurance pour un approvisionnement de 3 mois du médicament sur ordonnance est supérieure à 100 \$	-	5 renouvellements
Soins de la vue			
Lunettes et lentilles cornéennes (achat et réparations)	400 \$ toutes les 2 années civiles à partir de chaque année impaire Aucune limite ne s'applique si les lunettes ou lentilles cornéennes sont nécessaires à la suite d'une opération ou d'un accident, quand l'achat est effectué dans les 6 mois suivant l'événement.	80 %	320 \$ (400 \$ x 80 %)
Examen de la vue	1 examen toutes les 2 années civiles à partir de chaque année impaire	80 %	Frais R et H ^[A] x 80 %

	Frais admissibles maximums par participant	Remboursement	Remboursement maximal
Garantie-maladie complémentaire, comme indiqué ci-dessous			
Yeux artificiels	Une fois dans les 60 mois suivant l'achat le plus récent Une fois dans les 12 mois suivant l'achat le plus récent pour les enfants à charge âgés de 21 ans ou moins	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Chirurgie oculaire au laser	2 000 \$ à vie	80 %	1 600 \$ (2 000 \$ x 80 %)
Professionnels de la santé			
Services d'un :			
Acupuncteur	500 \$ par année civile	80 %	400 \$ (500 \$ x 80 %)
Chiropraticien	500 \$ par année civile	80 %	400 \$ (500 \$ x 80 %)
Diététiste	300 \$ par année civile	80 %	240 \$ (300 \$ x 80 %)
Électrolyste (y compris les traitements donnés par un médecin)	1 200 \$ par année civile	80 %	960 \$ (1 200 \$ x 80 %)
Consultant en lactation	300 \$ par année civile	80 %	240 \$ (300 \$ x 80 %)
Massothérapeute	500 \$ par année civile	80 %	400 \$ (500 \$ x 80 %)
Naturopathe	500 \$ par année civile	80 %	400 \$ (500 \$ x 80 %)
Infirmier (soins infirmiers)	20 000 \$ par année civile	80 %	16 000 \$ (20 000 \$ x 80 %)
Ergothérapeute	300 \$ par année civile	80 %	240 \$ (300 \$ x 80 %)
Ostéopathe	500 \$ par année civile	80 %	400 \$ (500 \$ x 80 %)
Physiothérapeute	1 500 \$ par année civile	80 %	1 200 \$ (1 500 \$ x 80 %)
Podiatre ou chiropodiste (y compris les services de soins des pieds dispensés par un infirmier à un poste de soins infirmiers communautaire)	500 \$ par année civile (services combinés)	80 %	400 \$ (500 \$ x 80 %)
Services psychologiques (y compris les services d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un travailleur social et d'un conseiller)	5 000 \$ par année civile (services combinés)	80 %	4 000 \$ (5 000 \$ x 80 %)
Orthophoniste et audiologiste	750 \$ par année civile (services combinés)	80 %	600 \$ (750 \$ x 80 %)

	Frais admissibles maximums par participant	Remboursement	Remboursement maximal
Garantie-maladie complémentaire, comme indiqué ci-dessous			
Frais divers			
Chaussures orthopédiques	250 \$ par année civile	80 %	200 \$ (250 \$ x 80 %)
Orthèses (y compris les réparations)	Une paire par année civile	80 %	Frais R et H ^[A] x 80 %
Prothèses auditives (achat et réparations)	1 500 \$ moins les frais admissibles liés aux prothèses auditives engagés et remboursés au cours des 60 mois précédents Aucune limite ne s'applique si les prothèses auditives sont nécessaires à la suite d'une opération ou d'un accident, quand l'achat est effectué dans les 6 mois suivant l'événement.	80 %	1 200 \$ (1 500 \$ x 80 %)
Piles pour les prothèses auditives	200 \$ par année civile	80 %	160 \$ (200 \$ x 80 %)
Soutiens-gorge orthopédiques	200 \$ par année civile	80 %	160 \$ (200 \$ x 80 %)
Perruques	1 500 \$ par période de 60 mois	80 %	1 200 \$ (1 500 \$ x 80 %)
Membres artificiels permanents (pour remplacer des membres artificiels temporaires)	Une fois par période de 60 mois pour un participant ou une personne à charge de plus de 21 ans La fréquence maximale peut ne pas s'appliquer s'il est médicalement prouvé que le remplacement de la prothèse existante s'impose à cause de la croissance ou du rétrécissement des tissus environnants.	80 %	Frais R et H ^[A] x 80 %

