

# BULLETIN

Numéro 18

Poste-publications de la convention no 40048697

Mars 2006

## Changements importants apportés au RSSFP!

Le présent numéro décrit les modifications importantes qui sont apportées au RSSFP à compter du 1<sup>er</sup> avril 2006. Ces modifications sont le fruit d'un travail de collaboration d'une durée de deux ans qui a été accompli par le Secrétariat du Conseil du Trésor, les agents négociateurs et l'Association nationale des retraités fédéraux, sous les auspices du Conseil national mixte. Les modifications sont les suivantes :

- l'ajout de nouveaux avantages;
- des améliorations apportées aux garanties;
- des modifications à certaines dispositions du régime afin d'en accroître la souplesse;
- Des nouveaux taux de cotisation pour les retraités.

Veuillez lire ce qui suit pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet.

### Voici les nouveaux avantages...

Deux nouveaux avantages, qui sont décrits ci-dessous, prendront effet le 1<sup>er</sup> avril 2006.

#### Protection en cas de frais de médicaments élevés

De nos jours, certains médicaments sur ordonnance offrent un soulagement considérable, mais ils peuvent s'avérer très onéreux et même occasionner des difficultés financières aux personnes qui doivent les prendre.

En réponse à cette situation, le RSSFP offrira, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2006 une couverture qui procure une protection supplémentaire aux personnes qui doivent engager des frais de médicaments sur ordonnance exceptionnellement élevés au cours d'une année civile.

Une fois que vous avez déboursé 3 000 \$ de votre poche au cours d'une année civile donnée pour l'achat de médicaments sur ordonnance (exception faite de la franchise annuelle prévue par le RSSFP), le pourcentage de remboursement des frais de médicaments sur ordonnance admissibles qui viennent en excédent de ce montant au cours de l'année en cause passe de 80 % à 100 %.

Tous les frais de médicaments sur ordonnance admissibles que vous avez engagés pour vous-même et pour les personnes à votre charge couvertes, à l'exception de la franchise, sont pris en compte dans le calcul du maximum annuel des frais de médicaments sur ordonnance à votre charge.

Par exemple, si vous bénéficiez de la protection familiale au titre du régime et que vos frais de médicaments sur ordonnance s'élèvent à 27 000 \$ par année, la nouvelle couverture vous permettra de recevoir un remboursement de 24 000 \$ comparativement à celui de 21 600 \$ que vous auriez reçu selon les dispositions actuelles du régime, ce qui représente une protection additionnelle de 2 400 \$ (en supposant que vous avez déjà payé la franchise).

Vous trouverez un exemple détaillé de la façon dont cette nouvelle couverture fonctionnera à la section *Qu'en est-il si...* à la fin du présent bulletin.

(suite sur la prochaine page)

TABLE DES MATIÈRES

Voici les nouveaux avantages...

Voici les améliorations  
apportées aux garanties...

Voici les modifications apportées  
aux dispositions du régime...

Quelques mots sur la  
carte-médicaments...

Qu'en est-il si...

## Voici les nouveaux avantages... (suite de la page précédente)

### Coordination des prestations

Auparavant, vous ne pouviez pas être couvert à la fois comme souscripteur et comme personne à charge au titre du RSSFP. À compter du 1<sup>er</sup> avril 2006, si vous et votre conjoint pouvez tous deux souscrire au RSSFP et que vous choisissez tous deux la protection familiale, chacun de vous peut couvrir l'autre de même que les enfants à votre charge admissibles. Cela signifie que vous pouvez coordonner vos prestations et vous faire rembourser jusqu'à 100 % des frais engagés.

Par exemple, si vous engagez des frais admissibles de l'ordre de 2 000 \$ pour des services d'un psychologue et que vous et votre conjoint bénéficiez tous deux de la protection familiale au titre du RSSFP, vous présenterez une demande de règlement au titre du régime et recevrez un remboursement de 800 \$ (80 % des frais admissibles maximums, qui sont de 1 000 \$). Votre conjoint pourra ensuite présenter une demande de règlement portant sur la partie des frais non remboursée (c.-à-d. 1 200 \$) et recevoir un remboursement de 800 \$. Vous recevrez un remboursement total de 1 600 \$ au lieu de recevoir 800 \$, somme que vous auriez reçue selon les dispositions actuelles de la garantie. Ainsi, vous n'aurez à déboursier que 400 \$ comparativement à 1 200 \$ (en supposant que vous avez déjà payé la franchise).

