

Le CGAC vous informe...

Comité de gestion des assurances collectives (CGAC)

20 décembre 2024

FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ)

Cette foire aux questions s'adresse à toutes les personnes couvertes par l'assurance santé collective de Croix Bleue Medavie (contrat 39471) dont le Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval (SPUL) est le preneur. L'information présentée ici est de nature générale et informative et ne doit pas être interprétée comme constituant des conseils juridiques. En cas de disparité entre l'information présentée ici et le contrat d'assurance, ce dernier prévaut.

1. QUELS CHANGEMENTS S'APPLIQUERONT À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2025 POUR LES MÉDICAMENTS ?

Retrait de la franchise annuelle combinée pour les médicaments et les soins de santé complémentaires (SSC)

Les personnes assurées n'auront plus à attendre que le montant de la franchise annuelle combinée pour les médicaments et les soins de santé complémentaires (SSC) soit atteint avant de recevoir un premier remboursement de la part de l'assureur. Cette franchise annuelle est remplacée par l'introduction d'une franchise par achat de médicament prescrit (voir le paragraphe suivant).

Introduction d'une franchise par achat de médicament prescrit

Durant toute l'année, pour chaque médicament prescrit et couvert acheté en pharmacie, les personnes assurées devront payer une franchise de 8 \$, peu importe leur statut individuel, monoparental ou familial, et leur régime de protection de base ou élargi. Elles recevront un remboursement de l'assureur égal à 80 % du montant admissible du médicament après déduction de la franchise par médicament de 8 \$. Ainsi, pour un médicament prescrit dont le montant admissible est de 100 \$, la personne assurée recevra 73,60 \$ (80% X (100 \$ - 8 \$)).



CONSEIL

Lors de l'achat de chaque médicament prescrit et couvert, il est conseillé de privilégier, lorsque possible, un approvisionnement pour trois mois au lieu d'un mois afin d'économiser à la fois en temps et en argent considérant la franchise par achat de médicament de 8 \$ et les honoraires facturés par la pharmacie dont 20 % est à la charge de la personne assurée. Comme près de 60 % des médicaments sont admissibles à un approvisionnement pour trois mois, il ne faut pas hésiter à le demander à votre pharmacie.

De plus, afin d'éviter d'avoir à payer un montant trop important pour vos médicaments, il existe au Québec une limite établie annuellement par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) qui impose un montant maximum annuel qu'un adulte doit déboursier pour ses médicaments (voir le paragraphe suivant).

Déboursé maximum annuel établi par la RAMQ

Chaque année, une limite est établie par la RAMQ quant au montant qu'un adulte doit déboursier pour ses médicaments. Une fois ce montant maximal annuel atteint, l'assureur rembourse à 100 % tous les frais de médicament admissibles pour le reste de l'année civile. Pour 2024-2025, la RAMQ a établi ce montant à 1 196 \$ par adulte. La franchise de 8 \$ par médicament et la coassurance de 20 % sont incluses dans ce déboursé maximal annuel. De plus, les frais payés (franchise par médicament et coassurance) pour les médicaments des enfants à charge sont calculés dans le déboursé maximal annuel de l'adhérente et de l'adhérent.

Voici le déboursé maximum annuel établi par la RAMQ pour 2024-2025 selon le statut de protection (aucune différence entre le régime de base et le régime élargi) :

- Individuel : 1 196 \$
- Monoparental (peu importe le nombre d'enfants à charge) : 1 196 \$
- Familial :
 - Adhérente ou adhérent et ses enfants à charge (peu importe leur nombre) : 1 196 \$
 - Conjointe ou conjoint: 1 196 \$

À l'annexe A, des exemples vous permettront de mieux comprendre les impacts du changement de la franchise pour les médicaments.

Personnes de 65 ans et plus inscrites à la RAMQ à titre de 1^{er} payeur

La personne assurée recevra le même remboursement avant et après 65 ans, et ce, même si elle est inscrite à la RAMQ à titre de 1^{er} payeur. Lorsqu'un médicament est couvert par la RAMQ, il est d'abord remboursé selon les paramètres de la RAMQ, c'est-à-dire en soustrayant le paiement de la franchise mensuelle et de la coassurance. L'assureur de notre régime privé, Croix Bleue Medavie, comble ensuite la différence entre ce qu'il aurait remboursé s'il avait été 1^{er} payeur (en tenant compte de la franchise par achat de médicament de 8 \$ et de la coassurance de 20 %) et le montant remboursé par la RAMQ.

