

Dans ce numéro

- 1 Modifications de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*
- 2 Norme nationale pour l'accès à des médicaments biologiques pour la polyarthrite rhumatoïde
- 3 L'Agence du Revenu du Canada (CRA) confirme que la marijuana pour fins médicales constitue une dépense médicale autorisée
- 4 **NOUVEAU!** Le coin des demandes de règlement de Manion
- 5 Mise à jour sur les lois régissant les régimes de retraite – Colombie-Britannique
- 6 Mise à jour sur le Régime de retraite de la province de l'Ontario (RRPO)
- 7 Programme de sécurité oculaire d'INCA Ontario
- 8 Conseils pratiques lors de la souscription d'assurance médicale d'urgence à l'extérieur du pays/de la province

Modifications de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*

À compter du 1^{er} octobre 2015, le gouvernement de l'Ontario a annoncé des modifications au Programme de médicaments de l'Ontario (PMO). Ces modifications sont les suivantes :

- Réduction de l'élément de majoration autorisé pour les médicaments onéreux. La majoration sera réduite, passant de 8 à 6 % pour le coût des médicaments égal ou supérieur à 1 000 \$ par demande de règlement.
- Diminution de la quantité de frais d'exécution d'ordonnance au cours d'une année à cinq fois par patient pour certains médicaments de soins chroniques.
- Le patient devra dorénavant essayer plus d'un médicament générique avant que le médicament de marque ne soit remboursé en vertu du PMO à titre de demande de règlement « interdisant tout remplacement ».
- Réduction de 1,26 \$ des frais d'exécution d'ordonnance payés aux pharmaciens qui dispensent les médicaments énumérés sur la liste du PMO aux résidents d'établissements de soins de longue durée.

On prévoit que l'impact sera minimal pour les participants dont le régime d'avantages sociaux collectif se fonde sur la liste du PMO.

Outre les changements ci-dessus, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé une modification du règlement promulgué en vertu de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario* afin d'appuyer la mise en œuvre rétroactivement au 1^{er} avril 2013 du cadre d'établissement des prix des médicaments génériques. Les règles qui s'appliquent désormais aux médicaments génériques énumérés dans la liste du PMO sont les suivantes :

- Lorsqu'un seul médicament générique figure sur la liste, la prestation maximale payable pour ce médicament est de 75 % du médicament de marque de référence ou de 85 % si aucune province ou territoire n'a d'entente d'escompte de volume avec le fabricant.
- Lorsque deux médicaments génériques figurent sur la liste, la prestation maximale payable est de 50 % du médicament de marque de référence.
- Lorsque trois médicaments génériques ou plus sont disponibles, la norme de 25 % (médicament de forme solide) et de 35 % (médicament de forme non solide) pour l'établissement des prix continue de s'appliquer.

On prévoit que ces modifications n'auront pas d'impact important sur les régimes privés d'assurance-médicaments tant que la majorité des médicaments génériques approuvés par le PMO continueront d'avoir plus de deux fournisseurs.

Norme nationale pour l'accès à des médicaments biologiques pour la polyarthrite rhumatoïde

L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), de concert avec la Société canadienne de rhumatologie (SCR), annonce l'établissement d'une norme nationale concernant l'accès aux médicaments biologiques, norme qui vise le traitement des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde couverts par un régime d'assurance privé. Par conséquent, les assureurs privés appliqueront désormais un ensemble de critères normalisés pour donner cet accès.

« Les assureurs canadiens de personnes estiment que la meilleure façon de venir en aide à ces patients est de se doter d'une norme de pratiques exemplaires commune fondée sur des données cliniques pour garantir l'accès aux médicaments biologiques », souligne Stephen Frank, vice-président de l'ACCAP à l'élaboration des politiques et à la santé. « Il s'agit là d'une mesure importante qui va dans le bon sens, et il tient à cœur à notre secteur de veiller à ce que tous les Canadiens, quels que soient leur lieu de résidence et leur employeur, puissent accéder de façon plus uniforme et transparente aux médicaments dont ils ont besoin. »

Cette norme devrait avoir peu ou point d'impact sur les participants des régimes. Les promoteurs de régimes pourront décider de ne pas adhérer à ces nouveaux critères.