	Frais admissibles maximums par participant	Remboursement	Remboursement maximal
Garantie-maladie complémentaire, comme indiqué ci-dessous			
Fournitures de surveillance du diabète	3 000 \$ par année civile Les aiguilles et les seringues ne sont pas admissibles pour la période de 36 mois suivant la date d'achat d'un pistolet injecteur d'insuline.	80 %	2 400 \$ (3 000 \$ x 80 %)
Pistolet injecteur d'insuline	1 000 \$ par période de 36 mois	80 %	800 \$ (1 000 \$ x 80 %)
Pompes à insuline	Une fois tous les 60 mois À l'exclusion de leur réparation ou de leur remplacement durant la période de 60 mois suivant la date de leur achat	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Lecteurs de glycémie	700 \$ par période de 60 mois pour tous les frais combinés À l'exclusion de leur réparation ou de leur remplacement durant la période de 60 mois suivant la date de leur achat	80 %	560 \$ (700 \$ x 80 %)
Fournitures pour systèmes de surveillance du glucose en continu	3 000 \$ par année civile	80 %	2 400 \$ (3 000 \$ x 80 %)
Aiguilles et seringues (pour l'administration de médicaments injectables)	200 \$ par année civile	80 %	160 \$ (200 \$ x 80 %)
Lubrifiants injectables (pour les douleurs articulaires)	600 \$ par année civile	80 %	480 \$ (600 \$ x 80 %)
Affirmation de genre	75 000 \$ à vie	80 %	60 000 \$ (75 000 \$ x 80 %)

	Frais admissibles maximums par participant	Remboursement	Remboursement maximal
Garantie-maladie complémentaire, comme indiqué ci-dessous			
Appareils durables			
A. Pour les soins			
Appareils pour mouvements physiques			
Lève-personne	Une fois à vie Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un lève-personne avant l'achat	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Déambulateur	Une fois tous les 60 mois Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un déambulateur au cours des 60 mois précédents	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Fauteuil roulant (achat et réparations)	Une fois tous les 60 mois Moins tous les frais de réparation engagés à l'égard d'un fauteuil roulant au cours des 60 mois précédents Pour des enfants à charge, le maximum de 60 mois peut ne pas s'appliquer en cas de nécessité médicale. Le remplacement d'un fauteuil roulant dans le délai de 60 mois doit être autorisé lorsque l'état de santé du patient change et justifie un type de fauteuil différent. Le remboursement correspondra au montant admissible du nouveau fauteuil roulant moins le montant versé pour le fauteuil roulant précédent.	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %

	Frais admissibles maximums par participant	Remboursement	Remboursement maximal
Garantie-maladie complémentaire, comme indiqué ci-dessous			
Appareils de soutien et de repos			
Lit d'hôpital	Une fois à vie Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un lit d'hôpital avant l'achat	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Matelas thérapeutique	Une fois tous les 60 mois Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un matelas thérapeutique au cours des 60 mois précédents	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Coussin pour fauteuil roulant	Une fois tous les 12 mois Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un coussin pour fauteuil roulant au cours des 12 mois précédents	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Moniteurs et appareils de détection			
Moniteur d'apnée	Une fois à vie Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un moniteur d'apnée avant l'achat	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Tensiomètre	Une fois tous les 60 mois Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tensiomètre au cours des 60 mois précédents	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Moniteur d'énurésie	Une fois à vie Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un moniteur d'énurésie avant l'achat	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %

