

ASSURANCE CROIX BLEUE

Comment s'applique le montant maximal viager de 35 000 \$?

Par Jacques Villeneuve
responsable du dossier Avantages Sociaux à l'APRHQ

Quelques explications en réponse à une question souvent posée lors des présentations en territoires

Montant maximal viager

Dans notre contrat d'assurance santé, il est stipulé que le montant maximal viager accordé à chaque personne assurée relativement **aux autres frais médicaux admissibles** soumis à la franchise et au pourcentage de remboursement est limité à 35 000 \$ pour toute la durée de l'assurance. Notons que ce montant maximal viager de 35 000 \$ ne s'applique pas aux **médicaments admissibles**.

Les frais suivants sont soumis à la franchise

1. Séjour dans une maison ou un hôpital de convalescence, de réadaptation physique ou de soins de malades chroniques

Les frais de séjour en chambre semi-privée engagés après les soixante (60) premiers jours dans un hôpital ou une maison de convalescence, de réadaptation physique ou de soins pour malades chroniques reconnue par le ministère des Affaires sociales, tant que la personne assurée a droit à des soins assurés et jusqu'à concurrence du montant que l'institution est en droit de se faire payer directement par le patient en règlement des frais de séjour en chambre semi-privée.

2. Soins infirmiers

Honoraires d'un infirmier diplômé ou autorisé pour services donnés au domicile de la personne assurée ou dans un hôpital, lorsque ces services s'imposent sur le plan médical, à condition que cette personne ne soit pas au service de l'hôpital, ne vive pas sous le même toit que la personne assurée et qu'elle ne soit pas apparentée à sa famille.

Honoraires d'un infirmier auxiliaire ou d'un aide-infirmier autorisé pour des soins donnés dans un hôpital, lorsque les services d'un infirmier s'imposent sur le plan médical et qu'il est impossible de retenir à cette occasion les services de cet infirmier. Cette personne ne doit pas être au service de l'hôpital, ni vivre sous le même toit que la personne assurée, ni être apparentée à sa famille.

3. Service ambulancier

Les frais de transport en ambulance, incluant le transport aérien ou ferroviaire lorsque, pour des raisons que l'assureur juge fondées, il faut effectuer le transport d'une personne assurée en direction du plus proche hôpital pouvant fournir les soins

d'urgence nécessaires. Sont également reconnus les frais de transport en ambulance pour le retour de l'hôpital au domicile d'une personne assurée lorsqu'aucun autre moyen de transport ne peut être utilisé en raison de l'état de santé de la personne assurée.

4. Autres frais

- i. Les frais d'examen de laboratoire et de toutes techniques à des fins diagnostiques, jugés nécessaires pour le traitement d'une maladie ou à la suite d'un accident, ainsi que les traitements aux rayons X, au radium ou aux isotopes radioactifs.
- ii. Les frais de transfusions de sang ou de plasma sanguin, de pansements, de prothèses (à l'exclusion des prothèses dentaires, des prothèses auditives, des lunettes et des lentilles cornéennes), de plâtres, de béquilles, d'attelles, de bandages herniaires, de corsets, de seringues et aiguilles, de bâtonnets réactifs et des accessoires utilisés par les personnes stomisées.
- iii. Frais de location ou d'achat, au gré de l'assureur, d'un poumon d'acier ou d'un respirateur, d'un fauteuil roulant et d'un lit de type hospitalier pour patient alité. La personne assurée doit obtenir l'autorisation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location.
- iv. Oxygène et location ou achat, au gré de l'assureur, d'appareils mécaniques en vue de son administration, incluant les appareils à pression positive d'air. La personne assurée doit obtenir l'autorisation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location.
- v. L'achat d'orthèses podiatriques, de chaussures orthopédiques et le coût des corrections apportées à ces chaussures, sous réserve d'un maximum admissible global de 125 \$ par personne assurée, par année civile.
L'achat de bas de soutien, sous réserve du maximum admissible de 100 \$ par personne assurée, par année civile
- vi. L'achat de prothèses capillaires requises par suite d'une chimiothérapie, sous réserve du maximum admissible viager de 250 \$ par personne assurée.

