Régime de soins de santé de la fonction publique

Aperçu du livret du participant

Août 2023

Table des matières

Introduction **5**

Bienvenue au Régime de soins de santé de la fonction publique **5**

Le Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) 6

Garanties **7**

Exclusions et limitations générales **7**

Garantie-maladie complémentaire **8**

Frais de médicaments **9**

Frais admissibles 9

Exclusions 11

Programme d'autorisation préalable 11

Substitution obligatoire de médicaments génériques 13

Substitution par un médicament biosimilaire 14

Honoraires professionnels des pharmaciens et limites de la fréquence 14

Protection pour médicaments onéreux en cas de frais de médicaments élevés 15

Soins de la vue **16**

Frais admissibles 16

Exclusions 17

Professionnels de la santé **17**

Services de médecins et services de laboratoire 17

Frais admissibles 18

Exclusions 21

Frais divers **21**

Frais admissibles 21

Appareils durables – Pour des soins – Appareils pour mouvements physiques 28

Appareils durables – Pour des soins – Appareils d'appui et de repos 29

Appareils durables – Pour des soins – Appareils de détection 29

Appareils durables – Pour des soins – Appareils d'appui mécanique et thérapeutique 30

Appareils durables – Pour des soins – Appareils d'appui aérothérapeutique 31

Exclusions 32

Soins dentaires **33**
Traitement à moindre coût 33
Blessure accidentelle 33
Opérations buccales 33
Exclusions **36**
Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province **36**
Garantie-voyage d'urgence 36
Frais admissibles 37
Garantie assistance voyage d'urgence 37
Voyage en service commandé 38
Services rendus sur recommandation 38
Exclusions 39

Introduction

Bienvenue au Régime de soins de santé de la fonction publique

Le présent aperçu du livret du participant vise à fournir une description des prestations prévues au titre de la garantie-maladie complémentaire offerte aux participants du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) ainsi qu'à leurs personnes à charge admissibles.

Ce livret ne fournit pas de renseignements exhaustifs sur toutes les garanties et dispositions du RSSFP, et ne remplace pas la Directive du RSSFP, laquelle comprend toutes les modalités et dispositions du RSSFP. En cas de divergence entre l'information contenue dans le présent livret et celle contenue dans la Directive du RSSFP, la Directive du RSSFP s'appliquera en tant qu'autorité. Vous trouverez la Directive du régime dans le **site web du Conseil national mixte**, à l'adresse **njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/fr**. À moins que le contexte n'indique le contraire, les définitions utilisées dans l'ensemble du présent document se trouvent dans la **Directive du régime** à l'adresse **njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/fr.**

La présente version correspond à la première partie du livret du participant du RSSFP. Ce livret n'est pas exhaustif et vise uniquement à fournir des renseignements aux participants sur la garantie-maladie complémentaire. La deuxième partie du livret du participant du RSSFP est en cours de développement et sera publiée à l'automne 2023. De plus, elle contiendra des renseignements supplémentaires sur les garanties et les dispositions du RSSFP.

Les descriptions des prestations offertes au titre de la garantie-maladie complémentaire comprennent les changements apportés au RSSFP qui sont entrés en vigueur le 1er juillet 2023. Ces changements ont été négociés au Comité des partenaires du RSSFP, un forum collaboratif de négociations formé de l'employeur, de l'agent négociateur (des employés) et des représentants des pensionnés.

Le Comité a pour mandat de formuler des recommandations aux ministres du Conseil du Trésor sur tous les aspects du régime. Les améliorations visant à moderniser le RSSFP découlent de négociations réussies entre toutes les parties, et elles répondent aux besoins d'une main-d'œuvre diversifiée dans le secteur public canadien, ses retraités et les personnes à charge admissibles, tout en tenant compte du fait que les garanties offertes aux participants sont financées à même les fonds publics.

Tous les changements et toutes les dispositions ont fait l'objet d'une Analyse comparative entre les sexes plus (ACS Plus). L'ACS Plus est un processus qui permet d'analyser les inégalités systémiques auxquelles font face les femmes, les hommes et les personnes de diverses identités de genre, ainsi qu'un grand nombre de facteurs identitaires comme l'appartenance à une minorité visible, les handicaps physiques et mentaux, l'âge ainsi que l'appartenance à une communauté rurale ou à tout autre groupe vulnérable. L'ACS Plus tient compte aussi de la façon dont l'interaction de ces facteurs identitaires influence la perception qu'ont les gens des politiques et des initiatives gouvernementales.

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie) est responsable de l'administration courante du RSSFP. Cela comprend l'évaluation et le paiement des demandes de règlement admissibles selon la Directive du régime, ainsi que la prestation des services précisés dans le contrat du régime (p. ex. le Centre de services aux participants du RSSFP, les services d'audit et de détection, le site web des Services aux participants du RSSFP, etc.). Les participants peuvent communiquer avec la Canada Vie au 1 855 415-4414. Notre Centre de services aux participants est accessible du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h (votre heure locale), et de l'aide y est offerte par téléphone ou clavardage. Les participants peuvent également consulter le **site web des Services aux participants du RSSFP** à l'adresse **canadavie.com/rssfp** pour obtenir plus d'informations.

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

L'objectif du RSSFP est de rembourser aux participants la totalité ou une partie des frais qu'ils ont engagés et payés en totalité pour obtenir des services et des produits admissibles énumérés dans la Directive du régime. Le remboursement est effectué uniquement après que les participants et leurs personnes à charge admissibles se sont prévalus de la protection offerte par leur régime d'assurance maladie provincial ou territorial ou tout autre système de remboursement des frais de soins de santé auquel ils sont assujettis. Sauf indication contraire dans la Directive du régime, tous les produits et services admissibles au titre du RSSFP doivent être prescrits par un médecin, une infirmière ou un infirmier praticien, ou encore un dentiste autorisé à exercer sa profession conformément à la loi applicable dans le territoire où l'ordonnance est prescrite. D'autres professionnels de la santé qualifiés peuvent prescrire des médicaments si la législation provinciale ou territoriale applicable le permet.

Le RSSFP rembourse les dépenses admissibles sur une base « **raisonnable et habituelle** » afin de s'assurer que le niveau des frais est raisonnable dans la région géographique où les dépenses sont engagées, sous réserve des limites indiquées dans la Directive du régime.

