



Brochure du Régime

Régime d'assurance maladie pour les bénéficiaires de rente du CN

Police 93115 souscrite auprès de
Croix Bleue Medavie
En vigueur le 1^{er} janvier 2026



Offert par les
Associations de retraités du CN
Produite en octobre 2025

Table des matières

Informations importantes concernant le régime d'assurance maladie pour les bénéficiaires de rente du CN	3
Introduction	4
Couverture et dispositions du Régime – Médicaments sur ordonnance	14
Couverture et dispositions du Régime – Hospitalisation	20
Couverture et dispositions du Régime – Soins de santé complémentaires	22
Couverture et dispositions du Régime – Soins de la vue	28
Exclusions générales du Régime	29
Les voyages à l'extérieur de ma province de résidence	30
Les voyages à l'extérieur du Canada	31
Comment faire une demande de règlement?	32
Des questions?	35

INFORMATIONS IMPORTANTES CONCERNANT LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE RENTE DU CN

Bien qu'il soit important de **LIRE** l'intégralité de cette Brochure du Régime pour déterminer votre admissibilité et comprendre les Options et les dispositions du Régime, voici quelques points sommaires **IMPORTANTES** à considérer lorsque vous passerez en revue vos options de soins de santé pendant votre retraite.

- Le régime d'assurance maladie pour les bénéficiaires de rente du CN (ci-après « le Régime ») est offert uniquement aux membres **PAYANT** une cotisation aux Associations de retraités du CN (ARCN). Le Régime est géré uniquement par des bénévoles de l'ARCN et cette dernière assume l'entière responsabilité de ce Régime. Il est entièrement financé à même les primes payées par les participants du Régime. La Croix Bleue Medavie a été engagée par l'ARCN pour administrer le Régime et son processus de réclamation. Les primes applicables de ce Régime sont déduites à l'avance de votre rente de retraite mensuelle du CN. Les cotisations requises pour l'adhésion à l'ARCN sont également déduites de votre rente de retraite mensuelle du CN.
- Ce Régime n'a actuellement **AUCUN maximum annuel ou viager** (sauf pour certains frais particuliers) contrairement à de nombreux régimes semblables offerts au Canada. Il n'y a pas non plus de questions médicales ou de limites lorsque vous faites votre adhésion au Régime.
- Vous n'avez que **2 mois** à compter du moment où vous commencez à recevoir votre première rente de retraite mensuelle du CN pour adhérer au Régime. **Les adhésions tardives ne seront pas acceptées.** Veuillez examiner les situations particulières applicables lors d'une adhésion différée.
- Si vous bénéficiez d'un **Compte de dépenses de soins de Santé (CGS)** du CN à votre retraite, vous pouvez sélectionner l'option disponible du CGS qui vous permet de réduire votre prime mensuelle du Régime de votre CGS, jusqu'à ce que ce dernier termine.
- Examinez attentivement les **Options du Régime** qui s'offrent à vous et le Tableau des [Taux de Prime](#) inclus. Choisissez celle qui répond le mieux à vos besoins individuels ou familiaux en fonction de la couverture et des franchises. Le Régime contient des dispositions permettant de **changer** votre Option de couverture à de futures dates précises ou dans certaines situations. Le Régime n'offre **aucune option de couverture pour les SOINS DENTAIRES**.
- Si vous êtes un **CONJOINT SURVIVANT** d'un retraité du CN décédé et recevez cette Brochure du Régime et le Formulaire de demande d'adhésion, vous **DEVEZ** adhérer ou réadhérer si vous voulez être couvert par le Régime, même si vous étiez précédemment couvert par le Régime. Votre couverture précédente a pris fin lorsque le retraité du CN est décédé.
- Des exemplaires de la Brochure du Régime la plus récente, du Tableau des Taux de Prime et des moyens simples de présenter des demandes de règlement se trouvent toujours sur le site web de l'ARCN à cnpensioners.org sous **Soins de santé/Croix Bleue**.
- **RAPPEL** – Si vous choisissez de **NE PAS** adhérer au Régime lorsque vous y êtes admissible pour la première fois, vous ne pourrez pas y adhérer à une date ultérieure, sauf si vous êtes couvert par le régime d'assurance collective de votre [conjoint](#) ou par le régime d'assurance collective de votre nouvel employeur. Le cas échéant, vous pourrez adhérer au Régime au moment où votre couverture sous l'un ou l'autre des régimes prend fin, à condition que vous y adhérez dans les 31 jours suivants la fin de votre couverture.
- Vous pouvez annuler votre couverture en tout temps, mais si vous le faites, vous ne serez pas autorisé à réadhérer à nouveau au Régime.
- Si vous avez des **Questions au sujet du Régime**, de votre demande d'adhésion ou d'options de couverture particulières, **APPELEZ** la Croix Bleue Medavie au **1-866-660-7670**. La Croix Bleue Medavie pourra aussi vous diriger vers un représentant bénévole du comité de soins de santé pour les bénéficiaires de rente du CN.

Introduction

Le Régime offre un **choix d'options de couverture** qui vous assure, à vous et à votre famille, une aide financière pour les frais médicaux qui ne sont pas couverts par les régimes provinciaux d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie.

Ces couvertures sont en **supplément** aux régimes provinciaux d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie : elles ont été conçues et évaluées en supposant le fait que vous avez adhéré au régime gouvernemental offert dans votre province de résidence, peu importe que ce régime soit offert sur base obligatoire ou facultative.

Le Régime offre plusieurs options parmi lesquelles vous pouvez choisir celle qui s'adapte le mieux à votre situation.

En cas de divergence entre cette Brochure du Régime et les dispositions de la police officielle no 93115 établie par la Croix Bleue Medavie, ce sont ces dernières qui prévaudront.

Le Régime en un coup d'œil





Le Régime prévoit le remboursement d'une vaste gamme de frais admissibles d'hospitalisation, de médicaments sur ordonnance et d'autres traitements non couverts par les régimes provinciaux.

Le remboursement des frais admissibles afférents aux soins, fournitures et services médicaux nécessaires sera effectué conformément aux tarifs courants et raisonnables dans la région où ils auront été engagés. Le Régime couvrira uniquement le montant qui excède les frais normalement payés par les régimes gouvernementaux.

Options offertes

Le Régime offre **quatre** options qui sont décrites dans les pages qui suivent. **De plus, l'Option C offre trois choix de franchise et deux choix de remboursement pour les soins hospitaliers.**

Veillez lire attentivement la description de chaque option avant de choisir celle qui vous convient.

 Médicaments sur ordonnance	 Hospitalisation	 Assurance-mal. complémentaire	 Soins de la vue	Franchises
Option A				
✓	✗	✓	✗	3 \$ ou 9 \$ par méd.*
Option B				
✗	✓	✓	✗	Aucune
Option C1				
✓	✓	✓	✗	3 \$ ou 9 \$ par méd.*
Option C2				
✓	✓	✓	✗	4,50 \$ ou 13,50 \$ par méd.* PLUS 175 \$ / 265 \$**
Option C3				
✓	✓	✓	✗	7,50 \$ ou 22,50 \$ par méd.* PLUS 290 \$ / 400 \$**
Option D				
✓	✓✓	✓	✓	3 \$ ou 9 \$ par méd.*

*	Médicament générique/d'origine ou médicament unique
**	Franchise annuelle (Personne/Famille) (référez-vous aux pages 20 et 22 pour plus de détails)
✓✓	Cette option comprend une couverture pour une chambre d'hôpital semi-privée ou privée (référez-vous à la page 20 pour plus de détails)
NOTE	Bien qu'uniquement l'Option D inclut une couverture pour les Soins de la vue, TOUTES les options fournissent une couverture pour certains frais d'optométriste

Suis-je admissible?

