

TABLE DES MATIÈRES

LA FAÇON DONT LES
TAUX DE CÔTISATION DES
PARTICIPANTS RETRAITÉS
SONT CALCULÉS
P1-P2

TAUX DE CÔTISATION POUR
LES MEMBRES RETRAITÉS À
COMPTER DU 1^{er} AVRIL 2020
P2

RAPPEL : DISPOSITION
D'ALLÈGEMENT POUR LES
MEMBRES RETRAITÉS
P2

VOTRE GARANTIE-
HOSPITALISATION ET VOTRE
FACTURE D'HÔPITAL
P2-P3

CONNAISSEZ
VOTRE RÉGIME
P3-P4

Bulletin.

POUR VOUS TENIR BIEN AU COURANT


La façon dont les taux de cotisation des participants retraités sont calculés

Les taux de cotisation mensuelle au RSSFP des participants retraités sont établis en fonction du niveau de protection sélectionnée (individuelle, familiale ou hospitalisation), mais saviez-vous que chaque niveau de protection est composé de deux garanties? Les taux liés à chaque garantie sont calculés séparément et les résultats sont ensuite additionnés pour établir votre taux de cotisation mensuelle. Cette approche est expliquée ci-dessous.

1. GARANTIE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE (GMC)

La GMC assure une protection par rapport à des frais habituels et raisonnables de services ou de produits précis qui ne sont habituellement pas remboursables aux termes des régimes d'assurance-santé provinciaux ou territoriaux. Les taux de la GMC sont calculés de manière à les ajuster pour maintenir le ratio actuel de partage des coûts entre le gouvernement du Canada et les participants retraités au régime à 50:50. Des ajustements sont apportés pour tenir compte des augmentations des coûts actuels et prévus du régime.

2. LA GARANTIE-HOSPITALISATION (GH)

Cette garantie prévoit le remboursement des frais raisonnables et habituels liés au coût de la chambre et des repas d'hôpital, autres que les frais de salle standard. Les taux de la GH sont basés sur l'expérience du régime selon chaque niveau de protection. Les changements apportés aux taux de GH tiennent compte de la variation du nombre des participants retraités inscrits aux niveaux d'hospitalisation II et III et de l'utilisation des prestations. 

Taux de cotisation pour les membres retraités à compter du 1^{er} avril 2020

Les taux de cotisation qui s'appliquent aux membres retraités du RSSFP bénéficiant de la protection supplémentaire seront mis à jour le 1^{er} avril 2020. Comme les cotisations sont dues un mois à l'avance, les membres retraités verront l'incidence des nouveaux taux en vigueur en avril 2020 sur leurs paiements de pension de mars 2020.

Les tableaux suivants détaillent les taux de cotisation pour la Garantie-maladie complémentaire (GMC) et la Garantie-hospitalisation (GH) ainsi que le montant total payé chaque mois par le membre retraité.

TAUX DE COTISATION MENSUELLE DES MEMBRES RETRAITÉS : PROTECTION SUPPLÉMENTAIRE

TYPE DE PROTECTION			
TAUX INDIVIDUEL	GMC	GH	Total
Hospitalisation Niveau I	59,68 \$	0,00 \$	59,68 \$
Hospitalisation Niveau II	59,68 \$	8,40 \$	68,08 \$
Hospitalisation Niveau III	59,68 \$	23,22 \$	82,90 \$
TAUX FAMILIAL	GMC	GH	Total
Hospitalisation Niveau I	122,05 \$	0,00 \$	122,05 \$
Hospitalisation Niveau II	122,05 \$	12,14 \$	134,19 \$
Hospitalisation Niveau III	122,05 \$	29,37 \$	151,42 \$


TAUX DE COTISATION MENSUELLE DES MEMBRES RETRAITÉS : DISPOSITION D'ALLÈGEMENT

TYPE DE PROTECTION			
TAUX INDIVIDUEL	GMC	GH	Total
Hospitalisation Niveau I	29,84 \$	0,00 \$	29,84 \$
Hospitalisation Niveau II	29,84 \$	8,40 \$	38,24 \$
Hospitalisation Niveau III	29,84 \$	23,22 \$	53,06 \$
TAUX FAMILIAL	GMC	GH	Total
Hospitalisation Niveau I	61,03 \$	0,00 \$	61,03 \$
Hospitalisation Niveau II	61,03 \$	12,14 \$	73,17 \$
Hospitalisation Niveau III	61,03 \$	29,37 \$	90,40 \$

Rappel : Disposition d'allègement pour les membres retraités

Si vous avez adhéré au RSSFP en tant que membre retraité au plus tard le 31 mars 2015, vous pouvez être admissible à la disposition d'allègement du RSSFP si vous répondez à l'un des critères suivants :

- Vous recevez actuellement le Supplément de revenu garanti (SRG).
- Vous recevrez le SRG plus tard.
- Votre revenu net (personnel ou combiné avec celui de votre conjoint) est inférieur au seuil applicable du SRG.