L'Agence du Revenu du Canada (ARC) confirme que la marijuana pour fins médicales constitue une dépense médicale autorisée

Au début de septembre, la Canadian Medical Cannabis Industry Association (CMCIA) a annoncé que l'Agence du Revenu du Canada (ARC) a confirmé officiellement que la marijuana pour fins médicales achetée par un particulier auprès d'un producteur autorisé en vertu du Règlement sur la marijuana à des fins médicales de Santé Canada serait considérée comme une dépense médicale admissible en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

L'ARC a confirmé à la CMCIA dans une lettre datée du 24 août 2015 que les patients inscrits en vertu du Règlement sur la marijuana à des fins médicales qui obtiennent d'un médecin une ordonnance de marijuana à des fins médicales et qui achètent de la marijuana auprès d'un producteur autorisé peuvent réclamer dans leur déclaration de revenus le coût de cette marijuana comme une dépense médicale admissible. Cette lettre signale que bien que des amendements à la *Loi de l'impôt sur le revenu* devront être déposés afin de

reconnaître le Règlement sur la marijuana à des fins médicales, « L'ARC ne refusera pas les frais médicaux admissibles réclamés pour l'achat de marijuana à des fins médicales comme l'autorise ce nouveau règlement. »

Dans l'édition de juillet 2014 du Magazine Manion, nous avons publié un article sur l'impact potentiel de la marijuana à des fins médicales sur les régimes d'avantages sociaux. Étant donné que l'ARC considère désormais que la marijuana à des fins médicales constitue une dépense admissible, nous pouvons nous attendre à ce que ce genre de demande de règlement soit dorénavant soumise aux comptes de gestion-santé.

Le coin des demandes de règlement de Manion

Comme ajout au Magazine Manion, nous vous offrirons régulièrement le *Coin des demandes de règlement de Manion*, qui vous procurera de précieux renseignements vous permettant de régler adéquatement vos demandes de règlement ainsi que d'autres conseils pratiques. Voici quelques rubriques qui vous permettront de vous assurer que vos demandes de règlement seront traitées exactement et équitablement :

Adressage par un médecin

Un adressage par votre médecin est exigé tous les 12 mois pour certains services paramédicaux. Veuillez vous reporter au livret de votre régime afin de déterminer les services paramédicaux qui exigent cet adressage.

Appareils médicaux

Les appareils nécessaires du point de vue médical exigent qu'un médecin effectue l'adressage et le diagnostic, y compris une estimation de la durée du traitement. Il est recommandé qu'une estimation soit soumise

avant l'achat ou la location d'un équipement médical.

Reçus pour services rendus

Un reçu médical officiel pour des services ou des fournitures ou de l'équipement doit inclure les renseignements suivants :

- ✓ Nom du patient
- ✓ Date du service
- ✓ Service rendu
- ✓ Nom, adresse et numéro de téléphone du fournisseur
- ✓ Total du montant payé (réparti par service ou fournitures)

Preuve de statut d'étudiant

Une preuve d'études à temps complet pour les personnes à charge admissibles âgées de 21 à 25 ans (26 ans dans la province de Québec) est exigée chaque année. Vous pouvez envoyer une copie de la carte d'identité photographique de l'étudiant, son horaire ou les factures payées. La preuve doit comprendre le nom de l'étudiant et une indication claire du fait qu'il est inscrit pour l'année à venir.

Renseignements sur la coordination des prestations

Coordonner vos avantages avec ceux de votre conjoint peut s'avérer délicat.

- ✓ Vous êtes d'abord couvert en vertu de votre propre régime, puis en vertu de celui de votre conjoint.
- ✓ Votre conjoint est d'abord couvert en vertu de son régime, puis en vertu du vôtre.
- ✓ Les personnes à charge sont d'abord couvertes en vertu du régime du conjoint dont l'anniversaire, dans l'année, arrive en premier puis, en second lieu, en vertu du régime du conjoint dont l'anniversaire arrive en deuxième.
- ✓ Assurez-vous de soumettre au régime secondaire le relevé des prestations de l'autre assureur ainsi qu'une copie de vos reçus.

Soumission en ligne des demandes de règlement du participant

Vous trouverez à l'onglet « formulaires et livret » un guide d'utilisation qui vous sera utile lorsque vous souhaiterez utiliser notre système de soumission par voie électronique des demandes de règlement. Le personnel de notre centre de contacts peut également vous expliquer le processus.

Conseils sur la sensibilisation à la fraude

Les sociétés d'assurance connaissent une hausse considérable des demandes de règlement frauduleuses. Ces demandes touchent les fournitures et l'équipement médical ainsi que des services paramédicaux tels des traitements par un massothérapeute autorisé. Vous trouverez ci-après quelques conseils de sensibilisation à la fraude :

- Protégez votre carte santé (tant votre carte d'assurance maladie provinciale que la carte de votre régime d'assurance maladie). Ces cartes servent de pièces d'identité et constituent le lien vers votre dossier de santé. Ne laissez pas une autre personne se servir de votre carte d'avantages sociaux pour obtenir des services ou des produits. Si vous le faites, ces services seront inscrits à votre dossier et la corruption de votre dossier de santé que cela entraînera pourra compromettre votre admissibilité à certains services si vous en avez besoin par la suite. De même, n'utilisez pas la carte santé ni l'identité de quelqu'un d'autre pour obtenir des services.
- Soyez vigilant afin que personne d'autre n'utilise votre régime d'assurance maladie et veuillez signaler tout abus aux ressources humaines ou à votre assureur.

