

Protections et dispositions du Régime

2006

RÉGIME DE
SOINS DE SANTÉ
DE LA FONCTION
PUBLIQUE

The
Public Service
Health Care Plan
Trust

La
Fiducie du Régime
de Soins de Santé
de la Fonction Publique

Avant-propos

Ce livret décrit les prestations auxquelles vous avez droit en tant que *souscripteur* au Régime de soins de santé de la fonction publique. C'est un document de référence utile qui donne un aperçu des produits et services qui sont admissibles à un remboursement aux termes du Régime. Il fournit également un sommaire des principales dispositions du Régime.

L'information contenue dans le livret décrit la protection et les dispositions du Régime tel qu'elles existent le 1^{er} avril 2006. Le Régime pourrait être modifié de temps à autre. Les *souscripteurs* du Régime seront formellement informés par écrit de toute modification au Régime. On vous demande de conserver tout avis de modification future avec ce livret.

Le livret contient des termes utilisés spécifiquement dans le contexte du Régime. Ces termes sont en *italiques* dans le texte et leur définition se trouve dans le **glossaire** figurant à la fin du livret.

Ce livret n'est pas une substitution au Document du Régime, numéro du Régime 55555, qui lui, contient les modalités complètes du Régime, tel que modifiées en temps et lieu.

Vous pouvez consulter le Document du Régime en tout temps au site web de la Fiducie du RSSFP sur Internet. Afin de connaître l'adresse Internet, ou si vous n'avez pas accès à l'Internet, veuillez consulter la section « **Pour plus d'information au sujet de** » à la fin de ce livret.

Avril 2006

Table des matières

Avant-propos	i
Généralités	1
Objet du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP)	1
Gestion du RSSFP	1
Fiducie du RSSFP	1
Gestion financière	1
Administration du RSSFP	2
Prise d'effet, modification et fin de la protection	2
Admissibilité	2
Date de prise d'effet de la protection	3
Quand vous adhérez au Régime	3
Quand vous prenez une nouvelle <i>personne à votre charge</i>	3
Lorsque vous demandez une augmentation de votre protection aux termes de la garantie-hospitalisation	3
Fin de la protection	4
Cessation volontaire de la protection	4
Cessation involontaire de la protection	5
Contributions	5
Protections offertes	7
Protection supplémentaire	7
Protection totale	7
<i>Employés, membres des FC ou de la GRC en poste à l'extérieur du Canada</i>	7
<i>Employés, membres des FC ou de la GRC prêtés pour une affectation dans une organisation internationale ou en congé non payé autorisé pour études à l'étranger</i>	8
Personnes pensionnées domiciliées à l'extérieur du Canada	8
Admissibilité aux protections	9
Exclusions et limitations générales	11
Garantie-maladie complémentaire	12
Frais de médicaments	13
Frais admissibles	13
Protection pour médicaments onéreux	14
Exclusions	14
Soins de la vue	15
Frais admissibles	15
Exclusions	16
Professionnels de la santé	16
Frais admissibles	16
Exclusions	18
Frais divers	18
Frais admissibles	18
Exclusions	23

Soins dentaires	24
Traitement à moindre coût	24
Blessure accidentelle	24
Opérations buccales	25
Exclusions	26
Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province	26
Garantie-voyage d'urgence	26
Garantie assistance voyage d'urgence	27
Services rendus sur recommandation	28
Exclusions	29
Garantie-hospitalisation	30
Frais admissibles	30
Exclusions	30
Garantie-maladie de base	31
Frais admissibles	31
Exclusions	32
Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)	32
Frais admissibles	32
Exclusions	33
Aperçu des frais admissibles maximums	34
Dispositions du Régime	37
Demandes de règlement	37
Appels	37
Paiement des prestations	38
<i>Franchise</i>	38
<i>Co-assurance</i>	38
Paiements en trop	38
Demande de paiement aux programmes provinciaux/territoriaux	39
Coordination des prestations	39
Pour plus d'information au sujet de	41
La fiducie du RSSFP	41
Vos prestations aux termes du RSSFP	41
Où envoyer vos demandes de règlement	41
Demandes de règlement à la suite de dépenses encourues aux termes de la protection totale	42
Garantie assistance voyage d'urgence	42
Comment compléter votre demande de règlement	43
La procédure d'appel	43
Vos cotisations mensuelles et des sommes déduites de vos prestations de pension	43
Comment joindre votre service de pension	44
Document du Régime	45
Glossaire	46
Notes	51

Généralités

Objet du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP)

Le RSSFP a pour objet de rembourser à ses *souscripteurs* tout ou partie des frais qu'ils ont engagés pour des services 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, les services et produits admissibles doivent être prescrits par un *médecin*, un *dentiste* titulaire d'un permis de pratique ou autrement autorisé par les lois applicables à pratiquer dans la compétence où ils sont prescrits, ou tout autre professionnel de soins de la santé qualifié si la législation provinciale/territoriale applicable les autorise à prescrire les médicaments.

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 RSSFP

Le RSSFP est un régime privé de soins de santé à l'intention des *employés* de la fonction publique fédérale, des *membres des Forces canadiennes* et de la Gendarmerie royale du Canada, des anciens combattants qui sont membres du groupe client des Anciens Combattants Canada, des membres du parlement, des membres de la magistrature fédérale, des *employés* de certains organismes désignés ainsi que des personnes qui reçoivent des prestations de retraite en fonction de leurs services avec les organismes ci-haut mentionnés.

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).

Administration du RSSFP

Administrateur

L'*administrateur*, Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, est chargé de statuer sur les demandes admissibles et de les régler, conformément au Document du Régime, ainsi que d'assurer les services selon l'*entente de services administratifs seulement*.

Prise d'effet, modification et fin de la protection

Admissibilité

Le RSSFP s'adresse aux *employés* de la fonction publique, aux *membres des Forces canadiennes (FC)*, aux membres de la Gendarmerie royale du Canada (*GRC*), aux retraités et à leurs *personnes à charge*, et aux anciens combattants qui sont membres du groupe client des Anciens Combattants Canada tel que défini à l'Annexe III du Document du Régime. Les *membres des FC* et de la *GRC* ne peuvent obtenir la garantie en vertu du RSSFP pour eux-mêmes, mais ils peuvent l'obtenir pour leurs *personnes à charge* admissibles.