La section *Qu'en est-il si...* du présent bulletin contient des renseignements détaillés sur la marche à suivre pour demander la protection familiale.

## Voici les améliorations apportées aux garanties...

Le tableau ci-dessous fait état de onze améliorations apportées aux garanties qui prendront effet le 1<sup>er</sup> avril 2006. Vous trouverez à la section *Qu'en est-il si...* des renseignements sur la façon dont le régime traitera la transition à des nouveaux plafonds de protection.

Garantie	Votre couverture avant le 1 <sup>er</sup> avril 2006	Votre couverture à compter du 1 <sup>er</sup> avril 2006
Hospitalisation	Les frais admissibles maximums : <ul style="list-style-type: none"><li>• Niveau I : 60 \$ par jour;</li><li>• Niveau II : <b>100 \$ par jour</b>;</li><li>• Niveau III : <b>150 \$ par jour</b>.</li></ul>	Les frais admissibles maximums : <ul style="list-style-type: none"><li>• Niveau I : 60 \$ par jour;</li><li>• Niveau II : <b>140 \$ par jour</b>;</li><li>• Niveau III : <b>220 \$ par jour</b>.</li></ul>
Soins médicaux d'urgence au cours d'un voyage	Frais admissibles engagés pour des soins médicaux d'urgence au cours d'un voyage d'affaires ou d'agrément : les frais admissibles maximums par participant correspondent à <b>100 000 \$ CA</b> par voyage (période maximale de 40 jours consécutifs).	Frais admissibles engagés pour des soins médicaux d'urgence au cours d'un voyage d'affaires ou d'agrément : les frais admissibles maximums par participant correspondent à <b>500 000 \$ CA</b> par voyage (période maximale de 40 jours consécutifs).
Soins de la vue	Lunettes et lentilles cornéennes (y compris leur réparation) nécessaires pour corriger la vision et obtenues sur l'ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste : les frais admissibles sont limités à <b>200 \$</b> toutes les deux années civiles, commençant à chaque année impaire.	Lunettes et lentilles cornéennes (y compris leur réparation) nécessaires pour corriger la vision et obtenues sur l'ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste : les frais admissibles sont limités à <b>275 \$</b> toutes les deux années civiles, commençant à chaque année impaire.

(suite sur la prochaine page)

## Voici les améliorations apportées aux garanties... (suite de la page précédente)

Garantie	Votre couverture avant le 1 <sup>er</sup> avril 2006	Votre couverture à compter du 1 <sup>er</sup> avril 2006
<b>Services et articles médicaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prothèses auditives (y compris leur réparation), mais à l'exclusion des piles : les frais admissibles sont limités à <b>500 \$</b>, moins tous les frais admissibles pour des prothèses auditives dont le remboursement a été demandé au cours des 5 dernières années.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prothèses auditives (y compris leur réparation), mais à l'exclusion des piles : les frais admissibles sont limités à <b>1 000 \$</b>, moins tous les frais admissibles pour des prothèses auditives dont le remboursement a été demandé au cours des 5 dernières années.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutiens-gorge orthopédiques : les frais admissibles sont limités à <b>100 \$</b> par année civile.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutiens-gorge orthopédiques : les frais admissibles sont limités à <b>200 \$</b> par année civile.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perruques, quand le patient a perdu tous ses cheveux à la suite d'une maladie : les frais admissibles sont assujettis à un <b>maximum viager de 500 \$</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perruques, quand le patient a perdu tous ses cheveux à la suite d'une maladie : les frais admissibles sont limités à <b>1 000 \$ tous les 5 ans</b>.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appareils d'appui aérothérapeutique (appareils de pression positive continue des voies aériennes [CPAP, BiPAP] et appareils dentaires connexes) : maximum : un appareil tous les <b>10 ans</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appareils d'appui aérothérapeutique (appareils de pression positive continue des voies aériennes [CPAP, BiPAP] et appareils dentaires connexes) : maximum : un appareil tous les <b>5 ans</b>.</li> </ul>
<b>Frais de médicaments</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aérocambres avec masque pour l'administration de médicaments contre l'asthme, <b>pourvu que le patient soit un enfant à charge âgé de moins de 6 ans</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aérocambres avec masque pour l'administration de médicaments contre l'asthme, <b>quel que soit l'âge du patient</b>.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les médicaments pour le traitement de la dysfonction érectile ne sont pas tous couverts.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les frais engagés pour tous les médicaments servant au traitement de la dysfonction érectile seront admissibles au titre du régime, sous réserve de frais annuels admissibles maximums de 500 \$, pourvu qu'ils soient prescrits par un médecin et délivrés par un pharmacien ou un médecin.</li> </ul>
<b>Frais des professionnels de la santé</b>	<p><b>Services d'un psychologue.</b> Les frais admissibles sont limités à 1 000 \$ par année civile.</p> <p>Les frais engagés pour les services d'un travailleur social ne sont pas admissibles.</p> <p>L'ordonnance du médecin est exigée; celle-ci est valable pour une période de un an.</p>	<p>Les <b>services d'un travailleur social donnés en remplacement de ceux d'un psychologue</b> seront couverts, pourvu que les conditions suivantes soient remplies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>vous résidez dans l'un des <b>postes isolés</b> indiqués à l'Appendice A de la <i>Directive sur les postes isolés et les logements de l'État</i> du Conseil national mixte;</li> <li>et il n'y a pas de psychologue exerçant dans ce poste isolé.</li> </ul> <p>Là aussi, l'ordonnance du médecin est exigée et celle-ci demeure valable pour une période de un an.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services d'un massothérapeute. Les frais admissibles sont limités à 300 \$ par année civile.</li> <li>L'ordonnance du médecin est exigée; celle-ci est valable pour une période de <b>six mois</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Services d'un massothérapeute. Les frais admissibles sont limités à 300 \$ par année civile.</li> <li>L'ordonnance du médecin est exigée; celle-ci est valable pour une période de <b>un an</b>.</li> </ul>

