



**CHEMIN DE FER
CANADIEN
PACIFIQUE**



**Régimes d'assurance-maladie de Croix Bleue
à l'intention des retraités canadiens**

Révisé en juin 2004

Régimes d'assurance-maladie de Croix Bleue à l'intention des retraités canadiens

Table des matières

Introduction	1
Régime d'assurance-maladie (Croix Bleue) à l'intention des retraités ..	1
Partie 1 - Régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société	2
Partie 2 - Régime d'assurance-maladie complémentaire facultatif à la charge du retraité	9
Coordination des prestations - Parties 1 et 2	13
Présentation des demandes de règlement - Parties 1 et 2	13
Litiges - Parties 1 et 2	14
Bureaux de règlement de la Croix Bleue	15
Régime d'assurance-maladie provincial (Medicare)	16

Introduction

Maintenant que vous êtes retraité du Chemin de fer Canadien Pacifique, la question du maintien de vos régimes d'assurance-maladie provincial (Medicare) et complémentaire se pose.

La présente brochure décrit les régimes d'assurance-maladie à l'intention des retraités du Chemin de fer Canadien Pacifique, ainsi que de leurs conjoints survivants, qui résident au Canada et dont les prestations sont payées en monnaie canadienne. Pour plus de renseignements concernant les régimes d'assurance-maladie provinciaux (Medicare), voir la page 16.

Régime d'Assurance-Maladie (Croix Bleue) à l'Intention des Retraités

En ce qui concerne les employés canadiens syndiqués et non syndiqués, le régime d'assurance-maladie à la charge de la Société prend fin au moment de leur départ en retraite. Cependant, la Société le remplace par un régime d'assurance-maladie en deux parties (que nous appellerons « **le régime** » dans la présente brochure) qui s'applique à tous les retraités canadiens du Chemin de fer Canadien Pacifique.

On entend par « retraité » toute personne qui a quitté le service du Chemin de fer Canadien Pacifique et du Réseau de l'Est ou de Canadien Pacifique Limité et qui a pris sa retraite avec ou sans pension.

Le régime se divise en **deux parties** :

La **Partie 1** s'adresse à tous les retraités admissibles et est entièrement payée par la Société, alors que la **Partie 2**, qui offre des indemnités supplémentaires, est facultative et payée par le retraité. Les deux parties du régime sont souscrites par Croix Bleue du Canada.

Le régime est entré en vigueur le 1^{er} novembre 1985 et est offert à tous les retraités admissibles actuels et futurs ainsi qu'à leurs conjoints survivants.

IMPORTANT

Nous vous recommandons de lire attentivement la présente brochure et de la conserver à titre de référence.

Vos garanties:

Partie 1 seulement

Parties 1 et 2

Partie 1 - Régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société

Voici un résumé des principales caractéristiques du **régime**; cependant, le contrat n° 93100 est le document qui fait autorité. En cas de divergence entre les renseignements fournis dans la présente brochure et les dispositions du contrat, ce sont ces dernières qui prévaudront.

Admissibilité

La garantie est offerte à tous les retraités actuels et futurs ainsi qu'à leurs conjoints survivants.

Est considéré comme ayant droit :

- Le conjoint (personne mariée au retraité ou conjoint de fait) qui habite ouvertement et de façon continue avec lui depuis au moins un an. **Toutefois, la période minimale de 12 mois ne s'applique pas si un enfant est né de cette union.** Il peut s'agir d'une personne de sexe opposé ou de même sexe. En cas de séparation, le conjoint doit être à la charge du retraité.
- Tout enfant, beau-fils, belle-fille ou enfant adopté qui n'a pas de conjoint, est sans emploi et à la charge du retraité :
 - ⇒ S'il a moins de 21 ans et demeure avec le retraité ou le conjoint admissible;
 - ⇒ s'il a moins de 25 ans et fréquente à temps plein une école secondaire, un collège ou une université (26 ans pour les résidents du Québec);
 - ⇒ s'il est handicapé, quel que soit son âge, et qu'il demeure avec le retraité et est entièrement à sa charge.

Date d'entrée en vigueur de la garantie

En ce qui a trait aux retraités et conjoints survivants **admissibles**, la date d'entrée en vigueur de la garantie coïncide avec la date du départ en retraite de l'employé ou avec le début du service de la rente de survie.

Cependant, si vous êtes un résident du Québec et que votre conjoint est décédé après le 1^{er} janvier 2000, vous n'êtes pas admissible à l'assurance-médicaments en vertu du régime du CP. **Vous devez donc vous inscrire à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et adhérer au régime d'assurance-médicaments du Québec.** Vous êtes admissible à toutes les autres prestations d'assurance-maladie prévues en vertu du régime du CP.

Coût pour les retraités et les conjoints survivants

Les retraités et les conjoints survivants n'ont rien à déboursier. La **Partie 1** (régime d'assurance-maladie de base) est entièrement payée par la Société.

Adhésion

Les retraités et les conjoints survivants **admissibles** seront automatiquement inscrits au régime à la date de leur départ en retraite ou au début du service de leur rente de survie.