La participation au RSSFP est facultative, à moins d'indication contraire. Les personnes admissibles qui désirent adhérer au RSSFP ou apporter un changement à leur protection doivent remplir et soumettre un formulaire de demande en ligne en utilisant les Applications Web de la rémunération (AWR) sécurisées ou soumettre un formulaire d'adhésion papier accessible **en ligne** à l'adresse **rssfp.ca/formulaires-et-documents/**. Ils peuvent également communiquer avec le bureau de rémunération de leur ministère, le Centre des services de paye ou le Centre des pensions.

Le RSSFP offre deux types de protection :

1. **Protection supplémentaire :** sert de complément aux régimes d'assurance maladie provinciaux ou territoriaux pour couvrir les frais raisonnables et habituels admissibles.
2. **Protection totale :** protège les participants qui sont affectés ou déployés à l'extérieur du Canada par leur employeur ou qui vivent à l'extérieur du Canada en tant que participant retraité et qui ne sont plus admissibles à un régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

Garanties

Exclusions et limitations générales

Aucune garantie n'est payable pour :

- Les frais qui sont couverts en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi ainsi que de tout règlement similaire, ou par un organisme gouvernemental
- Les frais engagés pour des fournitures et des services fournis ou prescrits par une personne résidant habituellement au domicile du patient ou liée à ce dernier par le sang, le mariage ou une union de fait
- Les frais engagés pour des services ou des articles ou produits réservés à des fins esthétiques seulement ou pour des problèmes qui ne peuvent pas nuire à la santé, sauf s'ils s'imposent à la suite d'une blessure accidentelle
- Les frais engagés pour des services ou des articles ou produits habituellement offerts gratuitement
- Les frais engagés pour des services fournis relativement aux examens médicaux exigés par un assureur, une école, un camp, une association ou un employeur, ou nécessaires en vue d'obtenir un passeport ou pour toute autre raison similaire
- Les frais engagés pour des soins ou services fournis par un médecin diplômé pratiquant au Canada à une personne protégée admissible à un régime d'assurance maladie provincial ou territorial, sauf lorsque ces soins ou services sont expressément prévus dans les dispositions du régime
- Les frais engagés pour des produits ou des traitements expérimentaux pour lesquels, de l'avis de la Canada Vie, aucun examen clinique objectif ne permet de prouver leur innocuité ou leur efficacité pour l'usage recommandé ni les conditions dans lesquelles ils doivent être utilisés
- Les frais engagés pour des services ou des produits qui ne sont pas légalement assurables
- La portion des frais qui sont payables au titre d'un régime d'assurance maladie provincial ou territorial, d'un régime d'assurance médicaments provincial ou territorial, 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
- La portion des frais engagés pour des services, articles ou produits fournis par un hôpital à l'extérieur du Canada qui seraient habituellement remboursables au titre d'un régime d'assurance maladie ou d'assurance hospitalisation provincial ou territorial si ces services, articles ou produits avaient été fournis par un hôpital au Canada
    - Cette restriction ne s'applique pas aux frais admissibles au titre de la garantie-hospitalisation (à l'extérieur du Canada) et de la garantie-maladie complémentaire pour les frais admissibles engagés à l'extérieur de la province.
- La portion des frais qui relèvent de la responsabilité juridique d'un tiers
- Les frais à l'égard 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 au titre des régimes d'assurance maladie provinciaux ou territoriaux ou, dans le cas des participants habitant à l'extérieur du Canada, qui ne sont pas remboursables au titre de la garantie-maladie de base du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP).

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

La garantie-maladie complémentaire comprend les garanties suivantes :

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

Certaines garanties, peuvent être calculées en fonction des **frais raisonnables et habituels** ainsi que de certaines limites qui figurent dans les tableaux des frais admissibles. La co-assurance s'applique pour toutes les garanties, sauf indication contraire.

Frais de médicaments

Frais admissibles

Pour que les frais de médicaments soient admissibles, il faut que :

- Les frais soient **raisonnables et habituels**
- Les médicaments soient prescrits par un médecin, un dentiste, une infirmière ou un infirmier praticien (si la législation provinciale ou territoriale applicable l'autorise), ou tout autre professionnel de la santé qualifié si la législation provinciale ou territoriale applicable l'autorise à prescrire les médicaments
- Les médicaments soient délivrés par un pharmacien ou médecin

Lorsqu'il est indiqué dans le tableau ci-dessous que des documents médicaux supplémentaires sont exigés, veuillez passer en revue les précisions contenues dans le tableau ou consulter la page **Formulaires** du site web des Services aux participants du RSSFP (**bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires**). Vous pouvez aussi communiquer avec la Canada Vie pour qu'un formulaire vous soit envoyé par la poste. Lorsqu'aucune précision n'est indiquée ou qu'aucun nom de formulaire n'est fourni, cela peut signifier que seule une ordonnance est exigée.

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

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Médicaments qui nécessitent une ordonnance en vertu de la loi	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Médicaments contrôlés ou médicaments nécessitant une ordonnance où figure un numéro d'identification du médicament (DIN)	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Médicaments essentiels à la vie	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Médicaments admissibles qui figurent à l'**annexe VII de la Directive du RSSFP** (**njc-cnm.gc.ca/directive/d9/v283/s829/fr**)	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Médicaments sur ordonnance injectables	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Comprend l'insuline et les sérums anti-allergiques.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Médicaments composés	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Doit contenir au moins un ingrédient actif qui est un médicament admissible au titre du RSSFP.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Vitamines et minéraux	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Lorsqu'ils sont prescrits pour le traitement d'une maladie chronique, pourvu que ces produits aient une valeur thérapeutique reconnue, et pourvu que le médecin ou l'infirmière ou l'infirmier praticien traitant confirme qu'aucune autre solution de rechange ne s'offre au patient.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Appareils d'administration de médicaments contre l'asthme	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Comprend les dispositifs faisant partie intégrante du produit et les aérochambres avec masques pour l'administration de médicaments contre l'asthme.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Formules spécialisées pour nourrissons	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Lorsque le nourrisson protégé a une intolérance aux protéines tant bovines que de soja qui a été confirmée par écrit par le médecin autorisé ou l'infirmière ou l'infirmier praticien traitant.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Substances nutritives thérapeutiques de remplacement	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Pour le traitement d'une blessure ou d'une maladie autre qu'une allergie ou des maux liés à des soins de nature esthétique, lorsqu'il n'existe aucune autre solution nutritionnelle.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Contraceptifs	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Comprend les contraceptifs oraux, les contraceptifs non oraux, comme des timbres, des anneaux vaginaux, des implants contraceptifs (intra-utérin et bras), et les dispositifs intra-utérins (DIU), y compris les DIU en cuivre.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Aides de sevrage du tabac	2 000 $ à vie	Comprend les aides qui ne requièrent pas d'ordonnance.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Médicaments pour le traitement de la dysfonction érectile	500 $ par année civile	Sans objet	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Exclusions