# Voici les modifications apportées aux dispositions du régime...

Deux changements importants seront apportés aux dispositions du régime qui prendront effet le 1<sup>er</sup> avril 2006. Ces modifications, qui sont énoncées ci-dessous, permettront d'accroître la souplesse du régime.

Disposition en vigueur avant le 1 <sup>er</sup> avril 2006	Disposition applicable à compter du 1 <sup>er</sup> avril 2006
Lorsque vous êtes en congé autorisé non payé, votre protection au titre du RSSFP est maintenue à la condition que les cotisations requises soient versées <b>avant</b> le début de votre congé non payé.	<ul style="list-style-type: none"><li>Lorsque vous êtes en congé autorisé non payé, votre protection au titre du RSSFP est maintenue <b>à moins que vous ne présentiez un avis écrit indiquant que vous voulez cesser de participer au régime pendant que vous êtes en congé non payé.</b> Les cotisations reliées à votre couverture pendant votre congé non payé peuvent être versées, de la manière indiquée par l'employeur, avant votre congé ou <b>à la fin de celui-ci</b>, qu'il se termine en raison d'un retour au travail ou de la cessation de votre emploi.</li><li>L'employé qui n'aura pas versé les cotisations requises à l'avance <b>sera réputé avoir choisi de payer les cotisations rétroactivement à la fin de son congé non payé.</b></li><li>Vous serez informé des nouvelles procédures administratives dès qu'elles seront disponibles.</li></ul>
L'administrateur du régime, c'est-à-dire la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, doit recevoir les demandes de règlement dans les <b>6 mois</b> suivant la fin de l'année civile au cours de laquelle les frais ont été engagés. Les demandes présentées après ce délai sont rejetées, à moins que leur présentation tardive ne résulte de circonstances inévitables, notamment une incapacité physique ou psychologique.	L'administrateur du régime, c'est-à-dire la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, doit recevoir les demandes de règlement dans les <b>12 mois</b> suivant la fin de l'année civile au cours de laquelle les frais ont été engagés. Les demandes présentées après ce délai sont rejetées, à moins que leur présentation tardive ne résulte de circonstances inévitables, notamment une incapacité physique ou psychologique.  <b>L'administrateur du régime n'est pas autorisé à prolonger le délai de présentation des demandes de règlement</b> , sauf dans les cas où la présentation tardive d'une demande résulte d'une incapacité physique ou psychologique.