Une **carte d'identité** vous sera envoyée de six à huit semaines après la date de votre départ en retraite. Si entre-temps vous aviez une demande de règlement à effectuer, remplissez l'imprimé de demande de règlement ci-joint en indiquant le numéro de groupe (93100) ainsi que votre matricule d'employé du CP (qui sera votre numéro de contrat), et faites-le parvenir au bureau de la Croix Bleue de votre province de résidence (voir la liste d'adresses à la page 15)

Partie 1 - Régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société - suite -

Si vous perdez votre carte ou qu'elle s'endommage, vous pourrez en demander une nouvelle en écrivant directement à la Croix Bleue. Dans toute correspondance, veuillez mentionner votre matricule d'employé et le numéro de groupe, soit 93100. L'adresse de la Croix Bleue est la suivante :

Croix Bleue du Canada
Administration du groupe
550, rue Sherbrooke Ouest
Montréal (Québec) H3A 1B9

Sommaire des prestations

La **Partie 1** (régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société) couvre les frais ci-dessous dans la mesure où ils sont engagés au Canada. **Les frais engagés à l'étranger ne sont pas couverts.** Si vous faites un voyage à l'étranger, il est préférable que vous preniez des dispositions personnelles, avec la **Croix Bleue** par exemple, afin de bénéficier d'une garantie suffisante.

Franchise par année civile :

Protection individuelle : 50 \$
Protection familiale : 100 \$

En d'autres termes, seuls les frais couverts en sus de la **franchise** sont remboursables.

Coassurance :

Remboursement de 80 % des frais.

En d'autres termes, 80 % des frais couverts excédant la **franchise** sont remboursés.

Prestations maximales :

15 000 \$ à vie, par personne.

Ce maximum ne s'applique pas aux résidents du Québec en ce qui concerne les médicaments.

Frais couverts

- **Les médicaments**, les contraceptifs oraux, les sérums et les préparations injectables **délivrés seulement sur ordonnance** d'un médecin ou d'un dentiste et préparés par un pharmacien, un médecin ou un dentiste. Les produits ne nécessitant pas d'ordonnance et qui sont requis en raison d'une colostomie ou pour le traitement de la fibrose kystique, du diabète ou de la maladie de Parkinson sont également couverts.
- **Les frais d'hospitalisation découlant d'un traitement d'urgence au Canada, mais à l'extérieur de la province de résidence du retraité**, y compris les frais de séjour et les frais hospitaliers spéciaux pour une période de 180 jours par année civile. L'assurance comprend la différence entre l'indemnité payable par le régime provincial d'assurance-hospitalisation et le coût réel de l'hospitalisation en salle commune à l'extérieur de la province de résidence.

Partie 1 - Régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société - suite -

- **Les services d'un médecin** au Canada, quand la loi l'exige. Les frais couverts sont généralement limités au traitement d'urgence administré à l'extérieur de la province de résidence du demandeur et restreints aux frais raisonnables et habituels de la région où le traitement a été administré.
- Sur prescription du médecin, **les services d'un infirmier autorisé** ou, s'il n'y en a pas, d'un aide-infirmier autorisé. La garantie s'applique quand le demandeur n'est pas tenu de rester à l'hôpital (les frais sont couverts par l'assurance-maladie du gouvernement provincial dans un tel cas). L'infirmier ou, le cas échéant, l'aide-infirmier, ne doit pas être un proche parent du patient. **Les services dispensés à des fins de garde ou d'hygiène corporelle ne sont pas couverts.** Les frais sont remboursés jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par personne, par année civile.
- **Les services d'un physiothérapeute diplômé**, sur prescription d'un médecin.
- **Les tests de diagnostic, les radiographies, le sang, le plasma sanguin et l'oxygène**, de même que la location du matériel permettant de l'administrer.
- L'achat de **bandages herniaires, appareils orthopédiques, béquilles, membres ou yeux artificiels, cadres de marche**, bas de soutien élastiques (remboursement maximum de 50 \$ par personne, par année civile) et chaussures orthopédiques (maximum de une paire par personne, par année civile) OU orthèse podiatrique (maximum de une par personne, par année civile).
- La location ou l'achat (au choix de l'assureur) d'un **fauteuil roulant manuel de catégorie standard ou d'un lit d'hôpital manuel de catégorie standard ou d'un poumon d'acier.**
- **En cas d'urgence, le service d'ambulance autorisé** pour le transport à destination et en provenance d'un hôpital local, y compris le transport d'urgence du demandeur par avion, ambulance ou au moyen de tout autre véhicule servant normalement au transport public, jusqu'à l'hôpital le plus proche où les soins nécessaires peuvent être administrés.
- **Les soins dentaires** occasionnés directement par une blessure accidentelle aux dents naturelles jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par accident, pourvu que le traitement soit dispensé dans les six mois suivant la date de l'accident.

Note spéciale à l'intention des résidents de l'Alberta

En Alberta, le gouvernement provincial fournit un régime d'assurance-maladie complémentaire partiellement subventionné à certains citoyens de 65 ans ou plus. Dans certains cas, le retraité doit payer une prime. Si vous y êtes admissible à 65 ans, les prestations de notre régime d'assurance-maladie de base et du régime provincial peuvent être coordonnées sans que vous soyez pénalisé.