- Vérifiez les reçus et les relevés de prestations que vous recevez pour des produits ou des services. Assurez-vous qu'ils reflètent exactement les produits reçus ou les services rendus. Avertissez-nous si cela ne concorde pas!
- Ne signez pas votre nom sur des formulaires de demandes de règlement en blanc.
- Demandez une copie de tous les formulaires que vous signez.
- Ne laissez personne d'autre utiliser votre compte gestion-santé, car ces fonds vous appartiennent.
- Méfiez-vous des services « gratuits » qui exigent vos renseignements d'assurance maladie. Si c'est gratuit, il n'est pas nécessaire que vous donniez des renseignements sur votre assurance.
- Veuillez avertir votre compagnie d'assurance maladie de tout fournisseur qui vous exonère de façon routinière de votre quote-part ou de votre franchise.

Savoir reconnaître, signaler et contrôler la fraude.

Mise à jour sur les lois régissant les régimes de retraite

Colombie-Britannique

Le nouveau règlement sur les normes des prestations de retraite est entré en vigueur le 30 septembre 2015. Une modification du libellé doit être déposée avant le 31 décembre 2015. Ces nouvelles exigences législatives sont résumées ci-dessous :

- L'adhésion à un régime de retraite interentreprises négocié par convention collective exige 2 années d'emploi et des gains d'au moins 35 % du maximum des gains annuels ouvrant droit à pension (MGADP).

- Toute adhésion d'un participant lui apporte l'acquisition immédiate des prestations et leur immobilisation.
- Les exigences d'immobilisation sont uniquement fonction d'un seuil en dollars égal à 20 % du MGADP.
- Les rapports de liquidation partielle et de cessation ont été supprimés.
- Les dispositions obligatoires du libellé du régime de retraite pour la désimmobilisation de fonds en raison d'une espérance de vie réduite ou de la non-résidence.
- Des politiques écrites de gouvernance et de capitalisation doivent être en place d'ici le 1^{er} janvier 2016.
- Un avis écrit doit être envoyé dans les 45 jours au surintendant lorsque les cotisations ne sont pas remises par un employeur participant.
- Les régimes de retraite à prestations déterminées ont désormais l'option d'établir un compte de réserve de solvabilité pour détenir les paiements spéciaux destinés à l'amortissement des écarts de solvabilité.
- Les exigences sont rehaussées en matière de divulgation.
- Tous les régimes multientreprises négociés par convention collective doivent déposer des états financiers audités, sans égard à la valeur des actifs du régime ou au genre de dispositions.
- De nouvelles règles de conservation des registres doivent être en place d'ici le 1^{er} janvier 2016. Ces exigences seront publiées ultérieurement.

Mise à jour sur le Régime de retraite de la province de l'Ontario (RRPO)

Le RRPO est le nouveau programme obligatoire du régime de retraite présenté par le gouvernement de l'Ontario, qui doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Le RRPO vise à offrir un revenu de retraite régulier à vie aux employés qui ne disposent pas au travail d'un régime de retraite comparable.

Le RRPO a donné lieu à de nombreux débats depuis l'adoption de la *Loi sur le Régime de retraite de la province de l'Ontario*, qui l'a instauré il y a quelques mois. Le principal point en litige a été la définition de ce qui constitue un régime comparable capable d'exempter les employeurs de participer au RRPO. La conception initiale du RRPO prévoyait que les régimes de retraite à prestations déterminées et les régimes de retraite à prestations cibles seraient considérés comme étant des régimes comparables. Le 11 août, la première ministre Kathleen Wynne a annoncé que les employeurs qui offrent un régime de retraite à prestations déterminées avec un taux d'accumulation minimal des prestations de retraite de 0,50 % seraient considérés comme offrant un régime comparable. Les employeurs qui offrent un régime de retraite à cotisations déterminées avec une cotisation d'employeur d'au moins 4 % et une cotisation combinée d'employeur-employé d'au moins 8 % seraient également considérés comme ayant un régime comparable et seraient exemptés du RRPO. Le gouvernement de l'Ontario a élaboré des tests de comparabilité pour divers genres et diverses combinaisons de régimes de retraite à prestations déterminées et à cotisations déterminées.