## Nouveaux taux de cotisation des pensionnés

À compter du 1<sup>er</sup> avril 2006, les cotisations des pensionnés au titre de la protection supplémentaire seront augmentées de 5,70 \$ par mois dans le cas de la protection individuelle et de 12,14 \$ par mois dans le cas de la protection familiale. Par conséquent, les nouvelles cotisations mensuelles des pensionnés bénéficiant des protections individuelle et familiale s'établiront comme suit :

Protection	Niveau I \$	Niveau II \$	Niveau III \$
Individuelle	14,71	31,27	60,12
Familiale	29,80	46,36	75,21

Ces taux seront en vigueur jusqu'au 31 mars 2011.

Pour ce qui est de la **protection totale**, les taux de cotisation ne changent pas pour le moment.

## Quelques mots sur la carte-médicaments.....

Le RSSFP est ravi que les parties aient convenu de mettre en place une carte-médicaments.

Grâce à la carte-médicaments, vous et les personnes à votre charge couvertes saurez, au moment de l'exécution de l'ordonnance par votre pharmacien, si le médicament prescrit est couvert par le régime, le montant que le régime remboursera au pharmacien et, ce qui importe davantage, le montant que vous devrez payer au pharmacien. Vous n'aurez plus à payer d'avance le coût total des médicaments obtenus sur ordonnance ni à présenter une demande de règlement sur papier.

Puisqu'un système de cartes-médicaments évalue les demandes de règlement en temps réel au point de vente, l'administrateur du régime aura besoin de renseignements supplémentaires sur les membres et les personnes à leur charge couvertes. C'est l'une des nombreuses tâches que nous devons accomplir avant de pouvoir mettre en place le système de cartes-médicaments. Comme vous pouvez vous en douter, il s'agit d'une entreprise de grande envergure puisque le régime compte plus de 530 000 membres et plus de 1,1 million de participants. Il est donc prévu que la carte-médicaments sera mise à votre disposition au plus tôt en 2008.

Vous recevrez de plus amples renseignements lorsque le processus visant l'obtention de renseignements supplémentaires au titre du régime sera amorcé.

# Qu'en est-il si...

**Mon conjoint et moi voulons tous deux opter pour la protection familiale au titre du régime afin de tirer profit de la coordination des prestations?**

Vous devez remplir une demande, que vous pouvez vous procurer auprès de votre service de la paie et des avantages sociaux ou de votre service de pension, ou en ligne à <http://www.pshcptrust.ca/francais/forms/default.shtml>. **Si vous présentez votre demande avant le 30 septembre 2006**, votre nouveau niveau de protection prendra effet le mois suivant celui au cours duquel l'agent désigné recevra le formulaire. Après cette date, les dispositions habituelles du régime s'appliqueront, c'est-à-dire que vous devrez attendre une période de 3 mois avant que les modifications apportées à votre couverture prennent effet.

**J'opte pour la protection familiale au titre du RSSFP et mon conjoint, pour la protection individuelle. Pouvons-nous tirer profit de la coordination des prestations?**

Oui, en partie!

Si votre conjoint engage des frais pour des services couverts, la portion des frais qui ne lui est pas remboursée (ex. : franchise, coassurance), sera admissible au titre de votre régime puisque vous bénéficiez de la protection familiale. Par contre, la portion non remboursée des frais que vos enfants à charge et vous engagez ne pourra être présentée par votre conjoint puisqu'il aura opté pour une protection individuelle.

N'oubliez pas que, si vous voulez tirer pleinement profit de la coordination des prestations, votre conjoint et vous devez opter pour la protection familiale.

**Mon conjoint et moi avons tous deux opté pour la protection familiale au titre du RSSFP et nous souhaitons demander le remboursement des frais engagés pour nos enfants à charge admissibles. Qui doit présenter les demandes de règlement?**

Les demandes de règlement de frais engagés pour vos enfants doivent d'abord être présentées par le parent

qui célèbre son anniversaire de naissance (jour/mois) le premier dans l'année (si les parents ont la même date de naissance, les demandes doivent d'abord être présentées par celui dont le prénom commence par la lettre qui vient en premier dans l'alphabet). S'il reste un solde impayé, l'autre parent peut alors présenter une demande de règlement.

Dans le cas des frais que vous engagez pour vous-même, vous devez d'abord présenter la demande au titre de la couverture dont vous bénéficiez en votre qualité de souscripteur. La partie non remboursée des frais peut ensuite faire l'objet d'une demande de règlement présentée au titre de la couverture de votre conjoint.

