



Conseil national mixte

Directive du Régime de soins de santé de la fonction publique

La directive se trouve maintenant sur le site du Conseil national mixte, par l'entremise duquel elle a été conjointement élaborée par les agents négociateurs et les employeurs de la fonction publique participants. Ce document **n'a pas** été modifié et continue de s'appliquer.

Communiqués

Bulletin Spécial - Changements au Régime - Octobre 2014

- Généralités
 - Application
 - Date d'entrée en vigueur
 - Objet et portée
 - Conditions
 - Procédure d'appel
 - Objet du Régime de soins de santé de la fonction publique
 - Gestion du Régime de soins de santé de la fonction publique
 - Fiducie du RSSFP
 - Gestion financière
 - Modification du Document du Régime
 - Administration du RSSFP
 - Administrateur
- Définitions
- Admissibilité
 - I - Employés et membres civils de la GRC
 - II - Membres de la GRC et des Forces canadiennes (régulières et de réserve)
 - III - Retraités
 - IV - Personnes à charge
- Prise d'effet, modification et fin de la protection
 - Demande de souscription
 - Date de prise d'effet
 - Période d'attente
 - A. Adhésion au Régime
 - B. Modification de la protection
 - Exceptions
 - C. Transfert de la protection
 - D. Continuation de la protection
 - Fin de la protection
 - Cessation volontaire de la protection
 - Cessation involontaire de la protection
- Contributions
 - Paiement des contributions pendant un congé non payé

- [Contributions de l'employé seulement](#)
- [Contributions de l'employé et de l'employeur](#)
- [Changement rétroactif de la protection](#)
- [Erreurs administratives](#)
- [Protections offertes](#)
 - [Protection supplémentaire](#)
 - [Protection totale](#)
 - [Admissibilité aux garanties](#)
 - [Employés et personnes à charge des membres des FC et de la GRC](#)
- [Dispositions du Régime](#)
 - [Demandes de règlement](#)
 - [Appels](#)
 - [Paiement des prestations](#)
 - [Franchise](#)
 - [Co-assurance](#)
 - [Paiements en trop](#)
 - [Coordination des prestations](#)
 - [Subrogation](#)
 - [Exclusions et limitations générales](#)
- [Garantie-maladie complémentaire](#)
 - [Frais de médicaments](#)
 - [Applicable à tous les souscripteurs](#)
 - [Protection pour médicaments onéreux](#)
 - [Exclusions](#)
 - [Soins de la vue](#)
 - [Applicable à tous les souscripteurs](#)
 - [Exclusions](#)
 - [Professionnels de la santé](#)
 - [Applicable à tous les souscripteurs](#)
 - [Exclusions](#)
 - [Frais divers](#)
 - [Applicable à tous les souscripteurs](#)
 - [Exclusions](#)
 - [Soins dentaires](#)
 - [Applicable à tous les souscripteurs](#)
 - [Traitement à moindre coût](#)
 - [Blessure accidentelle](#)
 - [Opérations buccales](#)
 - [Exclusions](#)
 - [Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province](#)
 - [Applicable aux souscripteurs bénéficiant d'une protection supplémentaire](#)
 - [Garantie-voyage d'urgence](#)
 - [Garantie assistance voyage d'urgence](#)
 - [Voyage en service commandé](#)
 - [Services rendus sur recommandation](#)
 - [Exclusions](#)
- [Garantie-hospitalisation](#)
 - [Applicable à tous les souscripteurs](#)
 - [Frais admissibles](#)
 - [Niveaux I, II et III](#)
 - [Exclusions](#)
- [Garantie-maladie de base](#)
 - [Applicable à tous les souscripteurs bénéficiant d'une protection totale](#)
 - [Frais admissibles](#)
 - [Exclusions](#)

- [Garantie-hospitalisation \(à l'extérieur du Canada\)](#)
 - [Applicable à tous les employés bénéficiant d'une protection totale; les retraités ne sont pas admissibles.](#)
 - [Frais admissibles](#)
 - [Exclusions](#)
- [Aperçu des frais admissibles maximums](#)
 - [Validité des ordonnances](#)
- [Annexe I - Employeurs participants](#)
- [Annexe II - Employeurs retirés du RSSFP](#)
- [Annexe III - Personnes, commissions et organismes désignés](#)
- [Annexe IV - Prestations de retraite régulières reconnues](#)
- [Annexe V - Contributions mensuelles](#)
 - [Appendice A – Taux de cotisation mensuels des employés](#)
 - [Appendice B – Taux de cotisation mensuels des membres des Forces canadiennes/de la GRC](#)
 - [Appendice C – Taux de cotisation mensuels des pensionnés](#)
 - [Appendice D – Taux de cotisation mensuel de l'employeur](#)
- [Annexe VI - Protection entièrement payée par l'employeur](#)
- [Annexe VII - Médicaments essentiels à la vie](#)
 - [Classe thérapeutique](#)

[Suivant »](#)



Conseil national mixte

Directive du Régime de soins de santé de la fonction publique

La directive se trouve maintenant sur le site du Conseil national mixte, par l'entremise duquel elle a été conjointement élaborée par les agents négociateurs et les employeurs de la fonction publique participants. Ce document **n'a pas** été modifié et continue de s'appliquer.

[Communiqués](#)

[Bulletin Spécial - Changements au Régime - Octobre 2014](#)

Généralités

Le Conseil du Trésor, les 17 agents négociateurs qui font partie du Conseil national mixte (CNM) et l'Association nationale des retraités fédéraux ont signé, à l'égard du Régime de soins de santé de la fonction publique (ci-après appelé le RSSFP ou le régime), un Protocole d'entente, daté du 1^{er} décembre 1999, qui précise le cadre d'application et de financement à long terme du régime. La présente directive vise à appliquer le PE conclu avec les agents négociateurs.

Application

La présente directive s'applique à tous les fonctionnaires au sens de la Loi sur les relations de travail dans la fonction publique (LRTFP), et est considérée comme faisant partie intégrante des conventions collectives conclues entre le Conseil du Trésor et les agents négociateurs représentés au sein du Conseil national mixte.

Date d'entrée en vigueur

La présente directive est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2006.

Objet et portée

Le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) rembourse aux souscripteurs la totalité ou une partie des dépenses engagées pour obtenir les services et produits admissibles, énumérés dans le livret du Régime, uniquement après qu'ils se sont prévalus de la protection offerte par leur régime d'assurance-maladie provincial ou territorial ou tout autre système de remboursement des frais de soins de santé auquel ils sont assujettis. À moins d'indication contraire prévue dans le livret du Régime, sont remboursables aux termes du RSSFP tous les produits et services admissibles prescrits par un médecin ou un dentiste autorisé à exercer sa profession conformément à la loi applicable dans le territoire où l'ordonnance est prescrite.

Le RSSFP rembourse les frais admissibles jugés « raisonnables et habituels » pour que le plafond du remboursement des frais corresponde au montant raisonnable des frais dans la

région où ils sont engagés. Les frais remboursables sont assortis de limites, lesquelles sont précisées dans le livret du Régime.

Conditions

Les conditions de la protection sont celles qui sont énoncées dans le RSSFP qui sera créé par une fiducie à l'intention, notamment, des fonctionnaires visés par la présente directive, et qui sera administré par les fiduciaires aux termes du RSSFP et de l'entente portant la création de la fiducie.

Procédure d'appel

La procédure applicable aux griefs décrite à l'article 14 des règlements du CNM ne s'applique pas à la présente directive, ni au RSSFP, ni à toute autre politique qui s'y rapporte. Le Régime de soins de santé de la fonction publique prévoit une procédure d'appel particulière et distincte. Toute décision prise par les fiduciaires, au sens du RSSFP, au sujet d'un appel ou portant sur une réclamation ou la protection du régime est finale et exécutoire.

Objet du Régime de soins de santé de la fonction publique

Le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) a pour objet de rembourser à ses adhérents tout ou partie des frais qu'ils ont engagés pour des services et des articles et produits admissibles, tels que définis dans le document du Régime, seulement après s'être prévalus des garanties offertes par leur régime d'assurance-santé provincial/territorial ou par des tiers assureurs des soins de santé dont ils peuvent légalement se prévaloir. Sauf indication contraire dans le document du Régime, tous les services, articles et produits admissibles doivent être prescrits par un médecin ou un dentiste titulaire d'un permis de pratique ou autrement autorisé par les lois applicables à pratiquer dans la compétence où ils sont prescrits.

Le RSSFP rembourse les frais admissibles jugés « habituels et raisonnables », de façon que les remboursements versés soient raisonnables dans le secteur géographique où les frais ont été engagés, sous réserve des limitations précisées dans le Document du Régime.

Gestion du Régime de soins de santé de la fonction publique

Fiducie du RSSFP

Le RSSFP est géré par une fiducie dont les administrateurs sont nommés par les trois parties au Régime.

Gestion financière

Le Régime est autogéré, ce qui signifie essentiellement qu'il assume l'entière responsabilité d'acquitter tous ses frais de fonctionnement, y compris le règlement des demandes de remboursement.

Le RSSFP est financé par les contributions du Conseil du Trésor du Canada, des employeurs participants et de ses souscripteurs, conformément à l'Accord de fiducie prenant effet le 1^{er} avril 2000 entre les agents négociateurs du Conseil national mixte, l'Association nationale des retraités fédéraux et le Conseil du Trésor du Canada (appelés les parties au RSSFP).

Modification du Document du Régime

Le Document du Régime peut être modifié conformément aux dispositions de l'Accord de fiducie.

Administration du RSSFP

Administrateur

L'administrateur est chargé de statuer sur les demandes admissibles et de les régler, conformément au Document du Régime, ainsi que d'assurer les services selon le marché des services administratifs seulement (SAS).

Définitions

Dans ce Régime, à moins que le contexte n'indique le contraire,

« administrateur »

organisation choisie pour statuer sur les demandes et pour les régler conformément au Document du Régime et/ou aux directives des fiduciaires;

« général »

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 GRC;

« agent désigné »

personne désignée par un administrateur principal pour recevoir et traiter les demandes de souscription, après en avoir vérifié l'admissibilité;

« année civile »

du 1^{er} janvier au 31 décembre;

« appareil durable »

dispositif admissible n'atteignant aucun de ses buts fondamentaux par une action chimique ou métabolique;

« Association nationale des retraités fédéraux »

association des retraités fédéraux représentant tous les souscripteurs retraités du Régime;

« chiropodiste »

personne titulaire d'un permis émis par l'organisme provincial/territorial compétent ou, dans les provinces/territoires n'ayant pas de tel organisme, personne membre de l'Association canadienne des professionnels du pied, ou encore, à défaut, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur;

« chiropraticien »

membre de l'Association chiropratique canadienne ou d'une association provinciale/territoriale affiliée, ou, à défaut, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur;

« co-assurance »

proportion des frais admissibles, déduction faite de la franchise, qui n'est pas remboursable par le Régime et doit être assumée par le souscripteur;

« Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques » ou « CPS »

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 »

personne légalement mariée avec le souscripteur ou avec qui le souscripteur a vécu sans interruption pendant au moins un an, qu'il a publiquement présentée comme sa femme ou son mari, et avec qui il continue à vivre comme si elle était sa femme ou son mari, telle que désignée par le souscripteur;

« Conseil national mixte » ou « CNM »

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;

« Coordination des prestations » ou « CoP »

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 que modifiés de temps à autre, qui sont reconnus par la majorité des compagnies d'assurances, ont été adoptés pour le RSSFP; lorsqu'une question ne peut être tranchée selon ces principes, elle l'est conformément aux règles établies par les fiduciaires;

« dentiste »

personne autorisée par l'organisme provincial/territorial reconnu à pratiquer la dentisterie, ou, en l'absence d'un tel organisme, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur;

« électrolyste »

personne ayant la formation nécessaire pour être un électrolyste autorisé, de l'avis de l'administrateur;

« employé »

1. 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;
2. personne désignée par le Conseil du Trésor du Canada comme admissible à souscrire au Régime conformément à l'Annexe III du présent Document du Régime, telle que modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada;
3. personne au service d'un employeur participant figurant à l'Annexe I du présent Document du Régime, telle que modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada;
4. 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 »

Conseil du Trésor du Canada;

« employeur participant »

conseil, commission, société d'État ou autre élément de la fonction publique figurant à l'Annexe I de la présente description, telle que modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada;

« enfant à charge »

enfant non marié d'un souscripteur ou de son conjoint, y compris un enfant adopté, un beau-fils ou une belle-fille ou un enfant en famille d'accueil à qui le souscripteur tient lieu de

parent, pourvu que l'enfant en question :

- soit âgé de moins de 21 ans;
- soit âgé de moins de 25 ans et fréquente une école, un collège ou une université reconnus à temps plein;
- soit une personne de plus de 20 ans ou de plus de 24 ans qui était une personne à charge selon la définition ci-dessus, quand elle est devenue incapable de subvenir à ses besoins à cause d'une incapacité mentale et physique et dépend par conséquent essentiellement du souscripteur pour son entretien;

« famille »

souscripteur et ses personnes à charge assurées;

« FC »

Forces canadiennes;

« fiduciaires »

s'entend au même sens que dans l'Accord de fiducie.

« frais habituels et raisonnables »

frais habituellement exigés des personnes non protégées et n'excédant pas les frais ayant normalement cours dans la région où ils sont engagés pour le service, le produit ou l'article fourni, de l'avis de l'administrateur (on consulte les guides des tarifs publiés par les associations nationales, provinciales ou territoriales des praticiens pour déterminer ces frais, le cas échéant);

« franchise »

somme prédéterminée que le souscripteur conserve à sa charge chaque année civile avant d'avoir droit à un remboursement du Régime; (révisé le 8 septembre 2006)

« GRC »

Gendarmerie royale du Canada;

« guide des tarifs »

pour les services dispensés par les dentistes, tarifs établis par l'Association dentaire de la province ou du territoire où les frais sont engagés, ou, en l'absence d'une telle association, tarifs comparables considérés comme habituels et raisonnables, de l'avis de l'administrateur;

« hôpital »

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 infirmières et des infirmiers autorisés 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 vieillards, les maisons de repos ou les autres endroits offrant des soins analogues;

« infirmière/infirmier »

infirmière ou infirmier autorisés, infirmière ou infirmier auxiliaires autorisés ou autre infirmières ou infirmiers diplômés inscrits au registre provincial/territorial approprié ou, en l'absence d'un tel registre, infirmière ou infirmier ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur;

« maladie chronique »

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 »

personne titulaire d'un permis de l'organisme provincial/territorial autorisé ou, en l'absence d'un tel organisme, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur;

« marché de services administratifs seulement »

marché conclu entre les fiduciaires et l'administrateur dans lequel sont précisés les services que celui-ci doit fournir au titre du Régime, tel que modifié de temps à autre;

« médecin »

docteur en médecine (M.D.) légalement autorisé à pratiquer cette discipline;

« membre de la famille »

souscripteur ou personne à charge assurée;

« membre des FC »

1. membre des Forces canadiennes régulières;
2. membre des FC, 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 FC pour les fins du présent Régime;
3. 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 »

Président du Conseil du Trésor du Canada;

« mois »

période commençant à une date d'un mois civil et se terminant à la même date le mois civil suivant;

« naturopathe »

membre de l'Association canadienne de naturopathie ou d'une association provinciale/territoriale affiliée, ou, à défaut, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur;

« ophtalmologiste »

personne légalement autorisée à pratiquer l'ophtalmologie;

« optométriste »

membre de l'Association canadienne des optométristes ou d'une association provinciale/territoriale affiliée, ou, à défaut, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur;

« orthophoniste »

titulaire d'une maîtrise en orthophonie et membre (en titre ou qualifié pour l'être) de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes ou d'une association provinciale/territoriale affiliée, ou, à défaut, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur;

« ostéopathe »

titulaire d'un doctorat en ostéopathie conféré par un collège d'ostéopathie approuvé par la Société canadienne ostéopathique, ou, en l'absence d'un tel organisme, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur;