Le régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société offre les indemnités complémentaires suivantes, sous réserve des dispositions relatives à la **franchise** et la **coassurance** :

- **Médicaments** : En vertu du régime provincial, 70 % des frais admissibles sont remboursés. Une demande de remboursement des 30 % qui restent peut être présentée en vertu du régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société.
- **Services d'un infirmier** : Le plafond en vertu du régime provincial est de 200 \$ par année. L'excédent, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par année, est admissible au remboursement en vertu du régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société.

Régimes d'assurance-maladie de Croix Bleue à l'intention des retraités canadiens

Partie 1 - Régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société - suite -

- **Service d'ambulance** : Le régime provincial assume le coût du transport à destination et en provenance d'un hôpital à bord d'un véhicule habituellement utilisé pour le service d'ambulance (terrestre). Le régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société couvre le transport aérien ou ferroviaire d'urgence.
- **Services d'un médecin et d'un chirurgien** : Le régime provincial acquitte les frais de traitement administré à l'extérieur de la province d'Alberta jusqu'à concurrence des tarifs figurant dans le guide des tarifs de l'Alberta. Les frais excédentaires, raisonnables et habituels dans la région (au Canada) où le traitement est dispensé, sont pris en charge par le régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société.

IMPORTANT

Lorsque vous utilisez l'imprimé de demande de règlement du Canadien Pacifique, qui se trouve dans la brochure, n'oubliez pas d'indiquer les numéros d'identification de la Croix Bleue de l'Alberta et du Canadien Pacifique afin de recevoir le maximum de prestations.

Note spéciale à l'intention des résidents du Québec

La Régie de l'assurance-maladie du Québec (la Régie) a créé le Régime d'assurance-médicaments, qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1997.

En tant que participant à un régime privé d'assurance-maladie collective (le régime d'assurance-maladie à l'intention des retraités du Canadien Pacifique (le régime du CP)), vous devez bien comprendre ce que signifient pour vous ces nouvelles dispositions, selon votre âge. Veuillez consulter la section qui vous concerne.

Section A - Retraités de moins de 65 ans

1. Q. Comment le régime gouvernemental vous touche-t-il?

R. En pratique, le régime ne vous touche pas. Vous participez au régime d'assurance-maladie à l'intention des retraités du CP et, à ce titre, vous bénéficiez d'une couverture équivalente à celle du Régime d'assurance-médicaments de la Régie. Vous n'avez donc pas besoin de vous inscrire au régime gouvernemental.

2. Q. Est-ce que vous devez faire certaines démarches?

R. Vous n'avez aucune mesure à prendre pour le moment. Vous et, s'il y lieu, votre conjoint et vos enfants à charge, qui correspondent aux définitions du régime du CP, êtes assurés en vertu du régime du CP à partir de la date de votre départ en retraite.

3. Q. Est-ce que vous devrez faire de nouvelles démarches lorsque votre conjoint ou vous-même atteindrez 65 ans ou si votre conjoint est actuellement âgé de 65 ans ou plus?

R. Oui. Veuillez consulter la **section B** pour plus de détails.

Partie 1 - Régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société - suite -

Note spéciale à l'intention des résidents du Québec

Section B - Retraités de 65 ans ou plus

1. Q. Comment le régime d'assurance-médicaments du Québec vous touche-t-il?

R. Comme vous résidez au Québec et que vous avez 65 ans ou plus, la Régie vous **inscrira automatiquement** au Régime d'assurance-médicaments du Québec. Vous devrez cependant payer à la Régie une prime annuelle qui se situera entre 0 \$ et 494 \$ par personne selon le revenu familial. La prime est calculée et perçue par le ministère du Revenu du Québec.

2. Q. N'avez-vous pas déjà une assurance-médicaments en vertu du régime d'assurance-maladie à l'intention des retraités du Canadien Pacifique?

R. En tant que personne de 65 ans ou plus, vous profitez d'une assurance-médicaments en vertu du régime du CP. Cette assurance est **complémentaire** au Régime d'assurance-médicaments du Québec. Par exemple, en vertu du régime du CP, vous pouvez vous faire rembourser des médicaments qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental, mais qui sont admissibles en vertu de l'assurance collective n° 93100, ainsi que la coassurance de 28.5 % et la franchise annuelle de 123 \$ que vous devez payer en vertu du régime gouvernemental. Le régime du CP n'a pas pour but de remplacer le régime gouvernemental.

3. Q. Pouvez-vous choisir de ne pas participer au Régime d'assurance-médicaments du Québec?

R. La loi québécoise stipule que les particuliers peuvent choisir un régime collectif à la place du Régime d'assurance-médicaments du Québec, à condition que ce régime présente les mêmes caractéristiques que le régime gouvernemental. Le CFCP étant un chemin de fer de régie fédérale, il n'est pas assujéti à cette loi provinciale; cependant, pour offrir une autre option à nos retraités, nous ajoutons au régime du CP un nouveau type d'assurance qui offrira la même protection que le Régime d'assurance-médicaments du Québec. La prime payable au régime du CP pour cette assurance est de 1,260 \$ par année pour une assurance individuelle ou de 2,520 \$ par année pour une assurance familiale, plus la taxe de vente du Québec de 9 %.