Vous êtes admissible à adhérer au Régime si vous répondez aux cinq critères suivants :

- Vous êtes un **bénéficiaire de rente du CN** et la prime pour l'option choisie peut être déduites de votre rente mensuelle de retraite;
- Vous êtes un membre PAYANT une cotisation aux Associations de retraités du CN (CNPA);
- Vous résidez au Canada;
- Vous bénéficiez de la protection du régime d'assurance maladie de votre province de résidence;
- Si vous êtes un résident du Québec, vous devez être âgé de 65 et plus.

On entend par **bénéficiaire de rente du CN** toute personne qui reçoit une rente mensuelle de retraite ou de survie du CN.

Mes personnes à charge sont-elles admissibles?

Vos **personnes à charge** sont également admissibles si elles sont couvertes par un régime provincial d'assurance maladie et qu'elles répondent aux définitions suivantes :

- **Votre conjoint** : une personne qui vit avec vous en union de fait depuis au moins un an, ou une personne avec qui vous êtes légalement marié, et que vous désignez comme conjoint sur votre fiche d'adhésion ou Formulaire d'adhésion initial (le divorce et la séparation mettent fin au statut de conjoint).
- **Vos enfants** : enfants célibataires (y compris les enfants de votre conjoint désigné et les enfants adoptés légalement) qui sont à votre charge financière, y compris ceux dont le soutien vous a été imposé par une ordonnance du tribunal, et :
 - Qui sont âgés de moins de 21 ans, ou
 - Qui ont 21 ans ou plus, mais moins de 25 ans, et poursuivent des études collégiales ou universitaires à temps plein. (Note : Si vous présentez une demande de règlement pour un enfant à charge âgé de plus de 21 ans, mais de moins de 25 ans, veuillez fournir à la Croix Bleue Medavie une attestation scolaire à **chaque session**), ou
 - Qui sont handicapés physiquement ou mentalement, quel que soit leur âge, pourvu qu'ils soient devenus handicapés pendant qu'ils étaient assurés en vertu du Régime ou d'un autre régime.

Un **enfant** est considéré handicapé physiquement ou mentalement s'il est incapable de s'engager dans une occupation rémunérée et qu'il est dépendant de vous financièrement pour ses soins et pour subvenir à ses besoins. Il doit également requérir de l'assistance et du support en raison de son invalidité. La Croix Bleue Medavie peut demander d'obtenir une confirmation écrite du handicap de l'enfant aussi souvent que cela est raisonnablement nécessaire.

NOTE : Si vous n’assurez pas vos personnes à charge lorsqu’elles deviennent admissibles pour la première fois, elles ne pourront pas être couvertes à une date ultérieure, sauf si elles sont déjà couvertes en vertu d’un autre régime d’assurance et adhèrent au Régime dans les 31 jours suivant la terminaison de cette autre protection.

Comment puis-je adhérer?

Vous devez remplir le Formulaire d’adhésion en y précisant l’option voulue (A, B, C1, C2, C3 ou D) et le type de couverture (individuelle ou familiale), et le retourner à l’adresse ci-dessous dans les deux mois suivant le versement de votre première rente mensuelle de retraite. Vous n’avez pas besoin de fournir une preuve de bonne santé pour adhérer au Régime. La Croix Bleue Medavie vous enverra une carte médicaments servant de carte d’identité confirmant votre couverture.

Croix Bleue Medavie - Service de l’administration
C.P. 1330, Succursale B, Montréal (Québec) H3B 3K9

Si vous avez des questions, veuillez composer le 1-866-660-7670.

Puis-je adhérer à une date ultérieure?

Une fois le délai d’adhésion expiré, vous ne pouvez plus adhérer au Régime. Toutefois, vous pouvez reporter votre adhésion si vous êtes déjà couvert en vertu du régime privé d’assurance de votre [conjoint](#) ou en vertu du régime privé d’assurance offert par votre nouvel employeur.

Vous pouvez adhérer au Régime à la date d’expiration de cette couverture pourvu que vous y adhérez dans les 31 jours suivant la fin de celle-ci. Vous devez alors fournir à la Croix Bleue Medavie les renseignements suivants :

- Vos nom et adresse;
- Votre numéro d’identification (NIP) du CN;
- Le nom de l’assureur précédent;
- Le numéro de contrat ou de certificat du régime privé d’assurance précédent;
- La date à laquelle votre couverture a pris fin;
- S’il y a lieu, le nom des personnes à charge ainsi que leur âge.

Quelle option devrais-je choisir?

Le choix dépend de votre situation personnelle et de vos préférences. Pour choisir l'option qui vous convient le mieux, vous devriez examiner les points suivants :

- Avez-vous atteint l'âge de 65 ans?
- Y a-t-il des personnes à votre charge?
- Détenez-vous déjà une assurance maladie/hospitalisation complémentaire?
- Quelle est la couverture offerte par le régime de votre province de résidence?
- Quelles sont les primes correspondant aux différentes options?

Pour prendre votre décision, examinez vos besoins médicaux actuels et éventuels et familiarisez-vous avec le régime d'assurance maladie de votre province de résidence.

Coût du Régime

Vous assumez la totalité du coût du Régime au moyen de primes mensuelles prélevées sur votre rente de retraite du CN et/ou de retraits provenant de votre compte de dépenses de soins de Santé (si applicable) du CN. Le taux de prime est fondé sur l'âge du bénéficiaire de rente du CN (sauf en Colombie-Britannique où le taux de prime est basé sur l'année de naissance par rapport à 1940) et change automatiquement le premier jour du mois suivant votre 65^e anniversaire de naissance (sauf en ce qui concerne les résidents de la Colombie-Britannique).

La couverture offerte par le Régime est la même partout à travers le Canada. Toutefois, les taux de prime varient en fonction des différents régimes provinciaux et du coût total des demandes de règlement soumises dans chaque province. En général, ces taux de prime sont rajustés chaque année.

Date d'entrée en vigueur de la couverture

Si vous êtes une personne retraitée du CN, votre couverture entre en vigueur à la date indiquée sur votre Formulaire d'adhésion.

- Les primes mensuelles seront prélevées sur votre rente de retraite du CN, **rétroactivement** à la date d'entrée en vigueur de votre couverture.
- Si vous assurez vos personnes à charge admissibles, leur couverture débutera à compter de la même date que vous.
- La couverture pour un conjoint survivant est effective **rétroactivement** à la date de votre décès.
- Les primes mensuelles seront prélevées sur la rente de survie deux mois suivant votre décès.

Si vous ou l'une des personnes à votre charge êtes hospitalisés au moment où **l'assurance hospitalisation** doit prendre effet, elle **n'entre** en vigueur **qu'un mois après** la sortie de l'hôpital, sauf si la personne hospitalisée était déjà assurée en vertu d'un autre contrat d'assurance hospitalisation immédiatement avant d'adhérer au Régime.

Changement de votre couverture

Si vous êtes couvert par le Régime depuis une période complète d'au moins 1 an, vous avez les choix suivants, lesquels seront effectifs le **1^{er} janvier de chaque année** en autant que vous ayez préalablement avisé la Croix Bleue Medavie avant le 30 novembre :

OPTION ACTUELLE	OPTION DISPONIBLE				
	A	B	C1	C2	C3
D ¹	✓	✓	✓	✓	✓
C1	✓	✓	✗	✓	✓
A	✗	✓	✗	✓	✓
C2	✗	✓	✗	✗	✓
C3	✗	✓	✗	✗	✗

Événements de vie admissibles

Vous pouvez faire un changement d'option lors des événements de vie spécifiques suivants, à condition que vous informiez la Croix Bleue Medavie **dans les 31 jours** suivant votre événement de vie (**À NOTER – L'option D doit être maintenue pendant au moins 2 ans**) :

- Lorsque vous atteignez 60 ans, 65 ans, et tous les cinq ans par la suite;
- Au 65^e anniversaire de naissance de votre [conjoint](#);
- À votre décès ou celui de votre [conjoint](#);
- À votre mariage (vous êtes seulement autorisé à choisir une nouvelle option. Cependant, vous ne pouvez pas ajouter votre nouveau [conjoint](#) à votre couverture);
- À votre divorce;
- Au moment de la cessation de l'admissibilité de vos personnes à charge;
- Lorsque vous déménagez dans une autre province.

