

Assurance maladie

Assurance maladie de base (employés permanents)

L'assurance maladie de base prévoit, pour vous et les personnes à votre charge, le remboursement des dépenses en soins de santé primaires, y compris la plupart des médicaments sur ordonnance, les urgences médicales à l'étranger, l'assurance voyage et un certain nombre d'autres services et fournitures de nature médicale. En voici un résumé :

L'assureur paiera 100 % du coût des médicaments et des fournitures énumérés ci-dessous. Les dépenses admissibles concernant les frais d'ordonnance sont limitées à 5,00 \$ par ordonnance ou renouvellement d'ordonnance.

- Coût des médicaments et des fournitures obtenus auprès d'un pharmacien sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un dentiste
- Médicaments mentionnés dans l'annexe de médicaments fédérale ou provinciale, pour lesquels un numéro d'identification (DIN) a été émis et qui nécessitent une ordonnance
- Médicaments et vitamines injectables, insuline et extraits allergéniques avec DIN
- Préparations et composés dont au moins un ingrédient est un médicament admissible en vertu de la présente assurance
- Fournitures pour les diabétiques
- Médicaments pour le traitement de l'infertilité, jusqu'à un maximum à vie de 2 000 \$ par personne
- Produits pour l'abandon du tabac sur ordonnance, jusqu'à un maximum à vie de 500 \$ par personne
- Vaccins et sérums composés sur ordonnance
- Dispositifs intra-utérins (DIU)
- Fournitures de colostomie et de iléostomie
- Injections sclérosantes médicalement nécessaires

Services et équipements médicaux – L'assureur paiera 100 % des coûts des services médicaux énumérés ci-dessous obtenus sur ordonnance d'un médecin (les services d'un optométriste, d'un ophtalmologiste ou d'un dentiste autorisé à exercer sa profession ne nécessitent pas une ordonnance) :

- services médicaux d'urgence, à l'extérieur de la province de résidence;
- traitements dispensés sur recommandation à l'extérieur de la province de résidence;
- services d'une infirmière particulière médicalement nécessaires, jusqu'à un maximum de 25 000 \$ par personne pendant trois années d'indemnisation consécutives;
- transport dans une ambulance autorisée, au besoin;

- transport aérien par services ambulanciers autorisés, au besoin;
- essais effectués dans un laboratoire commercial pour établir le diagnostic d'une maladie;
- accident dentaire;
- services d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste autorisé à exercer sa profession, jusqu'à un maximum de 100 \$ par personne par année d'indemnisation;
- perruques après une chimiothérapie, jusqu'à un maximum de 300 \$ par personne par année d'indemnisation;
- location ou achat d'équipement pour un usage thérapeutique temporaire;
- appareils plâtrés, attelles, bandages herniaires, arcs dentaires ou béquilles;
- prothèses mammaires nécessaires à la suite d'une chirurgie, jusqu'à un maximum de 200 \$ par personne par année d'indemnisation;
- soutiens-gorges post-opératoires nécessaires à la suite d'une chirurgie, jusqu'à un maximum de deux soutiens-gorges par personne par année d'indemnisation;
- membres et yeux artificiels;
- bonnets couvre-moignon, jusqu'à un maximum de cinq paires par personne par année d'indemnisation;
- bas de contention, jusqu'à un maximum de deux paires par personne par année d'indemnisation;
- semelles orthopédiques faites sur mesure et sur ordonnance d'un médecin, d'un podiatre ou d'un podologue, jusqu'à un maximum de 500 \$ par personne tous les trois ans;
- souliers orthopédiques ou modifications apportées à des souliers sur ordonnance d'un médecin, d'un podiatre ou d'un podologue, jusqu'à un maximum de 1 000 \$ par personne tous les trois ans;
- prothèses auditives prescrites par un oto-rhino-laryngologiste, jusqu'à un maximum de 500 \$ par personne pendant cinq années d'indemnisation;
- services de radiothérapie ou de coagulothérapie;
- oxygène, plasma et transfusions sanguines;
- glucomètre, jusqu'à un maximum de 700 \$ à vie par personne;
- lentilles cornéennes, lunettes ou chirurgie corrective oculaire au laser, jusqu'à un maximum de 250 \$ par période de 12 mois, pour les personnes âgées de moins de 18 ans, ou par période de 24 mois, pour toute autre personne.

L'assureur paiera 100 % du coût des services des spécialistes paramédicaux énumérés ci-dessous. Le montant maximal payable pour chaque catégorie de spécialistes paramédicaux, autres que les physiothérapeutes, est de 500 \$ par personne, par année d'indemnisation. Le montant maximal pour les services de physiothérapeute est de 500 \$ par personne, par année d'indemnisation.

- psychologues ou massothérapeutes autorisés à exercer leur profession, notamment sur ordonnance d'un médecin;
- orthophonistes, physiothérapeutes, naturopathes ou acupuncteurs autorisés à exercer leur profession;

- ostéopathes, chiropraticiens, podiatres, podologues, y compris un maximum d'un examen radiologique par spécialité, par année d'indemnisation.

L'assureur ne paiera pas le coût des services rendus par un podiatre en Ontario à moins qu'ils aient été fournis une fois les prestations annuelles maximales remboursées par le régime provincial d'assurance maladie.

Veillez consulter la brochure sur votre régime pour connaître les renseignements de la protection ainsi que les services qui ne sont pas couverts par votre assureur.

Refus de l'assurance

Si vous bénéficiez déjà d'une assurance maladie (c.à.d. en vertu du régime de votre conjoint), vous pouvez refuser l'assurance maladie. Vous serez tenu de fournir la preuve d'une telle protection.