Cependant, en aucun cas, le RSSFP ne remboursera plus de 100 % des frais admissibles engagés.

**J'aimerais modifier mon niveau de protection actuel au titre de la garantie-hospitalisation?**

Vous devez remplir une demande, que vous pouvez vous procurer auprès de votre service de la paie et des avantages sociaux ou de votre service de pension. **Si vous présentez votre demande avant le 30 septembre 2006**, votre nouveau niveau de protection au titre de la garantie-hospitalisation prendra effet le mois suivant celui au cours duquel l'agent désigné recevra le formulaire. Après cette date, les dispositions habituelles du régime s'appliqueront, c'est-à-dire que vous devrez attendre une période de 3 mois avant que les modifications apportées à votre couverture prennent effet.

**Je bénéficie de la protection de niveau III au titre de la garantie-hospitalisation et je suis hospitalisé le 1<sup>er</sup> avril 2006?**

Si vous êtes déjà hospitalisé dans un hôpital (au sens défini par le régime) le 1<sup>er</sup> avril 2006, le remboursement des frais admissibles engagés sera effectué sur la base du maximum le plus élevé applicable à compter de cette date. Le remboursement des frais d'hospitalisation admissibles engagés avant le 1<sup>er</sup> avril 2006 sera effectué sur la base du maximum le moins élevé.

**Je suis en congé autorisé non payé et je souhaite modifier mon niveau de couverture?**

Si, au 1<sup>er</sup> avril 2006, vous êtes en congé autorisé non payé et que vous souhaitez modifier votre couverture, vous aurez jusqu'au **30 septembre 2006** pour le faire, après quoi vous devrez attendre de retourner au travail pour la modifier.

Le nouveau niveau de couverture prendra effet le mois suivant celui au cours duquel l'avis sera reçu par l'agent désigné.

**Je pars en congé autorisé non payé et je ne souhaite pas que ma protection soit maintenue?**

Si vous ne souhaitez pas que votre protection au titre du RSSFP soit maintenue, vous devez présenter **un avis écrit** indiquant que vous voulez cesser de participer au régime pendant votre congé non payé. Votre protection prendra fin le mois suivant celui au cours duquel l'agent désigné recevra l'avis.

Lorsqu'un employé annule sa protection à un moment quelconque pendant qu'il est en congé non payé, il ne peut pas la faire rétablir avant son retour au travail. Une période d'attente de trois mois s'applique alors.

**J'ai demandé le remboursement des frais que j'ai engagés pour des lentilles cornéennes en juin 2005 et j'ai touché la prestation maximale prévue par le régime avant le 1<sup>er</sup> avril 2006. Pourrais-je présenter une demande de règlement portant sur d'autres frais additionnels lorsque la prestation augmentera le 1<sup>er</sup> avril 2006?**

Premièrement, nous souhaitons vous rappeler que le remboursement des frais engagés pour des soins de la vue est calculé sur une période de deux années civiles, commençant à chaque année impaire. La présente période a débuté le 1<sup>er</sup> janvier 2005 et se terminera le 31 décembre 2006. Une nouvelle période débutera le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Puisque vous avez déjà touché la prestation maximale prévue au cours de la présente période, les frais admissibles seront limités à 75 \$ entre le 1<sup>er</sup> avril 2006 et le 31 décembre 2006. Lorsque la nouvelle période de deux

(suite sur la prochaine page)



## Qu'en est-il si... (suite de la page précédente)

ans commencera le 1<sup>er</sup> janvier 2007, vous pourrez réclamer jusqu'à concurrence de 275 \$ de frais admissibles.

**Q** J'ai une ordonnance du médecin datée du 15 octobre 2005 pour des services de massothérapeute. Sera-t-elle valable pendant six mois ou pendant un an, comme le prévoit maintenant le régime?

**R** Toute ordonnance qui est valable le 1<sup>er</sup> avril 2006 continue de l'être pendant une période maximale de 12 mois à compter de sa date d'établissement. Dans le présent cas, votre ordonnance sera valable jusqu'au 15 octobre 2006.

**Q** Est-ce que seuls les frais de médicaments admissibles engagés après le 1<sup>er</sup> avril 2006 sont inclus dans le calcul du maximum des frais que je dois déboursier de ma poche au titre de la couverture en cas de frais de médicaments élevés?