L'adhésion au Régime est facultative, sauf indication contraire. Si vous rencontrez les critères d'admissibilité et que vous désirez adhérer au Régime ou modifier votre participation, vous devez compléter un formulaire de demande et le soumettre à votre service du personnel ou de pension. Cette exigence s'applique que vous soyez ou non tenu de payer une cotisation mensuelle.

Une fois que votre demande d'adhésion aura été acceptée, vous recevrez une carte-avantages portant votre numéro d'identification personnelle ainsi que le niveau de protection que vous avez choisi. Une nouvelle carte vous sera remise si vous changez votre niveau de protection.

Pour toute question concernant votre admissibilité, celle de vos *personnes à charge*, la date à laquelle votre protection entre en vigueur ou pour obtenir les formulaires appropriés, veuillez vous adresser à votre service du personnel ou de pension.

Date de prise d'effet de la protection

Quand vous adhérez au Régime

Si votre service du personnel ou votre service de pension reçoit votre demande dans les 60 jours suivant la date de votre admissibilité, votre protection prend effet le premier jour du *mois* qui suit la réception de votre formulaire dûment rempli.

Si vous ne demandez pas la protection dans les 60 jours suivant la date de votre admissibilité, la protection prend effet le premier jour du quatrième *mois* suivant la réception de votre demande à votre service du personnel ou votre service de pension.

Si vous quittez votre emploi et que vous recevez une prestation de retraite reconnue, versée immédiatement, votre participation au Régime continue automatiquement. Cependant, vous devez autoriser par écrit que les cotisations requises soient déduites de votre prestation de retraite.

Quand vous prenez une nouvelle personne à votre charge

Si vous modifiez votre protection individuelle à une protection familiale dans les 60 jours suivant la date à laquelle vous avez pris une nouvelle *personne à votre charge*, la protection prend effet à compter de la date de prise en charge.

Si vous ne demandez pas la protection dans les 60 jours suivant la date à laquelle vous avez pris une nouvelle *personne à votre charge*, la protection prend effet le premier jour du quatrième *mois* suivant la réception de votre demande à votre service du personnel ou votre service de pension.

Lorsque vous demandez une augmentation de votre protection aux termes de la garantie-hospitalisation

L'augmentation de votre protection aux termes de la garantie-hospitalisation prend effet le premier jour du quatrième *mois* suivant la réception de votre demande dûment remplie à votre service du personnel ou votre service

de pension. La période d'attente de trois *mois* ne s'applique pas quand la présentation de la demande d'augmentation de la protection coïncide avec celle d'une demande pour faire passer la protection de familiale à individuelle.

La période d'attente de trois *mois* ne s'applique pas quand la demande est reçue dans les 60 jours suivant :

- l'ajout d'une *personne à votre charge*,
- le commencement ou l'expiration de la protection d'un régime provincial/territorial d'assurance-santé, dans le cas d'un changement de la protection supplémentaire à totale ou vice versa,
- la retraite d'un employé et le début de la réception par l'employé de ses prestations de retraite reconnues et versées régulièrement,
- l'entrée d'un *membre des FC* ou de la *GRC* ou d'un retraité au service de la fonction publique,
- le début de la réception de prestations de survivant ou pour enfant reconnues et versées régulièrement au survivant ou à un ou des *enfants à charge* d'un *souscripteur* décédé.

Fin de la protection

Le *souscripteur* cesse d'être admissible :

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

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.

La protection ne peut être annulée rétroactivement.

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.

Les retenues à la source ne seront pas remboursées lorsque le souscripteur annule la protection d'une *personne à charge*, sauf lors du décès de la *personne à charge* ou lorsque l'agent désigné ne fait pas cesser les retenues à la source dans les 2 *mois* suivant la réception d'une demande.

Cessation involontaire de la protection

Quand un *souscripteur* cesse d'être un *employé* ou un retraité admissible, 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.

Contributions

Le Régime est financé par les cotisations du Conseil du Trésor du Canada, des employeurs participants et des *souscripteurs*.

Lorsqu'elles sont requises, les cotisations mensuelles des *souscripteurs* sont payables un *mois* à l'avance de la date d'entrée en vigueur de la protection. Elles sont retenues à la source soit du traitement, d'une pension reconnue, d'une prestation de retraite payable à un survivant ou d'une allocation à un enfant, selon l'autorisation écrite du *souscripteur*, ou dans le cas du groupe client des Anciens Combattants Canada, à même le compte bancaire du *souscripteur*.

Votre service du personnel ou de pension vous informera de tout changement aux taux de cotisation. Vous devez vous assurer que le montant mensuel de cotisation retenu de votre traitement ou de votre pension reflète bien la protection que vous avez choisie et qui rencontre toujours vos besoins.

Les *souscripteurs* encore à l'emploi qui partent en congé saisonnier peuvent maintenir leur protection et celle de leurs *personnes à charge* en versant les cotisations exigibles à l'avance à leur service du personnel, par chèque ou mandat à l'ordre du Receveur général du Canada. Les *souscripteurs* doivent communiquer avec leur service du personnel avant de partir en congé au sujet des exigences de verser des cotisations pour assurer le maintien de la protection.

La protection aux termes du Régime se poursuit pendant que l'*employé* est en congé non payé (CNP) à moins que celui-ci ne 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. La protection reprendra à compter du premier jour du *mois* suivant le retour à l'emploi.

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 :

- verser les cotisations requises à l'avance,
- verser les cotisations 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 cotisations 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.

Protections offertes

Protection supplémentaire

Cette protection est offerte aux *souscripteurs* et à leurs *personnes à charge* admissibles protégés 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,
- la garantie-hospitalisation.

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 sauf pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province, car cette portion de la garantie n'est pas offerte avec la protection totale,
- la garantie-hospitalisation,
- la garantie-maladie de base,
- la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada). Cette garantie n'est pas offerte aux retraités.

Veillez noter que les *employés* résidant à l'extérieur du Canada (par ex. aux États-Unis), mais qui travaillent au Canada ne sont pas admissibles à la protection totale.