Le RSSFP ne rembourse pas ce qui suit :

- Les médicaments qui sont considérés comme expérimentaux selon l'évaluation de l'admissibilité effectuée par la Canada Vie qui est axée sur les meilleures pratiques de l'industrie et des raisons médicales
- Les articles ou produits faisant l'objet de publicité qui sont considérés comme des remèdes traditionnels selon l'évaluation de l'admissibilité effectuée par la Canada Vie qui est axée sur les meilleures pratiques de l'industrie et des raisons médicales
- Les vitamines, les minéraux et les suppléments protéiques, sauf s'ils font partie des frais admissibles
- Les substances nutritives thérapeutiques autres que celles qui font partie des frais admissibles
- Les produits nécessaires à une diète et les suppléments pour diète, les aliments pour bébé et les succédanés de sucre et de sel, sauf s'ils font partie des frais admissibles
- Les pastilles, les rince-bouche, les shampooings non médicamenteux, les produits pour l'entretien de lentilles cornéennes, les nettoyants pour la peau, les protecteurs pour la peau et les émollients
- Les médicaments utilisés à des fins esthétiques
- Les médicaments utilisés à l'égard de troubles pour lesquels leur utilisation n'est pas recommandée par le fabricant
- Les frais engagés dans tous les cas précisés dans la liste des **Exclusions et limitations générales**
- Les frais remboursables par un régime d'assurance médicaments provincial ou territorial, que le participant et ses personnes à charge admissibles participent ou non au RSSFP
- Les dépenses pour des contraceptifs qui sont des méthodes « barrières », comme les condoms masculins ou féminins, les diaphragmes et les capes cervicales, ainsi que les spermicides comme les mousses et gelées

Programme d'autorisation préalable

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

L'autorisation préalable permet aux participants du RSSFP (ou à leurs personnes à charge admissibles) de discuter des options de traitement avec leurs médecins. Ce processus vise à promouvoir des traitements moins effractifs et moins coûteux, mais tout aussi efficaces, lorsque c'est médicalement approprié.

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

- Si le médicament constitue un traitement raisonnable pour l'affection du participant ou de sa personne à charge admissible
- S'il existe d'autres médicaments indiqués dans le traitement de l'affection que le participant ou sa personne à charge admissible devrait essayer d'abord
- S'il existe des médicaments moins coûteux qui constituent un traitement raisonnable pour l'affection médicale du participant ou de sa personne à charge admissible
- Si le médicament prescrit est couvert au titre d'autres programmes auxquels le participant ou sa personne à charge admissible est assujetti

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

- La Canada Vie procède actuellement à un examen du médicament pour en déterminer l'efficacité, l'innocuité et le rapport coût-efficacité.
- Le médicament a fait l'objet d'un examen et ne satisfait pas aux critères d'admissibilité au titre du RSSFP.

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

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

Dans le cas où un participant n'est pas d'accord avec une décision d'autorisation préalable, il peut demander à la Canada Vie d'examiner son dossier. Une fois que tous les moyens d'examen auprès de la Canada Vie ont été épuisés, le participant peut, enfin, faire appel auprès de l'Administration du RSSFP (**Régime de soins de santé de la fonction publique | Comment faire appel** (**rssfp.ca/appels/comment-faire-appel/**). La procédure d'appel est le dernier niveau d'examen dans le cadre du RSSFP.

Les participants peuvent demander que leur dossier soit réexaminé par l'Administration du RSSFP en faisant parvenir une demande écrite à l'adresse suivante :

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

Renseignements supplémentaires

Les participants et leurs personnes à charge admissibles qui recevaient des traitements en date du 1er juillet 2023 sont visés par une clause de droits acquis permanente; leurs médicaments continuent donc d'être admissibles.

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

La clause de droits acquis ne s'applique pas aux participants du RSSFP qui prennent des médicaments biologiques pour lesquels un médicament biosimilaire est offert.

Pour obtenir la liste des médicaments sur ordonnance qui nécessitent une autorisation préalable, consultez la page **Formulaires** du site web des Services aux participants du RSSFP (**bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires**). Vous pouvez aussi communiquer avec la Canada Vie pour qu'un formulaire vous soit envoyé par la poste.

Substitution obligatoire de médicaments génériques

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

Le 1er juillet 2023, la substitution obligatoire de médicaments génériques a été mise en œuvre dans le cadre du RSSFP. Le RSSFP peut limiter le remboursement d'un médicament sur ordonnance au coût du médicament de substitution le moins coûteux. Ce médicament de substitution doit également être considéré comme un traitement raisonnable pour l'affection du participant ou de sa personne à charge admissible.

- Jusqu'au 31 décembre 2023, le remboursement des médicaments d'origine sur ordonnance correspondra à 80 % de leur coût pour les personnes qui ont des ordonnances existantes avant le 1er juillet 2023, à condition que ces ordonnances soient traitées par voie électronique à la pharmacie au moyen de la carte de prestations du RSSFP.
- Toutes les nouvelles ordonnances sont assujetties à la substitution obligatoire de médicaments génériques.

À compter du 1er janvier 2024, le remboursement de tous les médicaments sur ordonnance admissibles au titre du RSSFP correspondra à 80 % du coût du médicament générique de substitution le moins coûteux.

- Si, pour une raison médicale, une personne ne peut pas prendre la version générique du médicament qui lui est prescrit, il est possible que le médicament d'origine soit tout de même admissible et remboursé à 80 % si l'ordonnance est traitée par voie électronique à la pharmacie au moyen de la carte de prestations du RSSFP. Des exceptions peuvent être accordées en fonction de l'évaluation de la nécessité médicale effectuée par la Canada Vie.
- Le médecin ou l'infirmière ou l'infirmier praticien traitant doit remplir le formulaire Demande de protection pour un médicament d'origine et le présenter à la Canada Vie pour examen. Vous trouverez ce formulaire à la page **Formulaires** du site web des Services aux participants du RSSFP (**bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires**). Vous pouvez aussi communiquer avec la Canada Vie pour que le formulaire vous soit envoyé par la poste.

Trois options s'offrent aux participants lorsqu'ils présentent une ordonnance. Ils peuvent :

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

Vous trouverez ce formulaire à la page **Formulaires** du site web des Services aux participants du RSSFP (**bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires**). Vous pouvez aussi communiquer avec la Canada Vie pour que le formulaire vous soit envoyé par la poste.