Pour en faire la demande, remplissez le formulaire de demande d'allègement au titre du RSSFP, accessible sur www.rssfpc.ca/formulaires-et-documents, et retournez-le à votre bureau de pension. 

Votre Garantie-hospitalisation et votre facture d'hôpital

LA GARANTIE-HOSPITALISATION

Il est important que vous compreniez, en tant que membre du RSSFP, la protection à laquelle vous avez droit. La Garantie-hospitalisation du RSSFP prévoit le remboursement des frais habituels et raisonnables jusqu'à concurrence des maximums préétablis pour les coûts quotidiens associés au séjour à l'hôpital, selon le niveau de protection que vous avez choisi.

Tous les membres du RSSFP, qu'ils résident au Canada ou à l'étranger, doivent bénéficier de l'un des trois niveaux de protection de la Garantie-hospitalisation précisés ci-dessous. Si vous ne choisissez aucun de ces niveaux de protection, vous bénéficierez automatiquement de la protection prévue par le Niveau I.

LA GARANTIE-HOSPITALISATION

Niveau I	60 \$ par jour
Niveau II	140 \$ par jour
Niveau III	220 \$ par jour

Le coût du séjour à l'hôpital peut varier. Dans certains cas, la somme qui vous est facturée pourrait être supérieure à la somme maximale payable selon le Niveau I, II ou III de la Garantie-hospitalisation. Vous devez alors payer la différence entre les frais facturés par l'hôpital et la somme maximale payable selon votre niveau de protection. Par exemple, si vous avez la protection de Niveau II et vous êtes dans une chambre à deux lits dont le tarif est de 160 \$ par jour, l'hôpital peut vous obliger à payer la différence de 20 \$ par jour lorsque votre congé aura été accordé. Il n'est pas possible de changer rétroactivement les niveaux de protection de la Garantie-hospitalisation.

SITUATIONS COURANTES DONT VOUS DEVRIEZ ÊTRE CONSCIENT

- **L'hôpital facture le tarif d'une chambre à un ou deux lits lorsqu'il n'y a aucune place en salle.** Si vous demandez une place en salle et qu'il n'y en a aucune de libre, on doit vous donner accès à une chambre de la catégorie suivante sans frais supplémentaires. De plus, aucune facture ne doit être envoyée à un assureur privé.
- **L'hôpital facture une chambre de catégorie supérieure lorsqu'aucune de ces chambres n'est libre.** Si vous demandez une chambre à un lit, mais restez dans une chambre à deux lits faute de disponibilité, il est inapproprié pour un hôpital de facturer le tarif de la chambre que vous avez demandée (chambre à un lit). Le tarif indiqué sur votre facture doit être celui de la chambre de catégorie inférieure (chambre à deux lits).
- **Vous occupez une chambre à un ou deux lits en raison d'une condition médicale.** Si vous devez

occuper une chambre de catégorie supérieure pour des raisons médicales – par exemple, vous devez être isolé à cause d'une affection – le tarif de la chambre initiale doit vous être facturé. *Notez que ce type de facturation peut être autorisé dans certaines provinces.*

CHOSSES À PRENDRE EN COMPTE LORSQUE VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT DE FRAIS D'HOSPITALISATION

- **Vérifiez votre facture et le relevé de prestations.** Examinez la facture de l'hôpital et le relevé de prestations de la Sun Life pour vous assurer que la facturation reflète bien le type de chambre occupée et le nombre de jours que vous y avez séjourné. Communiquez avec l'hôpital ou la Sun Life si vous croyez qu'il y a une erreur.
- **Formulaire de demande relatif à l'admission et à l'hospitalisation.** Ce formulaire vous permet de demander le type désiré de chambre et doit être fourni par l'hôpital au moment de l'admission. En le signant, vous autorisez l'hôpital à facturer les frais à l'assureur et à vous réclamer le paiement de toute somme qui n'est pas couverte par un régime d'assurance-maladie privé, par exemple le RSSFP. Il est recommandé de lire attentivement tous les formulaires d'admission avant de les signer afin de bien comprendre ce à quoi vous consentez et d'éviter les frais imprévus.
- **Assurez-vous de payer tous les montants impayés.** L'hôpital pourrait offrir de facturer le montant total des frais d'hospitalisation à la Sun Life. Si votre niveau de protection ne couvre qu'une partie des frais d'hospitalisation, vous êtes responsable du montant exigible. Il vous appartient d'examiner votre facture et de régler votre compte dans les délais précisés par l'hôpital. 📍