¹ L'option D doit être maintenue pendant au moins 2 ans

Annulation de votre couverture?

Vous pouvez annuler votre couverture quand vous le voulez, mais dans ce cas, il vous sera impossible d'adhérer de nouveau au Régime. Les seules exceptions à cette règle sont :

- À votre décès, votre conjoint survivant peut adhérer de nouveau ou adhérer une première fois au Régime, même si vous avez annulé votre couverture ou si vous n'avez jamais adhéré au Régime.
- Vous pourrez adhérer de nouveau au Régime si vous avez annulé votre couverture afin d'être couvert par le régime privé d'assurance de votre conjoint ou par le régime privé d'assurance offert par votre nouvel employeur. Lorsque cette couverture prend fin, vous pourrez adhérer ou réadhérer en autant que votre demande d'adhésion ou de réadhésion se fasse dans les 31 jours qui suivent cette date.

Note : Tout remboursement de primes sera limité à trois mois.

Comment puis-je changer ou annuler ma couverture?

Toute demande de changement ou d'annulation d'option ou de couverture (individuelle ou familiale) doit être faite en complétant le formulaire approprié et en le retournant à la Croix Bleue Medavie à l'adresse suivante :

Croix Bleue Medavie – Service de l'administration
C.P. 1330, Succursale B, Montréal (Québec) H3B 3K9

Vous pouvez également soumettre votre demande à la Croix Bleue Medavie par courriel à admin.nat@medavie.bluecross.ca ou par téléphone au 1-866-660-7670.

Qu'arrive-t-il si je déménage?

Si vous changez d'adresse permanente, vous DEVEZ contacter l'administration des régimes de retraite et d'avantages sociaux du CN au 1-800-361-0739, qui en informera la Croix Bleue Medavie.

Si vous CHANGEZ de province de résidence et désirez **ÉGALEMENT** changer vos options de couverture, vous devez contacter l'administration des régimes de retraite et d'avantages sociaux du CN, en plus de contacter la Croix Bleue Medavie à l'adresse ci-dessous.

Croix Bleue Medavie – Service de l'administration
C.P. 1330, Succursale B, Montréal (Québec) H3B 3K9

Vous pouvez également informer la Croix Bleue Medavie des changements par courriel à admin.nat@medavie.bluecross.ca ou par téléphone au 1-866-660-7670

Vos primes mensuelles seront ajustées en conséquence une fois que la Croix Bleue Medavie sera informée du changement.

Qu'arrive-t-il en cas de décès?

En cas de décès d'une personne retraitée assurée, la couverture du [conjoint](#) est automatiquement maintenue sans frais pendant les **deux mois** suivant le mois au cours duquel la personne retraitée est décédée. Durant cette période, le conjoint survivant doit décider s'il désire adhérer au Régime afin de maintenir sa couverture.

Le conjoint survivant peut adhérer au Régime s'il répond aux cinq critères suivants :

- Il est bénéficiaire de rente du CN et la prime pour l'option choisie peut être déduite de sa rente mensuelle;
- Il est un membre PAYANT une cotisation aux Associations de retraités du CN (CNPA);
- Il réside au Canada;
- Il bénéficie de la protection d'un régime d'assurance maladie provincial;
- Il est âgé de 65 ans et plus s'il réside au Québec.

Au décès d'une personne retraitée non couverte par le Régime, le conjoint survivant peut, dans les deux mois qui suivent la réception de sa première rente mensuelle de survie, adhérer au Régime et choisir l'option qui lui convient en vertu d'une protection individuelle ou familiale.

Dès que le service de l'Administration du régime de retraite et des avantages sociaux du CN aura été avisé du décès, il fera parvenir au conjoint survivant un NOUVEAU Formulaire d'adhésion.

Qu'arrive-t-il si mon conjoint ou moi-même sommes couverts par un autre régime d'assurance maladie?

Si vous ou tout autre membre admissible de votre famille êtes couverts par un autre **régime privé de soins médicaux**, toutes les indemnités payables en vertu du Régime et de l'autre régime seront coordonnées de façon à ce que l'ensemble des indemnités provenant de sources différentes n'excède pas les frais réellement engagés.

Cette disposition du Régime est destinée à empêcher le versement en double d'indemnités provenant des régimes auxquels vous et vos personnes à charge participez. Voici comment s'applique cette disposition :

- En tant que bénéficiaire de rente, votre indemnité vous est d'abord versée par le Régime; tout solde à recevoir peut être soumis à l'autre régime en vertu duquel vous êtes couvert.
- Si votre conjoint est couvert par un autre régime, il se verra d'abord verser des indemnités par cet autre régime; toute demande de remboursement du solde devra ensuite être soumise au Régime.
- Un enfant couvert à titre de personne à charge en vertu des deux régimes souscrits par ses parents recevra d'abord un remboursement de la part du régime de celui des parents dont l'anniversaire arrive le plus tôt dans l'année civile.

Qu'arrive-t-il si je suis assuré en vertu du régime de soins de santé offert aux Anciens Combattants (AC) du Canada?

Si vous êtes assuré par le régime de soins de santé offert aux Anciens Combattants (AC) du Canada, vous demeurez admissible au Régime.

Cependant, vous avez l'opportunité d'assurer **seulement** votre conjoint compte tenu que ce dernier n'est pas admissible au régime offert aux AC. Afin d'assurer votre conjoint seulement, vous devez choisir la protection individuelle sur votre Formulaire d'adhésion en y précisant que votre conjoint sera la personne assurée et non pas vous.

Par ailleurs, si vous avez des enfants et que vous désirez assurer ces derniers en vertu du Régime, vous devez vous assurer et souscrire la protection familiale.

Qu'arrive-t-il si je vis en institution?

Si vous êtes une personne vivant dans un établissement de soins de longue durée, un établissement de soins infirmiers ou un hôpital psychiatrique où vos médicaments sont fournis, vous demeurez admissible au Régime.

Cependant, vous avez l'opportunité d'assurer seulement votre [conjoint](#). Afin d'assurer votre conjoint seulement, vous devez choisir la protection individuelle sur votre Formulaire d'adhésion en y précisant que votre [conjoint](#) sera la personne assurée et non pas vous.

Par ailleurs, si vous avez des [enfants](#) et que vous désirez assurer ces derniers en vertu du Régime, vous devez vous assurer et souscrire la protection familiale.

Terminaison de votre couverture

La couverture dont vous et vos personnes à charge bénéficiez cesse dans les circonstances suivantes :


- Lorsque vous annulez votre couverture **OU** vous annulez votre participation à l'ARCN;
- Lorsque votre rente mensuelle et/ou le montant alloué mensuellement par CN dans votre compte de dépenses de soins de Santé (si applicable) deviennent inférieurs à la prime requise;
- Lorsque vous déménagez hors du Canada et que vous n'êtes plus couvert en vertu d'un régime provincial;
- Lorsque la police est annulée.

De plus, la couverture dont bénéficient vos personnes à charge cesse aussitôt que ces dernières ne répondent plus aux critères d'admissibilité.