Il s'agit des meilleurs taux que nous avons pu obtenir auprès de l'assureur du CP (Croix Bleue). Comme ils sont beaucoup plus élevés que les primes prévues dans le régime gouvernemental, dont le maximum annuel est de 494 \$, nous ne prévoyons pas que des retraités opteront pour ce nouveau type d'assurance. Nous vous suggérons fortement de continuer de participer à l'assurance-médicaments du Québec pour ce qui est de la protection de base.

Partie 1 - Régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société - suite -

Section B - Retraités de 65 ans ou plus- suite -

4. Q. Pourquoi les primes du régime gouvernemental sont-elles beaucoup moins élevées?

R. Les participants au régime du CP sont en majorité des personnes qui font beaucoup de demandes de règlement. D'un autre côté, le régime du gouvernement regroupe des personnes de tous âges qui ont des besoins en médicaments différents et dont les demandes de règlement devraient être d'environ 494 \$ en moyenne par personne assurée. **Comme notre groupe est seulement composé de personnes âgées qui auront probablement des demandes de règlement plus élevées, les primes sont elles aussi plus élevées.**

5. Q. Qu'arrivera-t-il si vous participez au Régime d'assurance-médicaments du Québec pour votre assurance de base?

R. Toutes vos demandes de règlement pour les médicaments sur ordonnance seront traitées conformément aux conditions du régime gouvernemental, qui restera le payeur principal. Veuillez consulter la **question 2** de la **section B** pour obtenir des renseignements sur les demandes de règlement que vous pouvez faire en vertu du régime du CP. Vous continuerez de bénéficier de toutes les autres prestations d'assurance-maladie prévues en vertu du régime du CP.

<p>Il est à noter que les personnes à charge d'un retraité de 65 ans ou plus inscrit à la Régie doivent obligatoirement s'inscrire à la Régie, peu importe leur âge.</p>

Frais non couverts - Partie 1

Ne sont pas remboursables en vertu du régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société :

- La différence entre les frais d'hospitalisation en salle commune et en chambre dite semi-privée.
- Les soins de convalescence, de réadaptation et de longue durée dans n'importe quel type d'établissement, y compris les hôpitaux.
- Les soins dispensés dans les maisons de repos et les centres d'accueil pour personnes âgées, ainsi que les établissements qui dispensent des soins psychiatriques ou des soins pour les toxicomanes, les alcooliques ou les personnes atteintes de maladies mentales.
- Les frais de séjour dans un hôpital privé.
- Les frais de transport dans un autre véhicule qu'une « ambulance autorisée », selon la définition des lois provinciales.
- Le coût des traitements dispensés par les chiropraticiens, ostéopathes, podiatres, orthophonistes, diététistes, naturopathes et psychologues.
- Le coût des montures, verres, verres de contact et examens de la vue.
- Le coût des prothèses auditives.
- Le coût des prothèses mammaires.

Partie 1 - Régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société - suite -

Section B - Retraités de 65 ans ou plus- suite -

Frais non couverts - Partie 1 - suite -

- Le coût des glucomètres.
- Le coût des pansements.
- Les médicaments en vente libre, à quelques exceptions près (voir les **médicaments** à la page 3 sous la rubrique **Frais couverts**).
Par exemple sont exclus :
 - ⇒ les spécialités pharmaceutiques;
 - ⇒ les vitamines;
 - ⇒ les aliments naturels;
 - ⇒ les hormones de croissance;
 - ⇒ les médicaments pour la dysfonction érectile et les stimulants sexuels;
 - ⇒ les préparations pour le rhume et la toux;
 - ⇒ l'aspirine et autres produits semblables.
- Les traitements préventifs.
- Les traitements et les prothèses à des fins esthétiques.
- Les frais associés à des services et des traitements expérimentaux.
- Le coût du matériel d'exercices et du matériel thérapeutique.
- Les frais dentaires (autres que ceux mentionnés à la page 4 sous la rubrique **Soins dentaires**).
- Les frais engagés à l'étranger.

Cessation de la garantie

La garantie en vertu de la **Partie 1** du régime prend fin :

- en ce qui a trait aux retraités et aux conjoints survivants : le jour de leur décès.
- en ce qui a trait aux conjoints : au moment de leur divorce d'avec le retraité.
- en ce qui a trait aux personnes à charge : le jour où elles perdent leur statut d'ayant droit (consulter la rubrique **Admissibilité** à la page 2) ou le jour de leur décès, si cette date est antérieure.

Exclusions générales

Ne sont pas couverts les fournitures et soins médicaux dans les cas suivants :

- **Blessures** subies par le retraité ou conjoint survivant dans l'exercice d'une activité lucrative.
- **Blessures** subies par une personne à charge dans l'exercice d'une activité lucrative.
- **Soins** auxquels le patient a droit **gratuitement** ou qui n'auraient pas entraîné de frais en l'absence de garantie.
- Totalité ou partie des **soins dispensés dans le cadre d'un programme gouvernemental**.
- Si un service dispensé dans le cadre d'un programme gouvernemental était supprimé, il ne serait pas couvert par le régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société.
- Soins administrés **à l'étranger**.

Renseignements supplémentaires

Pour plus de renseignements sur **la coordination des prestations, la présentation des demandes de règlement et les litiges** qui s'appliquent à la **Partie 1**, veuillez sauter la **Partie 2** et vous reporter à la page 13.