Connaissez votre régime

COMPRENDRE LA DIFFÉRENCE ENTRE FRAIS RAISONNABLES HABITUELLEMENT EXIGÉS ET FRAIS ADMISSIBLES MAXIMUMS

Frais raisonnables habituellement exigés

Tous les frais dont vous demandez le remboursement au titre du RSSFP sont couverts sous réserve des frais raisonnables habituellement exigés.

Par « frais raisonnables habituellement exigés », on entend le montant maximal établi que l'assureur prendra en compte dans le remboursement pour certains services ou produits fournis dans la province ou le territoire où les frais sont engagés. La Sun Life, qui est l'Administrateur du régime RSSFP, détermine le montant des frais raisonnables habituellement exigés. Pour ce faire, elle calcule la moyenne des frais normalement facturés par les fournisseurs dans une région donnée et tient compte du guide des tarifs que publie l'association professionnelle de la province ou du territoire. Ces maximums sont continuellement mis à jour et varient par province ou territoire. Le montant des frais raisonnables habituellement exigés pour les médicaments d'ordonnance est déterminé par le fichier de prix de TELUS Santé, gestionnaire de la garantie Frais de médicaments au titre du RSSFP.

Les frais raisonnables habituellement exigés contribuent grandement à maintenir les coûts du régime à un niveau abordable et à contrer la fraude liée au régime. Lors du traitement d'une demande de règlement, les frais admissibles maximums pris en compte pour le remboursement est fonction des frais raisonnables habituellement exigés dans la province ou le territoire où le service est fourni ou le produit acheté.

Si le montant de votre demande est supérieur aux frais raisonnables habituellement exigés qui sont établis, vous recevrez un remboursement correspondant à 80 % de ces frais et non du montant total de votre demande. Par exemple, si les frais raisonnables habituellement exigés dans la province où le service est fourni sont de 60 \$ pour un traitement chiropratique d'une heure (non considéré comme l'évaluation initiale) et que ce traitement vous a coûté 75 \$, vous recevrez un remboursement correspondant à 80 % de 60 \$, soit 48 \$.

Frais admissibles maximums

Les frais admissibles maximums correspondent au montant total des frais raisonnables habituellement exigés, pour un produit ou un service, qui est considéré comme admissible dans une période

donnée. Par exemple, les frais engagés pour des soins chiropratiques sont limités à 500 \$ par personne couverte par année civile et sont remboursés à 80 %. Si vos demandes de règlement portant sur des soins chiropratiques totalisent 600 \$ en 2019, seulement 500 \$ seront pris en considération dans le remboursement. Comme les demandes sont remboursées à 80 %, vous recevrez un total de 400 \$.

Vous trouverez un aperçu des frais admissibles maximums aux pages 37 à 39 du **Livret du membre** (accessible à www.rssfp.ca). Notez que le remboursement de votre demande peut être limité en raison des frais raisonnables habituellement exigés et les frais admissibles maximums.

Si vous voulez en savoir plus sur votre protection, veuillez communiquer avec le centre d'appels du RSSFP entre 6 h 30 et 20 h HE, du lundi au vendredi, en composant le 613-247-5100 si vous appelez de la région de la capitale nationale ou le numéro sans frais 1-888-757-7427 si vous appelez d'ailleurs en Amérique du Nord. Vous pouvez également ouvrir une session sur le site Web des Services aux participants ou sur l'appli ma Sun Life mobile et cliquez sur **Votre couverture**.

QUESTIONNAIRES RELATIFS AUX DEMANDES DE RÈGLEMENT DE FRAIS D'HOSPITALISATION : EN QUOI SONT-ILS IMPORTANTS?

La plupart des demandes de règlement de frais d'hospitalisation sont présentées directement à la Financière Sun Life par l'hôpital. Bien que cette façon de faire soit pratique, elle fait en sorte que le patient n'est pas nécessairement au courant des frais faisant l'objet de la demande. La Financière Sun Life envoie de façon aléatoire des questionnaires aux participants afin de confirmer les renseignements sur leur hospitalisation, aux fins du traitement des demandes. Si vous recevez un questionnaire, cela ne signifie pas qu'il y a un problème avec la demande de règlement, mais plutôt que nous avons besoin de votre aide pour effectuer une évaluation de la qualité des services.