« personne à charge »

conjoint du souscripteur ou enfant à charge du souscripteur ou de son conjoint;

« personne protégée »

personne protégée par le RSSFP;

« pharmacien »

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 »

membre de l'Association canadienne de physiothérapie ou d'une association provinciale/territoriale affiliée, ou, à défaut, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur;

« podiatre »

personne légalement autorisée à pratiquer la podiatrie par l'organisme provincial/territorial compétent ou, dans les provinces/territoires n'ayant pas de tel organisme, personne membre de l'Association canadienne des professionnels des maladies des pieds ou encore, à défaut, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur;

« prestation de survivant »

prestation de retraite régulièrement payable en application d'une quelconque des lois énumérées à l'Annexe IV;

« prestation pour enfants »

prestation versée régulièrement en application d'une quelconque des lois applicables énumérées à l'Annexe IV;

« psychologue »

psychologue reconnu à titre permanent inscrit au registre des psychologues de la province ou du territoire où il pratique, ou, en l'absence d'un tel registre, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur;

« Régime »

Régime de soins de santé de la fonction publique;

« rémunération »

s'entend des traitements et salaires ainsi que des indemnités, des prestations de retraite, de l'allocation annuelle, de l'indemnité parlementaire et des rentes;

« retraite »

prestation de retraite, prestation de survivant ou prestation pour enfant reconnue et versée régulièrement en application de l'une quelconque des lois énumérées à l'Annexe IV de la présente description, telle que modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada;

« retraité »

personne touchant régulièrement des prestations de retraite, de survivant ou pour enfants en application d'une quelconque des lois énumérées à l'Annexe IV de la présente description, telle que modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada;

« **RSSFP** »

Régime de soins de santé de la fonction publique;

« **souscripteur** »

1. employé ou retraité ayant demandé et obtenu d'un agent désigné la protection du RSSFP;
2. membre des CF ou de la GRC ayant demandé et obtenu la protection du RSSFP pour ses personnes à charge;
3. personne qui est membre du groupe client ACC tel que défini à l'Annexe III et ayant demandé et obtenu une protection aux termes du RSSFP;

« **travailleur social** »

personne qui détient une maîtrise en service social (MSS) et qui est inscrite au registre provincial ou territorial approprié dans la province ou le territoire où le service est rendu ou, en l'absence d'un tel registre, personne qui détient des compétences comparables tel que déterminé par l'administrateur.

Admissibilité

I - Employés et membres civils de la GRC

L'employé embauché à temps plein ou à temps partiel est admissible au Régime aux dates suivantes :

1. s'il est nommé pour une période indéterminée ou pour une saison ou session, sans égard à sa durée, la date de son entrée en fonctions;
2. s'il est nommé pour une période de plus de six mois, la date de son entrée en fonctions;
3. s'il est nommé pour une période d'au plus six mois, puis nommé par la suite :
 1. pour une autre période d'au plus six mois, le jour suivant celui où il atteint six mois d'emploi continu;
 2. pour plus de six mois, la date de sa nomination pour une période de plus de six mois;
 3. à un poste pour une durée indéterminée, pour une saison ou pour une session, la date de sa nomination audit poste;
 4. rétroactivement, pour une période indéterminée, pour une saison ou une session, sans égard à sa durée, ou pour une période de plus de six mois, la date de la décision modifiant son statut.

Remarque :

1. L'emploi continu, pour les fins du calcul de six mois d'emploi continu, s'entend pour l'employé d'avoir travaillé pendant six mois sans interruption d'au moins sept jours ouvrables.
2. L'employé embauché localement à l'extérieur du Canada n'est pas admissible à la protection du Régime.
3. L'employé qui n'est pas souscripteur au Régime au moment de son départ en congé non payé ou hors-saison/hors-session n'est pas admissible à adhérer au Régime avant de reprendre ses fonctions.

II - Membres de la GRC et des Forces canadiennes (régulières et de réserve)

1. Les Membres des Forces armées canadiennes régulières, les membres de classe C de la Réserve et ceux de la GRC peuvent devenir souscripteurs au Régime quand ils ont une personne à charge admissible. (Les membres des FC et de la GRC ne peuvent pas bénéficier de la protection du Régime, mais ils peuvent en faire bénéficier leurs personnes à charge.)
2. Les membres des classes A et B de la Réserve sont admissibles à adhérer au Régime aux dates suivantes :
 1. s'ils ont été recrutés pour une période de moins de 180 jours, la date de leur entrée en service;
 2. s'ils ont été recrutés pour une période de plus de 180 jours, la date à partir de laquelle ils ont une personne à charge admissible.

III - Retraités

1. Toute personne recevant régulièrement des prestations de retraite reconnues, des prestations de survivant ou des prestations pour enfants en application d'une quelconque des lois énumérées à l'Annexe IV, telle que modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada, est admissible à souscrire au RSSFP ou à souscrire une continuation de sa protection quand ses prestations de retraite deviennent payables (sauf les personnes qui, immédiatement avant leur départ à la retraite, étaient au service d'une organisation non participante, à la date ou après la date précisée à l'Annexe II du Régime).
2. Toute personne qui est membre du groupe client ACC tel que défini à l'Annexe III peut adhérer au Régime.

IV - Personnes à charge

Les personnes à charge du souscripteur sont admissibles à la protection du Régime, pourvu qu'elles satisfassent aux critères d'admissibilité de la définition de « personne à charge » ou de « conjoint ».

Exception :

À la demande d'un employé affecté à l'extérieur du Canada, des personnes qui ne seraient normalement pas admissibles à la protection du RSSFP peuvent être réputées personnes à charge dudit employé affecté à l'extérieur du Canada, s'ils dépendent financièrement de lui et habitent avec lui.

Prise d'effet, modification et fin de la protection

Demande de souscription

Pour participer au Régime, il faut présenter une formule de demande sous la forme prescrite par les fiduciaires :

1. quand on adhère au Régime
 - pour les personnes commençant à avoir droit aux prestations de survivant/pour enfants;
 - même quand l'employé a droit à une protection entièrement payée par l'employeur;
2. pour faire modifier la protection, par exemple
 - d'individuelle à familiale et vice versa;
 - d'un niveau de garantie-hospitalisation à un autre;
3. pour transférer la protection, par exemple
 - pour passer d'une protection supplémentaire à une protection totale et vice versa;
 - pour les retraités, membres des FC ou de la GRC entrant au service de la fonction publique;

- pour passer d'une protection entièrement payée par l'employeur à une protection non payée par celui-ci;
4. pour obtenir le maintien de la protection, par exemple une protection totale pour les personnes à charge survivantes d'un employé décédé pendant qu'il habitait à l'extérieur du Canada.

L'agent désigné précise dans la demande si la personne est admissible au Régime ou pas.

Remarque :

1. Le souscripteur qui prend sa retraite n'a pas à présenter de demande pour continuer à bénéficier de la même protection s'il touche des prestations de retraite régulières reconnues à jouissance immédiate, mais les retenues à la source de ses prestations de retraite doivent être autorisées par écrit.

Date de prise d'effet

Période d'attente

Quand une demande est reçue plus de 60 jours après la date d'admissibilité, la protection prend effet le premier jour du quatrième mois suivant la date de réception de la demande par l'agent désigné, ce qui équivaut à une période d'attente de trois mois. En cas de demande de réduction ou d'annulation de la protection, la protection modifiée prend effet le premier jour du troisième mois suivant la réception de la demande par l'agent désigné, ce qui équivaut à une période d'attente de deux mois.

A. Adhésion au Régime

Sauf indication contraire, la protection prend effet le premier jour du mois suivant la réception de la demande par l'agent désigné, si la demande est reçue dans les **60** jours de l'admissibilité du souscripteur.

Quand la demande est reçue plus de **60** jours après l'admissibilité du souscripteur, ou après l'événement qui l'a incité à la présenter, la date d'effet de la protection est le premier jour du quatrième mois suivant la réception de la demande par l'agent désigné.

La protection prend effet le premier jour du quatrième mois suivant la réception de la demande par l'agent désigné dans les circonstances suivantes :

- quand le retraité qui n'était pas souscripteur au Régime immédiatement avant son départ à la retraite présente une demande d'adhésion (cette exigence ne s'applique toutefois pas aux retraités assujettis à la *Loi sur les allocations de retraite des parlementaires*, ni aux employés qui n'auraient pas pu être protégés par le RSSFP à titre d'employés des employeurs énumérés à l'Annexe I du Régime, si la demande d'adhésion est reçue dans les 60 jours de la date où ils commencent à avoir droit à des prestations de retraite régulières);
- quand le survivant ou l'enfant (lorsqu'il n'y a pas de survivant) d'un employé ou d'un retraité décédés qui n'étaient pas souscripteurs au Régime ou qui n'avaient droit qu'à la protection individuelle présente une demande de protection;
- quand le souscripteur annule sa protection, puis décide de présenter une nouvelle demande d'adhésion au RSSFP sans interruption de service, sans égard au moment où il présente cette nouvelle demande;
- quand le souscripteur en congé non payé décide d'annuler sa protection, puis souhaite présenter une nouvelle demande d'adhésion. Cela dit, l'employé ne peut pas obtenir un rétablissement de sa protection tant qu'il est en congé non payé.

B. Modification de la protection

Sauf indication contraire, si une demande de modification de la protection est reçue dans les 60 jours d'un événement nécessitant un changement, la protection modifiée prend effet le

premier jour du mois suivant la réception de la demande de changement par l'agent désigné. Autrement, la période d'attente est de trois mois.

Modification de la protection d'individuelle à familiale et vice versa

La protection prend effet à la **date à partir de laquelle le souscripteur a une personne à charge**, si la demande est reçue par l'agent désigné dans les 60 jours de cet événement. Autrement, la période d'attente est de trois mois.

L'employé ne peut pas modifier sa protection pendant qu'il est en congé non payé, hors-saison ou hors-session, sauf s'il demande une protection accrue d'individuelle à familiale à partir du moment où il a une personne à charge.

Augmentation du niveau de protection de la garantie-hospitalisation

Sauf indication contraire, toute augmentation du niveau de la garantie-hospitalisation ne prend pas effet avant le premier jour du quatrième mois suivant la réception de la demande par l'agent désigné.

Exceptions

La période d'attente de trois mois ne s'applique pas quand la demande d'augmentation du niveau de la garantie-hospitalisation est reçue dans les 60 jours de :

1. l'ajout d'une ou de personnes à charge, d'un conjoint ou d'un enfant;
2. l'expiration de la protection d'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé, ou vice versa, dans le cas d'un changement de la protection supplémentaire à totale ou de totale à supplémentaire;
3. le début de la réception par l'employé de prestations de retraite reconnues et versées régulièrement;
4. l'entrée d'un membre des FC ou de la GRC ou d'un retraité au service de la fonction publique;
5. le début de la réception par le survivant ou par un ou des enfants à charge d'un souscripteur décédé de prestations de survivant ou pour enfants reconnues et versées régulièrement.

La période d'attente de trois mois ne s'applique pas non plus quand la présentation de la demande d'augmentation de la protection coïncide avec celle d'une demande de suppression d'une personne à charge (c.-à-d. lorsque la demande de modification fait passer la protection de familiale à individuelle).

Réduction du niveau de protection de la garantie-hospitalisation

Quand une demande de réduction du niveau de protection de la garantie-hospitalisation est présentée, la protection modifiée prend effet le premier jour du mois suivant le 60^e jour après réception de la demande par l'agent désigné. La nouvelle protection prend effet le premier jour du mois suivant le mois de la première retenue au nouveau taux.

C. Transfert de la protection

Sauf indication contraire, quand la demande est reçue dans les 60 jours de l'admissibilité du souscripteur à un transfert de sa protection, la protection prend effet le premier jour du mois suivant la réception de la demande requise par l'agent désigné. Autrement, elle prend effet le premier jour du quatrième mois suivant sa réception de cette demande.

Quand deux souscripteurs sont des conjoints et souhaitent bénéficier de la même protection du Régime

Il n'y a aucune période d'attente quand deux souscripteurs sont des conjoints qui veulent bénéficier d'une seule et même protection du Régime. En pareil cas, il ne devrait y avoir aucune interruption de la protection.

Néanmoins, une période d'attente de trois mois s'applique en cas de demande d'augmentation du niveau de la garantie-hospitalisation lorsque soit le souscripteur, soit sa personne à charge ferait alors augmenter sa protection.

Personne à charge devenant souscripteur à part entière

La personne protégée à titre de personne à charge par le RSSFP qui demande de bénéficier de sa propre protection individuelle aux termes du Régime dans les 60 jours où elle cesse d'être protégée comme personne à charge, même lorsqu'elle est en congé non payé, est exemptée de la période d'attente de trois mois. Sa protection individuelle prend effet le jour où sa protection comme personne à charge cesse. Néanmoins, si le souscripteur désire augmenter le niveau de sa garantie-hospitalisation en tant que personne à charge, la période d'attente pour bénéficier de la protection accrue est de trois mois.

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

Protection pour les souscripteurs affectés à l'extérieur du Canada

Les souscripteurs affectés à l'extérieur du Canada sont tenus d'obtenir une protection totale du RSSFP pour le mois de leur départ du Canada.

Protection des retraités et des employés en congé d'études non payé ou en affectation internationale

Si une demande de passage d'une protection supplémentaire à une protection totale est reçue par l'agent désigné **dans les 60 jours** de la date où le souscripteur cesse d'être protégé par un régime d'assurance-santé provincial/territorial, la protection prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande. Par contre, si la demande est reçue **plus de 60 jours** après que le souscripteur cesse d'être protégé par un régime d'assurance-santé provincial/territorial, la période d'attente est de trois mois.

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 aux termes d'un régime d'assurance-santé provincial/territorial.

Membres des FC et de la GRC et retraités entrant au service de la fonction publique

Au moment de son entrée au service de la fonction publique, le membre des FC ou de la GRC qui a des personnes à charge protégées par le RSSFP peut demander à être protégé par le régime en tant qu'employé de la fonction publique. Si sa demande est reçue par l'agent désigné dans les 60 jours de la date où il cesse d'être protégé par le régime d'assurance médicale des FC ou de la GRC, sa protection par le RSSFP prend effet le jour où il cesse d'être protégé par son ancien régime. Autrement, la période d'attente est de trois mois.

De même, au moment de son entrée au service de la fonction publique, le retraité peut demander une protection à titre d'employé. Si sa demande est reçue par l'agent désigné dans les 60 jours de son entrée en fonctions à ce titre, il bénéficie de la protection du RSSFP le jour même de son entrée au service de la fonction publique.

Par ailleurs, si le souscripteur souhaite modifier son niveau de garantie-hospitalisation à ce moment, il peut le faire sans être soumis à une période d'attente. Par contre, s'il présente une demande en ce sens plus de 60 jours après la date de son entrée au service de la fonction publique, la période d'attente est de trois mois.