Couverture et dispositions du Régime – Médicaments sur ordonnance

Cette garantie couvre les frais décrits ci-dessous, à condition qu'ils répondent également à la définition de frais admissibles du Régime :

- Les préparations et les composés, si leur ingrédient principal est un [médicament admissible](#); et
- Les médicaments admissibles prescrits qui apparaissent sur la liste gérée de médicaments (i.e. la liste de médicaments admissibles et de médicaments essentiels au maintien de la vie qui sont tous assujettis aux décisions du [Groupe consultatif sur les médicaments](#)).

 Médicaments sur ordonnance	A C1 D	C2	C3
Franchise / médicament (le montant des frais admissibles que vous devez payer avant d'avoir droit à un remboursement)	Générique / d'origine : 3 \$ Unique : 9 \$	Générique/d'origine : 4,50 \$ Unique : 13,50 \$	Générique/d'origine : 7,50 \$ Unique : 22,50 \$
Remboursement	80 % (vous payez 20 % en coassurance)		
Déboursé annuel maximal (c.-à-d. la franchise, coassurance, frais d'ordonnance et marge bénéficiaire admissibles)	3 000 \$ / personne / année après quoi tous les autres frais de médicaments admissibles sont remboursés à 100 % pour le reste de l'année		
Plafond de frais d'ordonnance	9 \$ / ordonnance		
Marge bénéficiaire maximale	10 %		
Substitution générique	Obligatoire		
Approvisionnement maximal par ordonnance	Jusqu'à 100 jours d'approvisionnement / ordonnance Nous recommandons votre médecin à prescrire jusqu'à cette limite		
Vaccins	Maximum de 500 \$ / personne / année		

Médicaments admissibles

Un médicament qui :

- Est approuvé par Santé Canada;
- Possède un numéro d'identification du médicament (**DIN**) ou un numéro de produit naturel (**NPN**) au Canada;
- Est essentiel au maintien de la vie, selon la Croix Bleue Medavie, ou un médicament qui nécessite une ordonnance selon la loi;
- Est prescrit par un médecin ou par un professionnel de la santé autorisé à prescrire des médicaments en vertu de la législation provinciale pertinente;
- Est reconnu par la Croix Bleue Medavie comme faisant partie des frais admissibles; et
- Est dispensé par un fournisseur approuvé, c'est-à-dire une pharmacie de détail autorisée ou un autre fournisseur approuvé par la Croix Bleue Medavie.

La Croix Bleue Medavie peut, en tout temps, modifier, ajouter ou supprimer des éléments de sa liste de médicaments admissibles.

Médicament essentiel au maintien de la vie

Un médicament admissible qui ne requiert pas une ordonnance en vertu de la loi, mais que la Croix Bleue Medavie détermine comme essentiel à la survie de l'assuré. Une ordonnance d'un médecin ou d'un professionnel de la santé est tout de même requise afin que le médicament soit remboursable.

Groupe consultatif sur les médicaments

Le groupe de professionnels de la santé et de divers autres professionnels de l'industrie nommés par la Croix Bleue Medavie pour évaluer les nouveaux médicaments et décider quels médicaments la Croix Bleue Medavie doit inclure dans ses listes.

Définition de médicaments

- **Médicament unique (médicaments de marque de source unique) :**

Un médicament de marque protégé par un brevet. Seule la société détenant le brevet peut fabriquer et vendre ce médicament, sans concurrence.

- **Médicament d'origine (médicaments de marque de sources multiples) :**

Un médicament unique dont le brevet est expiré et dont il existe une ou plusieurs versions de génériques.

- **Médicament générique :**

Une copie exacte d'un médicament d'origine qui a pu être créée en raison de l'expiration du brevet de ce dernier. **Comme Santé Canada impose les mêmes normes et tests aux médicaments génériques qu'aux médicaments uniques, le générique est tout aussi efficace et sûr que le produit d'origine.**

Substitution générique obligatoire

Le Régime va établir le remboursement d'un médicament sur ordonnance admissible sur le prix de l'équivalent générique le moins cher pouvant légalement servir à remplir l'ordonnance, même si votre médecin ou dentiste inscrit « aucune substitution » sur l'ordonnance.

- Le remboursement d'un médicament unique (médicaments de marque de source unique) est toujours établi sur le prix réel du médicament prescrit, puisque le médicament unique est encore protégé par un brevet, lequel ne permet pas la production de médicaments génériques.
- Le remboursement d'un médicament d'origine (médicaments de marque de sources multiples) est établi sur le prix de l'équivalent générique le moins cher pouvant légalement servir à remplir l'ordonnance. Par conséquent, si vous décidez d'acheter le médicament d'origine, vous devrez acquitter 100 % de la différence de coût entre le médicament d'origine et le médicament générique (le moins cher). Les modalités de règlement du Régime seront appliquées sur le prix du générique.

Frais d'ordonnance

Les frais d'ordonnance sont les honoraires exigés par les pharmaciens pour l'évaluation, la préparation et l'emballage d'un médicament d'ordonnance. Ils s'appliquent, peu importe que vous achetiez des médicaments génériques, uniques ou d'origine.

Au Québec, comme les pharmaciens n'affichent pas leurs frais d'ordonnance, la Croix Bleue Medavie les calculera en soustrayant le coût des ingrédients du prix total du médicament.

Considérant le plafond de frais d'ordonnance de 9 \$, le Régime va donc rembourser 80 % de chaque montant de frais d'ordonnance demandé, jusqu'à concurrence d'un remboursement de 7,20 \$ (soit 80 % x 9 \$). Vous devrez prendre en charge 20 % de ces frais (plafonnés à 9 \$) plus 100 % de la portion en excédent de 9 \$, le cas échéant.

Marge bénéficiaire

La marge bénéficiaire est la marge de profit exigée par le pharmacien. Le coût des ingrédients est obtenu en ajoutant la marge bénéficiaire au coût d'acquisition du médicament.

Considérant la marge bénéficiaire maximale de 10 %, le Régime remboursera par conséquent 80 % de chaque montant de marge (plafonnée à 10 %), tandis que vous paierez la portion restante de 20 % de la marge (plafonnée à 10 %) ainsi que 100 % du montant de marge brute en excédent de 10 %, le cas échéant.

Frais admissibles

- [Médicaments admissibles](#);
- Préparations magistrales si l'ingrédient principal est un [médicament admissible](#);
- Les vaccins, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par personne par année civile; ou
- Les traitements d'azote liquide, sous réserve des frais raisonnables et habituels (R&H) applicables dans la région où ils sont encourus.

Autorisation préalable

Pour les [médicaments admissibles](#) qui sont identifiés par la Croix Bleue Medavie comme nécessitant une autorisation préalable ou continue pour être admissibles au remboursement. Les critères d'autorisation préalable sont établis par la Croix Bleue Medavie, mais les régimes d'assurance médicaments provinciaux peuvent également exiger qu'un autre processus d'autorisation préalable soit complété.

Exclusions

Le Régime ne couvre pas :

- Injections sclérosantes;
- Antihistaminiques et sérums contre les allergies;
- Auxiliaires anti tabagiques;
- Vitamines;
- Médicaments reliés aux cures d'amaigrissement;
- Produits de santé naturels, produits homéopathiques et naturopathiques, plantes médicinales et remèdes traditionnels, suppléments nutritionnels – et alimentaires;
- Médicaments de fertilité;
- Médicaments pour traiter le dysfonctionnement érectile;
- Stimulants pour la pousse des cheveux;
- Services, traitements ou fournitures qui :
 - Ne sont pas des médicaments nécessaires;
 - Sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - Sont facultatifs; ou
 - Ont une indication relative à des fins expérimentales ou de recherche.
- Procédures en lien avec des médicaments injectés par un professionnel de la santé dans une clinique privée;
- Frais payables par tout régime de santé gouvernemental ou en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- Services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- Frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- Usage de cannabis (prescrit ou non); ou
- Médicaments qui, de l'avis de la Croix Bleue Medavie, sont destinés à être administrés à l'hôpital, en raison de leur voie d'administration et de la condition pour laquelle le médicament est utilisé.