Partie 2 - Régime d'assurance-maladie complémentaire facultatif à la charge du retraité

Voici un résumé des principales caractéristiques du **régime**; cependant, le contrat n° 93100 est le document qui fait autorité. En cas de divergence entre les documents fournis dans la présente brochure et les dispositions du **contrat**, ce sont ces dernières qui prévaudront.

Admissibilité

La garantie est offerte à tous les retraités **actuels** et **futurs** du Chemin de fer Canadien Pacifique, ainsi qu'à leurs conjoints survivants.

Est considéré comme ayant droit :

- Le conjoint (personne mariée au retraité ou conjoint de fait, qui habite ouvertement et de façon continue avec lui depuis au moins un an. **Toutefois, la période minimale de 12 mois ne s'applique pas si un enfant est né de cette union.** Il peut s'agir d'une personne de sexe opposé ou de même sexe. En cas de séparation, le conjoint doit être à la charge du retraité.
- Tout enfant, beau-fils, belle-fille ou enfant adopté qui n'a pas de conjoint, est sans emploi et à la charge du retraité :
 - ⇒ s'il a moins de 21 ans et demeure avec le retraité ou le conjoint admissible;
 - ⇒ s'il a moins de 25 ans et fréquente à temps plein une école secondaire, un collège ou une université (26 ans pour les résidents du Québec);
 - ⇒ s'il est handicapé, quel que soit son âge, et qu'il demeure avec le retraité et est entièrement à sa charge.

Date d'entrée en vigueur de la garantie

En ce qui a trait aux retraités et aux conjoints survivants **admissibles**, la date d'entrée en vigueur de la garantie coïncide avec la date du départ en retraite de l'employé ou avec le début du service de la rente de survie.

Coût pour les retraités et les conjoints survivants

Le régime est facultatif. Les retraités ou conjoints survivants doivent donc verser une prime mensuelle. S'ils touchent une pension de retraite ou une rente de survie, la prime exigée sera retenue sur leur versement mensuel.

S'ils ne touchent pas de pension de la Société, d'autres dispositions seront prises. Ces personnes doivent communiquer avec le :

Chemin de fer Canadien Pacifique
Centre de services des Ressources humaines
Services des pensions
Bureau 1900
401 - 9th Avenue S.W.
Calgary (Alberta) T2P 4Z4
Ou par courriel Pension_Services_Help@cpr.ca

Partie 2 - Régime d'assurance-maladie complémentaire facultatif à la charge du retraité - suite -

Adhésion

Les retraités et conjoints survivants **admissibles** peuvent adhérer à la Partie 2 à la date de leur départ en retraite ou au début du service de la rente de survie. Pour ce faire, ils doivent remplir la carte de demande d'adhésion ci-jointe et la retourner à l'adresse ci-dessous dans les trois mois suivant la date d'entrée en vigueur de la pension ou de la rente de survie.

Chemin de fer Canadien Pacifique
Centre de services des Ressources humaines
Services des pensions
Bureau 600
401 - 9th Avenue S.W.
Calgary (Alberta) T2P 4Z4

Une fois la demande traitée, les primes appropriées seront retenues sur vos prestations de retraite mensuelles.

Vous devriez recevoir une carte d'identité de la Croix Bleue qui indique que vous bénéficiez de la protection prévue à la **Partie 2**. Certains établissements peuvent en exiger la présentation afin de facturer directement les frais à la Croix Bleue.

Si vous perdez votre carte ou qu'elle s'endommage, vous pourrez en demander une nouvelle en écrivant directement à la Croix Bleue. Dans toute correspondance, veuillez mentionner votre matricule d'employé du CP et le numéro de groupe, soit 93100. L'adresse de la Croix Bleue est la suivante :

Croix Bleue du Canada
Administration du groupe
550, rue Sherbrooke Ouest
Montréal (Québec) H3A 1B9

Si vous êtes retraité, mais que vous ne touchez pas de pension, vous recevrez une lettre indiquant les instructions à suivre pour adhérer à la Partie 2.

Nota : Pour annuler votre assurance, écrivez à l'adresse suivante :

Chemin de fer Canadien Pacifique
Centre de services des Ressources humaines
Services des pensions
Bureau 1900
401 - 9th Avenue S.W.
Calgary (Alberta) T2P 4Z4

Ou par courriel Pension_Services_Help@cpr.ca

IMPORTANT

N'OUBLIEZ PAS QUE SI VOUS ANNULEZ VOTRE ASSURANCE, VOUS NE SEREZ PAS AUTORISÉ À ADHÉRER DE NOUVEAU AU RÉGIME ULTÉRIEUREMENT.

Régimes d'assurance-maladie de Croix Bleue à l'intention des retraités canadiens

Partie 2 - Régime d'assurance-maladie complémentaire facultatif à la charge du retraité suite

Sommaire des prestations

La **Partie 2** (régime d'assurance-maladie complémentaire facultatif à la charge du retraité) couvre les frais ci-dessous dans la mesure où ils sont engagés au Canada. **Les frais engagés à l'étranger ne sont pas couverts.** Si vous faites un voyage à l'étranger, il est préférable que vous preniez des dispositions personnelles, avec la **Croix Bleue** par exemple, afin de bénéficier d'une garantie suffisante.