Substitution par un médicament biosimilaire

Dans le cadre du RSSFP, la préférence est accordée aux médicaments biosimilaires lorsque ceux-ci sont offerts. Les médicaments biosimilaires sont remboursés à 80 %. Les médicaments biologiques et les médicaments biosimilaires sont examinés et approuvés par Santé Canada. Sur le plan de la qualité, de l'efficacité et de l'innocuité, les médicaments biosimilaires sont très semblables aux médicaments biologiques d'origine dont l'utilisation a déjà été autorisée.

- Si un participant ou sa personne à charge admissible prend un médicament biologique pour lequel un médicament biosimilaire est offert, la Canada Vie peut communiquer directement avec le participant pour lui fournir de l'information sur la substitution de ce médicament par un médicament biosimilaire équivalent. Si, pour une raison médicale, une personne ne peut pas prendre la version biosimilaire du médicament qui lui est prescrit, elle peut demander qu'une exception lui soit accordée.
    - Si une exception est requise, le professionnel de la santé peut remplir le formulaire Demande de protection pour un médicament sur ordonnance d'origine, et le RSSFP remboursera le coût applicable du nouveau médicament d'origine. Vous trouverez ce formulaire à la page **Formulaires** du site web des Services aux participants du RSSFP (**bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires**). Vous pouvez aussi communiquer avec la Canada Vie pour que le formulaire vous soit envoyé par la poste.
- Les facteurs qui sont pris en compte lors de l'évaluation des demandes d'exception visant la protection pour un médicament biologique d'origine peuvent comprendre la justification clinique, la logistique entourant la prise du médicament ainsi que des circonstances exceptionnelles.
- Les participants et leurs personnes à charge admissibles qui se sont vu prescrire de nouveaux traitements biologiques pour lesquels un médicament biosimilaire est offert après le 1er juillet 2023 devront passer à un traitement biosimilaire.
- Il est possible que les demandes de règlement pour les médicaments biologiques d'origine soient refusées ou que leur remboursement soit limité à 80 % du coût du médicament biosimilaire.

Honoraires professionnels des pharmaciens et limites de la fréquence

Limites relatives aux honoraires professionnels des pharmaciens

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

Les participants du RSSFP et leurs personnes à charge admissibles ont droit à un remboursement maximal de 8 $ pour les honoraires professionnels des pharmaciens. Le pourcentage de remboursement pour ces frais est fixé à 80 %. Des exceptions peuvent s'appliquer à certaines provinces ou à certains territoires en raison des règlements régissant l'exercice de la pharmacie.

Il est courant dans l'industrie que des limites relatives aux honoraires professionnels des pharmaciens soient fixées dans le cadre de régimes de retraite d'employeur. Ces limites constituent un mécanisme de partage des coûts entre le promoteur du régime et le participant du régime qui s'apparente à une co-assurance.

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

Limites quant à la fréquence

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

Les participants et leurs personnes à charge admissibles peuvent présenter jusqu'à cinq demandes de remboursement des honoraires professionnels des pharmaciens par année civile pour les médicaments d'entretien au titre du RSSFP. Afin de réduire le nombre de fois où des honoraires professionnels des pharmaciens sont facturés et de ne pas dépasser le plafond annuel, les participants peuvent demander à la pharmacie de leur fournir une provision de 90 jours pour leurs médicaments d'entretien. Cette pratique peut réduire les coûts pour le participant et pour le régime.

Des exceptions pourront être envisagées dans certains cas, notamment :

- S'il y a des préoccupations liées à la sécurité pour le médicament prescrit (par exemple, substance réglementée, conformité de l'emballage / emballage-coque, etc.)
- S'il y a des restrictions particulières relativement à l'entreposage du médicament prescrit (par exemple, le médicament doit être gardé au grand froid)
- Si le montant de la co-assurance pour un approvisionnement de trois mois du médicament prescrit est supérieur à 100 $
- Si le participant bénéficie d'une **protection totale**
- Dans certaines provinces ou certains territoires en raison des règlements régissant l'exercice de la pharmacie

Pour demander une exception, un participant et son fournisseur de soins de santé prescripteur doivent remplir la Demande d'exception à la limite de fréquence quant aux frais d'exécution d'ordonnance. Les participants trouveront ce formulaire à la page **Formulaires** du site web des Services aux participants du RSSFP (**bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires**). Ils peuvent aussi communiquer avec la Canada Vie pour que le formulaire leur soit envoyé par la poste.

Protection pour médicaments onéreux en cas de frais de médicaments élevés

La protection pour médicaments onéreux protège les participants et leurs personnes à charge admissibles qui engagent des coûts de médicaments élevés au cours d'une année civile. Les frais des médicaments admissibles engagés par la personne protégée au cours d'une année civile sont remboursés à 80 % jusqu'à concurrence de 3 500 $ de dépenses payées de sa poche, puis les frais de médicaments sur ordonnance admissibles sont remboursés à 100 % pour le reste de l'année.

Soins de la vue

Frais admissibles

- Lorsqu'il est indiqué dans le tableau ci-dessous que des documents médicaux supplémentaires sont exigés, veuillez passer en revue les précisions contenues dans le tableau ou consulter la page **Formulaires** du site web des Services aux participants du RSSFP (**bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires**). Vous pouvez aussi communiquer avec la Canada Vie pour qu'un formulaire vous soit envoyé par la poste. Lorsqu'aucune précision n'est indiquée ou qu'aucun nom de formulaire n'est fourni, cela peut signifier que seule une ordonnance est exigée.

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

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

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Dans le cas d'un participant ou d'une personne à charge admissible de plus de 21 ans	Une fois dans les 60 mois suivant l'achat le plus récent	Un remplacement anticipé peut être permis s'il est médicalement prouvé qu'il est requis en raison de la croissance ou du rétrécissement des tissus environnants.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

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

Professionnels de la santé

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

Services de médecins et services de laboratoire

Les frais admissibles sont les **frais raisonnables et habituels** pour les services de médecins et les services de laboratoire qui ne sont pas admissibles à un remboursement au titre du régime d'assurance maladie provincial ou territorial du participant, mais qui seraient admissibles à un remboursement au titre d'au moins un autre régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

Les frais de laboratoire comprennent les services qui, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin et exécutés sous sa direction, génèrent de l'information utilisée pour le diagnostic ou 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, l'anatomopathologie clinique, la radiologie, les ultrasons, etc.