**R** Non. Tous les frais de médicaments admissibles engagés au cours de l'année 2006, à l'exception de la franchise, seront pris en considération pour le calcul du maximum des frais à déboursier, même si la couverture prend effet au cours de l'année.

**Q** J'ai déjà demandé le remboursement des frais engagés pour une prothèse auditive. Pourrais-je présenter une autre demande de règlement lorsque la prestation prévue pour ce type de frais sera augmentée le 1<sup>er</sup> avril 2006?

**R** Les frais admissibles maximums en ce qui touche les prothèses auditives sont calculés sur une période de cinq ans. Vous pouvez demander le remboursement des frais que vous avez engagés pour l'achat ou la réparation d'une prothèse auditive, jusqu'à concurrence des frais admissibles maximums, moins tous les frais engagés pour des prothèses auditives au cours de cette même période de cinq ans.

Par conséquent, la somme maximale qui vous sera remboursée en ce qui touche les frais engagés pour des

Les frais de médicaments sur ordonnance admissibles que j'engage jusqu'à la fin d'octobre 2006 s'élèvent à 20 000 \$. J'engage par la suite des frais de 7 000 \$ pour les mois de novembre et de décembre. De quelle manière la couverture en cas de frais de médicaments élevés fonctionnera-t-elle?

**Le montant total des frais de médicaments est de 27 000 \$**

**Le remboursement sera établi comme suit :**

Frais engagés entre les mois de janvier et d'octobre : 20 000 \$	Calcul	Remboursement
Sur la première tranche de 15 000 \$	15 000 \$ x 80 %	12 000 \$
Sur la tranche suivante de 5 000 \$	5 000 \$ x 100 %	5 000 \$
<hr/>		
Frais engagés pour les mois de novembre et de décembre : 7 000 \$	7 000 \$ x 100 %	7 000 \$
<hr/>		
<b>Remboursement total pour les frais de médicaments engagés en 2006</b>		<b>24 000 \$</b>

Avant le 1<sup>er</sup> avril 2006, le remboursement maximal aurait été limité à 21 600 \$ (c -à-d. 27 000 \$ X 80 %).

(suppose que vous avez déjà acquitté la franchise)

prothèses auditives le 1<sup>er</sup> avril 2006 ou par la suite sera de 800 \$ (80 % X 1 000 \$), moins tous les frais dont le remboursement a déjà été demandé au cours de la période de cinq ans.

**Q** Je ne sais pas si ma résidence est située dans un poste isolé?

**R** Vous pouvez consulter la liste des postes admissibles à l'*Appendice A – Classification des postes isolés* de la *Directive sur les postes isolés et les logements de l'État* qui se trouve sur les sites Web du Conseil national mixte et du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, à l'adresse : <http://www.tbs-sct.gc.ca/hr-rh/gtla-vgcl>.

**Q** Avant le 1<sup>er</sup> avril 2006, j'ai présenté une demande de remboursement de frais portant sur le Cialis, un médicament utilisé pour le traitement des troubles érectiles. Les frais qui ont fait l'objet de ma demande de règlement sont-ils pris en compte dans le nouveau maximum annuel de 500 \$ pour 2006?

**R** Non. Seules les demandes de règlement portant sur des médicaments utilisés pour le traitement des troubles de l'érection qui auront été engagés entre le 1<sup>er</sup> avril 2006 et la fin de l'année seront assujetties au maximum annuel pour 2006. Cependant, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, tous les frais admissibles engagés pour des médicaments sur ordonnance servant au traitement des troubles érectiles seront assujettis à un maximum global de 500 \$ par année.

**Q** Je voyage à l'extérieur du Canada du 15 mars au 15 avril 2006. Le 28 mars, j'ai besoin d'une assistance médicale d'urgence et je suis hospitalisé jusqu'au 3 avril. Pourrais-je me faire rembourser les frais engagés jusqu'à concurrence du nouveau maximum de 500 000 \$?

**R** Le maximum actuel de 100 000 \$ s'appliquera aux frais admissibles engagés avant le 1<sup>er</sup> avril 2006. La différence entre le maximum actuel et le nouveau maximum de 500 000 \$ s'appliquera uniquement aux frais admissibles engagés le 1<sup>er</sup> avril 2006 ou par la suite.

Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée au Canada à : 1201-99, rue Bank, Ottawa (ON) K1P 5A3