Les employeurs qui offrent un régime de retraite à prestations déterminées ou à cotisations déterminées qui ne répondent pas à ces exigences peuvent choisir de modifier leur régime actuel afin de satisfaire aux exigences d'admissibilité et être exemptés de la participation au RRPO, ou décider de simplement adhérer au RRPO, tout en continuant d'offrir à leurs employés l'avantage ajouté du régime de retraite au travail qu'ils ont déjà en place. Les employeurs qui

offrent un autre genre de régimes d'épargne retraite au travail, notamment un REER ou un RPDB collectif, devront participer au RRPO, à moins qu'ils ne décident de transformer leur régime en un régime comparable qui répondrait aux exigences d'admissibilité.

Ce ne sont pas tous les employeurs et employés qui verront leur obligation d'adhérer au RRPO se produire simultanément. L'obligation d'adhésion s'effectuera par étapes :

- Catégorie 1 : Les grands employeurs (500 employés et plus) à compter du 1^{er} janvier 2017.
- Catégorie 2 : Les employeurs moyens (entre 50 et 499 employés) à compter du 1^{er} janvier 2018.
- Catégorie 3 : Les petits employeurs (moins de 50 employés) à compter du 1^{er} janvier 2019.
- Catégorie 4 : Les employeurs qui offrent au travail un régime de retraite qui n'a pas été modifié ni ajusté pour réussir le test de comparabilité, ainsi que les employés qui ne participent pas au travail à un régime comparable, seront assujettis au RRPO le 1^{er} janvier 2020.

Pour les trois premières catégories, le montant des cotisations de l'employeur et de l'employé sera mis en vigueur graduellement en commençant à 0,8 % chacun la première année, 1,6 % chacun la deuxième année et 1,9 % chacun la troisième année et par la suite. En ce qui concerne la quatrième catégorie, le montant des cotisations de l'employeur et de l'employé sera de 1,9 %.

La Société d'administration du RRPO communiquera avec tous les employeurs de l'Ontario au début de 2016 afin de vérifier leur régime actuel. Les employeurs qui offrent au travail un régime de retraite enregistré depuis le 11 août 2015 ou qui ont entamé un processus afin d'en faire enregistrer un seront affectés à la catégorie 4. « Si le régime répond au seuil de comparabilité lors du début de la catégorie 4, l'employeur (promoteur du régime) ne sera pas tenu de s'inscrire au RRPO », affirme le gouvernement.

Manion continue à suivre de très près la mise en œuvre du RRPO, surtout depuis le changement de gouvernement fédéral. Les libéraux fédéraux ont déclaré dans leur plateforme électorale qu'ils appuieraient l'amélioration du RPC. Le RRPO a été élaboré en raison du refus du gouvernement précédent d'améliorer le RPC.

Programme de sécurité oculaire d'INCA Ontario

L'INCA élabore présentement en Ontario un programme de sécurité oculaire qui met l'accent sur l'éducation et la motivation des participants afin qu'ils pensent à la sécurité oculaire au travail, à la maison ou au jeu. Ce programme met en particulier l'accent sur les conséquences associées aux blessures oculaires survenant n'importe où.

Ce programme sera offert sous trois modalités distinctes : 1) des ateliers souples en classe donnés par une personne ayant perdu la vue, 2) des modules de formation en ligne qui mettent tout particulièrement l'accent sur la sensibilisation à la sécurité et 3) un webinaire combinant des éléments des modèles d'apprentissage en classe et en ligne. Chacun de ces formats comprend une combinaison d'histoires vécues, d'éléments visuels percutants et d'exercices interactifs.

Objectifs qualitatifs du programme de sécurité oculaire

- Créer et inculquer une « culture de la sécurité oculaire » chez les travailleurs ontariens actuels et futurs, ainsi qu'à la maison ou au jeu.
- Motiver efficacement les participants aux ateliers afin qu'ils mettent en pratique la sensibilisation à la sécurité oculaire.
- Élaborer un programme éducatif durable et à long terme de santé oculaire et de prévention de la perte de la vision.

Au cours des cinq dernières années en Ontario, près de 10 000 blessures oculaires au travail ont été signalées à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT). Les coûts associés à ces blessures dépassaient 200 millions de dollars. Les jeunes travailleurs sont plus particulièrement à risque de se blesser, car ils ont trois fois plus tendance à se blesser au travail. Il y a eu au total 2 072 blessures oculaires non professionnelles au cours des 10 dernières années, soit un coût estimatif de 350 000 \$.