Lorsqu'une seule province ou un seul territoire rembourse les frais d'un service donné et décide de cesser d'offrir cette protection, le Comité des partenaires doit étudier la question pour décider s'il devrait aussi mettre fin à la protection au titre du régime. Les demandes de règlement pour les services de ce genre présentées après la cessation de la protection provinciale ou territoriale sont conservées jusqu'à ce que le Comité des partenaires se soit prononcé.

Quand une province ou un territoire commence à rembourser les frais engagés pour un service donné, les demandes de règlement pour ce service sont conservées jusqu'à ce que le Comité des partenaires ait pu déterminer si le service devrait être admissible au titre du RSSFP.

Frais admissibles

- Lorsqu'il est indiqué dans le tableau ci-dessous que des documents médicaux supplémentaires sont exigés, veuillez passer en revue les précisions contenues dans le tableau ou consulter la page **Formulaires** du site web des Services aux participants du RSSFP (**bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires**). Vous pouvez aussi communiquer avec la Canada Vie pour qu'un formulaire vous soit envoyé par la poste. Lorsqu'aucune précision n'est indiquée ou qu'aucun nom de formulaire n'est fourni, cela peut signifier qu'une ordonnance est exigée.

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

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Acupuncteur	500 $ par année civile	Comprend les services fournis par un acupuncteur autorisé.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Chiropraticien	500 $ par année civile pour tous les articles et services combinés	Comprend les radiographies réalisées par un chiropraticien.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Diététiste	300 $ par année civile	Les diététistes sont des personnes expertes dans le dépistage et le traitement ou la prévention des problèmes de malnutrition liés à une maladie ou dans la conduite d'une thérapie nutritionnelle médicale, y compris la prestation de services nutritionnels consultatifs.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Électrolyste	1 200 $ par année civile pour tous les services combinés	Comprend les traitements d'électrolyse donnés par un médecin autorisé pour : • L'épilation permanente des parties exposées du visage et du cou lorsque le participant ou sa personne à charge admissible souffre d'un traumatisme émotionnel grave à cause de cet état. • Une ordonnance d'un psychiatre, d'un psychologue ou d'un médecin autorisé doit être fournie, à moins que les traitements soient liés à l'affirmation de genre. • L'ordonnance est valable pour trois ans.	Oui, des documents médicaux supplémentaires peuvent être exigés.

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Consultant en lactation	300 $ par année civile	Le montant couvert par la province ou le territoire de résidence pour les services doit d'abord avoir été entièrement utilisé.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Massothérapeute	500 $ par année civile	Les massothérapeutes manipulent les tissus mous du corps. Ils détiennent un permis délivré par l'organisme d'attribution du droit d'exercice provincial ou territorial approprié.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Naturopathe	500 $ par année civile	Les naturopathes sont membres de l'Association canadienne des docteurs en naturopathie ou d'une association provinciale ou territoriale affiliée, ou, à défaut, détiennent des qualifications comparables, de l'avis de la Canada Vie.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Infirmières et infirmiers (soins infirmiers)	20 000 $ par année civile	Soins infirmiers privés et soins donnés par une infirmière ou un infirmier visiteur médicalement nécessaires, à condition que l'infirmière ou l'infirmier qui les donne soit diplômé d'une école de soins infirmiers reconnue et que les soins en question soient prescrits par un médecin ou une infirmière ou un infirmier praticien et offerts à la résidence du patient. L'ordonnance est valable pour un an, sauf indication contraire de la Canada Vie.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Ergothérapeute	300 $ par année civile	Le montant couvert par la province ou le territoire de résidence pour les services doit d'abord avoir été entièrement utilisé.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Ostéopathe	500 $ par année civile pour tous les articles et services combinés	Comprend les radiographies réalisées par un ostéopathe.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Physiothérapeute	1 500 $ par année civile	Les physiothérapeutes se spécialisent dans le traitement des blessures et des affections qui ont une incidence sur le mouvement.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Podiatre **Chiropodiste** **Infirmières et infirmiers de santé publique ou communautaires offrant des services de soins des pieds à un poste de soins infirmiers communautaire**	500 $ par année civile pour tous les articles et services de ces professionnels combinés	Comprend les radiographies réalisées par un podiatre.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Services psychologiques	5 000 $ par année civile pour tous les services de ces professionnels combinés	Psychologue Psychothérapeute Travailleur social Conseiller (personne qui, selon la Canada Vie, a les compétences requises en fonction de son agrément provincial ou territorial)	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Orthophoniste **Audiologiste**	750 $ par année civile pour tous les services de ces professionnels combinés	Les orthophonistes évaluent et traitent les problèmes de communications et les troubles de la parole. Les audiologistes sont des professionnels de l'audition qui effectuent des tests auditifs complets, diagnostiquent la perte auditive et prescrivent des prothèses auditives et d'autres appareils pour aider les gens à mieux entendre.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

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

Frais divers

Frais admissibles

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

Lorsqu'il est indiqué dans le tableau ci-dessous que des documents médicaux supplémentaires sont exigés, veuillez passer en revue les précisions contenues dans le tableau ou consulter la page **Formulaires** du site web des Services aux participants du RSSFP (**bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires**) Vous pouvez aussi communiquer avec la Canada Vie pour qu'un formulaire vous soit envoyé par la poste. Lorsqu'aucune précision n'est indiquée ou qu'aucun nom de formulaire n'est fourni, cela peut signifier qu'une ordonnance est exigée.