D. Continuation de la protection

La protection du Régime continue quand :

1. un employé qui souscrivait au Régime immédiatement avant son départ à la retraite a droit à des prestations de retraite à jouissance immédiate versées régulièrement dès son départ;
2. un souscripteur meurt et que ses personnes à charge touchent des prestations de survivant ou pour enfants reconnues;

3. le souscripteur est entièrement invalide à la date de sa cessation d'emploi, auquel cas la protection continue pendant qu'il est totalement invalide pour une période d'au plus six mois suivant la date de sa cessation d'emploi, pourvu que l'administrateur reçoive une preuve acceptable de son invalidité; cette règle ne s'applique pas si le souscripteur est admissible comme personne protégée à titre de retraité ou de personne à charge;
4. la souscripteur cesse d'être employée pendant sa grossesse et ne touche pas de prestations de retraite régulières; elle peut alors continuer de bénéficier de sa protection jusqu'à la fin du mois au cours duquel sa grossesse se termine ou au cours duquel l'enfant naît;
5. le souscripteur meurt en laissant une survivante enceinte qui était protégée comme personne à charge à la date de son décès, si celle-ci présente une demande dans les 60 jours suivant le décès du souscripteur, auquel cas la protection continue pour la période durant laquelle la survivante est enceinte et ne peut travailler après sa grossesse (cette règle ne s'applique pas si la survivante touche des prestations de retraite reconnues ou des prestations de survivant versées régulièrement);
6. le souscripteur bénéficiant d'une garantie totale meurt en laissant une personne à charge; dans ce cas, la personne à charge peut bénéficier d'une protection totale pour une période de six mois suivant la date du décès;
7. le souscripteur est mis en disponibilité en vertu de la Directive sur le réaménagement des effectifs (DRE), auquel cas la protection peut continuer pendant un an ou jusqu'à ce que le souscripteur ait droit à des prestations de retraite régulières, selon la moindre des deux périodes; cette règle ne s'applique pas aux employés qui ont démissionné dans le cadre de l'application de la DRE, ainsi qu'à ceux qui ont accepté une indemnité d'excédentaire, une rémunération pour maintien en fonctions ou une entente de privatisation;
8. le souscripteur est réembauché comme employé admissible avant la fin de sa protection;
9. le retraité souscrivait au régime immédiatement avant d'être nommé pour une période d'au plus six mois;
10. un ancien administrateur principal est protégé en vertu de la *Loi sur les régimes de retraite particuliers*;
11. l'employé accepte une nomination pour une période déterminée, sans égard à sa longueur, pendant qu'il est en congé non payé d'un poste auquel il a été nommé pour une période indéterminée, pourvu que la protection ait été maintenue pendant son congé non payé, auquel cas les contributions au RSSFP peuvent être retenues de la rémunération qui lui est versée par suite de sa nomination pour une période déterminée. Par contre, si sa protection par le RSSFP n'a pas été maintenue pendant son congé non payé, l'employé ne peut recommencer à en bénéficier que :
 - o s'il est nommé pour une période déterminée de plus de six mois;
 - o s'il est nommé pour une période déterminée d'au plus six mois, puis nommé ultérieurement pour une autre période déterminée après six mois d'emploi continu;
12. l'employé est en congé non payé, à moins que celui-ci donne un avis écrit dans lequel il choisit de ne pas participer au Régime pendant la durée du congé non payé;
13. l'employé est suspendu ou en congé saisonnier/sessionnel pourvu que les contributions requises soient versées à l'agent désigné.

Remarque :

1. Si l'employé en congé saisonnier/sessionnel ou suspendu ne verse pas les contributions requises, sa protection cesse à la fin du mois suivant celui au cours duquel il a versé sa dernière contribution. L'employé n'est alors pas protégé pour cette période de congé non payé, mais sa protection recommence quand il reprend ses fonctions. À ce moment-là, les contributions sont automatiquement retenues à la source dès le mois de sa rentrée en fonctions, et la protection prend effet le premier jour du mois suivant celui où la première contribution est retenue de sa rémunération.
2. Si l'employé est en congé non payé au moment où sa protection prendrait normalement effet, elle ne prend effet que le premier jour du mois suivant sa rentrée en fonction.
3. Dans ces pages, chaque fois qu'il est question de congé non payé, il faut partir du principe que ce congé a été dûment autorisé par l'employeur.

Familles bénéficiant d'une protection supplémentaire et d'une protection totale

Protection des personnes à charge habitant à l'extérieur du Canada pendant que le souscripteur habite lui aussi à l'étranger

Quand le souscripteur habite à l'extérieur du Canada et qu'il bénéficie d'une protection totale, une personne à sa charge mais n'habitant pas avec lui (p. ex. pendant qu'elle est aux études) peut aussi bénéficier d'une protection totale en tant que personne à charge.

Toute personne à charge restant au Canada ou y revenant temporairement (pour au plus trois mois) après le départ du souscripteur peut bénéficier d'une protection totale pendant qu'elle est au Canada, pourvu qu'elle ne soit pas protégée par un régime d'assurance-santé provincial/territorial.

Protection des personnes à charge habitant au Canada pendant que le souscripteur habite à l'étranger

Toute personne à charge habitant au Canada, sauf temporairement (c.-à-d. pour une période de plus de trois mois) est inadmissible à une protection totale et doit donc s'inscrire à un régime d'assurance-santé provincial/territorial. Néanmoins, elle peut bénéficier d'une protection supplémentaire, pourvu qu'elle soit admissible et que le souscripteur verse des contributions au taux familial pour bénéficier d'une protection totale.

Protection des personnes à charge habitant à l'étranger pendant que l'employé habite au Canada

Quand l'employé bénéficiant d'une protection totale qui habitait à l'étranger revient au Canada et s'inscrit à un régime d'assurance-santé provincial/territorial, mais qu'au moins une de ses personnes à charge continue temporairement (c.-à-d. pour une période d'au plus trois mois) à habiter à l'étranger, l'employé et toutes ses personnes à charge habitant au Canada bénéficient d'une protection supplémentaire. Ses personnes à charge habitant à l'étranger peuvent continuer à bénéficier d'une protection totale jusqu'à ce qu'elles rentrent au Canada et qu'elles deviennent admissibles à un régime d'assurance-santé provincial/territorial, pourvu que l'employé bénéficie d'une protection familiale totale.

Aucune protection pour les personnes à charge habitant à l'étranger pendant que le souscripteur habite au Canada

Quand le souscripteur habite au Canada, mais qu'il a une personne à charge habitant à l'étranger (et par conséquent inadmissible à la protection d'un régime d'assurance-santé provincial/territorial), cette personne à charge n'est pas admissible à la protection du RSSFP.

Fin de la protection

Cessation volontaire de la protection

Le souscripteur qui désire annuler sa protection du RSSFP doit le demander par écrit à l'agent désigné. Ses contributions cessent d'être retenues à la source au plus tard deux mois après la réception de cette demande par l'agent désigné. La protection continue pendant un mois suivant le mois de la dernière retenue des contributions.

Les demandes d'annulation rétroactive sont rejetées.

L'employé qui annule sa protection à un moment quelconque pendant qu'il est en congé non payé ne peut pas la faire rétablir avant sa rentrée en fonctions; une période d'attente de trois mois lui est alors imposée.

Quand le souscripteur fait annuler la protection d'une personne à charge, cette protection cesse au plus tard deux mois après la réception de sa demande d'annulation par l'agent désigné. Les retenues à la source des contributions réduites en proportion commencent le mois précédant la date d'effet de la nouvelle protection.

Sauf quand une personne à charge meurt ou que l'agent désigné ne fait pas cesser les retenues à la source dans les deux mois suivant la réception d'une demande, aucune contribution n'est remboursée au souscripteur quand il fait annuler la protection d'une ou plusieurs personnes à charge.

Cessation involontaire de la protection

Quand un souscripteur cesse d'être un employé ou un retraité admissibles, si une contribution est retenue à la source dans le mois au cours duquel il cesse d'être admissible, sa protection et celle de sa ou de ses personnes à charge continuent jusqu'à la fin du mois suivant.

Lorsqu'une des personnes à charge du souscripteur meurt, ses contributions sont rajustées à partir du mois du décès pourvu que la demande de rajustement soit reçue par l'agent désigné dans les 60 jours suivant celui-ci. Si elle est reçue par l'agent désigné plus de 60 jours après, les contributions sont rajustées à partir du 1^{er} du mois suivant sa réception.

Le souscripteur cesse d'être admissible :

1. le jour de sa cessation d'emploi, s'il ne touche pas des prestations de retraite reconnues à jouissance immédiate et versées régulièrement;
2. le jour où il devient un employé embauché localement à l'extérieur du Canada;
3. le jour où il devient employé dans une partie de la fonction publique exclue du Régime;
4. le jour où il cesse de toucher une pension d'invalidité parce qu'il a recouvré la santé.

Contributions

Le Régime est financé par les contributions du Conseil du Trésor du Canada, des employeurs participants et des souscripteurs. Les contributions du Conseil du Trésor du Canada et des employeurs participants sont déterminées par l'Accord de fiducie.

Le tarif des contributions au RSSFP figure à l'Annexe V. Les contributions mensuelles des souscripteurs, le cas échéant, sont payables un mois à l'avance de la date d'effet de la protection. Elles sont retenues à la source de leur traitement ou salaire ou de leurs prestations reconnues de retraite, de survivant ou pour enfants, avec leur autorisation écrite. Dans le cas du groupe client de ACC, les contributions seront prélevées à même le compte bancaire du souscripteur. (révisé le 8 septembre 2006)

Les employés définis à l'Annexe VI, telle que modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada, ont droit à une protection entièrement payée par l'employeur, avec garantie-hospitalisation de Niveau III. Quand ces personnes protégées sont en congé non payé, pour quelque raison que ce soit, leur protection entièrement payée par l'employeur continue.

Les membres des FC et de la GRC ou les retraités touchant des prestations de retraite reconnues versées régulièrement qui contribuent mensuellement au RSSFP à même ces prestations et entrent au service de la fonction publique peuvent demander à être protégés par le RSSFP à titre d'employés, s'ils sont admissibles. Toutefois, c'est à eux qu'il incombe d'informer l'administrateur de leur régime de retraite de mettre fin à la retenue de leurs contributions au RSSFP à même leurs prestations de retraite et de présenter une demande d'adhésion au RSSFP en tant qu'employés de la fonction publique.

Les souscripteurs en congé saisonnier/sessionnel et ne touchant donc ni traitement, ni salaire à même lequel les contributions requises peuvent être retenues pendant les mois où ils sont en congé peuvent maintenir leur protection et celle de leurs personnes à charge en versant les contributions exigibles à l'avance à leur agent désigné, par chèque ou mandat à l'ordre du Receveur général du Canada.

Paiement des contributions pendant un congé non payé

La protection aux termes du Régime se poursuit pendant que l'employé est en congé non payé (CNP) à moins que celui-ci précise, par un avis écrit, qu'il choisit de ne pas participer au Régime pendant la période du CNP. Si un tel avis est fourni, la protection sera annulée à compter du mois suivant le mois au cours duquel l'agent désigné a reçu l'avis.

Le souscripteur qui est en CNP et qui n'indique pas qu'il ne participera pas au RSSFP pour la période de CNP devra choisir l'une des options suivantes :

1. verser les contributions requises à l'avance;
2. verser les contributions dues de la manière déterminée par l'employeur, à la fin du CNP, soit parce qu'il est retourné au travail ou qu'il n'est plus employé.

L'employé qui n'a pas choisi de verser les contributions requises à l'avance sera réputé avoir choisi de verser les contributions rétroactivement dès la fin de son CNP.

Dans ces pages, chaque fois qu'il est question de congé non payé, il faut partir du principe que ce congé a été dûment autorisé par l'employeur.

Contributions de l'employé seulement

L'employé est tenu de verser ses contributions quand il est en congé non payé pour les raisons suivantes seulement :

1. afin de recevoir de la formation ou une instruction dans l'intérêt de l'employeur;
2. afin de servir dans les FC;
3. en cas de grossesse, de maladie ou d'invalidité;
4. afin de servir dans une organisation quelconque (autre qu'un agent négociateur de la fonction publique ou qu'une coopérative de crédit), quand le congé est reconnu comme dans l'intérêt de son ministère ou organisme, ou pris à la demande du gouvernement du Canada;
5. afin de s'acquitter de ses responsabilités paternelles, c.-à-d. de s'occuper de son enfant;
6. à des fins personnelles, pour une période n'excédant pas trois mois, quand le congé est approuvé par l'autorité compétente en tant que congé pour affaires personnelles;
7. en cas de congé parental pour le soin et l'éducation des enfants, autorisé jusqu'à 52 semaines après la naissance ou l'adoption d'un enfant;
8. pour les trois premiers mois consécutifs d'une période quelconque de congé non payé (y compris le congé autofinancé);
9. pour les trois premiers mois d'absence de ses fonctions en congé non payé ou en situation d'inactivité;
10. pour la partie congé d'un congé avec étalement du revenu;
11. pour la partie congé d'un congé de pré-retraite.

Contributions de l'employé et de l'employeur

Les contributions de l'employé et de l'employeur doivent être versées par le souscripteur quand :

1. il prend un congé non payé quelconque pour d'autres raisons que celles qui précèdent;
2. l'employé mis en disponibilité décide de maintenir sa protection pendant un maximum d'un an après la date de sa mise en disponibilité de la fonction publique;
3. la survivante d'un souscripteur qui était enceinte au moment du décès de ce dernier décide de maintenir sa protection jusqu'à la fin de sa grossesse et de la période durant laquelle elle ne pourra pas travailler par la suite;
4. le survivant d'un souscripteur bénéficiant d'une protection totale décide de conserver cette protection pour une période de six mois après le décès de ce dernier;
5. l'employé est frappé d'une suspension ou en congé non payé non autorisé;
6. la souscripteur qui cesse d'être employée pendant sa grossesse sans toucher régulièrement des prestations de retraite décide de conserver sa protection jusqu'à la fin du mois au cours duquel sa grossesse se termine ou l'enfant qu'elle porte naît;
7. un ancien administrateur principal protégé en vertu de la *Loi sur les régimes de retraite particuliers* décide de conserver la protection du Régime;

8. Réserve des FC - Les réservistes des classes A et B des FC sont recrutés pour une période de moins de 180 jours; les réservistes de la classe B recrutés pour une période de plus de 180 jours ne paient que les contributions du souscripteur.

Remarque :

Quand la raison du congé non payé change et que ce changement entraîne une modification de la contribution exigible, la nouvelle contribution est versée à partir du premier du mois suivant le mois du changement de la raison du congé non payé.

Changement rétroactif de la protection

Quand le souscripteur demande une modification rétroactive de sa protection aux termes du RSSFP en raison d'un changement de situation (c.-à-d. qu'il n'a plus de personnes à charge), les règles suivantes s'appliquent :

- le souscripteur qui ne demande pas de changement de sa protection dans les meilleurs délais peut toutefois demander un remboursement de ses contributions de souscripteur jusqu'au mois de janvier de l'année civile dans laquelle l'agent désigné reçoit sa demande de changement;
- l'agent désigné a le pouvoir discrétionnaire de rembourser les contributions des souscripteurs pour une période ne dépassant pas cinq ans, dans des circonstances exceptionnelles, comme lorsqu'une personne prend charge des affaires de quelqu'un qui n'est plus capable de s'en occuper, en jouant à son égard un rôle de fiduciaire.

Erreurs administratives

Si l'on constate que le souscripteur s'est conformé aux exigences de demande d'adhésion, mais qu'on n'a pas retenu de contributions de son traitement ou de ses prestations à cause d'une erreur administrative, il a le choix de :

1. présenter une nouvelle demande de protection en sachant que, dans ce cas-là, la période d'attente normale de trois mois ne s'applique pas;
2. verser toutes les contributions exigibles rétroactivement à compter de la date à laquelle elles auraient dû commencer à être retenues de son traitement ou de ses prestations. Ces contributions seront retenues en bloc à la source.

La même règle s'appliquerait si les contributions retenues avaient été mal calculées, autrement dit si elles faisaient bénéficier le souscripteur d'un niveau de protection inférieur à celui qu'il avait demandé. Dans ce cas-là, toutefois, si les retenues avaient été supérieures aux retenues exigibles, l'agent désigné autoriserait le remboursement du trop-payé, puis la retenue des contributions nécessaires du traitement ou du salaire ou encore de la pension de retraite ou d'invalidité du souscripteur.

