

BULLETIN RSSFP

Numéro 7

Février 1999

Dans ce numéro :	Date limite – demandes de prestations	Frais – fauteuil roulant	Services de psychologues	Frais – soins de longue durée
------------------	---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------

Date limite de présentation des demandes de prestations pour les frais engagés en 1998 : le 30 juin 1999

Veillez noter que les demandes de prestations doivent être présentées au plus tard 6 mois après l'expiration de l'année civile au cours de laquelle les frais sont engagés. Les demandes qui se rapportent à des frais engagés en 1998 doivent être présentées **au plus tard le 30 juin 1999**.

Les demandes présentées au-delà de ce délai ne seront pas acceptées, sauf dans les cas où la présentation tardive résulte de circonstances inévitables, notamment une incapacité physique ou psychologique.

Veillez utiliser une formule de demande personnalisée pour présenter votre demande. Si vous n'avez pas en votre possession de formule de demande personnalisée et que vous voulez vous procurer une formule standard de demande de prestations du RSSFP, veuillez communiquer avec le Service de la paie et des avantages sociaux de votre ministère ou avec le Service des pensions.

Vous pouvez également obtenir la formule de demande de prestations au moyen du site Web du Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) à l'adresse suivante : <http://www.tbs-sct.gc.ca>. Pour trouver la formule de demande de prestations dans ce site, cliquez sur les rubriques suivantes : *Politiques et publications / Gestion des ressources humaines / Assurance et avantages sociaux / Soins de santé*.

Une fois dans la section Soins de santé, cliquez sur la rubrique «Les demandes de paiement du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) sont maintenant disponibles en ligne». Descendez jusqu'au premier paragraphe de la note et des liens hypertexte vous donnent directement accès aux formules de demande de prestations. Cliquez sur la rubrique «Demande de paiement standard du RSSFP (SCT-006482)» ou Demande de paiement pour la protection complète du RSSFP (SCT-006483)», et suivez les instructions du téléchargement.

Frais liés à un fauteuil roulant

La garantie de frais divers du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) prévoit le remboursement du coût d'un fauteuil roulant pour les participants au régime et les personnes à leur charge. Le fauteuil doit être prescrit par un médecin et être requis pour un usage thérapeutique à la résidence privée du patient. Le RSSFP couvre 80 % des **frais admissibles** (soit les frais habituels et raisonnables), après déduction de la franchise annuelle prévue par le régime.

Il existe plusieurs types de fauteuils roulants et leur coût varie beaucoup. Le remboursement est normalement limité au coût d'un fauteuil roulant standard non motorisé. Le coût d'un fauteuil roulant motorisé ou électrique n'est pris en compte que si le médecin du patient confirme que le patient est physiquement incapable de manier un fauteuil roulant non motorisé.

Le RSSFP prévoit le remboursement du coût de location *ou* d'achat d'un fauteuil roulant. L'achat d'un fauteuil roulant ouvre droit à remboursement si l'administrateur, la Sun Life, détermine que le prix d'achat sera inférieur au coût total de location. L'admissibilité de ces frais est déterminée principalement d'après la durée au cours de laquelle le fauteuil roulant sera nécessaire.

Une fois que vous avez acheté un premier fauteuil roulant, vous devez attendre 60 mois (5 ans) avant que les réparations au fauteuil original ou l'achat d'un autre fauteuil ouvrent droit à remboursement en vertu du régime. Dans le cas des enfants, cependant, la restriction de 5 ans peut être supprimée en cas de besoin pour des raisons d'ordre médical (par exemple, l'enfant devient trop grand pour son fauteuil).

Si vous envisagez d'acheter ou de faire réparer un fauteuil roulant, vous devriez d'abord consulter la Sun Life pour confirmer le montant du remboursement auquel vous pourriez avoir droit en vertu du RSSFP.

Enfin, avant de présenter au RSSFP une demande de prestations applicable à un fauteuil roulant, il est important de vérifier d'abord si vous pouvez obtenir de l'aide financière ou un remboursement au titre d'un programme provincial. Vous pouvez alors présenter une demande au RSSFP pour obtenir le remboursement de toute somme impayée en vertu du programme. De cette manière, la somme que vous devrez payer de votre poche sera généralement moindre.

Services de psychologues

La garantie de frais de professionnels de la santé du RSSFP couvre les services de certains professionnels de la santé, y compris les services d'un **psychologue**. Pour les besoins du RSSFP, «psychologue» s'entend d'un psychologue reconnu à titre permanent, qui est inscrit au registre des psychologues de la province où les soins sont donnés.