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Transport terrestre d'urgence par un service d'ambulance autorisé	Selon les frais de la protection d'un régime provincial ou territorial.	Jusqu'à l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour donner le traitement médicalement nécessaire qui s'impose si l'état du patient ne permet pas l'utilisation d'autres moyens de transport.	Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.
Transport d'urgence par ambulance aérienne	Selon les frais de la protection d'un régime provincial ou territorial.	Jusqu'à l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour donner le traitement qui s'impose si l'état du patient ne permet pas l'utilisation d'autres moyens de transport.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Chaussures orthopédiques	250 $ par année civile	Chaussures qui font partie intégrante d'un appareil orthopédique ou qui sont faites spécialement sur mesure pour le patient, y compris la modification de ces chaussures, pourvu que leur acquisition et leur modification aient été prescrites par écrit par un médecin, une infirmière ou un infirmier praticien (si les lois provinciales ou territoriales l'y autorisent) ou un podiatre. Une ordonnance est valable pour un an.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Orthèses	Une paire par année civile	Comprend les réparations. Orthèses prescrites par écrit par un médecin, une infirmière ou un infirmier praticien (si les lois provinciales ou territoriales l'y autorisent) ou un podiatre, et fournies par un fournisseur admissible, tel qu'il est établi par la Canada Vie; maximum d'une paire par année civile. Une ordonnance est valable pour trois ans.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Prothèses auditives	1 500 $ par période de 60 mois	Moins tous les frais admissibles liés aux prothèses auditives engagés et remboursés au cours des 60 mois précédents. Comprend l'achat et les réparations. Aucune limite si les prothèses sont nécessaires à la suite d'une opération ou d'un accident et si elles sont achetées dans les six mois suivant l'événement, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Piles pour les prothèses auditives	200 $ par année civile	Sans objet	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Bandages herniaires, béquilles, attelles, plâtres et colliers cervicaux	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Sans objet	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Supports orthopédiques	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	L'achat et la réparation des supports orthopédiques de métal ou de plastique rigide ou d'autres matériaux rigides qui, de l'avis de la Canada Vie, offrent un niveau comparable de support, exception faite des appareils d'orthodontie et des articles pour usage essentiellement athlétique.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Soutiens-gorge orthopédiques	200 $ par année civile	Sans objet	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Prothèses mammaires	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Prothèses nécessaires à la suite d'une mastectomie et leur remplacement, après un délai minimum de 24 mois suivant l'achat le plus récent.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Perruques	1 500 $ par période de 60 mois	Quand le patient subit une perte totale de cheveux à la suite d'une maladie.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Fournitures pour colostomie, iléostomie et trachéotomie	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Sans objet	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Cathéters et sacs collecteurs	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Pour les patients incontinents, paraplégiques ou quadriplégiques.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Membres artificiels temporaires	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Conçus pour un usage à court terme, habituellement entre 2 et 4 mois.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Membres artificiels permanents	Une fois par période de 60 mois pour un participant ou une personne à charge admissible de plus de 21 ans Une fois par période de 12 mois pour les personnes à charge admissibles de 21 ans et moins	Pour remplacer les membres artificiels temporaires. La fréquence maximale peut ne pas s'appliquer s'il est médicalement prouvé que le remplacement de la prothèse existante s'impose à cause de la croissance ou du rétrécissement des tissus environnants.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Oxygène	Y compris son administration	Également admissible lors de son utilisation pour l'oxygénothérapie hyperbare pour les affections médicales approuvées.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Fournitures de surveillance du diabète	3 000 $ par année civile	Fournitures utilisées pour le traitement du diabète, y compris les aiguilles, les seringues et les aides chimiques ou diagnostiques. Les aiguilles et les seringues ne sont pas admissibles pour la période de 36 mois suivant la date d'achat d'un pistolet injecteur d'insuline.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Pistolet injecteur d'insuline	1 000 $ par période de 36 mois	Sans objet	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Pompes à insuline	Une fois par période de 60 mois	À l'exclusion des réparations ou du remplacement de ces appareils durant la période de 60 mois suivant la date de leur achat.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Lecteurs de glycémie	700 $ par période de 60 mois pour tous les frais combinés	À l'exclusion de leur réparation ou de leur remplacement durant la période de 60 mois suivant la date de leur achat. Les systèmes de surveillance du glucose en continu sont admissibles pour les personnes atteintes de diabète de type 1.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Fournitures pour systèmes de surveillance du glucose en continu	3 000 $ par année civile	Seulement pour les personnes atteintes de diabète de type 1.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Bandages et pansements chirurgicaux	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Nécessaires pour le traitement d'une blessure ouverte ou d'un ulcère.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Bas de contention	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Bas de contention fabriqués sur mesure pour le patient ou ayant une compression minimale de 30 millimètres.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Vêtements de contention	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Pour les victimes de brûlure.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Implants péniens	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	À l'exception de ceux qui sont admissibles au titre de la protection pour les interventions chirurgicales d'affirmation de genre.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Aiguilles et seringues	200 $ par année civile	Pour l'administration de médicaments injectables. Une ordonnance est valable pour trois ans.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Lubrifiants injectables	600 $ par année civile	Pour les douleurs articulaires et l'arthrite (injections de viscosupplément). Une ordonnance est valable pour trois ans.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Affirmation de genre	75 000 $ à vie	Comprend la protection pour certains services et certaines interventions conçus pour soutenir et affirmer ou supprimer l'identité de genre d'une personne. Cette garantie comprend les interventions et les services qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie provincial ou territorial de la personne. Pour les membres bénéficiant d'une Protection supplémentaire, les services doivent être reçus au Canada. Pour les membres bénéficiant d'une Protection totale, les services doivent être reçus dans le pays où réside le patient. Pour être admissible à la protection, le participant ou sa personne à charge admissible doit : • Être âgé d'au moins 18 ans • Être suivi par un médecin en affirmation de genre • Avoir la confirmation du médecin traitant ou de l'infirmière ou de l'infirmier praticien que toutes les procédures sont médicalement nécessaires • Obtenir une préapprobation en s'assurant que le formulaire Demande d'intervention chirurgicale d'affirmation de genre est rempli par la personne protégée et le médecin traitant ou l'infirmière ou l'infirmier praticien, puis soumis à la Canada Vie aux fins d'examen	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

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

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

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

Appareils durables – Pour des soins – Appareils pour mouvements physiques

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

Appareils durables – Pour des soins – Appareils d'appui et de repos

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

Appareils durables – Pour des soins – Appareils de détection

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Moniteurs d'apnée	Une fois à vie	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un moniteur d'apnée avant l'achat.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Tensiomètre	Une fois par période de 60 mois	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un tensiomètre au cours des 60 mois précédents.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Moniteurs d'énurésie	Une fois à vie	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un moniteur d'énurésie avant l'achat.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

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

Appareils durables – Pour des soins – Appareils d'appui mécanique et thérapeutique

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Appareil à compression intermittente périphérique (lymphapress)	Une fois à vie	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un appareil à compression intermittente périphérique avant l'achat.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