Livraison à domicile de médicaments

Sauvez de l'argent et bénéficiez de la livraison à domicile gratuite de vos médicaments

Afin de bénéficier de la livraison à domicile gratuite de vos médicaments de **maintien**, vous avez accès au service **Mes médicaments à la maison**, en collaboration avec la Croix Bleue Medavie. Ce service de pharmacie postale est disponible pour vous, sauf si vous résidez au Québec. Ce service recourt à deux fournisseurs de services de livraison de médicaments à domicile, le service de pharmacie par la poste de Sobeys et celui de Telus Santé.

De plus, vous bénéficiez de frais d'ordonnance plus faibles que la plupart des pharmacies traditionnelles, ce qui peut réduire vos coûts.

Ces pharmacies vous aideront à gérer vos médicaments, vous pouvez effectuer des renouvellements en ligne et elles entreront en contact avec vos médecins lorsque nécessaire. Elles coordonneront également les avantages entre différents régimes gouvernementaux. L'inscription est simple et rapide. Appelez-les pour en savoir plus ou poser des questions. Telus Santé propose également une application utile.

Vous pouvez APPELER les **Numéros Sans Frais** pour vous inscrire :

(Ayez en main vos cartes de la Croix Bleue Medavie et d'assurance-maladie)

Pharmacie virtuelle de Telus Santé – Disponible partout au Canada (sauf au Québec)

Est – pour l'Ontario et toutes les provinces de l'Atlantique

Téléphone (sans frais) : 1-888-921-0466 – **Télécopieur** (sans frais) : 1-877-835-8329

Horaire : du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h00 HNE

Central – pour le Manitoba, la Saskatchewan et le Nunavut

Téléphone (sans frais) : 1-866-318-0047 – **Télécopieur** (sans frais) : 1-833-815-5756

Horaire : du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h00 HNC

Ouest – pour l'Alberta, la Colombie-Britannique, YK, NT


Téléphone (sans frais) : 1-855-370-7979 – **Télécopieur** (sans frais) : 1-855-295-7174

Horaire : du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h00 HNP

Service de pharmacie postale de Sobeys – 1-866-657-MEDS (6337) (Sauf au Québec)

(Pharmacie située à Moncton et livraison à partir de Moncton)

Couverture et dispositions du Régime – Hospitalisation

	HOSPITALISATION				
	B	C1	C2	C3	D
Franchises annuelles (le montant des frais admissibles que vous devez acquitter avant d'avoir droit à un remboursement)	0 \$		175 \$ / Personne 265 \$ / Famille ²	290 \$ / Personne 400 \$ / Famille ²	0 \$
Remboursement – Soins actifs	100 %		80 %	80 %	100 %
Remboursement – Soins de convalescence et de réadaptation physique	80 %				100 %
Chambre d'hôpital à deux lits³	Période de temps illimitée				
Chambre d'hôpital à un lit³	Non couvert				Jusqu'à 90 \$/jour

Exemples de l'application des franchises (en utilisant l'option C3 à titre d'exemple)

- **Retraité** avec une couverture Individuelle: soumet une réclamation admissible de 390 \$ (et aucune autre réclamation médicale), le réclamant devra d'abord assumer la franchise par personne de 290 \$. Le montant remboursé par le Régime sera donc 80 % de 100 \$ (390 \$ - 290 \$) ou 80 \$.
- **Retraité** avec une couverture Familiale (avec **conjoint**): même réclamation que décrite ci-dessus pour le **retraité**, il atteint la franchise par personne et le Régime rembourse 80 \$. Le **conjoint** soumet ensuite une réclamation distincte de 300 \$. Le **conjoint** devra d'abord payer le restant de la portion de 110 \$ de la franchise familiale de 400 \$ (400 \$ - 290 \$). Le montant remboursé par le Régime au **conjoint** sera donc 80 % de 190 \$ (300 \$ - 110 \$) ou 152 \$.

² La franchise par personne s'applique à tous les individus sous un certificat familial jusqu'à ce que la franchise par famille soit entièrement payée. Une fois qu'une personne atteint la franchise par personne, les prestations sont payables à la personne même si la franchise par famille n'a pas été entièrement payée par les autres membres de la famille

³ Frais en excès des tarifs provinciaux pour une chambre commune

Les prestations relatives à la **convalescence et à la réadaptation physique** sont limitées à une période maximale de trente (30) jours pour l'ensemble de toutes les périodes d'hospitalisation au cours d'une année civile, tant que l'assuré a droit à des soins assurés et jusqu'à concurrence du montant que l'hôpital est en droit de se faire payer directement par le patient en règlement des frais de séjour en chambre à deux lits.

De plus, ces prestations ne sont accordées que si l'assuré est admis moins de quatorze (14) jours après avoir obtenu son congé d'un hôpital où il recevait des soins actifs et où il avait été admis après la date d'entrée en vigueur de sa protection.

En ce qui concerne les frais d'hospitalisation dans un hôpital privé, le remboursement est limité à 50 \$ par jour (90 \$ par jour sous l'option D).

Définition d'un hôpital


Pour l'application du Régime, on définit un hôpital comme un établissement reconnu par la loi, dont le rôle essentiel est :

- De fournir les installations et services nécessaires aux activités médicales, chirurgicales et de diagnostic destinées à traiter les malades et les personnes accidentées hospitalisées, et
- De fournir ces installations et services sous la surveillance d'une équipe de médecins dirigeant un service de soins assurés par des infirmières et infirmiers autorisés, et ce, 24 heures sur 24.

Les établissements suivants ne peuvent être considérés comme des hôpitaux :

- Foyers pour personnes âgées;
- Maisons de repos et maisons d'accueil;
- Établissements où sont prodigués des traitements psychiatriques;
- Centres spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie.

Couverture et dispositions du Régime – Soins de santé complémentaires

	Soins de santé complémentaires					
	Note sur les dépenses admissibles : Pour que les dépenses soient admissibles et remboursées, elles seront jugées par la Croix Bleue Medavie afin de déterminer si elles sont habituelles, coutumières et raisonnables et si elles sont également médicalement nécessaires. Les dépenses doivent être prescrites par un médecin, sauf indication contraire. Certaines exclusions s'appliqueront.					
	A	B	C1	C2	C3	D
Franchises annuelles (le montant des frais admissibles que vous devez acquitter avant d'avoir droit à un remboursement)	0 \$	0 \$	0 \$	175 \$ / Personne 265 \$ / Famille ⁴	290 \$ / Personne 400 \$ / Famille ⁴	0 \$
Remboursement	80 % (vous payez 20 % en coassurance)					

Exemples sur l'application des franchises (en utilisant l'option C2 comme exemple)

Le [Retraité](#) réclame 400 \$ et son [conjoint](#) réclame également 400 \$

- Le [Retraité](#) assumera une franchise de 175 \$ s'il bénéficie d'une couverture individuelle. Le montant remboursé du 225 \$ restant sera donc 180 \$, ce qui correspond à 80 % de 225 \$.
- Le [Retraité](#) (incluant son [conjoint](#)) assumera la franchise totale combinée de 265 \$ s'il bénéficie d'une couverture familiale. Le montant remboursé du 800 \$ réclamé au total sera donc 428 \$, ce qui correspond à 80 % de 535 \$.

