

Régime de soins de santé RBC Assurances® pour nouveaux arrivants

Sommaire de garanties



Assurances

Renseignements généraux

Ce régime est administré par le Groupe Cowan Ltée et souscrit par Aetna International.

Avis : Ce document présente un résumé des principales caractéristiques du régime de soins de santé RBC Assurances pour nouveaux arrivants. Il est préparé à titre d'information seulement et ne constitue pas en soi un contrat. Les prestations réelles seront déterminées conformément aux conditions du contrat d'assurance conclu avec l'assureur, qui est le document faisant foi. Aucune erreur typographique ou mécanique commise par l'une des parties au contrat d'assurance n'entraînera la nullité de l'assurance autrement en vigueur ou ne maintiendra l'assurance autrement résiliée en vertu des conditions du contrat.

Les renseignements contenus dans le présent livret sont importants et devraient être conservés dans un endroit sûr.

Admissibilité

Le régime offre une couverture pour les services hospitaliers et médicaux nécessaires aux employés admissibles de moins de 75 ans et à leurs personnes à charge qui ne sont pas admissibles à la couverture en vertu d'un régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

Une personne à charge admissible est une personne qui réside au Canada et qui est :

- a) votre conjoint de droit ou conjoint de fait habitant avec vous depuis au moins une année entière ;
- b) un enfant non marié et sans emploi de moins de 21 ans ; sa couverture sera maintenue jusqu'à l'âge de 26 ans s'il fréquente un établissement d'enseignement reconnu et qu'il y est inscrit à temps plein ;
- c) un enfant à charge, non marié et sans emploi, quel que soit l'âge, s'il est incapable de subvenir à ses besoins ou de travailler en raison d'une incapacité mentale ou physique et qui a été continuellement invalide depuis l'âge de 21 ans.

Adhésion

Vous pouvez adhérer à l'assurance en remplissant la demande d'adhésion disponible auprès de votre employeur. Lors de votre adhésion, vous recevrez un certificat d'identification indiquant votre numéro de groupe et d'identification. Ce certificat doit être présenté au fournisseur de soins de santé, accompagné d'une preuve d'identité, avant de recevoir des services.



Si vous décidez de résilier l'assurance au titre de ce régime et que vous présentez une nouvelle demande d'assurance par la suite, vous devrez présenter une preuve médicale d'assurabilité satisfaisante avant que votre demande d'adhérer à nouveau au régime ne soit approuvée.

Demande de prestations

En règle générale, les paiements des demandes de règlement sont effectués directement au fournisseur du service de soins de santé. Présentez votre carte d'avantages sociaux Cowan à votre fournisseur de service. Dans certains cas, vous devrez payer le fournisseur et demander le remboursement au régime. Envoyez vos formulaires de demande de règlement et vos reçus dûment remplis à :

Groupe Cowan Ltée

Administrateur de régime

700-1420, place Blair Towers
Ottawa (Ontario) K1J 9L8

Téléphone : 613 741-3313

Sans frais : 1 888 509-7797

Télécopieur : 613 741-7771

clients@cowangroup.ca

Soumettez vos demandes de règlement en ligne au moyen du portail des participants Cowan, à l'adresse clients.cowangroup.ca

Selectionnez **Soumettre une demande de règlement**.

Preuve de sinistre

Les demandes de règlement doivent être présentées dans les 90 jours suivant la date à laquelle les frais ont été engagés. En aucun cas, l'assureur ne sera tenu responsable des frais présentés plus de six mois après la prestation de services ou de fournitures. Si on prévoit que les demandes de règlement d'une personne dépasseront 50 000 \$ par année, le demandeur peut être dirigé vers un fournisseur de soins de santé qualifié, choisi par l'assureur. Toutes les prestations des demandes de règlement admissibles seront payées en dollars canadiens.

Coordination des prestations

Si vous recevez des prestations similaires d'un autre assureur, le montant remboursable en vertu du régime sera coordonné de manière à ce que toutes les prestations versées en vertu de tous les régimes d'assurance n'excèdent pas la totalité (100 %) des frais admissibles.

Fin de la couverture

Votre couverture et la couverture de vos personnes à charge prendra fin à la première des éventualités suivantes :

- le jour où vous ou vos personnes à charge cessez d'être admissibles en raison d'une cessation d'emploi, de votre 75^e anniversaire de naissance, de votre départ à la retraite, d'un congé autorisé, de l'atteinte de la limite d'âge par l'une de vos personnes à charge ou d'un changement de catégorie ;
- la date à laquelle votre employeur résilie le contrat d'assurance collective.