Employés, membres des FC ou de la GRC en poste à l'extérieur du Canada

Si vous appartenez à cette catégorie, votre employeur exige que vous participiez à la garantie totale. Vous devez obtenir la même garantie totale pour votre *conjoint* et tout *enfant à charge* admissible habitant avec vous à l'extérieur du Canada.

Vous pouvez aussi demander la garantie du Régime pour certaines personnes, autres qu'un *conjoint* ou qu'un *enfant à charge* admissible, qui résident avec vous et qui sont financièrement à votre charge. Si ces dispositions vous intéressent, vous

devriez consulter votre service du personnel.

Vous serez protégé sous la garantie-maladie complémentaire (sauf pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province), la garantie-maladie de base, la garantie-hospitalisation, niveau I et la garantie hospitalisation (à l'extérieur du Canada).

Vous pouvez aussi choisir la protection offerte aux termes de la garantie-hospitalisation de niveau II ou III.

Employés, membres des FC ou de la GRC prêtés pour une affectation dans une organisation internationale ou en congé non payé autorisé pour études à l'étranger

Si vous appartenez à l'une de ces catégories, vous êtes admissible à la protection offerte aux termes de la garantie totale. Si vous présentez une demande, vous obtiendrez une garantie qui comprend la garantie-maladie complémentaire (sauf pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province), la garantie-maladie de base, la garantie-hospitalisation (niveau I), et la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada).

Vous pouvez aussi choisir la protection offerte aux termes de la garantie-hospitalisation de niveau II ou III.

Personnes pensionnées domiciliées à l'extérieur du Canada

Si, à titre de personne pensionnée, vous demeurez à l'extérieur du Canada et êtes exclue d'un régime d'assurance-santé provincial/territorial, vous êtes admissible à la protection offerte aux termes de la garantie totale. Si vous présentez une demande, vous obtiendrez une garantie qui comprend la garantie-maladie complémentaire (sauf pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province), la garantie-maladie de base, et la garantie-hospitalisation (niveau I). **Il est important de prendre note que la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada) n'est pas offerte aux personnes pensionnées résidant à l'extérieur du Canada.**

Vous pouvez aussi choisir la protection offerte aux termes de la garantie-hospitalisation de niveau II ou III.

À l'intention des retraités

La garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada) qui prévoit le remboursement des frais de salle ordinaire et d'autres frais d'hospitalisation **n'est pas** offerte aux personnes pensionnées résidant à l'extérieur du Canada. S'il vous faut une protection pour ces frais d'hospitalisation, vous devez faire vos propres démarches pour obtenir ce complément de protection auprès d'un autre assureur.

Admissibilité aux protections

L'admissibilité aux protections dépend de votre résidence et le fait d'être protégé ou non sous un régime d'assurance-santé gouvernemental.

Si vous êtes employé ou personne à charge d'un membre des FC ou de la GRC, ou un membre du groupe client des Anciens Combattants Canada qui résidez au Canada, avec protection d'un régime d'assurance-santé gouvernemental ...

Vous êtes admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-maladie complémentaire et garantie-hospitalisation (Niveau I)
- Garantie-hospitalisation (Niveaux II et III)

Cependant, vous n'êtes pas admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-maladie de base
- Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

Si vous êtes employé ou personne à charge d'un membre des FC ou de la GRC qui êtes affecté à l'étranger ...

Vous devez souscrire aux protections de la ...

- Garantie-maladie complémentaire et garantie-hospitalisation (Niveau I)
 - vous **n'êtes pas** admissible à cette garantie pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province
- Garantie-maladie de base
- Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

Vous êtes admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-hospitalisation (Niveaux II et III)

Si vous êtes employé ou personne à charge d'un membre des FC ou de la GRC qui êtes prêté pour une affectation dans une organisation internationale ...

Vous êtes admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-maladie complémentaire et garantie-hospitalisation (Niveau I)
 - vous **n'êtes pas** admissible à cette garantie pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province
- Garantie-hospitalisation (Niveaux II et III)
- Garantie-maladie de base
- Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

Si vous êtes employé ou personne à charge d'un membre des FC ou de la GRC qui êtes en congé non payé autorisé pour études à l'étranger ...

Vous êtes admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-maladie complémentaire et garantie-hospitalisation (Niveau I)
 - vous **n'êtes pas** admissible à cette garantie pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province
- Garantie-hospitalisation (Niveaux II et III)
- Garantie-maladie de base
- Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

Si vous êtes employé ou personne à charge d'un membre des FC ou de la GRC qui êtes en congé non payé autorisé à l'étranger avec protection d'un régime d'assurance-santé gouvernemental ...

Vous êtes admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-maladie complémentaire et garantie-hospitalisation (Niveau I)
- Garantie-hospitalisation (Niveaux II et III)

Cependant, vous n'êtes pas admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-maladie de base
- Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

Si vous êtes un retraité qui résidez au Canada, avec protection d'un régime d'assurance-santé gouvernemental ...

Vous êtes admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-maladie complémentaire et garantie-hospitalisation (Niveau I)
- Garantie-hospitalisation (Niveaux II et III)

Cependant, vous n'êtes pas admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-maladie de base
- Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

Si vous êtes un retraité qui résidez à l'étranger et qui n'avez par conséquent pas d'assurance-santé gouvernementale ...

Vous êtes admissible à bénéficier de la ...

- Garantie-maladie complémentaire et garantie-hospitalisation (Niveau I)
 - vous **n'êtes pas** admissible à cette garantie pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province
- Garantie-hospitalisation (Niveaux II et III)
- Garantie-maladie de base

Cependant, vous n'êtes pas admissible à bénéficier de la ...

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

Exclusions et limitations générales

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

- 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,
- 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,
- 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,
- des articles ou produits ou des services habituellement offerts gratuitement,
- 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,
- 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**,
- 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*,
- des services ou des produits qui ne sont pas légalement assurables,
- 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,
- 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,

- de la portion des frais qui relèvent de la responsabilité juridique d'un tiers,
- 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, alors que ces derniers ne sont pas admissibles à la garantie-maladie complémentaire pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province.

Avant d'engager des frais

Dans certains cas, il est conseillé de communiquer avec l'*administrateur* avant d'engager des frais pour des traitements, appareils ou articles médicaux coûteux. Dans ces cas, l'*administrateur* peut vous confirmer s'il s'agit de frais admissibles ou vous indiquer les renseignements particuliers dont il aura besoin plus tard pour traiter votre demande de règlement.

