

# BULLETIN RSSFP

Numéro 4

Février 1998

## La «franchise» et la «coassurance»

La **franchise annuelle** est la somme qui vous incombe au cours de chaque année civile avant de toucher des prestations du régime; elle s'applique à l'année au cours de laquelle les frais médicaux sont engagés. La franchise annuelle est de 60 \$ si vous bénéficiez de la couverture «individuelle» et de 100 \$ si vous bénéficiez de la couverture «familiale». Ces sommes sont déduites des premiers frais dont vous demandez le remboursement dans l'année et elles sont indiquées dans le Détail des prestations qui vous est remis. Dans le cas de la couverture «familiale», la franchise annuelle de 60 \$ s'applique au membre de la famille qui engage les premiers frais admissibles dans l'année. Le reste de la franchise annuelle, soit 40 \$ s'applique lorsqu'un second membre de la famille présente une demande de prestations. Si, au cours de l'année, un seul membre de la famille engage des frais admissibles, seule la franchise annuelle de 60 \$ s'applique.

Une fois la franchise annuelle déduite, la garantie-maladie complémentaire du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) vous rembourse 80 % des frais admissibles engagés. Les 20 % restants représentent la somme qu'il vous incombe de payer relativement à ces frais; c'est ce que l'on appelle la **coassurance**.

**Exemple** : Vous bénéficiez de la couverture «familiale» au titre du RSSFP et la franchise annuelle totale est de 100 \$. Le 7 janvier 1998, vous achetez pour vous-même des médicaments sur ordonnance de 200 \$. Le 21 février 1998, un autre membre de votre famille achète des médicaments sur ordonnance de 80 \$. Lorsque vous présentez votre demande de remboursement, la franchise annuelle de 60 \$ est déduite des frais que vous avez engagés; le reste de la franchise annuelle, soit 40 \$, est prélevée sur les frais engagés par l'autre membre de votre famille lorsqu'il présente sa demande de remboursement. Une fois la franchise annuelle déduite, les frais admissibles engagés sont remboursés à 80 %.

## Services de massothérapeutes prescrits par le médecin

Un des changements apportés au régime à compter du 1er janvier 1997 confirmait que la couverture des services de massothérapeutes autorisés serait maintenue mais que les demandeurs devaient dorénavant présenter une ordonnance ou une note du médecin attestant de la nécessité médicale des services pour que les frais engagés relativement à ces services soient considérés comme admissibles.

Nous voulons éclaircir un point : l'ordonnance ou la note du médecin confirmant la nécessité sur le plan médical des services de massothérapeutes est **valide pour une période de 6 mois**; à l'expiration de cette période, l'ordonnance du médecin doit être renouvelée pour confirmer la nécessité du point de vue médical de maintenir le traitement.

## Services d'infirmières à titre privé

La garantie de frais professionnels de la santé du RSSFP prévoit le remboursement des services donnés par certains praticiens, y compris les services d'une infirmière. Pour les besoins du RSSFP, «infirmière» s'entend d'une infirmière ou infirmier autorisé, d'une infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé, ou d'une infirmière ou infirmier auxiliaire diplômé.

Le régime couvre les services d'infirmières à titre privé si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- les services d'infirmières sont prescrits par le médecin;
- les services d'infirmières sont nécessaires pour le traitement médical d'une maladie ou d'une blessure;
- les services d'infirmières sont donnés dans la résidence privé du patient (les services d'infirmières donnés à l'hôpital ou dans une maison de soins infirmiers, par exemple, ne sont pas couverts);
- les services d'infirmières **ne sont pas donnés** par une personne qui réside habituellement au domicile du patient ou qui est liée à ce dernier par le sang ou le mariage.

Les services médicaux donnés par l'infirmière doivent s'inscrire parmi ceux pour lesquels celle-ci est qualifiée et qui nécessitent sa compétence et ses qualifications. Si les soins peuvent être donnés de façon adéquate par une personne qui ne possède pas la compétence ni les qualifications d'une infirmière, comme une aide à domicile, ces services **ne sont pas** couverts. Par exemple, un patient peut avoir besoin d'aide pour accomplir certaines activités quotidiennes, comme se nourrir, prendre son bain ou effectuer des tâches domestiques. Même si c'est une infirmière qui accomplit ces tâches, ces services **ne sont pas** couverts par le RSSFP étant donné qu'ils n'exigent ni la compétence ni les qualifications d'une infirmière. En outre, veuillez noter que l'administration de médicaments par voie buccale **ne nécessite pas** dans la plupart des cas les services d'une infirmière.

**Si vous ou l'une des personnes à votre charge est susceptible d'avoir besoin de services d'infirmières à titre privé qui pourraient donner droit à un remboursement, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime, la Sun Life, pour obtenir un questionnaire médical.** Le questionnaire doit être rempli par le médecin traitant du patient (les honoraires que peut exiger le médecin pour remplir le questionnaire ne sont pas considérés comme des frais admissibles au titre du régime). La formule doit indiquer la nature de la maladie nécessitant les services d'une infirmière, les tâches qu'accomplira l'infirmière et la durée pendant laquelle ces services seront requis. Si le questionnaire dûment rempli ne parvient pas à l'administrateur avant qu'il ne reçoive la première demande de remboursement à ce sujet, le traitement de la demande sera probablement retardé jusqu'à ce que la Sun Life ait en main les renseignements nécessaires.

**Même si votre médecin traitant recommande ou prescrit des services d’infirmières, cela ne signifie pas que les frais engagés pour ces services sont couverts automatiquement par le régime.** Après avoir pris en compte tous les faits entourant votre cas, l’administrateur déterminera, conformément aux dispositions du régime, si ces frais donnent droit à un remboursement. Le questionnaire médical permet également à l’administrateur de déterminer le nombre d’heures par jour et le nombre de jours par semaine pour lesquels ces services donneront droit à un remboursement.

Finalement, selon le cas en cause, l’administrateur peut demander au médecin traitant des mises à jour périodiques pour confirmer la nécessité sur le plan médical de maintenir ces services.

Actuellement, le plafond des frais admissibles pour les services d’infirmières est de 15 000 \$ par année civile. Comme pour ce qui est des autres frais couverts par la garantie-maladie complémentaire du RSSFP, les frais admissibles relatifs aux services d’infirmières sont remboursables à 80 %, une fois que la franchise annuelle prévue par le régime aura été déduite.

Le BULLETIN RSSFP est publié par le Conseil de gestion du Régime  
de soins de santé de la fonction publique (RSSFP)  
pour vous informer sur la gestion et les garanties de votre régime de soins de santé.