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

Appareils durables – Pour des soins – Appareils d'appui aérothérapeutique

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Appareils CPAP, BiPAP et appareils dentaires connexes	Une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de location et d'achat admissibles engagés à l'égard d'un tel appareil au cours des 60 mois précédents. Les appareils dentaires sont admissibles seulement lorsque le patient ne peut pas tolérer un CPAP ou un BiPAP.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Réparation, entretien et pièces de rechange des appareils d'appui aérothérapeutique admissibles (CPAP, BiPAP)	500 $ par année civile	Comprend les tubes, les filtres, les coussins et les masques.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Compresseur	Une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un compresseur au cours des 60 mois précédents.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Nébuliseur	Une fois tous les 60 mois	Moins tous les frais de réparation admissibles engagés à l'égard d'un nébuliseur au cours des 60 mois précédents.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- Les articles achetés essentiellement pour usage athlétique
- Les services d'ambulance pour une évacuation médicale admissible au titre de la protection pour frais engagés à l'extérieur de la province
- Les frais engagés dans tous les cas précisés dans la liste des Exclusions et limitations générales
- Les appareils durables suivants :
  - Accessoires d'un appareil dont les frais sont admissibles
  - Modifications de la résidence du patient (barre, rampe, tapis, ascenseur, etc.)
  - Appareils utilisés pour les diagnostics ou la surveillance, à moins d'indications expresses dans la partie des frais admissibles
  - Implants, à l'exception de ce qui est expressément prévu dans les frais admissibles et des implants admissibles au titre de la protection pour soins liés à l'affirmation de genre
  - Équipement de sécurité pour salles de bain
  - Climatiseurs
- Les fournitures régulièrement renouvelées associées à un appareil durable, à moins d'indications expresses dans la partie des frais admissible
- Les appareils durables utilisés pour prévenir une maladie ou une blessure
- L'utilisation d'un appareil pour un traitement qui, de l'avis de la Canada Vie, est expérimental sur le plan clinique
- La portion des frais remboursables par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial ou un programme parrainé par le gouvernement d'une province ou d'un territoire, que le participant et ses personnes à charge admissibles participent ou non à ce régime ou programme

Soins dentaires

Les frais admissibles s'entendent des **frais raisonnables et habituels** exigés pour les opérations buccales et les traitements requis à la suite d'une blessure accidentelle. Vous trouverez ci-dessous des renseignements supplémentaires sur ce qui peut être admissible.

Traitement à moindre coût

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

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

Blessure accidentelle

Les services d'un chirurgien-dentiste et les frais de prothèses dentaires nécessaires pour le traitement d'une fracture à la mâchoire ou de blessures accidentelles aux dents naturelles sont remboursables par le régime. Pour que les dépenses soient admissibles, la fracture ou la blessure doit avoir été causée par un coup externe, violent et accidentel ou elle doit résulter d'un coup autre qu'un accident se produisant pendant que la personne se nettoie les dents, mastique ou mange. Le traitement doit être effectué dans les 12 mois suivant l'accident ou, dans le cas d'un enfant à charge admissible 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 la Canada Vie, le traitement ne pouvait pas être fourni pendant cette période.

Si le participant est protégé par le Régime de soins dentaires de la fonction publique, le Régime de soins dentaires pour les personnes à charge des membres de la GRC, le Régime de soins dentaires à l'intention des personnes à charge des Forces canadiennes ou le Régime de services dentaires pour les pensionnés, les demandes de règlement pour les blessures accidentelles doivent d'abord être présentées au RSSFP.

Opérations buccales

Lorsqu'il est indiqué dans le tableau ci-dessous que des documents médicaux supplémentaires sont exigés, veuillez passer en revue les précisions contenues dans le tableau ou consulter la page **Formulaires** du site web des Services aux participants du RSSFP (**bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires**). Vous pouvez aussi communiquer avec la Canada Vie pour qu'un formulaire vous soit envoyé par la poste. Lorsqu'aucune précision n'est indiquée ou qu'aucun nom de formulaire n'est fourni, cela peut signifier qu'une ordonnance est exigée.

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?

Kystes, lésions et abcès	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	• Biopsie (incision, excision)
		• Lésion du tissu mou
		• Lésion du tissu osseux
		• Excision de kystes, de lésions bénignes et de grenouillettes
		• Incision et drainage :
		  • De tissus mous (intrabuccaux)
		  • Dans l'os (intraosseux)
		  • Abcès parodontaux
			Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Traitements gingivaux et alvéolaires	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	• Alvéoloplastie
		• Plastie par lambeau avec :
		  • Curetage
		  • Ostéoplastie
		  • Curetage et ostéoplastie
		• Curetage gingival
		• Gingivectomie avec ou sans curetage
		• Gingivoplastie
			Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Extraction de dents ou de racines	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	Extraction :
		• De dents incluses
		• Ablation d'une racine ou d'un corps étranger de la cavité maxillaire
		• Résection d'une racine (apicectomie)
		  • Dents antérieures
		  • Prémolaires
		  • Molaires
			Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?

Fractures et dislocations	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	• Réduction ouverte ou fermée d'une mâchoire disloquée (articulation temporo-mandibulaire)
		• Traitement des fractures de la mandibule :
		  • Sans réduction
		  • Réduction fermée
		  • Réduction ouverte
		• Traitement des fractures du maxillaire ou de l'os molaire :
		  • Sans réduction
		  • Réduction fermée
		  • Réduction ouverte
		  • Réduction ouverte complexe
			Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

Autres traitements	Pour chaque participant et ses personnes à charge admissibles, jusqu'à concurrence des **frais raisonnables et habituels**	• Avulsion de nerf — supraorbitaire ou sous-orbitaire
		• Frénectomie de la lèvre ou de la joue (labiale ou buccale)
		• Langue (lingual)
		• Fermeture d'une fistule bucco-sinusienne
		• Sialolithotomie simple ou complexe
		• Approfondissement du sillon et remodelage de la crête alvéolaire
		• Traitement de blessures accidentelles :
		  • Réparation d'une lacération du tissu mou
		  • Débridement, réparation et suture
		• Biopsie osseuse (torus)
			Aucun document médical supplémentaire n'est exigé.

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

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- Les frais engagés dans tous les cas précisés dans la liste des **Exclusions et limitations générales**
- Les frais de soins dentaires, sauf s'ils sont expressément indiqués dans les frais admissibles au titre du traitement des blessures accidentelles aux dents naturelles et des opérations buccaless

Frais admissibles engagés à l'extérieur de la province

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

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

Cette garantie est uniquement offerte aux participants bénéficiant d'une **protection supplémentaire**. La garantie est offerte aux participants et à leurs personnes à charge admissibles protégés par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial. La protection du participant dépend de son lieu de résidence et du fait qu'il soit protégé ou non par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

La garantie-voyage d'urgence et la garantie assistance voyage d'urgence sont gérées par MSH International. MSH International est une société qui offre un service d'assistance voyage complet et qui assure la gestion des demandes de règlement relatives à des frais engagés à l'étranger. La protection pour services rendus sur recommandation est gérée par la Canada Vie (voir la page 38).