À titre d'exemple, vous devriez consulter l'*administrateur* avant d'engager des frais pour les soins ou les articles suivants :

- services d'*infirmières* ou d'*infirmiers* en service privé,
- *appareils durables* comme un lit d'hôpital, des appareils de levage, fauteuils roulants, etc.,
- services rendus à l'extérieur de la province sur recommandation d'un médecin,
- membres artificiels temporaires ou permanents,
- traitement de fécondation in vitro.

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 indication contraire.

Frais de médicaments

Pour être admissibles, les frais doivent être :

- *habituels et raisonnables*,
- prescrits par un *médecin*, 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*.

Frais admissibles

Les frais admissibles sont engagés pour :

- 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,
- les médicaments essentiels à la vie qu'on peut obtenir sans ordonnance et qui figurent à l'Annexe VII du Document du Régime,
- 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,
- les médicaments injectés, y compris les sérums anti-allergiques administrés par injection,
- les prescriptions composées, quels que soient leurs ingrédients actifs,

- 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,
- les appareils d'administration de médicaments contre l'asthme qui font partie intégrante du produit et sont approuvés par l'*administrateur*,
- les aérochambres avec masques pour l'administration de médicaments contre l'asthme,
- 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,
- 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 \$ de dépenses *payées* 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 %.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les médicaments qui, de l'avis de l'*administrateur*, sont expérimentaux,
- les articles ou produits faisant l'objet de publicité qui, selon l'*administrateur*, constituent des remèdes traditionnels,
- les contraceptifs autres qu'oraux,
- les vitamines prises autrement que par injection, ainsi que les minéraux et suppléments protéiques, sauf les frais admissibles déjà précisés,
- substances nutritives thérapeutiques autres que celles qui seraient considérées comme assimilées aux frais admissibles déjà précisés,
- 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,

- les pastilles, rince-bouche, shampooings non médicamenteux, produits pour l'entretien des lentilles cornéennes, nettoyeurs pour la peau, protecteurs pour la peau ou émoullissants,
- les médicaments utilisés à des fins cosmétiques,
- les médicaments utilisés à l'égard de troubles pour lesquels leur utilisation n'est pas recommandée par le fabricant,
- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions précisées dans la liste des Exclusions et limitations générales,
- les frais remboursables par un régime d'assurance-médicaments provincial/territorial, que la *personne protégée* y participe ou pas.
- 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**,
- le premier achat de lentilles intraoculaires, de lunettes ou de lentilles cornéennes, qui sont nécessaires à la correction de la vue et qui sont requises 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,
- les yeux artificiels et leurs remplacements, sauf :

- 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,
- 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 exige le remplacement de la prothèse existante.

Soins de la vue

Frais admissibles

Les frais admissibles sont les *frais habituels et raisonnables* pour :

- les examens de la vue par un *optométriste*, sous réserve du maximum admissible précisé dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**,

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- 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,
- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions énumérées à la liste des Exclusions et limitations générales.

Professionnels de la santé

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.

Frais admissibles

Les frais admissibles sont les *frais habituels et raisonnables* pour :

- 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.

- les traitements d'acupuncture dispensés par un *médecin*,
 - 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*,
 - 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** :
 - un *physiothérapeute* (l'ordonnance* est valable pour un an),
 - un *massothérapeute* (l'ordonnance* est valable pour un an),
 - un *orthophoniste* (l'ordonnance* est valable pour un an),
 - un *psychologue* (l'ordonnance* est valable pour un an),
 - un *travailleur social* en poste isolé seulement si aucun psychologue ne pratique dans ce poste isolé. (l'ordonnance est valable pour un an),
 - un *chiropraticien*,
 - un *ostéopathe*,
 - un *naturopathe*,
 - un *podiatre* ou un *chiropodiste*,
 - 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*.

- 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,
- le dosage de l'antigène spécifique prostatique (ASP) pour le suivi de l'évolution d'un cancer dépisté.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions figurant à la liste des Exclusions et limitations générales,
- les frais engagés pour les fournitures chirurgicales et les aides diagnostiques,
- le dosage de l'antigène spécifique prostatique (ASP) pour le dépistage du cancer,
- les dépenses encourues pour les services infirmiers dispensés par le personnel infirmier salarié d'un établissement où réside le *souscripteur* ou une *personne à sa charge*.

Frais divers

Pour que les frais soient admissibles, ils doivent être :

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

Frais admissibles

Les frais admissibles sont :

- 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,
- le transport d'urgence 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,
- 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,
- 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,
 - 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 :
 - le total des frais, moins le coût de toutes les demandes de remboursement d'appareils auditifs admissibles au cours des cinq années précédentes,
 - le maximum précisé dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**,
 - 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,
 - les béquilles, les attelles, les minerves, les plâtres et les colliers cervicaux,
 - l'achat et la réparation des supports orthopédiques 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,
 - les soutien-gorge orthopédiques, jusqu'à concurrence des frais admissibles précisés dans l'**Aperçu des frais admissibles maximums**,
 - les prothèses mammaires nécessaires à la suite d'une mastectomie et leur remplacement après un délai minimum de 24 *mois*,
 - les perruques 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**,
 - les nécessaires à colostomie, iliostomie et trachéotomie,
 - les sondes et sacs collecteurs pour patients incontinents, paraplégiques ou quadriplégiques,
 - les membres artificiels temporaires,

- les membres artificiels permanents pour remplacer les temporaires et le remplacement des premiers, après un délai :
 - 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,
 - 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,
- l'oxygène et son administration,
- 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,
- 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**,
- 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,
- 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,
- la location ou, au choix de l'*administrateur*, l'achat d'*appareils durables* rentables :
 - fabriqués spécialement pour un usage médical,
 - destinés à être utilisés à la résidence privée du patient,
 - dont le coût et la valeur clinique sont approuvés par l'*administrateur*,
 - considérés comme médicalement nécessaires, et

- utilisés soit pour des **soins** comprenant notamment, mais pas exclusivement :
 - ↳ les appareils pour mouvements physiques comme des :
 - 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,
 - souleve-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,
 - 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,
 - ↳ les appareils d'appui et de repos comme des :
 - lits d'hôpital — 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,
- réparation admissibles à l'égard d'un tel appareil avant l'achat,
 - 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,
 - 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,
- ↳ les appareils de détection comme des :
 - 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,
 - 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,

- soit pour des **traitements** comprenant notamment, mais pas exclusivement :
 - ↳ les appareils d'appui mécanique et thérapeutique comme des :
 - 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,
 - 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,
 - 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,
 - 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,
- ⇒ les appareils d'appui aérothérapeutique comme des :
 - 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,
 - 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,

- 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.