Pour être admissibles au titre du régime, les services d'un psychologue doivent être nécessaires pour des raisons d'ordre médical et être prescrits par le médecin. L'ordonnance du médecin relative aux services de psychologues est valide pendant une période d'un an, à l'expiration de laquelle elle doit être renouvelée pour confirmer la nécessité sur le plan médical de poursuivre le traitement. Pour autant qu'ils soient donnés par un psychologue autorisé, les services admissibles comprennent, entre autres, la consultation familiale ainsi que les services de consultation pour les enfants qui ont des troubles déficitaires d'attention ou des problèmes d'apprentissage ou de comportement.

Le plafond des frais admissibles pour les services de psychologues est actuellement de 1 000 \$ par année civile par personne couverte. Comme pour les autres frais couverts par la garantie-maladie complémentaire du RSSFP, les frais admissibles liés aux services de psychologues sont remboursables à 80 %, après déduction de la franchise annuelle prévue par le régime.

Le RSSFP **ne couvre pas** les services d'autres thérapeutes comme les personnes ayant une maîtrise en service social ou d'autres conseillers qui n'ont pas la qualité de psychologues autorisés (ni les renvois vers ces services faits par l'entremise d'un programme d'aide aux employés).

Au moment de présenter une demande de prestations, veuillez vous assurer que la note d'honoraires indique le nom du psychologue et son titre professionnel, la ou les dates de consultation, le tarif horaire, le coût total et le nom du patient. Si plus d'un patient a pris part à la consultation, le nom de chaque personne devrait figurer sur la note d'honoraires.

Quote-part des frais pour soins de malades chroniques ou de soins de longue durée – Dispositions du régime

De nombreux établissements de soins de malades chroniques ou de soins de longue durée font en sorte que les patients contribuent à leurs frais de subsistance, comme l'hébergement et la pension, en leur imputant une part de ces frais. Cette «quote-part» **ne s'applique pas** au coût des services médicaux. Les responsables des régimes provinciaux d'assurance-maladie déterminent le montant de la quote-part exigible dans leur province respective.

Depuis le 1^{er} septembre 1992, le RSSFP ne rembourse plus cette quote-part pour ce qui est des patients qui sont dans un établissement de soins de malades chroniques ou de soins de longue durée ayant la qualité d'hôpital autorisé. Cette modification a été apportée pour être conforme à l'objet principal du RSSFP, soit offrir une couverture aux participants en ce qui touche les frais relatifs à certains **services et produits nécessaires sur le plan médical**.

Cependant, les participants au régime admis, **avant le 1^{er} septembre 1992**, dans un établissement de soins de malades chroniques ou de soins de longue durée ayant la qualité d'hôpital autorisé et qui ont présenté une demande de prestations avant cette date, ont conservé leurs droits en ce qui touche le remboursement de la quote-part. En d'autres termes, ces personnes ont continué d'avoir droit au remboursement de ces frais parce qu'ils bénéficiaient déjà de ce droit.

En ce qui touche la couverture prévue par le RSSFP, les patients qui sont dans un établissement de soins de malades chroniques ou de soins de longue durée **ayant la qualité d'hôpital autorisé**, ont droit à des prestations en vertu de la garantie-hospitalisation du RSSFP, pour autant que les services reçus soient **nécessaires sur le plan médical**. La garantie-hospitalisation du RSSFP prévoit le remboursement, jusqu'à concurrence des montants indiqués, des frais quotidiens exigés pour les services d'hospitalisation **en chambre à un lit ou à deux lits seulement**. La somme qui vous est versée varie selon que vous avez choisi le niveau I, le niveau II ou le niveau III. Le plafond des frais admissibles s'établit comme suit :

Niveau I = 60 \$ par jour Niveau II = 100 \$ par jour Niveau III = 150 \$ par jour

Veillez noter que, pour les besoins du RSSFP, «hôpital» s'entend d'un hôpital autorisé par la loi à fournir des services de diagnostic, des opérations majeures ainsi que des soins et des traitements à une personne souffrant d'une maladie ou d'une blessure et où sont disponibles, 24 heures sur 24, les services d'infirmières autorisées et de médecins. Comprend les hôpitaux autorisés par la loi à fournir des traitements spécialisés aux personnes souffrant de troubles mentaux, de dépendance à la drogue ou à l'alcool, de cancer, d'arthrite ainsi qu'aux convalescents et aux malades chroniques. **Ne comprend pas les maisons de soins infirmiers, les établissements pour personnes âgées, les maisons de repos et tout endroit où se donnent des soins semblables.**

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.