Franchise par année civile :

Protection individuelle : 50 \$

Protection familiale : 100 \$

En d'autres termes, seuls les frais couverts en sus de la **franchise** sont remboursables.

Nota : Si vous avez acquitté la franchise relativement au régime d'assurance-maladie de base à la charge de la Société (**Partie 1**), vous n'avez pas à l'acquitter de nouveau en ce qui a trait au régime d'assurance-maladie complémentaire facultatif à la charge du retraité (**Partie 2**).

Coassurance :

Remboursement de 80 % des frais

En d'autres termes, 80 % des frais couverts excédant la **franchise** sont remboursés.

Prestations maximales :

10 000 \$ à vie, par personne.

Frais couverts

- **Frais couverts par la Partie 1 du régime qui excèdent le maximum de 15 000 \$ à vie.**
- Frais engagés dans la province de résidence du retraité participant et découlant des services de consultation externe et d'un traitement jusqu'à concurrence du coût moyen de l'hospitalisation en chambre dite **semi-privée** (y compris, quand la loi l'exige, les frais d'admission, de coassurance ou d'utilisation) dans un hôpital.
- Si le patient est hospitalisé en attendant d'être transféré dans un établissement de soins de longue durée, le coût d'une chambre dite semi-privée n'est pas remboursé.

Nota : L'hospitalisation en chambre dite semi-privée dans la province de résidence n'est pas assujettie à la franchise, à la coassurance ni au maximum à vie.

- Services d'un infirmier autorisé lorsque les frais excèdent le maximum de 3 000 \$ par année civile prévu dans la **Partie 1** du régime.
- Frais d'hospitalisation en chambre dite **semi-privée** découlant d'un traitement d'urgence administré au Canada, mais à l'extérieur de la province de résidence pour une période maximale de 180 jours par année civile (y compris, quand la loi le permet, les frais d'admission, de coassurance ou d'utilisation).
- Soins de convalescence (pourvu qu'ils ne soient pas dispensés à des fins de garde uniquement) jusqu'à concurrence de 5 000 \$ à vie.

Nota : Les services d'un infirmier autorisé, l'hospitalisation en chambre dite semi-privée à l'extérieur de la province de résidence et les soins de convalescence sont assujettis à la franchise, à la coassurance et au maximum à vie.

Partie 2 - Régime d'assurance-maladie complémentaire facultatif à la charge du retraité - suite -

Frais non couverts - Partie 2

Les frais ci-dessous ne sont pas remboursés en vertu du régime d'assurance-maladie complémentaire facultatif à la charge du retraité :

- La différence entre les frais d'hospitalisation en chambre dite semi-privée et en chambre privée.
- Les soins de réadaptation et de longue durée dispensés dans n'importe quel type d'établissement, y compris les hôpitaux.
- Les soins dispensés dans les maisons de repos et les centres d'accueil pour personnes âgées, ainsi que dans les établissements qui dispensent des soins psychiatriques ou des soins pour les toxicomanes, les alcooliques ou les personnes atteintes de maladies mentales.
- Les frais de séjour dans un hôpital privé.
- Les frais de transport dans un autre véhicule qu'une « ambulance autorisée », selon la définition des lois provinciales.
- Le coût des traitements dispensés par les chiropraticiens, ostéopathes, podiatres, orthophonistes, diététistes, naturopathes et psychologues.
- Le coût des montures, verres, verres de contact et examens de la vue.
- Le coût des prothèses mammaires.
- Le coût des glucomètres.
- Le coût des pansements.
- Le coût des prothèses auditives.
- Les médicaments en vente libre, à quelques exceptions près (voir les **médicaments** à la page 3, sous la rubrique **Frais couverts (Partie 1)**).
Par exemple, sont exclus :
 - ⇒ les spécialités pharmaceutiques;
 - ⇒ les vitamines;
 - ⇒ les hormones de croissance;
 - ⇒ les médicaments pour la dysfonction érectile et les stimulants sexuels;
 - ⇒ les aliments naturels;
 - ⇒ les préparations pour le rhume et la toux;
 - ⇒ l'aspirine et autres produits semblables.
- Les traitements préventifs.
- Les traitements et les prothèses à des fins esthétiques.
- Les frais associés à des services et traitements expérimentaux.
- Le coût du matériel d'exercices et du matériel thérapeutique.
- Les frais dentaires (autres que ceux qui sont mentionnés à la page 4 sous la rubrique **Soins dentaires**).
- Les frais engagés à l'étranger.
- Les frais associés aux traitements, services ou produits qui ne sont pas mentionnés sous la rubrique **Frais couverts**.

Partie 2 - Régime d'assurance-maladie complémentaire facultatif à la charge du retraité - suite -

Cessation de la garantie

La garantie en vertu de la **Partie 2** du régime prend fin à la première des éventualités suivantes :

- En ce qui a trait aux retraités et aux conjoints survivants : le jour de leur décès.
- En ce qui a trait aux personnes à charge : le jour où elles perdent leur statut d'ayant droit (consulter la rubrique **Admissibilité**, à la page 9) ou le jour de leur décès, si cette date est antérieure.
- La fin du mois auquel s'applique le dernier versement de primes effectué par le retraité ou conjoint survivant.