⁴ La franchise par personne s'applique à tous les individus sous un certificat familial jusqu'à ce que la franchise par famille soit entièrement payée. Une fois qu'une personne atteint la franchise par personne, les prestations sont payables à la personne même si la franchise par famille n'a pas été entièrement payée par les autres membres de la famille

Services de spécialistes

Les spécialistes suivants doivent être dûment qualifiés et membres de leur association professionnelle respective. Les dépenses engagées doivent être occasionnées par suite d'une maladie ou d'une blessure.

SERVICES DE SPÉCIALISTES	A	B	C1	C2	C3	D
Psychologue/ Psychothérapeute	60 \$ / visite jusqu'à 500 \$ / année sur une base combinée					
Physiothérapeute/ Thérapeute sportif/ Ergothérapeute	60 \$ / visite jusqu'à 500 \$ / année sur une base combinée					
Podiatre/ Chiropradiste/ Infirmière	60 \$ / visite jusqu'à 500 \$ / année sur une base combinée Les services de pédicure prodigués par une infirmière enregistrée seront remboursés seulement si l'infirmière est entraînée, qualifiée et assurée pour responsabilité professionnelle pour les services de pédicure et si la condition médicale du patient justifie ces services					
Chiropraticien/ Diététiste/ Naturopathe/ Orthophoniste/ Massothérapeute/ Acupuncteur	60 \$ / visite jusqu'à 500 \$ / année / spécialiste La recommandation d'un médecin est requise pour la massothérapie					
Optométriste	75 \$ / année					

La dépense admissible pour ces spécialistes correspond au montant engagé, sous réserve des frais raisonnables et habituels (R&H) applicables dans la région où ils sont encourus.

Exemple : Frais de physiothérapie de 90 \$

- Montant admissible (R&H) : 80 \$
- Remboursement : 80 % des frais admissibles (80 \$) jusqu'à un remboursement maximal de 60 \$ par visite et de 500 \$ par année

Donc, 80 % de 80 \$ = 64 \$. Toutefois, l'assuré est remboursé à raison d'un maximum de 60 \$ par visite, jusqu'à un remboursement maximal de 500 \$ par année civile. Aux fins de satisfaire la franchise annuelle en vertu des Options C2 et C3, un montant de 80 \$ sera déduit; montant correspondant aux frais R&H admissibles compte tenu que de la dépense encourue dépasse ce montant.

Si les services du spécialiste sont assurés par un régime provincial, il se peut que le remboursement par le Régime soit limité en vertu de la loi.

Autres produits et services

AUTRES PRODUITS ET SERVICES	A	B	C1	C2	C3	D
Infirmier ou infirmière autorisé(e) (au domicile du patient)	10 000 \$ / personne / année Les soins ne doivent pas être prodigués par un proche parent ou dans un centre hospitalier. Les soins d'hygiène et de surveillance sont exclus					
Prothèses mammaires (y compris les soutiens-gorge)	200 \$ / personne / année					
Orthèses podiatriques et corrections orthopédiques aux chaussures ordinaires	350 \$ / personne / année					
Chaussures orthopédiques	Frais excédant la première tranche de 60 \$ par paire. Limité à deux paires / personne / année					

Exemple

- Dépenses engagées : 150 \$
- Frais admissibles : 150 \$ - 60 \$ = 90 \$
- Remboursement : 80 % x 90 \$ = 72 \$

AUTRES PRODUITS ET SERVICES	A	B	C1	C2	C3	D
Bas de soutien élastiques et bas sur mesure à compression graduée	100 \$ / personne / année					
Prothèses auditives (incluant les réparations, mais excluant les piles)	1 000 \$ / personne / 48 mois					
Fournitures pour diabétiques	Aiguilles, seringues, bâtonnets réactifs, tampons alcoolisés et réflectomètres tels que glucomètres et dextromètres					
C-pap	Achat de 1 C-pap / 60 mois + tous les frais de pièces et de réparations					

AUTRES PRODUITS ET SERVICES	A	B	C1	C2	C3	D
Lit d'hôpital (L'approbation préalable de la Croix Bleue Medavie est nécessaire)	Location ou achat d'un lit d'hôpital non motorisé pour un patient alité (la location ou l'achat d'un lit motorisé est autorisée, mais le remboursement sera limité au coût d'un lit non motorisé), d'un appareil d'administration de l'oxygène ou d'un respirateur					
Fauteuil roulant (L'approbation préalable de la Croix Bleue Medavie est nécessaire)	Location ou achat d'un fauteuil roulant standard (non standard si médicalement nécessaire et si un fauteuil roulant standard n'est pas approprié) ou d'un scooter, jusqu'au remboursement maximal provincial pour un fauteuil roulant standard et jusqu'à un remboursement maximum global de 1 200 \$ par personne, par période de 48 mois consécutifs Les coussins et les réparations sont également admissibles et sont inclus dans le remboursement maximum global					
Équipement d'oxygène ou d'un respirateur (L'approbation préalable de la Croix Bleue Medavie est nécessaire)	Illimité					
Services de diagnostic	Illimité Soins en clinique externe, administration d'oxygène et services de diagnostic, y compris les examens de laboratoire (incluant les tests sanguins) et les radiographies L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est exclue si ces frais sont couverts par le régime d'assurance maladie provincial					
Traitements au radium et aux radio-isotopes	Illimité					
Fournitures nécessaires à la suite d'une colostomie	Illimité					
Membres (non mécanique) ou yeux artificiels (Frais de location, le cas échéant, ou d'achat)	Illimité					

AUTRES PRODUITS ET SERVICES	A	B	C1	C2	C3	D
Béquilles, cadres de marche, attelles, bandages herniaires, pansements, trapèzes, appareils orthopédiques et plâtres (Frais de location, le cas échéant, ou d'achat)	Illimité					
Services professionnels de transport par ambulance en cas d'urgence	1 500 \$ / personne / année Y compris l'ambulance aérienne ou le transport par avion de ligne régulière, à destination de l'hôpital le plus proche (incluant transferts entre hôpitaux en cas d'urgence) capable d'assurer les soins essentiels lorsque ces services sont requis					

Une ambulance doit comprendre entre autres :

- un équipage de sauvetage;
- une civière;
- de l'équipement pour la respiration;
- du matériel pour les premiers soins.

Les transports par ambulance à partir d'un hôpital vers le lieu de résidence d'une personne ne sont pas couverts.

AUTRES PRODUITS ET SERVICES	A	B	C1	C2	C3	D
Traitement dentaire d'urgence	1 000 \$/ accident / personne Soins dentaires nécessaires pour le traitement de dents naturelles endommagées à la suite d'un coup reçu accidentellement, d'une fracture ou d'une dislocation de la mâchoire, à condition que le traitement commence dans les 180 jours suivant l'accident et que celui-ci se soit produit pendant que la personne était assurée. Le remboursement sera effectué selon le guide des tarifs à l'intention des dentistes généralistes de l'association des chirurgiens-dentistes en vigueur dans la province où les soins sont prodigués					

AUTRES PRODUITS ET SERVICES	A	B	C1	C2	C3	D
Dépense hors- province	Référez-vous à la page 30					
L'achat d'équipement ou de fournitures à l'extérieur du Canada	Le remboursement des dépenses admissibles sera limité au montant qui aurait été remboursé (en dollars canadiens) si l'approvisionnement ou l'achat avait été engagé au Canada					

Exclusions

Le Régime ne couvre pas:


- Le traitement de l'obésité;
- Les soins dentaires, à moins qu'ils ne résultent d'un accident;
- Les articles tels que matelas orthopédiques, exerciseurs, climatiseurs, purificateurs d'air et bains tourbillons;
- Les appareils thérapeutiques;
- Les couches vendues pour personnes incontinentes;
- Les contrats d'entretien ménager;
- Les frais encourus à l'extérieur du Canada, sauf indication contraire.