- les bandages et pansements chirurgicaux nécessaires au traitement d'une blessure ouverte ou d'un ulcère,
- les bas de contention fabriqués sur mesure pour le patient ou ayant une compression minimale de 30 millimètres,
- les vêtements de contention pour les victimes de brûlures,
- les implants péniliens.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les articles achetés essentiellement pour usage athlétique,
- 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,
- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions figurant à la liste des Exclusions et limitations générales,
- les *appareils durables* suivants :
 - accessoires d'un appareil dont les frais sont admissibles,
 - modifications de la résidence du patient (barre, rampe, tapis, ascenseur, etc.),
 - utilisés pour les diagnostics ou la surveillance, à moins d'indications expresses dans la partie des frais admissibles,
 - implants, à moins d'indication contraire à la partie des frais admissibles,
 - équipement de sécurité pour salles de bains,
 - climatiseurs,

- les fournitures régulièrement renouvelées associées à un *appareil durable*,
- les *appareils durables* utilisés pour prévenir une maladie ou une blessure,
- l'utilisation d'un appareil pour un traitement qui, de l'avis de l'*administrateur*, est expérimental du point de vue clinique,
- 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

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 à charge* 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*, le Régime de soins dentaires des personnes à charge des *membres des FC* ou le Régime de services dentaires pour les pensionnés, les demandes de règlement des frais engagés pour des blessures accidentelles devraient être soumises d'abord au RSSFP. Par ailleurs, les demandes de règlement des frais engagés pour des opérations buccales devraient d'abord être soumises à

l'autre régime. Tous les frais non remboursables par ce régime peuvent faire l'objet d'une demande de règlement au RSSFP.

Opérations buccales

- kystes, lésions, abcès
 - biopsie
 - ⇒ lésion du tissu mou
 - ⇒ incision
 - ⇒ excision
 - ⇒ lésion du tissu osseux
 - excision de kystes
 - excision de tissu lésé (lésion bénigne)
 - excision de grenouillette
 - incision et drainage
 - ⇒ intra oraux — tissu mou
 - ⇒ intra osseux (dans l'os)
 - abcès périodontique
 - ⇒ incision et drainage

- traitements gingivaux et alvéolaires
 - alvéoplastie
 - plastie par lambeaux avec curetage
 - plastie par lambeaux avec ostéoplastie
 - plastie par lambeaux avec curetage et ostéoplastie
 - curetage gingival
 - gingivectomie avec ou sans curetage
 - gingivoplastie

- extraction de dents ou de racines
 - extraction d'une dent incluse
 - ablation d'une racine ou d'un corps étranger de la cavité maxillaire

- résection d'une racine (apicectomie)
 - ⇒ dents antérieures
 - ⇒ prémolaires
 - ⇒ molaires

- traitement des fractures et des dislocations
 - dislocation — articulation temporo-mandibulaire (ou mâchoire)
 - ⇒ réduction fermée
 - ⇒ réduction ouverte
 - fractures — mandibule
 - ⇒ sans réduction
 - ⇒ réduction fermée
 - ⇒ réduction ouverte
 - fractures — maxillaire ou os molaire
 - ⇒ sans réduction
 - ⇒ réduction fermée
 - ⇒ réduction ouverte
 - ⇒ réduction ouverte (complexe)

- autres traitements
 - avulsion de nerf — supra ou infra-orbital
 - frénectomie — labiale ou buccale (lèvre ou joue)
 - lingual (langue)
 - fermeture d'une fistule bucco-sinusale
 - sialolithotomie — simple
 - sialolithotomie — complexe
 - approfondissement du sillon, remodelage de la crête alvéolaire
 - traitement de blessures accidentelles
 - ⇒ réparation d'une lacération du tissu mou
 - ⇒ débridement, réparation, suture
 - torus (biopsie osseuse)

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions de la liste des Exclusions et limitations générales,
- les frais de soins dentaires, sauf s'ils sont expressément prévus parmi les frais admissibles aux titres du traitement des blessures accidentelles aux dents naturelles et des opérations buccales.

Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province

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.

La garantie est applicable aux *souscripteurs* bénéficiant d'une protection supplémentaire seulement.

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 :

- séjour en salle et services hospitaliers complémentaires reçus dans un *hôpital* général,
- services d'un *médecin*,
- 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,
- 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,

- assistance à la famille, jusqu'à un maximum combiné de 2 500 \$ pour une urgence de voyage, calculée de la façon suivante :
 - 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,
 - 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,
 - 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,
 - 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,
- 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 :

- l'aide pour le transport à l'*hôpital* le plus proche dispensant les soins nécessaires ou pour le retour au Canada,
- des recommandations médicales, une consultation et un suivi,
- des recommandations d'un avocat,
- un service d'interprétation téléphonique,

- un service de messageries pour les *membres de la famille* et les collaborateurs (les messages sont conservés pendant 15 jours),
- 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 un formulaire 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 à la *personne protégée* 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 la *personne protégée* 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,
- pour des services qui ne sont pas offerts dans la province ou le territoire de résidence.

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 :

- le séjour en salle et les services hospitaliers complémentaires reçus dans un *hôpital* général,
- les services d'un *médecin* ou d'un chirurgien,
- 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.
- les frais engagés par la *personne protégée* qui réside de façon temporaire ou permanente à l'extérieur du Canada,
- les frais engagés pour le traitement habituel d'une blessure ou d'une maladie dont la *personne protégée* souffrait avant de quitter sa province ou son territoire de résidence,
- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions énumérées à la liste des Exclusions et limitations générales.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- 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,

Garantie-hospitalisation

Cette garantie prévoit le remboursement des *frais habituels et raisonnables* jusqu'à concurrence des maximums préétablis pour chaque jour d'hospitalisation et couvre le logement et la pension dans une chambre 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. C'est une garantie qui ne comporte ni *co-assurance*, ni *franchise*.