Protections offertes**Protection supplémentaire**

Cette protection est offerte aux personnes admissibles protégées par un régime d'assurance-santé provincial/territorial. En général, la protection du RSSFP s'ajoute à celle du régime provincial/territorial dans la province ou le territoire de résidence du souscripteur, en lui offrant :

- la garantie-maladie complémentaire (remboursement de 80% des frais avec franchise sauf pour :
 - la garantie-voyage d'urgence et la garantie assistance voyage d'urgence, qui prévoient un remboursement de 100 % des frais, sans franchise;
 - la protection pour médicaments onéreux qui offre un remboursement de 100 % du coût des médicaments admissibles dépassant le plafond de 3 000 \$ payés de la

- poche du souscripteur, excluant la franchise); (révisé le 8 septembre 2006)
- la garantie-hospitalisation (remboursement de 100 % des frais, sans franchise).

Protection totale

Cette protection est offerte au souscripteur et à ses personnes à charge admissibles habitant avec lui à l'extérieur du Canada qui ne sont pas protégés par un régime d'assurance-santé provincial/territorial ou par un régime d'assurance hospitalisation non gouvernemental. La personne bénéficiant de la protection totale continue d'en bénéficier après son retour au Canada jusqu'à ce qu'elle devienne admissible à la protection d'un régime d'assurance-santé provincial/territorial. La protection offerte comprend :

- la garantie-maladie complémentaire (remboursement de 80% des frais avec franchise) sauf pour :
 - la protection pour médicaments onéreux qui prévoit un remboursement de 100 % des frais des médicaments admissibles dépassant le plafond de 3 000 \$ payés de la poche du souscripteur, excluant la franchise; (révisé le 8 septembre 2006)
 - a garantie-hospitalisation (remboursement de 100 % des frais, sans franchise);
 - les frais engagés à l'extérieur de la province ne sont pas couverts par la protection totale;
- la garantie-maladie de base (remboursement de 100 % des frais, sans franchise);
- la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada), avec remboursement de 100 % des frais, sans franchise. Cette garantie n'est pas offerte aux retraités;

Admissibilité aux garanties

Employés et personnes à charge des membres des FC et de la GRC

Résidence	Garantie-maladie complémentaire et garantie-hospitalisation (Niveau I)	Garantie-hospitalisation (Niveaux II et III)	Garantie-maladie de base	Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)
Au Canada, avec protection d'un régime d'assurance-santé provincial/territorial	✓	✓	Non	Non
Affectation à l'étranger	Obligatoire ³	✓	Obligatoire	Obligatoire
Prêtés pour une affectation dans une organisation internationale ¹	✓ ³	✓	✓	✓
En CNP ⁴ pour études à l'étranger ¹	✓ ³	✓	✓	✓
En CNP ⁴ à l'étranger	✓ ²	✓ ²	Non	Non

Retraités

Résidence	Garantie-maladie complémentaire et garantie-hospitalisation (Niveau I)	Garantie-hospitalisation (Niveaux II et III)	Garantie-maladie de base	Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)
Au Canada, avec protection d'un régime	✓	✓	Non	Non

d'assurance-santé provincial/territorial				
À l'étranger	√ ³	√	√	Non

√ Admissibles à bénéficier de cette protection.

¹ Cette garantie doit être approuvée par le Ministère.

² Pourvu que le souscripteur soit protégé par un régime d'assurance-santé provincial/territorial offrant une protection « à l'étranger ».

³ Les souscripteurs bénéficiant d'une protection totale, qui n'ont par conséquent pas d'assurance-santé provinciale/territoriale, ne sont pas admissibles à cette garantie pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province.

⁴ CNP signifie congé non payé.

Dispositions du Régime

Demandes de règlement

L'administrateur doit recevoir les demandes de règlement dans les 12 mois suivant l'année civile pendant laquelle les frais ont été engagés. Les demandes présentées après ce délai sont rejetées, à moins que leur présentation tardive ne soit attribuable à des circonstances incontrôlables, telles qu'une incapacité médicale ou psychologique. Autrement dit, ne pas présenter une demande dans la période de 12 mois suivant l'année civile au cours de laquelle les frais sont engagés ne la rend pas invalide si, de l'avis de l'administrateur, il n'était pas raisonnablement possible de la présenter dans ce délai, pourvu qu'elle le soit dans les 18 mois suivant l'année civile en question. Sauf en cas d'incapacité médicale ou psychologique, l'administrateur n'a pas le pouvoir de prolonger le délai de présentation d'une demande.

Afin d'étudier les demandes, l'administrateur peut exiger des factures détaillées des frais d'hôpital, des médicaments, de l'équipement ou des soins dentaires, ainsi qu'une déclaration remplie par le médecin ou par tout autre praticien ayant soigné la personne protégée, ou tout autre renseignement qui, selon lui, est nécessaire à leur étude. Les preuves à l'appui de la demande sont fournies aux frais de la personne qui la présente.

Appels

Lorsque le souscripteur n'accepte pas une décision de l'administrateur et souhaite une révision de son dossier, il peut la demander aux fiduciaires, qui ont l'entière discrétion de prendre une décision tenant dûment compte des circonstances de l'affaire et des dispositions du Régime. Cela dit, les souscripteurs devraient s'efforcer d'épuiser tous les recours avec l'administrateur avant d'en appeler aux fiduciaires, car ceux-ci se réservent le droit de refuser de revenir sur leur décision en cas d'appel. La procédure d'appel est le dernier niveau de révision du RSSFP.

Les appels doivent être soumis dans un délai d'un an suivant l'envoi par l'administrateur d'une explication des prestations payables en règlement de la demande.

Paiement des prestations

L'administrateur rembourse les frais admissibles engagés au souscripteur quand il reçoit la preuve que la personne protégée intéressée les a bien supportés. La somme remboursée est calculée en fonction des dispositions de l'Aperçu des frais admissibles maximums et de l'application de la franchise annuelle ainsi que de la co-assurance, le cas échéant.

Pour déterminer la somme payable, le total des frais admissibles réclamés est calculé de la façon suivante :

1. les frais admissibles maximums sont établis;
2. la franchise, qui doit être atteinte à chaque année civile, est soustraite de cette somme;
3. la co-assurance est soustraite.

Franchise

Il y a une franchise minimale pour chaque année civile; seuls les frais admissibles engagés en sus de cette franchise pendant l'année peuvent être remboursés aux termes de la garantie-maladie complémentaire, sauf la garantie-voyage d'urgence et la garantie assistance voyage d'urgence, pour lesquelles il n'y a pas de franchise. La franchise annuelle est de 60 \$ par personne. Si le souscripteur bénéficie d'une protection familiale, mais qu'un seul des membres de la famille engage des frais admissibles au cours de l'année civile, la franchise annuelle de 60 \$ s'applique à ces frais-là. Quand des frais admissibles sont engagés à l'égard de plus d'un membre de la famille dans une année civile, la franchise combinée pour tous les membres de la famille s'élève à 100 \$.

Co-assurance

Sauf indication contraire, le Régime rembourse au souscripteur 80 % des frais habituels et raisonnables engagés pour un service ou un article ou produit admissibles en sus de la franchise annuelle, sujet aux maximums établis du Régime pour le service, l'article ou le produit, tels qu'établis dans l'Aperçu des frais admissibles maximums. La co-assurance équivaut aux 20 % restants des frais admissibles, payés par le souscripteur. (révisé le 8 septembre 2006)

Paiements en trop

Erreur administrative : Dans les cas où le souscripteur s'est vu rembourser plus que ce qu'il réclamait, l'administrateur est autorisé à recouvrer les paiements en trop. Il amorce le règlement en informant le souscripteur du paiement en trop et en lui demandant comment il aimerait le rembourser, soit par chèque pour le total du paiement en trop, soit en autorisant l'administrateur à déduire le paiement en trop des remboursements auxquels il aurait droit dans les demandes de règlement ultérieures. Si le souscripteur n'accuse pas réception de cet avis de paiement en trop dans les 30 jours, l'administrateur le déduit automatiquement du remboursement versé pour ses demandes ultérieures.

Décision erronée : Dans les cas où l'administrateur fait erreur en statuant sur une demande, ou qu'une de ses décisions est renversée sur la foi de renseignements supplémentaires, l'administrateur ne recouvre pas le paiement en trop du souscripteur, mais l'informe par écrit que les frais correspondants ne lui seront plus remboursés.

Coordination des prestations

Si une personne est protégée par un autre régime, le règlement de la demande aux termes du RSSFP se fait de la façon suivante :

1. Si l'autre régime ne comprend pas de dispositions sur la coordination des prestations, le paiement à ses termes doit être effectué avant celui que prévoit la présente disposition.
2. Si l'autre régime comprend une disposition sur la coordination des prestations, la préséance pour le règlement de la demande est déterminée dans l'ordre suivant :

quand la demande a trait à un souscripteur au RSSFP :

- a. le régime sous lequel la personne intéressée est protégée en qualité de souscripteur;
- b. si la personne intéressée est protégée par deux régimes, la préséance est accordée
 - o au régime auquel elle participe à titre d'employé à temps plein;
 - o au régime auquel elle participe à titre d'employé à temps partiel;
 - o au régime auquel elle participe à titre de retraité.

quand la demande a trait à un conjoint :

- a. au régime sous lequel le conjoint est protégé en qualité d'employé ou de retraité.

quand la demande a trait à un enfant à charge :

- a. au régime du parent qui célèbre son anniversaire de naissance (jour/mois) le premier dans l'année civile;
- b. si les parents ont la même date d'anniversaire de naissance, au régime de celui dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet;
- c. si les parents sont séparés ou divorcés :
 - o au régime du parent ayant la garde de l'enfant à charge;
 - o au régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant à charge;
 - o au régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant à charge;
 - o au régime du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant à charge.

Si l'ordre de préséance ne peut être établi de cette façon, les prestations sont proportionnelles au montant qui aurait été versé aux termes de chaque régime si un seul d'entre eux avait offert la protection.

Par suite du paiement aux termes d'un autre régime, les prestations payables par le RSSFP ne peuvent dépasser le total des frais admissibles engagés, moins le montant payé aux termes de l'autre régime.

3. En cas d'accident dentaire, les régimes d'assurance-santé offrant une protection pour ce genre d'accident doivent verser des prestations avant les régimes de soins dentaires.

4. La coordination des prestations est autorisée dans les cas où les deux conjoints (selon la définition du Régime) sont des souscripteurs au Régime de soins de santé de la fonction publique de la même façon que les dispositions visant la coordination des prestations s'appliqueraient si un souscripteur au Régime avait droit au remboursement aux termes de deux régimes de soins de santé ou plus.

Subrogation

Sauf si les fiduciaires lui donnent des instructions contraires, l'administrateur prend en leur nom toutes les mesures ou fait tout ce qui peut raisonnablement être considéré comme nécessaire ou commercialement prudent pour préserver ou pour faire valoir leur droit, le cas échéant, d'être subrogés aux droits d'une personne demandant un règlement à l'égard de toute question faisant ou ayant fait l'objet d'une demande admissible, ainsi que pour s'efforcer de faire en sorte ou de veiller à ce que les droits pour lesquels les fiduciaires ont le droit de subrogation soient satisfaits autrement que par des poursuites judiciaires ou l'engagement d'un conseiller juridique afin de les faire valoir, sauf si le procureur général du Canada le lui enjoint ou l'y autorise.

Exclusions et limitations générales

Aucune prestation n'est payée pour les frais engagés à l'égard :

1. des services pour lesquels des prestations sont payables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi ainsi que de tout règlement analogues, ou par un organisme gouvernemental;
2. des services rendus ou des articles ou produits prescrits par une personne résidant habituellement au domicile de la personne malade ou liée à cette dernière par le sang ou le mariage;
3. des services ou des articles ou produits réservés à des fins cosmétiques ou pour une difformité qui ne peut nuire à la santé, sauf s'ils s'imposent par suite d'une blessure accidentelle;
4. des articles ou produits ou des services habituellement offerts gratuitement;
5. des services rendus relativement aux examens médicaux exigés pour souscrire une assurance ou s'inscrire à une école, à un camp ou à une association, pour obtenir un

- emploi ou un passeport ou pour toute autre raison semblable;
6. des services dispensés par un médecin diplômé pratiquant au Canada à une personne protégée admissible à un régime d'assurance-santé provincial/territorial, sauf lorsque ces services sont expressément prévus dans les Dispositions du Régime;
 7. des produits ou des traitements expérimentaux dont aucun examen clinique objectif ne prouve la sécurité ou l'efficacité pour l'usage recommandé, ni les conditions dans lesquelles ils doivent être utilisés, de l'avis de l'administrateur;
 8. des services ou des produits qui ne sont pas légalement assurables;
 9. de la portion des frais remboursables aux termes d'un régime provincial/territorial d'assurance-santé ou d'assurance-médicaments, ou encore d'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;
 10. de la portion des frais engagés pour des services rendus ou des articles ou produits fournis par un hôpital à l'extérieur du Canada qui seraient habituellement remboursables aux termes d'un régime provincial/territorial d'assurance-santé ou d'assurance-hospitalisation si ces services ou articles ou produits avaient été fournis par un hôpital au Canada. Cette restriction ne s'applique pas aux frais admissibles aux termes de la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada) et de la garantie-maladie complémentaire pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province;
 11. de la portion des frais qui relèvent de la responsabilité juridique d'un tiers;
 12. des exclusions précisées pour chaque garantie offerte par le RSSFP.

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 aux termes des régimes d'assurance-santé provinciaux/territoriaux ou, dans le cas des souscripteurs habitant à l'extérieur du Canada, qui ne le sont pas à ceux de la garantie-maladie de base du RSSFP. Tous les souscripteurs au RSSFP sont protégés par la garantie-maladie complémentaire, sauf ceux qui souscrivent une 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 offre les prestations suivantes :

- frais de médicaments
- soins de la vue
- professionnels de la santé
- frais divers
- soins dentaires
- frais engagés à l'extérieur de la province (seulement pour les souscripteurs 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 compte tenu des frais habituels et raisonnables ainsi que de certaines limites précisées dans l'Aperçu des frais admissibles maximums. La franchise et la co-assurance s'appliquent dans tous les cas, sauf pour la garantie-voyage d'urgence et la garantie assistance de voyage d'urgence.

Frais de médicaments

Applicable à tous les souscripteurs

Pour être admissibles, les frais doivent être :

- les frais habituels et raisonnables;
- prescrits par un médecin ou un dentiste ou tout autre professionnel de la santé qualifié si la législation provinciale/territoriale applicable les autorise à prescrire les

médicaments;

- dispensés par un pharmacien ou un médecin.

Les frais admissibles sont engagés pour :

1. les médicaments qu'on ne peut obtenir que sur ordonnance et qui figurent à la partie Monographies de l'édition courante du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques à titre de narcotiques, de médicaments contrôlés ou de médicaments d'ordonnance, sauf ceux qui figurent sous la rubrique Exclusions ci-dessous;
2. les médicaments essentiels à la vie qu'on peut obtenir sans ordonnance et qui figurent à l'Annexe VII du présent document du Régime;
3. les substances nutritives thérapeutiques de remplacement prescrites par un médecin spécialiste reconnu pour le traitement d'une blessure ou d'une maladie autre qu'une allergie ou des maux liés à des soins de nature esthétique, lorsque le souscripteur ou la personne à charge ne peut absorber aucune autre substance pour assurer sa survie;
4. les médicaments injectés, y compris les sérums anti-allergiques, administrés par injection;
5. les prescriptions composées, quels que soient leurs ingrédients actifs;
6. les vitamines et les minéraux prescrits pour le traitement d'une maladie chronique conformément à la pratique habituelle de la médecine, pourvu que ces produits aient une valeur thérapeutique reconnue et qu'aucune autre possibilité ne s'offre au patient;
7. les appareils d'administration de médicaments contre l'asthme qui font partie intégrante du produit et sont approuvés par l'administrateur;
8. les aérochambres avec masques pour l'administration de médicaments contre l'asthme;
9. les formules spécialisées pour nourrissons ayant une intolérance confirmée aux protéines tant bovines que de soja, pourvu que le médecin traitant confirme par écrit que le patient ne peut tolérer aucune autre formule ni aucun autre substitut alimentaire;
10. les aides de sevrage du tabac, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums précisés dans l'Aperçu des frais admissibles maximums.