Exclusions générales

Ne sont pas couverts les fournitures et soins médicaux dans les cas suivants :

- **Blessures** subies par le retraité ou le conjoint survivant dans l'exercice d'une activité lucrative.
- **Blessures** subies par une personne à charge dans l'exercice d'une activité lucrative.
- **Soins** auxquels le patient a droit **gratuitement** ou qui n'auraient pas entraîné de frais en l'absence de garantie.
- Totalité ou partie des **soins dispensés dans le cadre d'un programme gouvernemental**.
- Si un service dispensé dans le cadre d'un programme gouvernemental était supprimé, il ne serait pas couvert par le régime d'assurance-maladie complémentaire facultatif à la charge du retraité.
- Soins administrés **à l'étranger**.

Renseignements supplémentaires

Pour plus de renseignements sur **la coordination des prestations, la présentation des demandes de règlement et les litiges** qui s'appliquent à la **Partie 2**, veuillez consulter les sections ci-dessous.

Coordination des prestations - Parties 1 et 2

Certains retraités ont droit à des prestations en vertu d'autres régimes. S'il y a lieu, les prestations payables en vertu de tous les régimes sont coordonnées de façon que le bénéficiaire obtienne le remboursement maximal qui ne doit cependant pas excéder le montant global des frais engagés.

Présentation des demandes de règlement - Parties 1 et 2

Vous devez présenter vos demandes de règlement dans les 90 jours de l'année suivant celle où vous avez engagé les frais.

À titre indicatif, vous trouverez à la fin de la brochure un imprimé de demande de règlement dans le cadre du régime d'assurance-maladie à l'intention des retraités. Lorsque vous présenterez une demande de règlement, **un nouvel imprimé vous sera envoyé avec votre relevé de compte**.

Présentation des demandes de règlement - Parties 1 et 2 - suite -

Pour faire une demande de règlement :

A) Dans le cas des frais d'hospitalisation

1. Vous devez présenter votre carte d'identité ou donner à la direction de l'hôpital le numéro de contrat de la Croix Bleue (93100) ainsi que votre matricule d'employé.
2. La demande de règlement sera acheminée directement à la Croix Bleue par l'hôpital.
3. Vous recevrez un relevé de compte où figureront les frais engagés ainsi que le montant payé par la Croix Bleue.
4. Si l'hôpital ne veut ou ne peut pas envoyer directement le compte à la Croix Bleue, vous devez présenter vous-même à cette dernière la demande de règlement conformément à la marche à suivre énoncée au paragraphe **B**).

B) Dans le cas des autres frais

1. Vous devez remplir la demande et y joindre tous les reçus **originaux** pertinents.
2. Si vous désirez qu'on vous retourne les reçus, vous devez l'indiquer sur l'imprimé.
3. Vous devez faire parvenir l'imprimé dûment rempli au bureau de règlement de la Croix Bleue de votre province de résidence (voir la liste d'adresses à la page 15).

Vous ne devez présenter une demande de règlement qu'après avoir accumulé des reçus pour des frais assurés dont le total dépasse le montant de la **franchise** annuelle.

Les prestations d'hospitalisation vous seront versées ou seront versées à l'hôpital, selon les dispositions que vous aurez prises.

Pour ce qui est des autres frais, la Croix Bleue vous en fera parvenir directement le remboursement.

Litiges - Parties 1 et 2

Vous devez remplir les demandes de règlement et fournir la preuve des frais engagés selon les exigences de la Croix Bleue du Canada.

Si une demande de règlement vous est entièrement ou partiellement refusée, on vous communiquera par écrit les motifs du rejet en précisant, s'il y a lieu, les documents complémentaires requis à l'appui de votre demande.

Vous disposez de 60 jours à partir de la date du refus pour le contester.

Si le refus porte sur des frais précis, veuillez présenter les documents nécessaires au bureau approprié de la Croix Bleue aux fins d'étude.

Si l'objet du refus est l'admissibilité à l'assurance, vous devez soumettre le cas au :

Chemin de fer Canadien Pacifique
Centre de services des Ressources humaines
Services des pensions
Bureau 1900
401 - 9th Avenue S.W.
Calgary (Alberta) T2P 4Z4

Régimes d'assurance-maladie de Croix Bleue à l'intention des retraités canadiens

Bureaux de règlement de la Croix Bleue		
Province et Adresse	Numéro de téléphone	Numéro sans frais
<u>Provinces de l'Atlantique</u> Atlantic Blue Cross Care C.P. 220 - 644, rue Main Moncton (N.-B.) E1C 8L3	☎ (506) 853-1811	1 888 873-9200
<u>Québec</u> Croix Bleue du Québec 550, rue Sherbrooke Ouest Montréal (Québec) H3A 1B9	☎ (514) 286-8420 - Administration ☎ (514) 286-8430 - Service à la clientèle	1 888 873-9200
<u>Ontario</u> Ontario Blue Cross 185 The West Mall Bureau 600, C.P. 2000 Etobicoke (Ontario) M9C 5P1	☎ (416) 626-1646	1 888 873-9200
<u>Manitoba</u> Manitoba Blue Cross C.P. 1046 100A Polo Park Centre 1485 Portage Avenue Winnipeg (Manitoba) R3C 2X7	☎ (204) 775-0161	1 888 873-9200
<u>Saskatchewan</u> Saskatchewan Blue Cross 516 - 2nd Avenue North C.P. 4030 Saskatoon (Saskatchewan) S7K 3T2	☎ (306) 244-1192	1 888 873-9200
<u>Alberta, Yukon et Territoires du Nord-Ouest</u> Alberta Blue Cross 10009 - 108th Street Edmonton (Alberta) T5J 3C5	☎ (780) 498-8100	1 888 873-9200
<u>Colombie-Britannique</u> Pacific Blue Cross C.P. 7000 Vancouver (C.-B.) V6B 4E1	☎ (604) 419-2000	1 888 873-9200

Régime d'assurance-maladie provincial (Medicare)

Selon votre province de résidence, consultez la section appropriée ci-dessous.