5. Frais paramédicaux (ne nécessitant pas de recommandation médicale)

Jusqu'à concurrence du pourcentage de remboursement, des maximums par visite et par année civile indiqués au SOMMAIRE DE LA GARANTIE.

- i. Les traitements d'un psychiatre membre de la Société canadienne de psychanalyse pour tout traitement psychanalytique donné à son cabinet ou au domicile de la personne assurée.
- ii. Les traitements d'un psychologue.
- iii. Les traitements d'un physiothérapeute ou d'un technicien en réadaptation physique sous la surveillance d'un physiatre.
- iv. Le traitement d'un chiropraticien et d'un podiatre ainsi que les frais de radiographies prises par un chiropraticien.

Tous les professionnels de la santé qui rendent les services paramédicaux prévus par le présent article doivent être dûment autorisés à exercer leur profession, être membres en règle de leur ordre, leur corporation ou leurs associations professionnelles, reconnus par l'assureur, et doivent exercer leur profession dans les limites de leurs compétences au sens de la loi.

6. Frais dentaires en cas de blessure accidentelle

Les traitements dentaires effectués par un dentiste et requis pour la réparation et le remplacement de dents naturelles par suite d'un coup accidentel reçu sur la bouche pendant que la personne est assurée en vertu de ce contrat. On entend par « blessure accidentelle » une lésion soudaine et imprévisible des structures dentaires et adjacentes, causée par un choc ou un agent extérieur, y compris une lésion survenant pendant la mastication.

Les soins dentaires doivent commencer dans les cent quatre-vingts (180) jours suivant la date de ces dommages corporels et un plan de traitement détaillé que l'assureur juge satisfaisant doit être présenté à celui-ci dans le même délai.

Les montants admissibles sont les moindres de ceux exigés par le dentiste, le dentiste spécialiste ou le denturologiste et de ceux établis selon le Guide des tarifs suggérés des actes bucco-dentaires approuvés par l'Association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de la personne assurée. Cependant, lorsque la personne assurée a été référée par son dentiste auprès d'un dentiste spécialiste, les frais reconnus sont les moindres de ceux exigés par le dentiste spécialiste et de ceux mentionnés dans les guides de tarifs prévus pour les dentistes spécialistes.

On entend par « dent naturelle » une dent restaurée ou non, à l'exclusion des prothèses fixes ou amovibles.

Seuls les soins nécessaires donnent droit à des prestations. Lorsque plus d'un appareil ou plus d'un soin ou service peuvent être utilisés et donnent un résultat professionnellement acceptable, seul le montant remboursable de l'appareil, du soin ou du service le moins coûteux est payable par l'assureur. La personne assurée peut tout de même, à son choix, opter pour le traitement, le soin ou le service le plus coûteux tout en obtenant un remboursement basé sur le traitement le soin ou le service le moins coûteux.

7. Frais dentaires en cas d'apnée du sommeil

Les frais d'achat pour une prothèse d'avancement mandibulaire requis pour le traitement de l'apnée sévère du sommeil à la suite d'un diagnostic clairement établi par une clinique du sommeil.

La prothèse doit être préparée par un dentiste membre de l'Association des chirurgiens-dentistes de la province de résidence de la personne assurée et le

montant admissible est limité au montant reconnu par le Guide des tarifs suggérés des actes bucco-dentaires de la province. Le remboursement est limité à une fois par période de quatre années d'assurance.

La personne assurée doit obtenir l'autorisation préalable de l'assureur avant tout achat.

8. Honoraires d'un médecin hors Canada

Les honoraires usuels d'un médecin, d'un chirurgien ou d'un anesthésiste pour des soins médicaux assurés reçus en dehors du Canada, moins les prestations correspondantes que la personne assurée reçoit ou a le droit de recevoir en vertu de toute loi provinciale ou fédérale.