Protection pour médicaments onéreux

La protection pour médicaments onéreux protège les souscripteurs qui engagent des coûts de médicaments élevés au cours d'une année civile. Aux termes de cette protection, les frais des médicaments admissibles engagés au cours d'une année civile sont remboursés à 80 % jusqu'à ce que le souscripteur atteigne le seuil de 3 000 \$ payés de sa poche au cours d'une même année civile, excluant la franchise annuelle. Les frais de médicaments admissibles engagés au cours d'une même année civile qui dépassent ce seuil sont remboursés à 100 %. (révisé le 8 septembre 2006)

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

1. les médicaments qui, de l'avis de l'administrateur, sont expérimentaux;
2. les articles ou produits faisant l'objet de publicité qui, selon l'administrateur, constituent des remèdes traditionnels;
3. les contraceptifs autres qu'oraux;
4. les vitamines prises autrement que par injection, ainsi que les minéraux et suppléments protéiques, sauf les frais admissibles déjà précisés;
5. les substances nutritives thérapeutiques autres que celles qui seraient considérées comme assimilées aux frais admissibles déjà précisés;
6. les produits nécessaires à une diète et les suppléments pour diète, aliments pour bébé et succédanés de sucre et de sel, autres que les frais admissibles déjà précisés;
7. les pastilles, rince-bouche, shampooings non médicamenteux, produits pour l'entretien des lentilles cornéennes, nettoyeurs pour la peau, protecteurs pour la peau ou émoulinants;
8. les médicaments utilisés à des fins cosmétiques;

9. les médicaments utilisés à l'égard de troubles pour lesquels leur utilisation n'est pas recommandée par le fabricant;
10. les frais engagés dans n'importe quelle des conditions précisées dans la liste des exclusions et limitations générales du Régime;
11. les frais remboursables par un régime d'assurance-médicaments provincial/territorial, que la personne protégée y participe ou pas.

Soins de la vue

Applicable à tous les souscripteurs

Les frais admissibles sont les frais habituels et raisonnables pour :

1. les examens de la vue par un optométriste, sous réserve du maximum admissible précisé dans l'Aperçu des frais admissibles maximums;
2. les lunettes et lentilles cornéennes (y compris leur réparation), pourvu qu'elles soient nécessaires à la correction de la vue et achetées sur ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste, sous réserve du maximum prévu à l'Aperçu des frais admissibles maximums;
3. le premier achat de lentilles intraoculaires, de lunettes ou de lentilles cornéennes, s'il s'impose directement par suite d'une opération ou d'un accident, quand l'achat est effectué dans les six mois dudit accident ou opération; il n'y a aucun maximum admissible, sauf les frais habituels et raisonnables, et le délai de six mois peut être prolongé si, de l'avis de l'administrateur, l'achat n'aurait pas pu être effectué avant son expiration;
4. les yeux artificiels et leurs remplacements, sauf :
 1. dans les 60 mois de l'achat le plus récent, dans le cas d'un souscripteur ou d'une personne à charge de plus de 21 ans;
 2. dans les 12 mois de l'achat le plus récent, dans le cas d'une personne à charge de moins de 21 ans,

à moins qu'il soit médicalement prouvé que la croissance ou le rétrécissement des tissus environnants exigent le remplacement de la prothèse existante.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

1. la chirurgie oculaire au laser afin de corriger la vue pour éliminer le besoin d'aides visuelles comme des lunettes ou des lentilles cornéennes; les opérations non remboursables comprennent notamment, mais pas exclusivement, l'opération au laser Eximer, la kératectomie photoréfractive et le Lasik;
2. les frais engagés dans n'importe quelle des conditions énumérées à la liste des Exclusions et limitations générales du Régime.

Professionnels de la santé

Applicable à tous les souscripteurs

Les frais admissibles à l'égard des services d'un praticien 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/territoriale, le praticien doit être inscrit au registre, titulaire d'un permis ou autorisé à pratiquer dans le territoire de la compétence où il dispense ses services.

Les frais admissibles sont les frais habituels et raisonnables pour :

1. les services de médecins et les services de laboratoire, quand les frais engagés pour eux ne sont pas admissibles aux termes du régime d'assurance-santé provincial/territorial de la personne protégée, alors qu'ils le seraient aux termes d'au moins un autre régime d'assurance-santé provincial/territorial.

Les frais de laboratoire comprennent les services qui, lorsqu'ils sont ordonnés par un médecin et exécutés sous sa direction, génèrent de l'information utilisée pour le diagnostic ou pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure. Ces services comprennent notamment, mais pas exclusivement, l'analyse du sang ou d'autres liquides organiques, la pathologie clinique, la radiologie, les ultrasons, etc.

Lorsqu'une seule province ou territoire rembourse les frais d'un service donné et qu'elle cesse d'offrir cette protection, les fiduciaires étudient la question pour décider s'ils devraient aussi mettre fin à la protection aux termes du Régime. Les demandes de remboursement pour les services de ce genre présentées après la cessation de la protection provinciale/territoriale sont conservées par l'administrateur jusqu'à ce que les fiduciaires se soient prononcés.

Quand une province ou un territoire commence à rembourser les frais engagés pour un service donné, les demandes de remboursement pour ce service sont retenues par l'administrateur jusqu'à ce que les fiduciaires aient pu déterminer s'il devrait être assuré dans les autres provinces et territoires.

2. les traitements d'acupuncture dispensés par un médecin;
3. les services d'une infirmière ou d'un infirmier en service privé, diplômés d'une école reconnue et dispensant ces services prescrits par un médecin dans la résidence privée du patient, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums précisés dans l'Aperçu des frais admissibles maximums; l'ordonnance de ces services est valable pour un an, sauf indication contraire de l'administrateur;
4. les services des professionnels de la santé suivants, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums précisés pour chacun d'entre eux dans l'Aperçu des frais admissibles maximums :
 1. un physiothérapeute (l'ordonnance* est valable pour un an);
 2. un massothérapeute (l'ordonnance* est valable pour un an);
 3. un orthophoniste (l'ordonnance* est valable pour un an);
 4. un psychologue (l'ordonnance* est valable pour un an);
 5. un travailleur social (postes isolés seulement) (l'ordonnance* est valable pour un an);
 6. chiropraticien;
 7. un ostéopathe;
 8. un naturopathe;
 9. un podiatre ou un chiropodiste;
 10. un électrolyste* ou un médecin offrant des traitements d'électrolyse, avec des services limités :
 - au traitement pour l'épilation des parties exposées du visage et du cou, si le patient souffre d'un traumatisme émotif grave à cause de cet état; en outre,
 - quand les services sont dispensés par un électrolyste, un psychiatre ou un psychologue doit attester que le patient souffre d'un traumatisme émotif grave à cause de son état;
 - l'ordonnance est valable pour trois ans;
- * nécessite l'ordonnance d'un médecin;
5. les frais d'utilisation des services paramédicaux imposés par le gouvernement dans le cadre du régime d'assurance-santé provincial/territorial de la province ou du territoire de résidence de la personne protégée, si la loi autorise le remboursement de ces frais;
6. le dosage de l'antigène spécifique prostatique (ASP) pour le suivi de l'évolution d'un cancer dépisté.
7. les services d'un travailleur social au lieu d'un psychologue, dans la mesure où :
 1. une ordonnance de médecin a été délivrée dans l'année qui a suivi l'engagement des frais;
 2. le souscripteur réside dans un poste isolé figurant à l'Annexe A de la Directive du Conseil national mixte sur les postes isolés et les logements de l'État;

3. aucun psychologue ne pratique dans ce poste isolé.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

1. les frais engagés dans n'importe quelle des conditions figurant à la liste des Exclusions et Limitations générales des Dispositions du Régime;
2. les frais engagés pour les fournitures chirurgicales et les aides diagnostiques;
3. le dosage de l'antigène spécifique prostatique (ASP) pour le dépistage du cancer.
4. les dépenses encourues pour les services infirmiers dispensés par le personnel infirmier salarié d'un établissement où réside le participant ou une personne à sa charge.

Frais divers

Applicable à tous les souscripteurs

Pour que les frais soient admissibles, ils doivent être :

- habituels et raisonnables;
- prescrits par un médecin, à moins d'indication contraire.

Les frais admissibles sont :

1. le transport terrestre d'urgence du patient par un service d'ambulance autorisé 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, quand il est médicalement nécessaire de le transporter;
2. le transport du patient par ambulance aérienne jusqu'à l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour donner le traitement qui s'impose lorsque l'état du patient ne permet pas l'utilisation d'autres moyens de transport;
3. les chaussures orthopédiques faisant partie intégrante d'un appareil orthopédique ou faites spécialement pour le patient, y compris la modification de ces chaussures, pourvu que leur acquisition et leur modification aient été prescrites par un médecin ou un podiatre, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums dans une année civile, tels qu'établis dans l'Aperçu des frais admissibles maximums; l'ordonnance est valable pour un an;
4. l'acquisition et la réparation d'orthèses prescrites par écrit par un médecin ou un podiatre, avec un maximum d'une paire par année civile; l'ordonnance est valable pour trois ans;
5.
 1. l'achat ou la réparation de prothèses auditives, à l'exception des piles, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums équivalant au moindre des deux montants suivants :
 1. le total des frais, moins le coût de toutes les demandes de remboursement d'appareils auditifs admissibles au cours des cinq années précédentes;
 2. le maximum précisé dans l'Aperçu des frais admissibles maximums;
 2. l'achat initial de prothèses auditives, s'il s'impose directement par suite d'une opération ou d'un accident, quand l'achat est effectué dans les six mois dudit accident ou opération; la seule limite est celle des frais habituels et raisonnables et le délai de six mois peut être prolongé si, de l'avis de l'administrateur, l'achat n'aurait pas pu être effectué dans le délai prescrit;
6. les béquilles, les attelles, les minerves, les plâtres et les colliers cervicaux;
7. l'achat et la réparation des supports orthopédiques faits de métal ou de plastique rigide ou d'autres matériaux rigides qui, de l'avis de l'administrateur du Régime, offrent un niveau comparable de support, exception faite des appareils d'orthodontie et des articles pour usage essentiellement athlétique;

8. les soutien-gorge orthopédiques, jusqu'à concurrence des frais admissibles précisés dans l'Aperçu des frais admissibles maximums;
9. les prothèses mammaires nécessaires à la suite d'une mastectomie et leur remplacement après un délai minimum de 24 mois;
10. les perruques, remboursées une seule fois, quand le patient a perdu tous ses cheveux à la suite d'une maladie, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums précisés dans l'Aperçu des frais admissibles maximums;
11. les nécessaires à colostomie, iliostomie et trachéotomie;
12. les sondes et sacs collecteurs pour patients incontinents, paraplégiques ou quadriplégiques;
13. les membres artificiels temporaires;
14. les membres artificiels permanents pour remplacer les temporaires et le remplacement des premiers, après un délai :
 1. de 60 mois à compter de l'achat le plus récent d'une prothèse, dans le cas d'un souscripteur ou d'une personne à charge de plus de 21 ans;
 2. de 12 mois après l'achat le plus récent d'une prothèse, dans le cas d'une personne à charge de moins de 21 ans,à moins qu'il soit médicalement prouvé que le remplacement de la prothèse existante s'impose à cause de la croissance ou du rétrécissement des tissus voisins;
15. l'oxygène et son administration;
16. les aiguilles, seringues et aides chimiques ou diagnostiques pour le traitement du diabète, sauf que 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;
17. un pistolet injecteur d'insuline pour les diabétiques insulino-dépendants, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums précisés dans l'Aperçu des frais admissibles maximums;
18. les pompes à insuline et les accessoires complémentaires pour les diabétiques insulino-dépendants, lorsqu'ils leur sont prescrits par un médecin attaché à un centre reconnu de traitement du diabète d'un établissement universitaire canadien, à l'exclusion des réparations ou du remplacement de ces appareils durant la période de 60 mois suivant la date de leur achat;
19. les moniteurs de mesure du glucose pour les diabétiques insulino-dépendants et non-insulino-dépendants, si ceux-ci sont aveugles au sens de la loi ou daltoniens, à l'exclusion de leur réparation ou de leur remplacement durant la période de 60 mois suivant la date de leur achat;
20. la location ou, au choix de l'administrateur, l'achat d'appareils durables rentables :
 1. fabriqués spécialement pour un usage médical;
 2. destinés à être utilisés à la résidence privée du patient;
 3. dont le coût et la valeur clinique sont approuvés par l'administrateur;
 4. considérés comme médicalement nécessaires;
 5. utilisés soit pour des **soins** comprenant notamment, mais pas exclusivement :
 1. les appareils pour mouvements physiques comme des :
 1. déambulateurs - limite de un tous les cinq ans, avec des frais admissibles maximums correspondant au coût de l'appareil moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des cinq années précédentes;
 2. soulève-malade - limite de un à vie, avec des frais admissibles maximums correspondant au coût de l'appareil, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil avant l'achat;
 3. fauteuils roulants - limite de un tous les cinq ans, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des cinq années précédentes;
 2. les appareils d'appui et de repos comme des :
 1. lits d'hôpital - limite de un à vie, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de

- réparation admissibles à l'égard d'un tel appareil avant l'achat;
2. coussins Roho - limite de un tous les 12 mois, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des 12 mois précédents;
 3. matelas thérapeutiques - limite de un tous les cinq ans, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des cinq années précédentes;
3. les appareils de détection comme des :
1. moniteurs d'apnée - limite de un à vie, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil avant l'achat;
 2. moniteurs d'énurésie - limite de un à vie, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil avant l'achat;
6. soit pour des **traitements** comprenant notamment, mais pas exclusivement :
1. les appareils d'appui mécanique et thérapeutique comme des :
 1. neurostimulateurs (électriques) transcutanés - limite de un tous les dix ans, avec des frais admissibles maximum correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des dix années précédentes;
 2. ensembles à traction - limite de un à vie, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil avant l'achat;
 3. pompes à perfusion - limite de une tous les cinq ans, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des cinq années précédentes;
 4. appareils à compression intermittente périphérique (lymphapress) - limite de un à vie, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil avant l'achat;
 2. les appareils d'appui aérothérapeutique comme des :
 1. appareils de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP), BiPAP et appareils dentaires assimilés (quand le patient ne peut tolérer un CPAP ou un BiPAP) - limite de un tous les cinq ans, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des cinq années précédentes;
 2. compresseurs - limite de un tous les cinq ans, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles à l'égard d'un tel appareil au cours des cinq années précédentes;
 3. brumisateurs (Maximist) - limite de un tous les cinq ans, avec des frais admissibles maximums correspondant à son coût, moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des cinq années précédentes;

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;

21. les bandages et pansements chirurgicaux nécessaires au traitement d'une blessure ouverte ou d'un ulcère;

22. les bas de contention fabriqués sur mesure pour le patient ou ayant une compression minimale de 30 millimètres;
23. les vêtements de contention pour les victimes de brûlures;
24. implants péniens.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

1. les articles achetés essentiellement pour usage athlétique;
2. les services d'ambulance pour une évacuation médicale admissible aux termes de la garantie-maladie complémentaire des frais admissibles engagés à l'extérieur de la province;
3. les frais engagés dans n'importe quelle des conditions figurant à la liste des Exclusions et limitations générales des Dispositions du Régime;
4. les appareils durables suivants :
 1. accessoires d'un appareil dont les frais sont admissibles;
 2. modifications de la résidence du patient (bar, rampe, tapis, ascenseur, etc.);
 3. utilisés pour les diagnostics ou la surveillance, à moins d'indications expresses dans la partie des frais admissibles;
 4. implants, à moins d'indication contraire à la partie des frais admissibles;
 5. équipement de sécurité pour salles de bains;
 6. climatiseurs;
5. les fournitures régulièrement renouvelées associées à un appareil durable;
6. les appareils durables utilisés pour prévenir une maladie ou une blessure;
7. l'utilisation d'un appareil pour un traitement qui, de l'avis de l'administrateur, est expérimental du point de vue clinique;
8. la portion des frais remboursables par un régime d'assurance-santé provincial/territorial ou un programme parrainé par le gouvernement d'une province ou d'un territoire, que la personne protégée participe ou pas à ce régime ou à ce programme.