Lorsqu'un médicament n'est pas couvert par la RAMQ et qu'il est couvert par le régime privé de Croix Bleue Medavie, le résultat sera le même qu'avant l'âge de 65 ans. Ainsi, le montant total réclamé sera soumis à l'assureur qui appliquera les mêmes paramètres de remboursement en soustrayant la franchise par achat de médicament de 8 \$ et la coassurance de 20 %.



RAPPEL

À titre de rappel, il n'y a aucun changement à la liste des médicaments couverts par l'assurance santé collective de Croix Bleue Medavie, qui est plus généreuse que celle de la RAMQ. Ainsi, les médicaments qui étaient déjà couverts continueront de l'être à compter du 1^{er} janvier 2025.

2. QUELS CHANGEMENTS S'APPLIQUERONT À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2025 POUR LES SOINS OFFERTS PAR DES PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ?

Retrait de la franchise annuelle combinée pour les médicaments et les soins de santé complémentaires (SSC)

La franchise annuelle combinée pour les médicaments et les soins de santé complémentaires (SSC) étant retirée pour tous les soins offerts par des professionnelles et professionnels de la santé, les personnes assurées n'auront plus à attendre que le montant de la franchise annuelle soit atteint avant d'être admissible à un premier remboursement de la part de l'assureur. Autrement dit, le remboursement de l'assureur devient admissible dès le premier dollar déboursé. Par exemple, une facture de soins de physiothérapie dont le montant admissible est de 100 \$ se traduira par un remboursement de 80 \$ (80 %).

Physiothérapie (régimes de base et élargi)

Un montant maximum remboursable de 1 500 \$ par personne assurée par année civile est introduit, en conformité avec la présence d'un montant maximum remboursable pour les soins offerts par d'autres professionnelles et professionnels de la santé.

Soins de santé psychologique (régime élargi seulement)

La règle supplémentaire limitant le montant maximum remboursable à 60 \$ par jour par professionnelle ou professionnel étant retirée, le montant remboursé correspondra aux modalités standards de remboursement, soit 80 % du premier 625 \$ admissible et par la suite, à 50 % du montant résiduel admissible jusqu'à l'atteinte du montant maximum remboursable de 1 500 \$ par personne assurée par année civile.

Orthophonistes et audiologistes (régime élargi seulement)

Les orthophonistes et audiologistes faisant partie du même ordre professionnel, ils sont maintenant regroupés sous un même montant maximum remboursable combiné de 750 \$ par personne assurée par année civile. Auparavant, ces deux spécialités étaient traitées séparément avec chacune un montant maximum remboursable de 500 \$ par personne assurée par année civile.

3. QUELS CHANGEMENTS S'APPLIQUERONT À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2025 POUR LES SOINS DE LA VUE (RÉGIME ÉLARGI SEULEMENT) ?

Le montant maximum remboursable pour les examens de la vue sera de 100 \$ par personne assurée par 24 mois consécutifs. Auparavant, ce montant était de 50 \$ par personne assurée par 12 mois consécutifs. À noter que la RAMQ rembourse les soins de la vue suivants :

- Examens de la vue : une fois par année pour les personnes de moins de 18 ans et celles de 65 ans et plus
- Verres, montures ou verres de contact : 300 \$ par 24 mois consécutifs pour les personnes de moins de 18 ans

4. QUELS CHANGEMENTS S'APPLIQUERONT À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2025 POUR LES SOINS DENTAIRES (RÉGIME ÉLARGI SEULEMENT) ?

Le montant admissible à un remboursement sera basé sur le guide des tarifs des dentistes généralistes de l'année en cours, ce qui augmentera le montant admissible d'au moins 10 % et conséquemment, le montant remboursé par l'assureur. Auparavant, le montant admissible à un remboursement était basé sur le guide des tarifs des dentistes généralistes d'il y a deux ans, ce qui est une pratique courante dans le marché. Comme il y a eu des augmentations importantes des tarifs des dentistes généralistes au cours des deux

dernières années, il en résultera une augmentation du montant admissible à un remboursement. L'utilisation du guide de l'année en cours facilitera également la compréhension du remboursement obtenu et la comparaison entre les honoraires facturés par différents dentistes.

La franchise annuelle pour les soins dentaires sera maintenue et indexée de la façon suivante selon le statut de protection :

- Individuel : 60 \$ (une augmentation de 5 \$)
- Monoparental : 100 \$ (une augmentation de 10 \$)
- Familial : 150 \$ (une augmentation de 15 \$)

À l'annexe B, vous trouverez un tableau sommaire de tous les changements applicables au 1^{er} janvier 2025.