Gestion des maladies chroniques

Les frais pour les services rendus par un fournisseur approuvé, tel que défini par la Croix Bleue Medavie, spécialisé dans la gestion des maladies chroniques. Les services doivent être rendus par le fournisseur approuvé pour des conditions médicales jugées admissibles par Croix Bleue Medavie. La couverture inclut :

- L'évaluation initiale, les services conseil et les sessions de suivi;
- L'encadrement sur la gestion des symptômes, la prise de médicaments;
- Le développement de plans d'action.

Couverture et dispositions du Régime – Soins de la vue

	Soins de la vue
	D
Franchises annuelles (le montant des frais admissibles que vous devez acquitter avant d'avoir droit à un remboursement)	0 \$
Remboursement	80 % (vous payez 20 % en coassurance)
Lentilles cornéennes ou lunettes (monture et lentilles) obtenues sur ordonnance, y compris les lunettes de soleil et les lunettes protectrices	Jusqu'à 200 \$ / personne / 36 mois consécutifs à compter de la date d'achat Si l'achat est fait à l'extérieur du Canada : le remboursement sera limité au montant qui aurait été remboursé (en dollars canadiens) si ces dépenses avaient été encourues au Canada
Lentilles monofocales (souples) obtenues sur ordonnance requise pour une chirurgie de la cataracte	Jusqu'à un remboursement maximal viager de 600 \$ / personne

Exclusions

Le Régime ne couvre pas :

- Les lunettes achetées dans un but esthétique;
- Les chirurgies au laser.

Exclusions générales du Régime

Le Régime **ne couvre pas** :

- Les services et fournitures dont peut bénéficier la personne en vertu de toute loi ou de tout régime gouvernemental, ni les types de services et de fournitures dont le remboursement est interdit par la loi;
- Les frais qui n'auraient pas été exigés en l'absence d'un régime d'assurance;
- Les frais afférents à tous soins, traitements, services ou produits autres que ceux qui sont jugés nécessaires par des autorités compétentes en matière de traitement de malades ou d'accidentés;
- Les frais afférents à des services ou soins expérimentaux, ou associés à l'application de nouvelles méthodes de traitement dont l'usage n'est pas encore courant;
- Le traitement de blessures que s'est intentionnellement infligées la personne assurée, que ce soit ou non dans un état de démence;
- Les honoraires de visite d'un médecin au domicile du patient puisque ceux-ci ne peuvent être assurés en vertu de la Loi canadienne sur la santé;
- Les traitements préventifs;
- Les frais afférents aux services fournis à l'extérieur du Canada, sauf indication contraire;
- Les frais non couverts en vertu de toute loi régissant l'assurance maladie ou l'assurance hospitalisation, s'ils sont engagés à l'extérieur du Canada;
- Les cures de repos, les voyages pour raison de santé, les examens subis avant de partir en voyage ou pour souscrire une assurance ou subis à des fins similaires, ni les examens médicaux périodiques;
- Les frais de consultation d'un médecin à l'hôpital, à domicile ou à son cabinet, dans la province de résidence de la personne assurée;
- Les frais couverts par les régimes provinciaux d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation, même si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de ces régimes;
- Les frais de traitements ou de prothèses engagés à des fins esthétiques;
- Les frais afférents aux soins, fournitures et services médicaux ne figurant pas dans la liste des frais admissibles;
- Frais afférents à des traitements dispensés par un proche parent.

Les voyages à l'extérieur de ma province de résidence

Si vous voyagez à l'extérieur de votre province de résidence MAIS au Canada, les frais ci-dessous seront remboursés à 80 % après application de la franchise applicable au niveau des Soins de santé complémentaires, le cas échéant, par le Régime :

- Frais d'hospitalisation en salle commune excédant les frais couverts par le régime de la province de résidence;
- Honoraires du médecin ou du chirurgien traitant excédant les frais couverts par le régime de la province de résidence. Ces honoraires doivent être jugés raisonnables et courants;
- Tous les frais admissibles sous la couverture de Soins de santé complémentaires;
- Médicaments nécessitant une ordonnance, tels que décrits à la [page 14](#), sauf si vous êtes couvert en vertu de l'Option B.

Ces frais doivent être engagés en cas d'urgence (non facultatifs). **Les frais engagés à la suite de la recommandation d'un médecin sont également exclus.**

Si vous voyagez à l'extérieur de votre province de résidence et à l'extérieur du Canada, les frais encourus à l'extérieur du Canada NE SERONT PAS remboursés (sauf pour ceux spécifiquement indiqués à la [page 27](#)). Il vous est donc fortement recommandé de souscrire une assurance médicale personnelle.

Les voyages à l'extérieur du Canada

Ce Régime n'offre **AUCUNE** couverture pour les frais ou les services engagés à l'extérieur du Canada.

Cependant, votre bureau local de la Croix Bleue peut vous offrir un rabais si vous souscrivez une assurance médicale de voyage individuelle auprès d'elle et indiquez que vous êtes membre de la Croix Bleue. Le rabais potentiel varie selon la province et la région et peut ou non inclure d'autres rabais spécifiques. Dans certains cas, votre bureau local de la Croix Bleue peut offrir les 15 premiers jours gratuits lorsque vous souscrivez 16 jours ou plus d'assurance médicale de voyage individuelle.

N'hésitez pas à contacter les bureaux locaux suivants de la Croix Bleue pour vous renseigner sur l'assurance médicale de voyage individuelle et sur les rabais potentiels.

Ontario, Québec et les provinces de l'Atlantique – Assurance voyage Croix Bleue Du lundi au vendredi entre 8h00 et 17h00, heure de l'Est, au : 514-908-3493 ou sans frais au 1-888-905-3493 ou au 1-888-857-2583 https://www.medaviebc.ca/fr/nos-regimes/assurance-voyage	
Assurance voyage Croix Bleue de la Saskatchewan Du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h, 1-800-667-6853 https://www.sk.bluecross.ca/personal-insurance/travel-insurance/	Assurance voyage Croix Bleue du Manitoba Appelez le 204-775-0151 ou le 1-888-596-1032 https://www2.mb.bluecross.ca/plans/travel-plans
Assurance voyage Croix Bleue de l'Alberta Du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h 1-800-394-1965 https://www.ab.bluecross.ca/plans/travel/travel-insurance-coverage.php	Assurance voyage Croix Bleue du Pacifique Du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h 1-877-722-2583 https://www.pac.bluecross.ca/travel-insurance

Comment faire une demande de règlement?

Lorsque vous faites une demande de règlement de toute nature, il est important :

1. De soumettre les reçus médicaux originaux détaillant le service ou le produit reçu
2. De conserver une copie de toutes les soumissions pour vos dossiers.

Réclamations de médicaments sur ordonnance

- Donner votre carte de paiement direct de la Croix Bleue Medavie au pharmacien avec votre carte d'assurance médicament provinciale, le cas échéant.
 - Le pharmacien va entrer les données indiquées sur votre carte et votre ordonnance dans son système informatique.
 - Ces données seront traitées électroniquement et le système informatique indiquera la partie du coût que vous avez à payer.
 - Vous ne paierez que pour la partie du coût qui vous incombe (coassurance, franchise, etc.).
 - Vous ne paierez pas la partie des dépenses couvertes par le Régime.
- Pour vos premières réclamations de médicaments, ou pour des ordonnances dont le dosage a changé, vous pourriez être limité à un approvisionnement initial de 30 jours. Après cette période, vous pourrez recevoir le reste de votre ordonnance originale.
- Vous n'avez pas besoin de soumettre directement un formulaire de demande de règlement à la Croix Bleue Medavie. Si vous avez également un compte de dépenses de soins de Santé du CN, vous pourriez également être éligible à soumettre la partie impayée de votre réclamation sur ce compte séparément.
- Visitez le site web des retraités du CN (cnpensioners.org) et accédez à l'onglet Soins de santé pour découvrir les moyens simples de soumettre des demandes de règlement ou pour trouver un formulaire de demande de règlement à imprimer.