Services couverts

Les frais suivants sont couverts à condition qu'ils soient engagés pendant que la personne est assurée pour ces frais. Les frais couverts correspondent au montant le moins élevé entre les dépenses réelles et les frais habituels établis par

le régime d'assurance maladie provincial ou territorial. Bien que certaines prestations soient versées conformément au barème des tarifs du RAME (indiqué ci-dessous avec un astérisque (*)), les prestations du régime de soins de santé pour nouveaux arrivants sont offertes partout au Canada.

- **Services hospitaliers** : Les hospitalisations et les consultations externes nécessaires au traitement de maladies et de blessures : séjour en salle à l'hôpital (une chambre semi-privée ou privée sera permise dans la mesure où le médecin traitant atteste par écrit qu'elle est nécessaire), services de soins infirmiers nécessaires fournis par l'hôpital, ergothérapie, orthophonie, physiothérapie, audiologie, thérapie psychologique (prescrite par un médecin), procédures de diagnostic en laboratoire et radiographie, utilisation d'une salle d'opération ou d'accouchement, services de radiothérapie, utilisation d'équipement de dialyse rénale à domicile, utilisation d'équipement d'hyperalimentation à domicile.

On définit un hôpital comme étant un établissement désigné comme hôpital au sens de la loi, ouvert en tout temps, qui offre des services d'hébergement aux patients hospitalisés, compte sur la présence permanente d'au moins un médecin et offre des soins infirmiers fournis par des infirmières autorisées 24 heures sur 24.

- **Services médicaux** : Frais raisonnables et habituels nécessaires pour des raisons médicales : services d'un médecin à domicile, à son cabinet, à l'hôpital ou dans tout autre établissement, diagnostic et traitement de maladies et de blessures, traitement de fractures et de dislocations, administration d'anesthésiques, soins obstétricaux, y compris les soins prénataux et postnataux. Pour les interventions chirurgicales non urgentes, une approbation préalable est requise. Le médecin ou le chirurgien de la personne assurée doit soumettre à l'administrateur de régime une évaluation diagnostique et un pronostic quant à l'état de santé à traiter.





■ Services de diagnostic en laboratoire et de radiographie : Frais raisonnables et habituels nécessaires pour des raisons médicales : radiographie à des fins de diagnostic et de traitement, services d'analyse en laboratoire et anatomopathologie clinique à la demande d'un médecin.

■ Services d'ambulance* : Frais raisonnables et habituels pour des services d'urgence en ambulance (transport terrestre) jusqu'à l'hôpital le plus près qui offre les soins nécessaires, dans la mesure où un médecin ou un représentant de l'hôpital confirme la nécessité du traitement sur le plan médical. Dans la mesure où il y a eu approbation, le régime couvre également les services d'ambulance aérienne dans la province. Le remboursement sera limité au montant maximal prévu par la grille tarifaire de l'assurance maladie gouvernementale et sera assujetti à une participation aux frais.

Dans un cas comme dans l'autre, si l'assuré est transporté à un centre plus éloigné, l'assureur offrira une prestation calculée en fonction des frais de transport jusqu'à l'endroit le plus près où sont offerts les soins nécessaires.

■ Soins de la vue : Un examen de la vue réalisé par un médecin, un ophtalmologue ou un optométriste autorisés, pendant une période de 12 mois consécutifs.

■ Prestations à l'extérieur de la province ou du Canada : Les services reçus à l'extérieur de la province ou du pays ne sont remboursés que s'ils sont dus à une maladie ou à une blessure qui doit être traitée immédiatement. Les frais engagés seront remboursés en fonction du montant maximal permis par le régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

On définit une urgence médicale comme une blessure soudaine et imprévue, ou une maladie grave.

■ Services paramédicaux : Les frais engagés pour les services paramédicaux suivants seront remboursés jusqu'à concurrence du montant maximum établi par année civile. Le maximum est de 155 \$ pour un ostéopraticien, de 135 \$ pour un podiatre, et de 500 \$ pour un chiropraticien ou un physiothérapeute.

■ Maisons de repos, soins aux malades chroniques en hôpital et de soins à domicile* : Les dépenses pour des maisons de repos ne sont admissibles que si la personne assurée a besoin d'une surveillance médicale permanente, ainsi que de soins infirmiers et personnels. Dans un tel cas, le régime rembourse jusqu'au maximum permis en vertu du régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

Une prestation pour services dispensés aux malades chroniques à l'hôpital existe ; les personnes qui souffrent d'une maladie ou d'une invalidité de longue durée qui ne peut être traitée à domicile peuvent s'en prévaloir jusqu'à concurrence de 60 jours par personne assurée. Les services dispensés aux malades chroniques sont couverts s'ils débutent pendant que la personne est assurée en vertu de cette disposition du régime.