Soins dentaires

Applicable à tous les souscripteurs

Traitement à moindre coût

Quand au moins deux traitements possibles pour des opérations buccales ou pour la réparation de blessures accidentelles sont considérés comme acceptables, le Régime rembourse les frais du traitement à moindre coût.

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

Blessure accidentelle

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, si la fracture ou la blessure sont causées par un coup externe, violent et accidentel ou résultent d'un coup autre qu'un accident se produisant pendant que la personne se nettoie les dents, mastique ou mange, à condition que le traitement soit donné dans les 12 mois suivant l'accident ou, dans le cas d'un enfant de moins de 17 ans, 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 l'administrateur, le traitement n'aurait pas pu être dispensé pendant cette période.

Si le souscripteur est protégé par le Régime de soins dentaires de la fonction publique, le Régime de soins dentaires des personnes à charge des membres de la GRC ou le Régime de

soins dentaires des personnes à charge des membres des FC, les demandes de règlement des frais engagés pour des blessures accidentelles devraient être soumises d'abord au RSSFP.

Opérations buccales

1. Kystes, lésions, abcès

1. biopsie
 - lésion du tissu mou
 - incision
 - excision
 - lésion du tissu osseux
2. excision de kystes
3. excision de tissu lésé (lésion bénigne)
4. excision de grenouillette
5. incision et drainage
 - intra oraux - tissu mou
 - intra osseux (dans l'os)
6. abcès périodontique
7. incision et drainage

2. Traitements gingivaux et alvéolaires

1. alvéoplastie
2. plastie par lambeaux avec curetage
3. plastie par lambeaux avec ostéoplastie
4. plastie par lambeaux avec curetage et ostéoplastie
5. curetage gingival;
6. gingivectomie avec ou sans curetage
7. gingivoplastie

3. Extraction de dents ou de racines

1. extraction d'une dent incluse
2. ablation d'une racine ou d'un corps étranger de la cavité maxillaire
3. résection d'une racine (apicectomie)
 - dents antérieures
 - prémolaires
 - molaires

4. Traitement des fractures et des dislocations

1. dislocation - articulation temporo-mandibulaire (ou mâchoire)
 - réduction fermée
 - réduction ouverte
2. fractures - mandibule
 - sans réduction
 - réduction fermée
 - réduction ouverte
3. fractures - maxillaire ou os molaire
 - sans réduction
 - réduction fermée
 - réduction ouverte
 - réduction ouverte (complexe)

5. Autres traitements

1. avulsion de nerf - supra ou infra-orbital
2. frénectomie - labiale ou buccale (lèvre ou joue)
3. lingual (langue)
4. fermeture d'une fistule bucco-sinusale
5. sialolithotomie - simple
6. sialolithotomie - complexe
7. approfondissement du sillon, remodelage de la crête alvéolaire
8. traitement de blessures accidentelles

- réparation d'une lacération du tissu mou
 - débridement, réparation, suture
9. torus - (biopsie osseuse)

Si le souscripteur est protégé par le Régime de soins dentaires de la fonction publique, 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 FC, les demandes de règlement des frais engagés pour des opérations buccales devraient d'abord être soumises à ce régime-là. Tous les frais non remboursables par lui peuvent faire l'objet d'une demande de règlement au RSSFP.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

1. les frais engagés dans n'importe quelle des conditions de la liste des Exclusions et limitations générales des Dispositions du régime;
2. 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

Applicable aux souscripteurs bénéficiant d'une protection supplémentaire

Les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province comprennent :

- la garantie-voyage d'urgence;
- la garantie assistance voyage d'urgence;
- les services rendus sur recommandation.

Garantie-voyage d'urgence

Le RSSFP garantit à chaque personne protégée une protection maximale de 500 000 \$ (CAN) pour les frais médicaux admissibles engagés par suite d'une urgence pendant un voyage d'agrément ou d'affaires.

Les frais admissibles s'entendent des frais habituels et raisonnables en sus du montant payable par un régime d'assurance-santé provincial/territorial, s'ils s'imposent pour le traitement d'urgence d'une blessure ou d'une maladie survenue dans les 40 jours de la date où la personne protégée a quitté sa province ou son territoire de résidence.

Ces frais admissibles sont engagés pour ce qui suit :

1. séjour en salle 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, 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 praticien en soins de santé qui doit l'accompagner, au besoin;
4. évacuation médicale, y compris le service d'ambulance au besoin, lorsque, de l'avis de l'administrateur, 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 2 500 \$ pour une urgence de voyage, calculée de la façon suivante :
 1. le maximum payable pour les enfants à charge de moins de 16 ans laissés seuls en raison de l'hospitalisation du souscripteur ou du conjoint protégé par le régime

- est le remboursement du coût des billets d'avion en classe économique pour les rapatrier, en les faisant accompagner au besoin;
2. le rapatriement, si un membre de la famille est hospitalisé et qu'il est par conséquent incapable de rentrer à la maison sur le vol prévu initialement et doit acheter un autre billet pour le retour; le coût supplémentaire du vol de retour est remboursable jusqu'à concurrence du coût d'un vol en classe économique;
 3. 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 des billets d'avion en classe économique, des repas et de l'hôtel jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour pour le conjoint, le père, la mère, l'enfant, le frère ou la sœur du patient, ainsi que 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;
 4. les frais d'hôtel et de repas, jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour, si l'hospitalisation d'un membre de la famille oblige le souscripteur ou une personne à charge protégée à prolonger son séjour;
 6. rapatriement du corps du défunt, en cas du décès d'un membre de la famille. Le Régime fait les démarches pour obtenir l'autorisation de le rapatrier dans la province ou le territoire de résidence. Les frais de préparation et de transfert du corps sont remboursés jusqu'à concurrence de 3 000 \$.

Garantie assistance voyage d'urgence

Le RSSFP fournit un numéro sans frais permettant au souscripteur et à ses personnes à charge protégées d'avoir accès à un réseau mondial d'assurance téléphonique, disponible 24 heures sur 24, qui fournit les services suivants :

1. de l'aide pour le transport à l'hôpital le plus proche dispensant les soins nécessaires ou pour le retour au Canada;
2. des recommandations médicales, une consultation et un suivi;
3. les recommandations d'un avocat;
4. un service d'interprétation téléphonique;
5. un service de messageries pour les membres de la famille et les collaborateurs (les messages sont conservés pendant 15 jours);
6. le paiement anticipé, au nom du souscripteur ou d'une personne à charge protégée, des frais hospitaliers et médicaux.

Pour obtenir le paiement anticipé des frais hospitaliers et médicaux, le souscripteur doit signer une formule autorisant l'administrateur à récupérer les paiements du régime d'assurance-santé provincial/territorial. Il doit aussi rembourser à l'administrateur tout paiement effectué à son égard en sus du montant admissible au remboursement aux termes du régime d'assurance-santé provincial/territorial et du RSSFP.

L'assistance voyage d'urgence n'est pas fournie dans les pays où sévissent des conflits politiques. La liste de ces pays, tenue par l'administrateur, change selon la conjoncture mondiale.

Ni l'administrateur, ni la compagnie fournisseuse du réseau d'aide ne sont responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats des traitements médicaux dispensés au souscripteur, ni de l'impossibilité d'obtenir un traitement médical.

Voyage en service commandé

Les employés voyageant 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 aucune limite de temps en pareil cas, la protection maximale de 500 000 \$ (CAN) s'applique.

Services rendus sur recommandation

Les frais suivants sont admissibles aux termes du RSSFP, pourvu qu'ils soient :

- dispensés quand le souscripteur quitte sa province ou son territoire de résidence;
- par suite d'une recommandation écrite de son médecin traitant dans sa province ou son territoire de résidence;
- des services qui ne sont pas offerts dans la province ou le territoire de résidence du souscripteur.

Les frais admissibles à cet égard sont limités aux frais habituels et raisonnables en sus du montant payable par un régime d'assurance-santé provincial/territorial, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums précisés dans l'Aperçu des frais admissibles maximums, pour :

1. le séjour en salle et les services hospitaliers complémentaires reçus dans un hôpital général;
2. les services d'un médecin ou d'un chirurgien;
3. les services de laboratoire, y compris ceux qui sont ordonnés par un médecin et exécutés sous sa direction et qui génèrent de l'information utilisée pour les diagnostics ou pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure. Ces services comprennent notamment, mais pas exclusivement, l'analyse du sang ou d'autres liquides organiques, la pathologie clinique, la radiologie, les ultrasons, etc.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

1. les frais engagés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence de la personne protégée, s'ils s'imposent pour le traitement d'urgence d'une blessure ou d'une maladie survenue plus de 40 jours après son départ de sa province ou de son territoire de résidence, sauf dans le cas des souscripteurs qui sont en voyage en service commandé;
2. les frais engagés par la personne protégée qui réside de façon temporaire ou permanente à l'extérieur du Canada;
3. les frais engagés pour le traitement habituel d'une blessure ou d'une maladie dont la personne protégée souffrait avant de quitter sa province ou son territoire de résidence;
4. les frais engagés dans n'importe quelle des conditions énumérées à la liste des Exclusions et limitations générales des Dispositions du Régime.

Garantie-hospitalisation

Applicable à tous les souscripteurs

Cette garantie prévoit le remboursement des frais habituels et raisonnables jusqu'à concurrence des maximums préétablis pour chaque jour d'hospitalisation dans un hôpital tel que défini par le régime 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, que le souscripteur habite au Canada ou à l'étranger. Il y a toujours un maximum payable pour chaque jour d'hospitalisation, selon le niveau de protection que le souscripteur a choisi; ces niveaux sont précisés dans l'Aperçu des frais admissibles maximums. Tous les souscripteurs au RSSFP doivent être protégés à un niveau quelconque de la garantie-hospitalisation.

Frais admissibles

Niveaux I, II et III

1. Pour tout souscripteur (sauf un retraité habitant à l'extérieur du Canada), les frais admissibles s'entendent des frais habituels et raisonnables pour le logement et la pension dans une chambre à deux lits ou à un lit en sus des frais de salle, jusqu'à

concurrence du maximum précisé dans l'Aperçu des frais admissibles maximums pour chaque jour d'hospitalisation, sauf les frais hospitaliers dits de coassurance ou de participation aux frais.

2. Les frais admissibles pour les retraités résidant à l'extérieur du Canada sont les frais d'hospitalisation jusqu'à concurrence du maximum indiqué dans l'Aperçu des frais admissibles maximums pour chaque jour d'hospitalisation.
3. Il n'y a ni franchise, ni co-assurance dans ce contexte.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

1. les frais engagés dans n'importe quelle des conditions énumérées à la liste des Exclusions et limitations générales des Dispositions du Régime;
2. les frais de coassurance ou autres frais analogues d'hospitalisation dans un hôpital tel que défini par le Régime excédant les frais remboursables par un régime d'assurance-santé provincial/territorial ou par un régime d'assurance hospitalisation, autres que ceux prévus à la garantie hospitalisation. Cependant, les frais de coassurance pour l'hospitalisation dans un établissement pour malades chroniques d'un patient contraint à être hospitalisé dans ce genre d'établissement, ayant fait au moins une demande de remboursement de frais de ce genre avant le 1^{er} septembre 1992 et en présentant une nouvelle pour la même période d'hospitalisation, sont admissibles;
3. les frais personnels, par exemple pour un téléviseur et un téléphone.

Garantie-maladie de base

Applicable à tous les souscripteurs bénéficiant d'une protection totale

Cette garantie n'est offerte qu'aux souscripteurs habitant à l'extérieur du Canada qui ne sont pas protégés par un régime d'assurance-santé provincial/territorial, afin de leur rembourser des services - sauf les services hospitaliers - équivalant dans toute la mesure du possible à ceux auxquels ont accès les personnes habitant au Canada et protégées par un régime d'assurance-santé provincial/territorial. C'est une garantie qui ne comporte ni co-assurance, ni franchise.

Les frais admissibles maximums engagés pour ces services sont équivalents à un multiple du montant autrement payable selon le guide des tarifs en vigueur en vertu de la loi ontarienne de 1972 sur l'assurance-santé le jour où les frais sont engagés. Le multiple en question est précisé dans l'Aperçu des frais admissibles maximums.

Frais admissibles

Les frais admissibles comprennent :

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

2. les services d'un optométriste;
3. les services d'un physiothérapeute;
4. les services d'ambulance;
5. les services d'un chiropraticien, d'un ostéopathe ou d'un podiatre.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

1. les frais engagés dans n'importe quelle des conditions énumérées à la liste des Exclusions et limitations générales des Dispositions du Régime;
2. les services dispensés par un médecin payé par l'hôpital; l'employé affecté à l'étranger peut toutefois se faire rembourser ces frais grâce à la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada).

Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

Applicable à tous les employés bénéficiant d'une protection totale; les retraités ne sont pas admissibles.

Souscrire à cette garantie est obligatoire pour les employés et pour les membres des FC et de la GRC résidant à l'extérieur du Canada qui ne sont pas admissibles à la protection d'un régime d'assurance-santé provincial/territorial, afin qu'ils puissent bénéficier d'une garantie-hospitalisation équivalant, dans toute la mesure du possible, à celle des personnes habitant au Canada qui sont protégées par un régime d'assurance-santé ou hospitalisation provincial/territorial. La garantie prévoit le remboursement des frais d'hospitalisation habituels et raisonnables dans un hôpital général, un hôpital des Forces canadiennes ou un hôpital des forces armées d'un pays étranger. Il n'y a ni co-assurance, ni franchise dans ce contexte.

Frais admissibles

Les frais admissibles sont les frais habituels et raisonnables engagés pour chaque jour d'hospitalisation dans un hôpital général, un hôpital des Forces canadiennes ou un hôpital des forces armées d'un pays étranger.

Les frais admissibles peuvent comprendre ceux qui sont engagés pour :

1. les frais de salle ordinaire;
2. les soins infirmiers nécessaires dispensés par l'hôpital;
3. les frais de laboratoire, de radiologie et de diagnostic;
4. les médicaments prescrits et administrés à l'hôpital par un médecin;
5. l'utilisation de salles d'opération et d'accouchement, ainsi que de fournitures pour anesthésie et chirurgie;
6. les services dispensés par toute personne payée par l'hôpital;
7. le recours à des moyens et des installations de traitement orthophonique prescrits par un médecin;
8. le recours à des conseils en diététique prescrits par un médecin;
9. les services en clinique externe fournis par un hôpital.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

1. les frais engagés dans n'importe quelle des conditions énumérées à la liste des Exclusions et limitations générales des Dispositions du Régime;
2. les frais de coassurance ou autres frais analogues d'hospitalisation excédant les frais remboursables par un régime d'assurance-santé provincial/territorial ou par un régime d'assurance hospitalisation qui ne sont pas facturés pour une chambre à deux lits ou à

un lit, sauf les frais de coassurance pour l'hospitalisation dans un établissement pour malades chroniques d'un patient contraint à être hospitalisé dans ce genre d'établissement, ayant fait au moins une demande de remboursement de frais de ce genre avant le 1^{er} septembre 1992 et en présentant une nouvelle pour la même période d'hospitalisation, car ces frais-là sont admissibles;

3. 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 que modifiée de temps à autre.