Frais admissibles

Les frais admissibles sont :

- Pour tout *souscripteur* (sauf un retraité habitant à l'extérieur du Canada), les *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** préétablis pour chaque jour

d'hospitalisation dans un hôpital tel que défini par le Régime, sauf les frais hospitaliers dits de coassurance ou de participation aux frais,

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

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions énumérées à la liste des Exclusions et limitations générales,
- 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,
- les frais personnels, par exemple pour un téléviseur et un téléphone.

Garantie-maladie de base

Cette garantie fait partie de la protection totale et 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 :

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

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

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

Garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada)

Cette garantie fait partie de la protection totale et 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. Elle n'est toutefois pas offerte aux retraités. 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 :

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

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais engagés dans n'importe quelle des conditions énumérées à la liste des Exclusions et limitations générales,
- 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 autres que ceux prévus à la garantie-hospitalisation,
- la personne assurée aux termes d'un régime d'assurance-hospitalisation collectif non gouvernemental administré dans un pays étranger et offrant des garanties d'hospitalisation comparables à celles que prévoit la loi ontarienne de 1972 sur l'assurance-santé, telle que modifiée de temps à autre.

Aperçu des frais admissibles maximums

Il importe de noter que le montant des frais admissibles maximum multiplié par le taux de remboursement applicable correspond au montant des frais remboursables. Dans le cadre du RSSFP, le remboursement correspond à 80 % des frais admissibles, déduction faite de la *franchise* annuelle, à moins d'indication contraire.

Par exemple, aux termes de la protection pour les soins de la vue, le maximum des frais admissibles est de 275\$. Si vos dépenses totalisent 275 \$ ou plus, le Régime pourrait rembourser jusqu'à un maximum de 220\$, soit 80% du maximum des frais admissibles (en autant que la franchise annuelle ait été comblée).

Frais admissibles maximums par personne protégée		Remboursement	Franchise 60 \$/personne 100 \$/famille
Garantie-maladie complémentaire			
Frais de médicaments		80 %	Oui
<ul style="list-style-type: none"> ■ Médicaments pour le traitement de la dysfonction érectile ■ Médicaments de sevrage du tabac ■ Protection en cas de frais de médicaments onéreux 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 500 \$ par année civile au total ■ Maximum viager de 1 000 \$ ■ Frais de médicaments admissibles, excluant la <i>franchise annuelle</i>, qui dépassent les frais de 3 000 \$ payés de la poche du participant au cours d'une <i>année civile</i> remboursables à 100% 		
Soins de la vue			
<ul style="list-style-type: none"> ■ Lunettes/lentilles cornéennes (achat et réparations) ■ Examens de la vue 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 275 \$ toutes les deux <i>années civiles</i>, commençant à chaque année impaire ■ Aucune limite si nécessaires par suite d'une opération ou d'un accident et achetées dans les six <i>mois</i> de l'événement déclencheur ■ Un examen toutes les deux <i>années civiles</i>, commençant à chaque année impaire 		

Frais admissibles maximums par personne protégée	Rembour- sement	Franchise 60 \$/personne 100 \$/famille
Frais des professionnels de la santé	80 %	Oui
Services :		
<ul style="list-style-type: none"> ■ d'un <i>physiothérapeute</i> <ul style="list-style-type: none"> ■ Jusqu'à 500 \$ et plus de 1 000 \$ par <i>année civile</i> ■ d'un <i>psychologue</i>/d'un <i>travailleur social</i> (postes isolés seulement lorsqu'aucun psychologue n'y travaille) <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 000 \$ par <i>année civile</i> ■ d'un <i>massothérapeute</i> <ul style="list-style-type: none"> ■ 300 \$ par <i>année civile</i> ■ d'un <i>ostéopathe</i> <ul style="list-style-type: none"> ■ 300 \$ par <i>année civile</i> ■ d'un <i>naturopathe</i> <ul style="list-style-type: none"> ■ 300\$ par <i>année civile</i> ■ d'un <i>podiatre</i> ou d'un <i>chiroprodiste</i> <ul style="list-style-type: none"> ■ 300 \$ par <i>année civile</i> ■ d'un <i>chiropraticien</i> <ul style="list-style-type: none"> ■ 500 \$ par <i>année civile</i> ■ d'un <i>orthophoniste</i> <ul style="list-style-type: none"> ■ 500 \$ par <i>année civile</i> ■ d'un <i>électrolyste</i> (y compris le traitement, s'il est exécuté par un <i>médecin</i>) <ul style="list-style-type: none"> ■ 20 \$ par visite ■ services infirmiers <ul style="list-style-type: none"> ■ 15 000 \$ par <i>année civile</i> 		
Frais divers		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Chaussures orthopédiques <ul style="list-style-type: none"> ■ 150 \$ par <i>année civile</i> ■ Prothèses auditives (achat/réparations) <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 000 \$ moins tous les frais admissibles pour des prothèses auditives réclamés au cours des 60 <i>mois</i> précédents ■ Aucune limite, si nécessaires par suite d'une opération ou d'un accident et achetées dans les six <i>mois</i> de l'événement déclencheur ■ Soutiens-gorge orthopédiques <ul style="list-style-type: none"> ■ 200 \$ par <i>année civile</i> ■ Perruques <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 000 \$ par période de 60 mois ■ Pistolet injecteur d'insuline <ul style="list-style-type: none"> ■ 760 \$ par période de 36 <i>mois</i> 		

Frais admissibles maximums par personne protégée		Rembour- sement	Franchise 60 \$/personne 100 \$/famille
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		
■ Niveau III	■ 220 \$ par jour		
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

Validité des ordonnances	
Garantie	Durée de l'ordonnance
■ Services d'un <i>physiothérapeute</i>	■ Un an
■ Services d'un <i>massothérapeute</i>	■ Un an
■ Services d'un <i>orthophoniste</i>	■ Un an
■ Services d'un <i>psychologue/travailleur social</i> en postes isolés lorsqu'aucun psychologue n'y travaille	■ Un an
■ Services infirmiers	■ Un an, sauf si l' <i>administrateur</i> en décide autrement
■ Services d'un <i>électrolyste</i>	■ Trois ans
■ Orthétique	■ Trois ans
■ Chaussures orthopédiques	■ Un an
Remarque : Sauf si l' <i>administrateur</i> le demande, aucune autre ordonnance n'a une validité limitée dans le temps.	