Conjoint admissible couvert par un autre régime

Il/elle devrait soumettre ses dépenses à son régime d'abord; le solde pourrait alors être soumis au Régime. Ainsi, la carte médicaments à paiement direct ne doit pas être utilisée par votre conjoint dans cette situation spécifique, car il doit utiliser sa propre carte de paiement direct en premier ou envoyer le formulaire de demande de règlement à son régime, le cas échéant.

Si pour une raison quelconque une pharmacie n'accepte pas votre carte de la Croix Bleue Medavie pour un paiement direct

Vous devriez payer la prescription directement et soumettre la demande de remboursement avec les reçus originaux directement à la Croix Bleue Medavie.

Si votre carte est refusée par une pharmacie pour un paiement

Veillez appeler le numéro de la Croix Bleue Medavie au dos de votre carte pour vous renseigner. Dans certains cas, certains médicaments pourraient ne pas être admissibles au remboursement, des limites pourraient avoir été dépassées ou d'autres conditions pourraient s'appliquer.

Réclamations d'hospitalisation

Si l'hôpital vous facture les frais directement, vous devrez les acquitter en entier et envoyer le reçu à la Croix Bleue Medavie pour être remboursé (voir la [page 36](#)).

Réclamations pour d'autres frais médicaux

Procurez-vous un formulaire de demande de règlement en communiquant avec la Croix Bleue Medavie ou en l'imprimant à partir du [site Web des retraités du CN](#). Ce formulaire doit être retourné, accompagné des reçus originaux, au bureau de règlement de la Croix Bleue Medavie. Chaque année, lorsque vous faites votre première demande de règlement, veillez à ce que le total de vos reçus soit supérieur à la franchise applicable à votre option.

Les demandes de règlement doivent parvenir à la Croix Bleue Medavie au plus tard le 30 avril suivant l'année civile où les frais ont été engagés (sous réserve de la législation provinciale en vigueur). Une demande de règlement soumise en retard ne sera pas traitée et les frais engagés ne vous seront pas remboursés.

Si vous ou vos personnes à charge admissibles engagez des **frais médicaux à l'extérieur de votre province de résidence**, assurez-vous d'obtenir des reçus détaillés.

Dans la plupart des cas d'hospitalisation au Canada, l'hôpital facture directement à votre régime provincial les frais correspondants à l'hospitalisation en salle commune. Toutefois, certains hôpitaux peuvent vous facturer directement le coût total de l'hospitalisation, des honoraires de médecins et des frais médicaux. Dans ce cas, soumettez les reçus détaillés à votre régime d'assurance provincial. Conservez une copie ou une photocopie de tous vos reçus.

Une fois obtenu le remboursement du gouvernement provincial, remplissez une demande de règlement de la Croix Bleue Medavie et adressez-la aux bureaux de la Croix Bleue Medavie, accompagnée des reçus détaillés et des preuves du remboursement effectué par le régime provincial.

Alternative à la soumission des demandes de papier

La Croix Bleue Medavie offre également la technologie par laquelle vous pouvez numériser vos reçus et soumettre votre demande de remboursement via votre ordinateur ou votre téléphone intelligent. Votre remboursement sera alors déposé directement dans votre compte de banque personnel.

Veuillez consulter le site Web de la Croix Bleue Medavie pour déterminer le processus et également TÉLÉCHARGER l'application de la Croix Bleue Medavie. Cette information et ces liens se trouvent également sur le site Web des Retraités du CN sous le lien Soins de santé (<https://www.cnpensioners.org/fr/healthcare>).

Dépôt Direct

La Croix Bleue Medavie met à votre disposition un service de « dépôt direct » si vous désirez que vos remboursements soient déposés directement dans votre compte de banque personnel. Ce service élimine tout délai postal compte tenu que votre remboursement est déposé dans votre compte bancaire dans les deux jours suivant le traitement de vos demandes de règlement alors qu'un talon expliquant le paiement vous est envoyé par la poste.

Si vous n'êtes pas déjà inscrit, veuillez simplement joindre un chèque sur lequel est indiqué « ANNULÉ » avec votre prochaine demande de règlement. La Croix Bleue Medavie prendra les actions requises afin de faire en sorte que vos prochains remboursements soient automatiquement déposés dans votre compte de banque personnel et ce, jusqu'à ce que la Croix Bleue Medavie soit avisée par vous d'un changement.

Des questions?

Pour des questions concernant	Appelez la Croix Bleue Medavie ou visitez :
<ul style="list-style-type: none"> • L'adhésion au Régime • Le changement d'options • L'annulation de l'assurance • Les taux de prime 	1-866-660-7670
<ul style="list-style-type: none"> • Le paiement des réclamations • Le détail des options • Le détail des protections • L'obtention d'une approbation préalable pour certains frais • L'obtention de formulaires de réclamation 	Pour l'Ontario : 1-800-355-9133 Pour le Québec : 1-888-588-1212 Pour toutes les autres provinces : 1-800-667-4511
Pour recevoir votre plus récente Brochure du Régime, les tableaux de taux de prime, ou des informations supplémentaires sur le Régime et les processus de soumission de réclamation à la Croix Bleue Medavie	cnpensioners.org
Rendez-vous sur le site Web des avantages collectifs de la Croix Bleue Medavie pour vous INSCRIRE à la soumission en ligne des réclamations, obtenir des informations générales sur votre Régime et votre couverture actuelle, consulter vos réclamations et votre historique de remboursement, et imprimer des formulaires de demande de remboursement génériques	medaviebc.ca

Bureaux de règlement régionaux

Provinces de l'Atlantique

C.P. 220

Moncton, NB, E1C 8L3

Téléphone : 1-800-667-4511

Québec

C.P. 3300 Succursale B

Montreal QC H3B 4Y5

Téléphone : 1-800-667-4511

Ontario

C.P. 2000 Succursale A

Etobicoke, ON, M9C 5P1

Téléphone : 1-800-667-4511

Autres Provinces et Territoires

C.P. 2318 Succursale Main

Edmonton, AB, T5J 0L8

Téléphone : 1-800-667-4511

Couverture des régimes provinciaux d'hospitalisation et de soins médicaux

La présente Brochure du Régime se limite à la description du Régime. Si vous désirez des renseignements sur les régimes provinciaux d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation, adressez-vous aux administrations gouvernementales compétentes.

La présente Brochure du Régime expose, en termes simples, les grandes lignes du Régime. Elle renferme des renseignements importants et doit être conservée en lieu sûr, connu de vous et des membres de votre famille.

L'avenir étant imprévisible, le Régime pourrait être modifié en tout temps.

Si des services ou des frais présentement assurés par un régime provincial d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie étaient suspendus ou modifiés ou cessaient d'être assurés ou si une coassurance était mise en place ou augmentée, le Régime n'assurera pas automatiquement le remboursement de ces services, frais ou cette coassurance.

Veuillez communiquer avec la Croix Bleue Medavie pour connaître l'effet sur votre protection d'un changement à votre régime provincial aux numéros sans frais suivants

- Pour l'Ontario : 1-800-355-9133
- Pour le Québec : 1-888-588-1212
- Pour toutes les autres provinces : 1-800-667-4511.

Produite au Canada en octobre 2025