A. Colombie-Britannique - Medical Services Plan of British Columbia

Nous n'avons conclu aucune entente avec le Medical Services Plan of British Columbia concernant la retenue des primes d'assurance sur vos prestations de retraite. Vous devrez prendre les dispositions nécessaires pour pouvoir effectuer des versements directs.

B. Alberta - Alberta Health Care Insurance

Nous n'avons conclu aucune entente avec l'Alberta Health Care Insurance concernant la retenue des primes d'assurance sur vos prestations de retraite mensuelles. Votre service employeur prendra pour vous l'une des dispositions suivantes :

- I. Si vous ou votre conjoint avez 65 ans ou plus, vous aurez tous deux droit à une assurance avec exonération de primes en raison de votre âge.
- II. Si vous ou votre conjoint avez moins de 65 ans, vous devrez peut-être continuer à verser des primes mensuelles. Si besoin est, vous aurez à effectuer des versements directs à l'Alberta Health Care Insurance Commission pour couvrir les frais d'assurance.

C. Saskatchewan	- Saskatchewan Medical Care Insurance Plan
Manitoba	- Régime d'assurance-maladie du Manitoba
Ontario	- Régime d'assurance-maladie de l'Ontario
Québec	- Régie de l'assurance-maladie du Québec
Nouveau-Brunswick	- Medicare New Brunswick
Nouvelle-Écosse	- Régime d'assurance-maladie de la Nouvelle-Écosse

Le versement des primes d'assurance est incorporé à l'impôt sur le revenu. Les résidents inscrits au régime à titre d'employé conservent automatiquement leur assurance à titre de retraité. Par conséquent, ils n'ont aucune démarche à entreprendre.

Nota : Les personnes qui n'ont pas à payer d'impôt sur le revenu profitent de l'assurance avec exonération de primes et sont entièrement couverts par l'assurance.

Renseignements supplémentaires

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec le bureau du régime d'assurance-maladie de votre province (Medicare), dont vous trouverez l'adresse à la page suivante.

Nota : Comme les numéros de téléphone et les adresses changent régulièrement, nous vous conseillons de consulter les pages bleues de votre annuaire téléphonique. Les numéros sans frais indiqués pour une province donnée ne sont valables QUE pour les appels effectués à partir de cette province.

Régimes d'assurance-maladie de Croix Bleue à l'intention des retraités canadiens

Régime d'assurance-maladie provincial (Medicare)			
Province	Adresse	Numéro de téléphone	
Colombie-Britannique	Medical Services Plan of BC C.P. 1600 Victoria (C.-B.) V8W 2X9	Vancouver : Victoria : Sans frais : Télécopieur :	(604) 683-7151 (604) 386-7171 1 800 663-7100 (250) 952-3427
Alberta	Alberta Health Care Insurance Plan C.P. 1360 Edmonton (Alberta) T5J 2N3	Edmonton : Calgary : Sans frais :	(780) 427-1432 (403) 297-6411 (780) 310-0000 (demandez le 427-1432)
	Service aux sourds ou aux malentendants (Téléscripteur / ATS)	accessible par l'entremise de TELUS (composez le 711)	
Saskatchewan	Saskatchewan Health Insurance Registration 3475, rue Albert Regina (Saskatchewan) S4S 6X6	Regina : Sans frais :	(306) 787-3251 1 800 667-7551
Manitoba	Insured Benefits Branch Manitoba Health C.P. 925 599, rue Empress Winnipeg (Manitoba) R3C 2T6	Winnipeg : Sans frais :	(204) 786-7101 1 800 392-1207
	Service aux sourds ou aux malentendants (Téléscripteur / ATS)	Winnipeg : Autres : Télécopieur :	(204) 774-8618 Service de relais au 711 ou au 1 800 432-4444 (204) 783-2171
Ontario	Consultez les pages bleues de votre annuaire téléphonique pour trouver l'adresse du bureau du ministère de la Santé le plus près.		
Québec	Régie de l'assurance-maladie du Québec Services des opérations et des renseignements aux personnes assurées C.P. 6000 Québec (Québec) G1K 7T3	Québec : Montréal : Sans frais :	(514) 646-4636 (514) 864-3411 1 800 561-9749
	Service aux sourds ou aux malentendants (Téléscripteur / ATS)	Québec : Autres :	(418) 682-3939 1 800 361-3939
Nouvelle-Écosse	Nova Scotia Medical Services Insurance (MSI) C.P. 500 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2S1	Halifax : Sans frais :	(506) 468-9700 1 800 563-8880