Dispositions du Régime

Demandes de règlement

L'*administrateur* doit recevoir les demandes de règlement dans les douze *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 douze *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* du Régime 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.

Paielement des prestations

L'*administrateur* rembourse au *souscripteur* les frais admissibles engagés 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 :

- les frais admissibles maximums sont établis,
- la *franchise*, qui doit être atteinte à chaque *année civile*, est soustraite de cette somme,
- 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 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 produit admissible en sus de la *franchise* annuelle, jusqu'à concurrence des maximums établis du Régime pour le service 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*.

Paielements 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.

Demande de paiement aux programmes provinciaux/territoriaux

Si vous avez droit à des prestations aux termes d'un régime provincial/territorial et que vous êtes également protégé aux termes du RSSFP, vous devez d'abord soumettre votre demande de paiement aux autorités provinciales/territoriales. Une fois votre demande traitée, vous pourrez demander le paiement du reste de vos dépenses admissibles du RSSFP.

Coordination des prestations

La coordination des prestations est la 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.

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.

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

- 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,

- 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,
- 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 :

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

Quand la demande a trait à un conjoint :

- 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 :

- au régime du parent qui célèbre son anniversaire de naissance (jour/mois) le premier dans l'année civile,
- 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,
- si les parents sont séparés ou divorcés :
 - ⇒ au régime du parent ayant la garde de l'*enfant à charge*,
 - ⇒ au régime du *conjoint* du parent ayant la garde de l'*enfant à charge*,
 - ⇒ au régime du parent n'ayant pas la garde de l'*enfant à charge*,
 - ⇒ 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.

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.

Pour plus d'information au sujet de . . .

La fiducie du RSSFP

La fiducie du RSSFP est une entité qui n'a aucun lien de dépendance avec le gouvernement fédéral. La fiducie est constituée de neuf fiduciaires et d'un(e) président(e) qui se rencontrent régulièrement pour faire en sorte que les intérêts des *participants* du RSSFP soient bien servis.

Les fiduciaires ont constitué un secrétariat qui les aidera à accomplir leurs tâches et à remplir leur mandat. Le secrétariat veillera à assurer la mise en application et le suivi efficace des principes directeurs et des décisions des fiduciaires.

Vos prestations aux termes du RSSFP

Si vous avez des questions relatives à vos prestations aux termes du RSSFP, veuillez communiquer avec l'*administrateur* du Régime, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, en composant le :

- 1-888-757-7427 (sans frais pour l'Amérique de Nord) ou

- (613) 247-5100, si vous appelez de la région de la capitale nationale.

Vous pouvez joindre un représentant à la clientèle du lundi au vendredi, entre 7 h et 20 h (HNE).

Si vous désirez obtenir des précisions au sujet de la situation d'une demande de règlement, vous pouvez joindre le service téléphonique interactif de l'*administrateur*, Service Sun Life, qui est offert 24 heures par jour, 7 jours/semaine. Il se peut que ce système ne soit pas accessible le dimanche matin afin de permettre la mise à jour des informations.

Si vous avez accès à Internet, vous pouvez également visiter le site web de l'*administrateur*, à l'adresse www.sunlife.ca.

Où envoyer vos demandes de règlement

Toute demande de règlement doit être envoyée à l'*administrateur*. Veuillez faire parvenir vos demandes de règlement dûment remplies à l'adresse suivante :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Bureau des règlements Groupe
CP 9601 CSC-T
Ottawa (Ontario) K1G 6A1

Si vous résidez dans la région de la capitale nationale et que vous désirez livrer en personne votre demande de règlement, le bureau de règlement de la Sun Life est situé au :

- 99 rue Bank,
(entre les rues Albert et Queen)
3^e étage, Ottawa (Ontario)

Les portes sont ouvertes entre 8 h 30 et 16 h 30, du lundi au vendredi. Vous pouvez également déposer votre demande de règlement en tout temps dans la boîte prévue à cet effet qui se trouve au niveau B-1 de l'édifice.

Demandes de règlement à la suite de dépenses encourues aux termes de la protection totale

Si vous avez encouru des dépenses aux termes de la protection totale, vos demandes de règlement peuvent aussi être envoyées directement à la société Accès Mondial Canada à l'adresse indiquée ci-dessous :

Accès Mondial Canada
Régime de soins de santé
de la fonction publique
CP 880
Waterloo (Ontario) N2J 4C3

Les *participants* du Régime qui habitent ou travaillent aux États-Unis peuvent téléphoner gratuitement à Accès Mondial en composant le 1-800-363-1835.

Les *participants* du Régime qui travaillent ou qui sont dans un pays autre que les États-Unis et qui ne peuvent pas téléphoner directement à Accès Mondial peuvent appeler à frais virés au (519) 742-1691, entre 8 h 30 et 16 h (HNE) du lundi au vendredi.

Garantie assistance voyage d'urgence

La garantie assistance voyage d'urgence offre une protection en cas d'urgence médicale et une assistance voyage générale aux *participants* admissibles qui voyagent à l'extérieur de leur province/territoire de résidence.

En cas d'urgence, une ligne téléphonique est à votre disposition 24 heures sur 24. Des coordonnateurs multilingues ont accès à un réseau mondial de professionnels d'assistance médicale, juridique et d'autres secours d'urgence reliés aux voyages. Les appels peuvent se faire en tout temps et sont gratuits :

- 1-800-667-2883 au Canada et aux États-Unis (sans frais), ou
- (519) 742-1342 dans les autres pays (à frais virés).

Comment compléter votre demande de règlement

Un formulaire de demande dûment complété et signé par le *souscripteur* doit être soumis. Les factures ou les reçus originaux doivent être joints à votre demande de règlement. Assurez-vous qu'ils contiennent toutes les précisions requises au sujet des services qui vous ont été dispensés ou des achats que vous avez effectués. Veuillez conserver une copie de vos reçus originaux pour vos dossiers puisqu'ils ne vous seront pas retournés.