Aperçu des frais admissibles maximums

	Frais admissibles maximums par personne protégée	Remboursement	Franchise¹
Garantie-maladie complémentaire	Voir ci-dessous		
Frais de médicaments		80 %	Oui
Protection en cas de frais de médicaments élevés	Frais de médicaments admissibles qui dépasse les frais de 3 000 \$ engagés au cours d'une année civile	100 %	
Médicaments de sevrage du tabac	Maximum viager de 1 000 \$	80%	Oui
Médicaments pour le traitement de la dysfonction érectile	500 \$ par année civile, combiné	80 %	Oui
Soins de la vue		80 %	Oui
Lunettes/lentilles cornéennes (achat et réparations)	275 \$ toutes les deux années civiles, commençant à chaque année impaire Aucune limite si nécessaires par suite d'une opération ou d'un accident et achetées dans les six mois de l'événement déclencheur		
Examens de la vue	Un examen toutes les deux années civiles, commençant à chaque année impaire		
Frais des professionnels de la santé		80 %	Oui
Services :			
d'un physiothérapeute	Jusqu'à 500 \$ par occurrence et plus de 1 000 \$ par année civile		
d'un psychologue	1 000 \$ par année civile		
d'un travailleur social (postes isolés seulement)	1 000 \$ par année civile		
d'un massothérapeute	300 \$ par année civile		
d'un ostéopathe	300 \$ par année civile		
d'un naturopathe	300 \$ par année civile		
d'un podiatre	300 \$ par année civile		
d'un chiropodiste	300 \$ par année civile		
d'un chiropraticien	500 \$ par année civile		

d'un orthophoniste	500 \$ par année civile		
d'un électrolyste (y compris le traitement, s'il est exécuté par un médecin)	20 \$ par visite		
services infirmiers	15 000 \$ par année civile		
Frais divers		80 %	Oui
Chaussures orthopédiques	150 \$ par année civile		
Prothèses auditives (achat/réparations) 1 000 \$, moins tous les frais admissibles pour des prothèses auditives réclamés au cours des 60 mois précédents. Aucune limite, si nécessaires par suite d'une opération ou d'un accident et achetées dans les six mois de l'événement déclencheur.			
Soutiens-gorge orthopédiques	200 \$ par année civile		
Perruques	1 000 \$ par période de 60 mois		
Pistolet injecteur d'insuline	760 \$ par période de 36 mois		
Appareils durables			
<i>A. Pour les soins</i>			
<i>Appareils pour mouvements physiques</i>			
Déambulateur	Une fois par période de 60 mois		
Soulève-malade	Une fois, à vie		
Fauteuil roulant (achat/réparations)	Une fois tous les cinq ans, moins tous les frais de réparation admissibles d'un fauteuil roulant réclamés au cours des 60 mois précédents; dans le cas des enfants à charge, on peut renoncer au délai de 60 mois en cas de nécessité médicale.		
<i>Appareils de soutien et de repos</i>			
Lit d'hôpital	Une fois, à vie		
Coussin Roho	Une fois tous les 12 mois		
Matelas thérapeutique	Une fois tous les 60 mois		
<i>Moniteurs et appareils de détection</i>			
Moniteur d'apnée	Une fois, à vie		
Détecteur d'énurésie	Une fois, à vie		
<i>B. Pour le traitement</i>			
<i>Appareils d'appui mécanique et thérapeutique</i>			

Neurostimulateur transcutané	Une fois tous les 120 mois		
Ensemble à traction	Une fois, à vie		
Pompe à perfusion	Une fois tous les 60 mois		
Appareil à compression intermittente périphérique (lymphapress)	Une fois, à vie		
<i>Appareils d'appui aérothérapeutique</i>			
Appareils de pression positive continue des voies aériennes (CPAP, BiPAP) et appareils dentaires connexes	Une fois tous les 60 mois		
Compresseur	Une fois tous les 60 mois		
Appareil Maximist	Une fois tous les 60 mois		
Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province			
Garantie-voyage d'urgence/garantie assistance voyage d'urgence	500 000 \$ par voyage (maximum de 40 jours consécutifs)	100 %	Aucune
Services rendus sur recommandation	25 000 \$ par maladie ou par blessure	80 %	Oui
Garantie-hospitalisation			
Niveau I	60 \$ par jour	100 %	Aucune
Niveau II	140 \$ par jour	100 %	Aucune
Niveau III	220 \$ par jour	100 %	Aucune
Garantie-maladie de base	Trois fois le montant remboursable indiqué dans le guide des tarifs en vigueur fondé sur la loi ontarienne de 1972 sur l'assurance-santé.	100 %	Aucune

¹ La franchise est de 60 \$ par personne et 100 \$ par famille; elle est appliquée pour chaque année civile aux frais admissibles combinés, aux termes de la garantie-maladie complémentaire.

Validité des ordonnances

GARANTIE	DURÉE DE L'ORDONNANCE
Services d'un physiothérapeute	Un an
Services d'un massothérapeute	Un an
Services d'un orthophoniste	Un an
Services d'un psychologue	Un an
Services infirmiers	Un an, sauf si l'administrateur en décide autrement.
Services d'un électrolyste	Trois ans
Orthétique	Trois ans
Chaussures orthopédiques	Un an

Remarque : Sauf si l'administrateur le demande, aucune autre ordonnance n'a une validité limitée dans le temps.

Annexe I - Employeurs participants

Liste des employeurs participant au RSSFP, telle que modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada.

Organisations	Participant pour leurs employés et retraités	Participant pour leurs retraités seulement
Administration de la voie maritime du Saint-Laurent		.
Administration de pilotage de l'Atlantique	.	
Administration de pilotage des Grands Lacs	.	
Administration de pilotage des Laurentides	.	
Administration de pilotage du Pacifique	.	
Administration du pipe-line du Nord	.	
Agence canadienne d'inspection des aliments	.	
Agence de la consommation en matière financière de Canada	.	
Agence des services frontaliers du Canada	.	
Agence du revenu du Canada	.	
Agence Parcs Canada	.	
Bibliothèque du Parlement	.	
Bureau du chef de cabinet du gouverneur général	.	
Bureau du surintendant des institutions financières	.	
Bureau du vérificateur général du Canada	.	
Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail	.	
Centre de Deer Lodge	.	
Centre d'analyse des opérations et déclarations financières	.	
Centre de la sécurité des télécommunications	.	
Centre de recherches pour le développement international	.	
Centre de santé de Fort Smith	.	
Centre international des droits de la personne et du développement démocratique	.	
Centre parlementaire (pour les affaires étrangères et le commerce extérieur)	.	
Chambre des communes - députés	.	
Chambre des communes - employés	.	
Commission canadienne des affaires polaires	.	

Commission canadienne du tourisme	.	
Commission de contrôle de l'énergie atomique	.	
Commission de la capitale nationale	.	
Commission des accidents du travail des T.N.-O.	.	
Commission des champs de bataille nationaux	.	
Commission des relations de travail dans la fonction publique	.	
Conseil canadien des ministres de l'environnement	.	
Conseil de recherches en sciences humaines	.	
Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie	.	
Conseil de recherches médicales du Canada	.	
Conseil des services communautaires de Dog Rib	.	
Conseil régional de santé d'Inuvik	.	
Corporation commerciale canadienne	.	
Corporation du Pont international de la voie maritime, Ltée		.
Énergie atomique du Canada, Limitée		.
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest	.	
Gouvernement du Nunavut	.	
Hôpital Stanton de Yellowknife	.	
Instituts de recherche en santé du Canada	.	
L'Enquêteur correctionnel	.	
Les Ponts Jacques-Cartier et Champlain Incorporée		.
Monnaie royale canadienne	.	
Musée canadien de la nature	.	
Musée des beaux-arts du Canada	.	
Musée national des sciences et de la technologie	.	
Office national de l'énergie	.	
Office national du film	.	
Patrimoine canadien	.	
Pétrole et gaz des Indiens du Canada	.	
Placements Épargne Canada (PEC), anciennement Agence canadienne de placement de titres au détail (ACPTD)	.	
Sénat du Canada - employés	.	
Sénat du Canada - sénateurs	.	
Service canadien du renseignement de sécurité	.	
Services communautaires des Deh Cho	.	
Services de santé Queen Elizabeth (anciennement hôpital Camp Hill)		.

Services sociaux et de santé de Yellowknife	.	
Société canadienne des ports (administration centrale)	.	
Société d'assurance-dépôts du Canada	.	
Société de développement de l'industrie cinématographique canadienne (Téléfilm Canada)	.	
Société d'énergie des T.-N.-O.	.	
Société d'habitation des T.N.-O.	.	
Table ronde nationale sur l'environnement et l'économie	.	

Annexe II - Employeurs retirés du RSSFP

Les administrations, conseils, sociétés et autres organismes de la liste suivante, telle que modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada, ont été désignés par celui-ci comme s'étant retirés du RSSFP à la date d'effet précisée dans la liste.

NOM	Date d'effet
Centre international d'exploitation des océans	Dissous le 26 mars 1993
Centre national des arts	1 ^{er} décembre 1977
Commission d'énergie du Nord canadien	1 ^{er} septembre 1982
Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme	Dissous le 1 ^{er} avril 1995
Conseil des arts du Canada	1 ^{er} janvier 1979
Conseil des normes du Canada	S'est retiré le 1 ^{er} août 1993
Conseil des services de santé communautaires de Deninoo	Ne participe plus au Régime
Construction de défense Canada	1 ^{er} janvier 1981
Gouvernement du territoire du Yukon	S'est retiré le 1 ^{er} mai 1998
Hôpital de Victoria	Ne participe plus au Régime
Musée canadien des civilisations	S'est retiré le 1 ^{er} avril 1997
Office canadien du poisson salé	Dissous le 1 ^{er} novembre 1995
Port de Churchill	Dissous en septembre 1997
Port de Sept-Îles	1 ^{er} mai 2000
Port de Trois-Rivières	1 ^{er} mai 2000
Port du Saguenay	1 ^{er} mai 2000
Service régional de santé du MacKenzie	Dissous en mai 1997
Société canadienne des postes	S'est retirée le 1 ^{er} janvier 1993

Société de crédit agricole	1 ^{er} juillet 2000
Société de développement du Cap Breton (employés du parc industriel et marin de Point Edward)	Dissoute dans les années 1960 et 1970
Société d'expansion des exportations	1 ^{er} juillet 1979
Société du port de Montréal	1 ^{er} mai 2000
Société du port de Prince Rupert	1 ^{er} mai 2000
Société du port de Québec	1 ^{er} mai 2000
Société du port de Saint John	1 ^{er} mai 2000
Société du port de Vancouver	mars 2000
Société du port d'Halifax	1 ^{er} mars 2000
Société Radio-Canada	1 ^{er} mai 1980
Télélobe	1 ^{er} janvier 1984

Annexe III - Personnes, commissions et organismes désignés

Les personnes, commissions et organismes suivants, dont la liste est modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada, ont été désignés par celui-ci, à la date précisée, comme admissibles à souscrire au Régime.

1. À compter du 1^{er} juillet 1960 (décision du CT n^o 565026-1, 15 septembre 1960) :
 - le gouverneur général;
 - les ministres de Sa Majesté, du chef du Canada;
 - les lieutenants-gouverneurs d'une province ou d'un territoire;
 - les juges de tous les tribunaux mentionnés dans la *Loi sur les juges*;
 - les membres de la GRC autres que ses membres ordinaires;
 - les employés du Conseil des ports nationaux n'appartenant pas aux groupes assujettis au régime de négociation collective en application de la *Loi sur les relations industrielles et sur les enquêtes visant les différends du travail*, ou ne tombant pas dans de tels groupes, mais dont les dispositions d'une convention collective assurent l'admissibilité au Régime (cette désignation a pris effet le 1^{er} janvier 1962 en vertu de la décision du CT n^o 591504, 25 janvier 1962).
2. À compter du 1^{er} janvier 1961 (Décision du CT n^o 565026-2, 11 août 1960) :
 - employés de la Commission internationale des pêcheries de saumon du Pacifique.
3. À compter du 1^{er} juin 1961 (Décision du CT n^o 576236, 25 mai 1961) :
 - l'orateur de la Chambre des communes;
 - l'orateur suppléant de la Chambre des communes et les présidents des comités de la Chambre;
 - les vice-présidents des comités de la Chambre.
4. À compter du 1^{er} mars 1963 (Décision du CT n^o 615602, 27 septembre 1963) :
 - une personne qui, le 1^{er} mars 1963 ou ultérieurement, est entrée au service de l'Office d'expansion économique de la région atlantique.
5. À compter du 27 février 1964 (Décision du CT n^o 622156, 27 février 1964) :
 - une personne qui, le 27 février 1964 ou ultérieurement, est entrée au service du conseil d'administration des syndicats du transport maritime.
6. À compter du 1^{er} avril 2006 :
 - les anciens membres des Forces canadiennes (anciens combattants des FC) dont les prestations ont été approuvées aux termes de l'invalidité de longue durée du

Régime d'assurance-revenu militaire (ILD RARM) qui ne sont pas autrement souscripteurs du RSSFP;

- les anciens combattants des Forces canadiennes (FC) dont le besoin de réadaptation est lié au service, désignés par Anciens combattants Canada (ACC), qui ne sont pas autrement admissibles au RSSFP après leur libération;
- les survivants* des anciens combattants et des membres des Forces canadiennes qui sont décédés par suite de leur service militaire lorsque les survivants ne sont pas autrement admissibles au RSSFP.

* tel que défini dans la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes*

Dans les catégories suivantes, désignées par le Conseil du Trésor du Canada avec les dates d'effet précisées à chaque alinéa, l'admissibilité n'est assujettie qu'aux dispositions stipulées.

1. À compter du 1^{er} janvier 1963 (Décision du CT n^o 605386, 10 janvier 1963) :
 - une personne en formation à l'École des services de l'air exploitée par le ministère des Transports à l'Aéroport international d'Ottawa qui, immédiatement avant d'entreprendre cette formation, était protégée par le Régime.
2. À compter du 27 juin 1963 (Décision du CT n^o 613712, 29 juillet 1963) :
 - les employés d'une commission royale constituée en vertu de la partie I de la *Loi sur les enquêtes* nommés à temps plein pour une période devant dépasser six mois et dont les taux de traitement annuel ont été approuvés par le Conseil du Trésor du Canada.
3. À compter du 1^{er} janvier 1965 (Décision du CT n^o 634304, 10 décembre 1964) :
 - une personne qui, le 1^{er} janvier 1965 ou ultérieurement, a été élue députée fédérale ou nommée au Sénat;
 - un membre en service au Canada 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.

Annexe IV - Prestations de retraite régulières reconnues

Pour les fins du présent Document du Régime, une prestation de retraite permanente reconnue s'entend d'une prestation payable en application de l'une quelconque des lois suivantes, telle que modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada :

1. *Loi sur les juges*;
2. lois applicables à la fonction publique :
 1. *Loi sur la pension de la fonction publique*;
 2. *Loi sur la pension du service civil*;
 3. régime de retraite du Conseil des ports nationaux, autorisé par la *Loi sur le Conseil des ports nationaux* (s'applique aux personnes qui ont pris leur retraite avant le 1^{er} janvier 1954, quand la caisse de retraite en question a été transférée au compte de pension de retraite);
 4. *Loi sur la pension spéciale du service diplomatique* (cette Loi s'applique aux ambassadeurs, ministres plénipotentiaires, hauts-commissaires et consuls généraux du Canada dans un autre pays, ainsi qu'à toute autre personne de statut comparable travaillant dans un autre pays pour la fonction publique du Canada et désignée par le gouverneur général en conseil, sauf les personnes qui souscrivent au compte de pension de retraite et celles qui choisissent de ne pas être assujetties à cette Loi);
3. lois applicables à la Gendarmerie royale du Canada :
 1. *Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada*;
 2. *Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada*;
4. lois applicables aux Forces canadiennes :
 1. *Loi sur la continuation des pensions des services de défense*;

2. *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes*;
5. régime de retraite de la Commission internationale des pêcheries de saumon du Pacifique, qui a pris effet le 1^{er} janvier 1963;
6. à condition d'être désignée par le Conseil du Trésor du Canada :
1. toute loi de crédits qui, de l'avis du Conseil du Trésor du Canada, prévoit des prestations de retraite calculées en fonction des années de service de l'employé à qui elle sont accordées ou payables;
 2. n'importe quelle autre loi fédérale prévoyant le paiement de prestations de retraite ou d'une rente désignées par le Conseil du Trésor du Canada, qui a fait les désignations suivantes :
 - *Loi sur les allocations de retraite des parlementaires* (date d'effet : 1^{er} janvier 1965, Décision du CT n^o 634304, 10 décembre 1964);
 - *Loi instituant la retraite des membres du Sénat* (date d'effet : 1^{er} avril 1966, Décision du CT n^o 653969, 14 avril 1966);
 - *Loi sur le gouverneur général* (date d'effet : 16 mars 1967, Décision du CT n^o 666366, 16 mars 1967).