	Frais admissibles maximums par participant	Remboursement	Remboursement maximal
Garantie-maladie complémentaire, comme indiqué ci-dessous			
Dispositif de mesure de la saturation en oxygène	Une fois tous les 60 mois Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un dispositif de mesure de la saturation en oxygène au cours des 60 mois précédents	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Oxymètre de pouls	Une fois tous les 60 mois Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un oxymètre de pouls au cours des 60 mois précédents	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Saturomètre	Une fois tous les 60 mois Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un saturomètre au cours des 60 mois précédents	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Moniteur de coagulation sanguine	Une fois tous les 60 mois Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un moniteur de coagulation sanguine au cours des 60 mois précédents	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Appareil de surveillance cardiaque	Une fois tous les 60 mois Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un appareil de surveillance cardiaque au cours des 60 mois précédents	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %

	Frais admissibles maximums par participant	Remboursement	Remboursement maximal
Garantie-maladie complémentaire, comme indiqué ci-dessous			
B. Pour le traitement			
Appareils d'appui mécanique et thérapeutique			
Appareil à compression intermittente périphérique (lymphapress)	Une fois à vie Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un appareil à compression intermittente périphérique avant l'achat	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Pompe à perfusion	Une fois tous les 60 mois Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'une pompe à perfusion au cours des 60 mois précédents	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Ensemble à traction	Une fois à vie Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un ensemble à traction avant l'achat	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Neurostimulateur (électrique) transcutané	Une fois tous les 120 mois Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un neurostimulateur (électrique) transcutané au cours des 120 mois précédents	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Appareils d'appui aérothérapeutique			
CPAP, BiPAP et appareils dentaires assimilés	Une fois tous les 60 mois Moins tous les frais de location et d'achat admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des 60 mois précédents	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %

	Frais admissibles maximums par participant	Remboursement	Remboursement maximal
Garantie-maladie complémentaire, comme indiqué ci-dessous			
Réparation, entretien et pièces de rechange des appareils d'appui aérophysiothérapeutique admissibles (CPAP, BiPAP)	500 \$ par année civile	80 %	400 \$ (500 \$ x 80 %)
Compresseur	Une fois tous les 60 mois Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un compresseur au cours des 60 mois précédents	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Nébuliseur	Une fois tous les 60 mois Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un nébuliseur au cours des 60 mois précédents	80 %	Frais R et H ^[1] x 80 %
Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province			
Garantie-voyage d'urgence / garantie assistance voyage d'urgence	1 000 000 \$ par voyage (maximum de 40 jours consécutifs, à l'exclusion de toute période passée hors de la province en service commandé)	100 %	1 000 000 \$ CA
Assistance à la famille	5 000 \$ pour une urgence de voyage	100 %	5 000 \$
Repas et logement	200 \$ par jour (pour tous les frais combinés)	100 %	200 \$
Préparation et rapatriement du corps de la personne décédée	3 000 \$	100 %	3 000 \$
Services rendus sur recommandation	25 000 \$ par maladie ou par blessure	80 %	20 000 \$ (25 000 \$ x 80 %)
Garantie-hospitalisation			
Niveau I	90 \$ par jour	100 %	90 \$
Niveau II	170 \$ par jour	100 %	170 \$
Niveau III	250 \$ par jour	100 %	250 \$

	Frais admissibles maximums par participant	Remboursement	Remboursement maximal
Garantie-maladie complémentaire, comme indiqué ci-dessous			
Garantie-maladie de base	3 fois le montant autrement payable selon le guide des tarifs en vigueur en vertu de la <i>loi ontarienne de 1972 sur l'assurance-santé</i>	100 %	

[1] Frais raisonnables et habituels

Durée de validité des ordonnances

Prestation	Durée de l'ordonnance
Soins infirmiers	1 an, sauf si l'administrateur du régime en décide autrement
Services d'un électrolyste	3 ans Aucune ordonnance n'est requise si le traitement d'électrolyse est nécessaire en tant que procédure dans le cadre de soins liés à l'affirmation de genre.
Orthèses	3 ans
Chaussures orthopédiques	1 an
Lubrifiants injectables pour les douleurs articulaires et l'arthrite	3 ans
Aiguilles et seringues (pour l'administration de médicaments injectables)	3 ans

À noter : Aucune autre ordonnance n'a une durée limitée, sauf si l'administrateur du régime en décide autrement.