Les blessures oculaires graves ont un impact considérable sur la vie d'une personne et de ses proches. Les employeurs encourent également un coût direct pour ces blessures, notamment la perte et le remplacement du travailleur blessé, la démoralisation de ses collègues, des primes d'assurance plus élevées et, dans certains cas, des amendes.

L'INCA reconnaît l'importance d'instaurer dans les milieux de travail une culture de la sécurité. Le programme de sécurité oculaire de l'INCA sert à soutenir son mandat actuel de prévention des blessures. Par le biais de l'éducation et de la motivation, on peut réduire les blessures oculaires et, en bout de ligne, les prévenir.

Pour de plus amples renseignements sur ce programme, veuillez communiquer avec :

Ray Smith, conseiller, programme de sécurité oculaire de l'INCA

Courriel : ray.smith@cnib.ca

Conseils pratiques lors de la souscription d'assurance médicale d'urgence à l'extérieur du pays/de la province

Maintenant que l'été a pris fin, plusieurs rêvent de se rendre dans les pays chauds. Vous trouverez ci-après certaines choses à prendre en considération si vous devez souscrire de l'assurance médicale d'urgence supplémentaire à l'extérieur du pays/de la province pour compléter ce qui est couvert en vertu de votre régime d'assurance collective ou pour remplacer votre couverture perdue d'assurance collective.



- Lisez votre police! Certes, c'est long et verbeux, mais vous devez vraiment examiner cela et vous assurer que vous avez le produit qui convient à vos besoins particuliers.
- Assurez-vous que la société d'assurance a un numéro de téléphone sans frais pour l'assistance d'urgence et que vous pouvez la joindre là où vous voyagez.

- Les renseignements que vous donnez doivent être exacts et complets. Si vous n'êtes pas certain de la manière dont vous devez répondre dans la proposition aux questions médicales ou vos antécédents médicaux, y compris les médicaments d'ordonnance, les examens et d'autres traitements, communiquez avec la société d'assurance et demandez-lui de clarifier en quoi cela pourrait affecter votre police en cas de demande de règlement.
- Assurez-vous de répondre exactement au questionnaire médical (s'il est requis), à défaut de quoi le contrat pourrait être considéré nul et non avenu.
- Assurez-vous de comprendre la période d'exclusion pour instabilité qui s'applique à vous. Elle diffère pour chaque personne selon les réponses données aux questions médicales.
- Comprenez les clauses de restriction, de limite, d'exclusion et de maladie antérieure.
- Même pour les régimes annuels multi-voyages, les nouvelles maladies survenant entre les voyages engendrent de nouvelles exclusions et limites pour maladie antérieure.
- Les exclusions habituelles ne procurent pas de couverture si l'urgence découle de la pratique du deltaplane, de l'escalade, de l'alpinisme, du parachutisme, de la chute libre ou de la participation à une course de véhicules motorisés.
- Les exclusions habituelles ne procurent pas de couverture pour toute affection médicale dont vous souffrez ou que vous

avez contractée dans un pays, une région ou une ville pour lesquels Affaires étrangères, Commerce et Développement Canada a émis avant la date de votre départ un avis aux voyageurs déconseillant aux Canadiens tout voyage ou tout voyage non essentiel dans ce pays, cette région ou cette ville. Dans cette exclusion, « état médical » se limite à la raison pour laquelle l'avis aux voyageurs a été émis et comprend les complications découlant d'un tel état médical. Cela s'appliquerait par exemple à un voyage dans un pays où la maladie d'Ebola est prévalente et pour lequel un avis aux voyageurs a été émis, avisant les Canadiens d'éviter tout voyage ou tout voyage non essentiel dans ce pays, cette région ou cette ville.

- Les exclusions habituelles ne couvrent pas un accident survenu alors que vous étiez affaibli par l'effet de drogues ou de l'alcool, ou lors duquel la concentration d'alcool dans votre sang dépassait 80 mg par 100 ml.
- Afin qu'un régime d'assurance d'urgence médicale à l'étranger soit valide, vous devez être couvert en vertu d'un régime d'assurance maladie gouvernemental pendant toute la durée de votre voyage.
- Votre régime comporte-t-il une franchise? C'est le montant que vous devrez payer de votre poche en cas de demande de règlement.

L'assurance médicale d'urgence hors du pays/de la province, ainsi que de nombreux autres produits d'assurance individuelle à valeur ajoutée sont offerts par l'entremise de notre service de conseils financiers individuels. Veuillez composer le 1-800-263-5621, poste 3556 ou 3522, ou écrire à l'adresse mchiban@manionwilkins.com.