Annexe V - Contributions mensuelles

Appendice A – Taux de cotisation mensuels des employés

Avril 2016

Protection supplémentaire

	Hospitalisation Niveau I			Hospitalisation Niveau II			Hospitalisation Niveau III		
	GMC	GH	Total	GMC	GH	Total	GMC	GH	Total
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Individuelle	0,00	0,00	0,00	0,00	1,10	1,10	0,00	5,31	5,31
Familiale	0,00	0,00	0,00	0,00	3,53	3,53	0,00	10,34	10,34

Protection totale

	Hospitalisation Niveau I			Hospitalisation Niveau II			Hospitalisation Niveau III		
	GMC	GH	Total	GMC	GH	Total	GMC	GH	Total
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Individuelle	0,00	0,00	0,00	0,00	1,09	1,09	0,00	5,30	5,30
Familiale	0,00	0,00	0,00	0,00	3,52	3,52	0,00	10,33	10,33

- GMC ([garantie-maladie complémentaire](#)) – taux des cotisations qui sont entièrement assumées par l'employeur.
- GH ([garantie-hospitalisation](#)) – taux des cotisations qui sont entièrement assumées par l'employé pour une protection de niveau II et III.
- Les [cadres](#) ont droit à une protection familiale (garantie-hospitalisation de niveau III) entièrement payée par l'employeur.

Appendice B – Taux de cotisation mensuels des membres des Forces canadiennes/de la GRC

Avril 2016**Protection supplémentaire**

	Hospitalisation Niveau I			Hospitalisation Niveau II			Hospitalisation Niveau III		
	GMC	GH	Total	GMC	GH	Total	GMC	GH	Total
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Membre régulier	0,00	0,00	0,00	0,00	1,63	1,63	0,00	4,00	4,00

Protection totale

	Hospitalisation Niveau I			Hospitalisation Niveau II			Hospitalisation Niveau III		
	GMC	GH	Total	GMC	GH	Total	GMC	GH	Total
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Membre régulier	0,00	0,00	0,00	0,00	1,64	1,64	0,00	4,01	4,01

- GMC ([garantie-maladie complémentaire](#)) – taux des cotisations qui sont entièrement assumées par l'employeur.
- GH ([garantie-hospitalisation](#)) – taux des cotisations qui sont entièrement assumées par l'employé pour une protection de niveau II et III.
- Les cadres supérieurs ont droit à une protection familiale (garantie-hospitalisation de niveau III) entièrement payée par l'employeur.

Appendice C – Taux de cotisation mensuels des pensionnés**Avril 2016****Protection supplémentaire**

	Hospitalisation Niveau I			Hospitalisation Niveau II			Hospitalisation Niveau III		
	GMC	GH	Total	GMC	GH	Total	GMC	GH	Total
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Individuelle	41,06	0,00	41,06	41,06	16,56	57,62	41,06	45,41	86,47
Familiale	79,86	0,00	79,86	79,86	16,56	96,42	79,86	45,41	125,27
Orphelins	0,05	0,00	0,05	0,05	2,58	2,63	0,05	5,17	5,22

- GMC ([garantie-maladie complémentaire](#)) – taux des cotisations qui sont assumées à 37,5 % par le pensionné.
 - La GMC est calculée en se fondant sur les données réelles du régime pour la population des pensionnés.
 - Le calcul des taux de cotisation pour les protections individuelle et familiale sont faits séparément, en tenant compte des ententes de partage des coûts.
- GH ([garantie-hospitalisation](#)) – taux des cotisations qui sont entièrement assumées par le pensionné pour une protection de niveau II et III.

Protection supplémentaire – Disposition d'allègement

--	--	--	--

	Hospitalisation Niveau I			Hospitalisation Niveau II			Hospitalisation Niveau III		
	GMC	GH	Total	GMC	GH	Total	GMC	GH	Total
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Individuelle	27,37	0,00	27,37	27,37	16,56	43,93	27,37	45,41	72,78
Familiale	53,24	0,00	53,24	53,24	16,56	69,80	53,24	45,41	98,65

- GMC ([garantie-maladie complémentaire](#)) – taux des cotisations qui sont assumées à 25 % par le pensionné.
 - La GMC est calculée en se fondant sur les données réelles du régime pour la population des pensionnés.
 - Le calcul des taux de cotisation pour les protections individuelle et familiale sont faits séparément, en tenant compte des ententes de partage des coûts.
- GH ([garantie-hospitalisation](#)) – taux des cotisations qui sont entièrement assumées par le pensionné pour une protection de niveau II et III.
- La protection [complémentaire – disposition d'allègement](#) est offerte aux personnes pensionnées résidant au Canada qui ont adhéré au RSSFP à titre de pensionnés le ou avant le 31 mars 2015 et qui ont droit à un supplément de revenu garanti (SRG) ou qui ont un revenu net ou un revenu conjoint net (vous et votre époux/épouse ou conjoint(e) de fait) déclaré – dans leur avis de cotisation de l'impôt sur le revenu – inférieur aux seuils du SRG établis en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*.

Protection totale

	Hospitalisation Niveau I			Hospitalisation Niveau II			Hospitalisation Niveau III		
	GMC	GH	Total	GMC	GH	Total	GMC	GH	Total
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Individuelle	64,11	0,00	64,11	64,11	16,56	80,67	64,11	45,41	109,52
Familiale	117,08	0,00	117,08	117,08	16,56	133,64	117,08	45,41	162,49
Orphelins	0,06	0,00	0,06	0,06	2,58	2,64	0,06	4,87	4,93

- GMC ([garantie-maladie complémentaire](#)) – taux de cotisation applicables aux pensionnés qui vivent à l'étranger.
 - La GMC est calculée selon les données réelles du régime pour la population des pensionnés, en tenant compte des subventions gouvernementales versées aux pensionnés vivant au Canada.
 - Le calcul des taux de cotisation pour les protections individuelle et familiale sont faits séparément.
- GH ([garantie-hospitalisation](#)) – taux associé au montant maximal pouvant être remboursé (tel qu'indiqué dans l'aperçu des [frais admissibles maximums](#)), qui sont payés à 100 % par les pensionnés qui adhèrent à une protection de niveau II et III, tel que calculé pour les pensionnés qui ont une protection supplémentaire.

Appendice D – Taux de cotisation mensuel de l'employeur

Avril 2016

Le taux de cotisation de l'employeur pour tous les types et les niveaux de protection est de 113,36 \$.

- Le taux de cotisation de l'employeur est calculé en utilisant les données réelles du régime, pour les divers types et niveaux de protection.
- La cotisation de l'employeur est utilisée pour déterminer la cotisation totale des employés dans certains types de situation de congés non payés (CNP), pour calculer les avantages imposables au Québec et pour déterminer la remise des cotisations de certains employeurs distincts participants.

Annexe VI - Protection entièrement payée par l'employeur

Les personnes suivantes ont droit à une protection entièrement payée par l'employeur, telle que modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada :

- le gouverneur général du Canada;
- les personnes nommées par le gouverneur en conseil et classées dans les groupes DM, GX et EX;
- les sous-ministres;
- le vérificateur général;
- le directeur général des Élections;
- le commissaire et l'administrateur de l'Administration du pipe-line du Nord;
- les sénateurs âgés de plus de 75 ans;
- les députés à la Chambre des communes;
- les membres du groupe LA des niveaux 2B, 3A, 3B et 3C;
- les membres du groupe GIC des niveaux 1 à 11;
- les scientifiques de la Défense des niveaux 7A, 7B et 8;
- les membres exclus du groupe médical des niveaux MOF-4 et 5 et MSP-3;
- les cosmonautes;
- les chefs de cabinet des ministres (payés par le gouvernement);
- le groupe de la direction.

Annexe VII - Médicaments essentiels à la vie

Les médicaments essentiels à la vie qu'on peut obtenir sans ordonnance sont ceux de la liste suivante, telle que modifiée de temps à autre.

Classe thérapeutique

Sous-groupe thérapeutique spécifique (incluant les agents suivants)	Sous-groupe pharmacologique (incluant les agents suivants)	Ingrédient chimique actif	Nom du médicament sans ordonnance
1. Agents antiparkinsoniens			
Agents anticholinergiques	Aucun sous-groupe pharmacologique précis	Hydrochlorure d'orphénadrine	Disipal
Agents dopaminergiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agonistes de la dopamine ▪ Précurseurs de la dopamine ▪ Précurseurs de la dopamine et inhibiteurs de décarboxylase ▪ Inhibiteurs d'oxidase de la monoamine (M.A.O.), sélectifs (Type B) ▪ Divers agents dopaminergiques 		

2. Agents antituberculeux

Aucun sous-groupe thérapeutique précis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dérivés de l'acide aminosalicylique ▪ Antibiotiques ▪ Hydrazides ▪ Divers agents antituberculeux ▪ Combinaison d'agents antituberculeux 		
--	---	--	--

3. Traitement de l'asthme

Adrénérurgiques inhalés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agonistes Alpha et Bêta adrénérurgiques 	Épinéphrine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bronkaid Mistometer ▪ Epi E?Z Pen ▪ Epi E?Z Pen Jr. ▪ EpiPen ▪ EpiPen Jr.
		Hydrochlorure d'épinéphrine,	Adrénaline
		racémique	Vaponéfrine
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agonistes Bêta adrénérurgiques, non sélectifs ▪ Agonistes Bêta-2 adrénérurgiques, sélectifs 		
Adrénérurgiques systémiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agonistes Alpha et Bêta adrénérurgiques 	Épinéphrine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bronkaid Mistometer ▪ Epi E?Z Pen ▪ Epi E?Z Pen Jr. ▪ EpiPen ▪ EpiPen Jr.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agonistes Bêta adrénérurgiques, non sélectifs ▪ Agonistes Bêta-2 adrénérurgiques, sélectifs 		
Combinaison d'adrénérurgiques et d'anticholinergiques inhalés	Aucun sous-groupe pharmacologique spécifique		
Xanthines, systémiques	Sels de théophylline		

4. Traitement des hémorragies

Antifibrinolytiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acides aminés ▪ Inhibiteurs de protéinase 		
Analogues de la vitamine K	Aucun sous-groupe pharmacologique spécifique		

5. Thérapie cardiaque

Anginothérapie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agents bloquants Bêta adrénérurgiques à action sympathomimétique (ASI) ▪ Agents bloquants Bêta adrénérurgiques, sélectifs, sans ASI 		
----------------	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agents bloquants Bêta adrénergiques, non sélectifs, à ASI ▪ Agents bloquants Bêta adrénergiques, non sélectifs, sans ASI ▪ Inhibiteurs calciques 		
	Vasodilatateurs coronaires, nitrates	Dinitrate d'isosorbide, nitrate de sorbide	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apo-ISDN ▪ Cedocard SR ▪ Isordil
		Mononitrate d'isosorbide-5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imdur ▪ Ismo
		Nitroglycérine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ [Monographie générale sur la nitroglycérine du CPS] ▪ Minitran ▪ Nitro-Dur ▪ Nitrol ▪ Nitrolingual Spray ▪ Nitrong SR ▪ Nitrostat ▪ Transderm-Nitro ▪ Tridil
6. Thérapie cardiaque			
Antiarythmiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Glycosides cardiaques 		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Classe I, Type 1A 	Bisulfate de quinidine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ [Monographie générale sur la quinidine, CPS] ▪ Biquin Durules
		Gluconate de quinidine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ [Monographie générale sur la quinidine, CPS] ▪ Quinate
		Phényléthylbarbiturique de quinidine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quinobarb
		Polygalacturonate de quinidine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ [Monographie générale sur la quinidine, CPS] ▪ Cardioquin
		Sulfate de quinidine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ [Monographie générale sur la quinidine, CPS] ▪ Apo-Quinidine ▪ Quinidex ▪ Extentabs

	Classe I, Type 1B	Hydrochlorure de lidocaïne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lidodan Visqueux ▪ PMS-Lidocaine Visqueux ▪ Xylocaïne endotrachéale ▪ Xylocaïne orale ▪ Xylocaïne 4 %, solution stérile ▪ Xylocaïne en gelée, 2 % ▪ Xylocaïne solutions parentérales ▪ Xylocaïne topique 4 % ▪ Xylocaïne visqueuse 2 % ▪ Xylocard
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Classe I, Type 1C ▪ Classe II, agents bloquants Bêta adrénergiques ▪ Classe III ▪ Classe IV, inhibiteurs calciques ▪ Antiarythmiques divers 		

7. Traitement du diabète

Insulines, analogues	À action très rapide	Insuline Lispro	Humalog
d'insulines, bovines et porcines	À action rapide	Insuline ordinaire	Iletin Regular
	À effet intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuline lente ▪ Insuline NPH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Iletin Lente ▪ Iletin NPH
Insulines humaines	À action rapide	Insuline ordinaire, biosynthétique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humulin-R ▪ Novolin ge Toronto
	À effet intermédiaire	Insuline lente, biosynthétique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humulin-L ▪ Novolin ge Lente
		Insuline NPH, biosynthétique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humulin-N ▪ Novolin ge NPH
	À action prolongée	Insuline ultralente, biosynthétique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humulin-U ▪ Novolin ge Ultralente
	Mélangée (ordinaire/NPH)	Insuline (10/90), biosynthétique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humulin 10/90 ▪ Humulin 20/80 ▪ Humulin 30/70 ▪ Humulin 40/60 ▪ Humulin 50/50
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Novolin ge 10/90

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Novolin ge 20/80 ▪ Novolin ge 30/70 ▪ Novolin ge 40/60 ▪ Novolin ge 50/50
		Insuline (20/80), biosynthétique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humulin 10/90 ▪ Humulin 20/80 ▪ Humulin 30/70 ▪ Humulin 40/60 ▪ Humulin 50/50 ▪ Novolin ge 10/90 ▪ Novolin ge 20/80 ▪ Novolin ge 30/70 ▪ Novolin ge 40/60 ▪ Novolin ge 50/50
		Insuline (30/70), biosynthétique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humulin 10/90 ▪ Humulin 20/80 ▪ Humulin 30/70 ▪ Humulin 40/60 ▪ Humulin 50/50 ▪ Novolin ge 10/90 ▪ Novolin ge 20/80 ▪ Novolin ge 30/70 ▪ Novolin ge 40/60 ▪ Novolin ge 50/50
		Insuline (40/60), biosynthétique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humulin 10/90 ▪ Humulin 20/80 ▪ Humulin 30/70 ▪ Humulin 40/60 ▪ Humulin 50/50
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Novolin ge 10/90 ▪ Novolin ge 20/80 ▪ Novolin ge 30/70 ▪ Novolin ge 40/60 ▪ Novolin ge 50/50
		Insuline (50/50), biosynthétique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humulin 10/90 ▪ Humulin 20/80 ▪ Humulin 30/70 ▪ Humulin 40/60 ▪ Humulin 50/50

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Novolin ge 10/90 ▪ Novolin ge 20/80 ▪ Novolin ge 30/70 ▪ Novolin ge 40/60 ▪ Novolin ge 50/50
Insulines porcines	À action rapide	Insuline ordinaire	Iletin Regular
8. Électrolytes			
Préparations de potassium	Sels de potassium	Bicarbonate de potassium	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Potassium Sandoz ▪ [Sels de potassium, Monographie générale, CPS]