Si vous présentez une demande de paiement selon la disposition visant la coordination des prestations, vous devez aussi inclure le relevé détaillant le paiement autorisé par l'autre régime.

L'*administrateur* vous enverra un nouveau formulaire de demande personnalisée chaque fois que vous présenterez une demande de règlement. Si vous n'avez pas de formulaire de demande personnalisé en votre possession et que vous voulez vous procurer un formulaire standard de demande de règlement, veuillez communiquer avec votre service du personnel ou de pension ou téléchargez le formulaire à partir du site web de la Fiducie du RSSFP à l'adresse suivante www.fiducierssfp.ca. Le formulaire de demande standard et le formulaire de demande relative à la protection totale sont accessibles sur ce site.

La procédure d'appel

Il peut arriver que vous ne soyez pas d'accord avec la manière dont l'*administrateur* a traité votre demande de règlement ou avec la décision concernant votre admissibilité au RSSFP. Si vous ne pouvez résoudre le problème, vous pouvez demander que votre cas soit réexaminé par la Fiducie en faisant parvenir une demande écrite à l'adresse suivante :

Fiducie du RSSFP
CP 1328 Succ B
Ottawa (Ontario) K1P 5R4

Vos cotisations mensuelles et des sommes déduites de vos prestations de pension

Si vous avez des questions au sujet de vos cotisations mensuelles, des sommes déduites de votre salaire ou de vos prestations de pension, ou relatives aux conditions d'admissibilité, veuillez vous adresser à votre service du personnel ou de pension.

Comment joindre votre service de pension

Personnes pensionnées de la fonction publique

■ Adresse :

Travaux publics et Services
gouvernementaux Canada
Pensions de retraite,
regroupement des pensions et
service à la clientèle
CP 5010
Shédiac (Nouveau-Brunswick)
E4P 9B4

■ Heures de bureau pour les demandes par téléphone :

Au Canada :
de 8 h à 16 h (votre heure locale)

Appels locaux et appels provenant
de l'étranger :
de 8 h à 16 h (heure de l'Atlantique)

■ Téléphone :

Au Canada :
1-800-561-7935 (sans frais, en
français)
1-800-561-7930 (sans frais, en
anglais)

Appels locaux :
(506) 533-5800 (bilingue)

De l'étranger :
(506) 533-5800 (bilingue — à frais
virés)

Appels par ATME (service bilingue)

■ Appels locaux :
(506) 533-5990

■ Appels interurbains :
(506) 533-5990 (à frais virés*)

* Les appels à frais virés ne seront pas acceptés si vous appelez d'une région desservie par des lignes téléphoniques gratuites, à moins que ce soit un appel ATME.

Personnes pensionnées des Forces canadiennes

■ Adresse :

Bureau du RSSFP (Forces
canadiennes)
Directeur, traitement des comptes,
solde et pension
Bureau de l'imprimerie nationale
45, boul. Sacré-Coeur
2^e étage, bureau A-2305
Gatineau (Québec) K1A 0K2

■ Téléphone :

Appels locaux (région de la Capitale
nationale) :
(819) 997-3119

Personnes pensionnées résidant
au Canada :
1-800-267-6542

Personnes pensionnées résidant
à l'étranger :
(819) 997-3119 (à frais virés)

Personnes pensionnées de la GRC

- Adresse :
Centre de gestion des prestations de la GRC
a/s Morneau Sobeco
1060, rue University
9^e étage, bureau 8-013b
Montréal (Québec) H3B 4V3
- Heures de bureau pour les demandes par téléphone :
8 h à 16 h
- Téléphone :
1-800-661-7595 (sans frais)

Personnes pensionnées en vertu de la Loi sur les juges

- Adresse :
Bureau du Commissaire
à la magistrature
99, rue Metcalfe
8^{ième} étage
Ottawa (Ontario) K1A 1E3
- Téléphone :
Appels locaux :
(613) 995-5140

Sans frais :
1-877-583-4266

Document du Régime

Si vous désirez consulter le Document du Régime, vous pouvez le faire en accédant au site web de la Fiducie du RSSFP à l'adresse suivante www.fiducierssfp.ca. Le Document du Régime est accessible sur ce site en cliquant sur les rubriques suivantes : Bienvenue, Détails du Régime, Document du Régime.

Si vous n'avez pas accès à Internet, veuillez communiquer avec le Secrétariat de la Fiducie à l'adresse indiquée ci-dessous :

Fiducie du RSSFP
CP 1328 Succ B
Ottawa (Ontario) K1P 5R4

Glossaire

Voici une liste de termes communément utilisés par le RSSFP y compris leurs définitions tel que contenues dans le Document du Régime.

administrateur

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

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, 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° T.272382B 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.

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

- personne titulaire d'une fonction ou d'un poste ou exécutant des services rémunérés à même le Trésor du Canada ou par un agent de Sa Majesté du chef du Canada,
- personne désignée par le Conseil du Trésor du Canada comme admissible à souscrire au Régime conformément à l'Annexe III du Document du Régime, telle que modifiée de temps à autre par le Conseil du Trésor du Canada,
- 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,
- 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.

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 reconnu 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.

entente de services administratifs seulement

entente conclue entre les fiduciaires et l'administrateur dans laquelle sont précisés les services que celui-ci doit fournir au titre du Régime, telle que modifiée de temps à autre.

famille

souscripteur et ses personnes à charge assurées.

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 doit payer chaque année civile avant d'avoir droit à un remboursement du Régime.

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, mais 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 autorisé, infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé ou autres 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.

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

- membre des Forces canadiennes régulières,
- 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,
- 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.

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, à défaut, personne ayant la formation nécessaire, de l'avis de l'administrateur.

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.

souscripteur

- employé ou retraité ayant demandé et obtenu d'un agent désigné la protection du RSSFP,
- membre des FC ou de la GRC ayant demandé et obtenu la protection du RSSFP pour ses personnes à charge,
- un individu membre du groupe client des Anciens Combattants Canada tel que défini à l'Annexe III du Document du Régime ayant demandé et obtenu la protection sous le 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.