Les soins à domicile sont admissibles lorsqu'ils doivent être fournis par un professionnel compétent, que le professionnel n'est pas membre de la famille du patient, et si :

- le médecin confirme que les services sont nécessaires ;
- les consultations externes ne suffisent pas à répondre aux besoins du patient, et
- les résultats témoignent de progrès dans la réadaptation du patient.

Dans la mesure où ils ont été approuvés, les soins comprennent : des soins infirmiers, des services de physiothérapie et d'ergothérapie, les services d'un orthophoniste, d'un travailleur social, d'un nutritionniste et d'un auxiliaire familial. D'autres conditions s'appliquent, conformément au régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

■ Soins dentaires en milieu hospitalier* : Les honoraires des dentistes sont remboursés si le patient court un risque médical, si les services sont fournis à l'hôpital par un chirurgien-dentiste qui fait partie du personnel de l'hôpital et si les services constituent un traitement reconnu et approuvé en vertu du régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

■ Programme d'appareils et accessoires fonctionnels* : Dans la mesure où leur utilisation a été approuvée, l'équipement et les appareils et accessoires durables requis par des personnes handicapées jusqu'à concurrence de ce qui est prévu par le régime d'assurance maladie provincial ou territorial et selon les mêmes conditions, ce qui comprend le programme d'appareils fonctionnels.

■ Évacuation sanitaire ou rapatriement : Si l'assuré reçoit un diagnostic de maladie en phase terminale (12 mois ou moins à vivre), est gravement malade ou grièvement blessé, et à condition que l'état médical soit stable, ou advenant son décès, le régime remboursera les frais de

rapatriement de la personne assurée ou de sa dépouille par la voie la plus directe, jusqu'à l'aérogare le plus proche de sa résidence dans son pays d'origine, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ (les dépenses doivent être jugées raisonnables par l'assureur lorsque comparées aux frais habituellement exigés pour un tel service). Les dépenses admissibles incluent le billet d'avion en classe économique pour l'assuré (ou une civière, si nécessaire) et le billet aller-retour d'un accompagnateur médical qualifié (si un médecin traitant confirme que c'est nécessaire), ce qui comprend, le cas échéant, les frais d'hôtel et de repas de l'accompagnateur médical. En cas de décès, la préparation et le transport de la dépouille, notamment le coût du cercueil et de l'équipement spécialisé, seront également remboursés jusqu'à concurrence d'un montant global de 10 000 \$.

Limitations et exclusions

Les prestations ne peuvent excéder 500 000 \$ par année et par personne, et 1 000 000 \$ par personne à vie. Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- Frais d'hôpital supérieurs au tarif des non-résidents ;
- Consultations externes uniquement pour l'administration de médicaments ;
- Lunettes, béquilles, plâtres ou autres aides semblables ;
- Frais de soins infirmiers privés ;
- Médicaments prescrits et apportés à la maison à la sortie de l'hôpital ;
- Frais de transport autres que les services ambulanciers approuvés ;
- Examens ou certificats médicaux aux fins d'embauche ou de maintien d'emploi, d'assurance vie ou d'inscription à un camp, de loisirs ou d'immigration ;

- Chirurgie plastique et services ou matériel liés à un traitement dans le cadre d'une chirurgie plastique ;
- Acupuncture ;
- Cours prénataux ;
- Traitements et médicaments pour la fertilité et la surveillance du poids ;
- Tests psychologiques (sauf s'ils sont effectués à l'hôpital) ;
- Services de santé autres que ceux qui sont offerts par les hôpitaux et les praticiens approuvés et indiqués dans le présent document ;
- Examens, immunisations et vaccinations de groupe ;
- Dépenses découlant de la perpétration d'un acte criminel ou d'une tentative à cet effet ;
- Services et matériel liés à des sports professionnels ;
- Dépenses découlant de la participation à une guerre, à une insurrection ou à la participation volontaire à une émeute, ou du service au sein des forces armées d'un pays, quel qu'il soit ;
- Frais engagés par une personne assurée pour lesquels elle a droit à des prestations ou à un remboursement en vertu de tout autre régime d'assurance, ou pour des services qui seraient fournis gratuitement en l'absence de la protection fournie au titre de la présente convention ;
- Frais excédant le montant remboursable aux résidents en vertu du régime d'assurance maladie provincial ou territorial, à moins d'indication contraire dans le présent document ;
- Services qui ne sont plus couverts par le régime d'assurance maladie provincial ou territorial, à partir de la date de leur élimination, à moins d'indication contraire dans le présent document.

Si vous avez des questions ou désirez de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec Groupe Cowan Ltée : 1 888 509-7797 ou clients@cowangroup.ca