Les participants qui bénéficient de la **protection supplémentaire** qui ont engagé des frais admissibles à l'extérieur de la province et les participants qui bénéficient de la **protection totale** qui vivent à l'extérieur du Canada doivent soumettre leurs demandes de règlement à MSH par l'intermédiaire du **portail de MSH pour les participants** (**rssfp-msh.ca/**) ou par la poste.

Garantie-voyage d'urgence

Le RSSFP garantit à chaque participant et à ses personnes à charge admissibles une protection maximale de 1 000 000 $ (canadiens) pour les frais médicaux admissibles engagés à la suite d'une urgence pendant un voyage d'agrément ou d'affaires.

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

Frais admissibles

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

1. Séjour en salle commune et services hospitaliers complémentaires reçus dans un hôpital général.
2. Services d'un médecin.
3. Prix d'un billet d'avion aller simple, en classe économique, ou autre moyen de transport lorsque le transport aérien n'est pas possible, pour que le patient puisse revenir dans sa province ou son territoire de résidence. Le prix d'un billet d'avion est aussi inclus pour le professionnel de la santé qui doit accompagner le participant ou sa personne à charge admissible, lorsque cela est médicalement nécessaire.
4. Évacuation médicale, y compris le service d'ambulance au besoin, lorsque, de l'avis de MSH International, les soins nécessaires ne sont pas offerts dans la région où l'urgence s'est produite.
5. Assistance à la famille, jusqu'à un maximum combiné de 5 000 $ pour une urgence de voyage, calculée de la façon suivante :
   - Le maximum payable pour les enfants à charge admissibles de moins de 16 ans laissés seuls en raison de l'hospitalisation du participant ou de son conjoint ou conjoint de fait protégé par le régime est le coût des billets de retour en classe économique pour les rapatrier, en les faisant accompagner au besoin.
   - Le coût d'un billet de retour si un membre de la famille est hospitalisé et qu'il est par conséquent incapable de rentrer à la maison à la date prévue initialement et doit acheter un nouveau billet de retour. Le coût supplémentaire du billet de retour est admissible, jusqu'à concurrence du coût d'un billet en classe économique.
   - La visite d'un parent, si un membre de la famille est hospitalisé pendant plus de sept jours lorsqu'il voyage seul. La garantie comprend le remboursement du billet de retour en classe économique, des frais de logement commercial et des repas jusqu'à concurrence d'un montant maximal combiné de 200 $ par jour pour le conjoint ou conjoint de fait, le parent, l'enfant, le frère ou la sœur du patient, ainsi que le remboursement des frais engagés s'il est nécessaire d'identifier un membre de la famille décédé pour que son corps soit remis à la famille.
   - Les frais de logement commercial et de repas si l'hospitalisation d'un membre de la famille ou des restrictions relatives au vol imposées par un médecin obligent le participant et sa personne à charge admissible ou une personne à charge protégée à prolonger son séjour. Les frais supplémentaires de repas et d'hébergement engagés par les membres de la famille qui accompagnent le participant sont admissibles jusqu'à concurrence de 200 $ par jour.
6. Le rapatriement du corps du défunt en cas de décès d'un membre de la famille. Les autorisations nécessaires seront obtenues et des dispositions seront prises pour le rapatriement du corps du défunt dans la province ou le territoire de résidence. Les frais de préparation et de transfert du corps sont remboursés jusqu'à concurrence de 3 000 $.

Garantie assistance voyage d'urgence

En cas d'urgence, les participants et leurs personnes à charge admissibles peuvent accéder au réseau mondial de MSH International en tout temps composant ce numéro sans frais au Canada et aux États-Unis : 1 833 774-2700. Les participants et leurs personnes à charge admissibles qui se trouvent dans d'autres pays peuvent composer le numéro suivant (à frais virés) : 1 365 337-7427.

MSH fournit les services suivants :

- Aide pour le transport à l'hôpital le plus proche offrant les soins nécessaires ou pour le retour au Canada
- Recommandations médicales, consultation et suivi
- Recommandations d'un avocat
- Service d'interprétation téléphonique
- Service de messagerie pour les membres de la famille et les collaborateurs (les messages sont conservés pendant 15 jours)
- Paiement anticipé, au nom du participant et de sa personne à charge admissible ou d'une personne à charge protégée, des frais médicaux et hospitaliers

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

Les services d'assistance ne sont pas disponibles dans les pays où sévissent des conflits politiques. La Canada Vie tient à jour une liste de ces pays, laquelle change en fonction du contexte mondial.

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

Voyage en service commandé

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

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

Services rendus sur recommandation

Par frais admissibles, on entend les **frais raisonnables et habituels** qui dépassent le montant payable par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

- Lorsqu'il est indiqué dans le tableau ci-dessous que des documents médicaux supplémentaires sont exigés, veuillez passer en revue les précisions contenues dans le tableau ou consulter la page **Formulaires** du site web des Services aux participants du RSSFP (**bienvenue.canadavie.com/rssfp/vos-formulaires**). Vous pouvez aussi communiquer avec la Canada Vie pour qu'un formulaire vous soit envoyé par la poste. Lorsqu'aucune précision n'est indiquée ou qu'aucun nom de formulaire n'est fourni, cela peut signifier qu'une ordonnance est exigée.

Garantie	Remboursement à 80 % par le RSSFP	Précisions	Des renseignements médicaux supplémentaires sont-ils exigés?
Séjour en salle commune et services hospitaliers complémentaires engagés dans un hôpital général	Jusqu'à 25 000 $ par maladie ou blessure pour tous les frais combinés	Le RSSFP rembourse les frais pour les traitements médicaux qui ne sont pas offerts dans la province ou le territoire de résidence du participant ou de sa personne à charge admissible et qui sont donnés lorsque le participant ou sa personne à charge admissible quitte sa province ou son territoire de résidence, à condition que les traitements soient prescrits par le médecin ou l'infirmière ou l'infirmier praticien traitant.	Oui, des documents médicaux supplémentaires sont exigés.
Soins fournis par un médecin ou un chirurgien			
Services de laboratoire			

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- Les frais engagés à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence du participant ou de sa personne à charge admissible à la suite d'un traitement d'urgence requis pour une blessure ou une maladie survenue plus de 40 jours après la date de départ de la province ou du territoire de résidence, sauf ce qui est prévu pour les participants qui effectuent un voyage en service commandé
- Les frais engagés par un participant ou sa personne à charge admissible 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 qui existait avant que le participant ou sa personne à charge admissible quitte sa province ou son territoire de résidence
- Les frais engagés dans tous les cas précisés dans la liste des **Exclusions et limitations générale**