Pour toutes questions, communiquez par courriel avec le BAC: bac@vrrh.ulaval.ca.



Les membres du Comité de gestion des assurances collectives (CGAC) :

Benoit Raymond, président

Claire Bilodeau

Louis Adam (par intérim)

Nicolas Bouchard Martel

Sophie Beaulieu

ANNEXE A

Note : Les tableaux 1 et 2 sont basés sur des paramètres qui pourraient être différents de votre situation personnelle. L'honoraire facturé par le pharmacien varie d'une pharmacie à l'autre. Pour les fins des exemples ci-dessous, il est présumé que l'honoraire du pharmacien est de 15 \$ par médicament en cas de visite mensuelle en pharmacie (un approvisionnement d'un mois) et de 30 \$ par médicament en cas de visite aux trois mois en pharmacie (un approvisionnement de 3 mois).

TABLEAU 1

Basé sur le plan individuel du régime élargi et sur des prix observés en pharmacie, le tableau ci-dessous présente l'impact de la nouvelle franchise par achat de médicament prescrit pour trois des médicaments les plus consommés selon que le médicament est acheté mensuellement en pharmacie ou aux trois mois.

Lorsque la fréquence d'achat demeure mensuelle, on peut voir que la franchise par achat de médicament prescrit entraîne une hausse du montant total payé de 186 \$ (402 \$ vs 216 \$). Cependant, le fait de réduire la fréquence des achats en pharmacie aux trois mois permet de transformer ce coût supplémentaire en une économie de 3 \$ (213 \$ vs 216 \$).

La situation présentée est basée sur le plan individuel du régime élargi pour lequel la franchise annuelle est de 55 \$. Le même tableau, basé sur le plan individuel du régime de base pour lequel la franchise annuelle est de 180 \$, présenterait un impact beaucoup plus avantageux pour la personne.

Paramètres utilisés :

Plan de protection: STATUT INDIVIDUEL DU RÉGIME ÉLARGI
Médicament 1 : MOVISSE 0.35MG (Pilule contraceptive)
Médicament 2 : DEXLANSOPRAZOLE 30MG CAP. (Brûlures d'estomac)
Médicament 3 : SYNTHROID 150MCG CO (Thyroïde)

A	B	C	D	E	F
Fréquence des achats en pharmacie	Prix par achat	Prix annuel	Franchise	Coassurance	Total payé par l'adhérent(e)
SITUATION 2024 : FRANCHISE ANNUELLE DE 55 \$ (PLAN INDIVIDUEL ÉLARGI)					
Mensuelle (12/année)		$(A \times B)$		$(C-D) \times 20 \%$	$(D + E)$
Médicament 1	24 \$	287 \$	55 \$	47 \$	102 \$
Médicament 2	29 \$	350 \$	- \$	70 \$	70 \$
Médicament 3	18 \$	222 \$	- \$	44 \$	44 \$
Total	71 \$	859 \$	55 \$	161 \$	216 \$
Trimestrielle (4/année)					
Médicament 1	57 \$	227 \$	55 \$	35 \$	90 \$
Médicament 2	73 \$	290 \$	- \$	58 \$	58 \$
Médicament 3	40 \$	162 \$	- \$	32 \$	32 \$
Total	170 \$	679 \$	55 \$	125 \$	180 \$
SITUATION 2025 : FRANCHISE PAR ACHAT DE MÉDICAMENT DE 8 \$					
		$(A \times B)$	$8 \$ \times A$	$(C-D) \times 20 \%$	$(D + E)$
Mensuelle (12/année)					
Médicament 1	24 \$	287 \$	96 \$	38 \$	134 \$
Médicament 2	29 \$	350 \$	96 \$	51 \$	147 \$
Médicament 3	18 \$	222 \$	96 \$	25 \$	121 \$
Total	71 \$	859 \$	288 \$	114 \$	402 \$
Trimestrielle (4/année)					
Médicament 1	57 \$	227 \$	32 \$	39 \$	71 \$
Médicament 2	73 \$	290 \$	32 \$	52 \$	84 \$
Médicament 3	40 \$	162 \$	32 \$	26 \$	58 \$
Total	170 \$	679 \$	96 \$	117 \$	213 \$

TABLEAU 2

Basé sur le plan individuel du régime élargi, le tableau ci-dessous présente le coût total payé par la personne avant la modification à la franchise (selon la franchise annuelle de 55 \$ par année) ainsi qu'après l'introduction d'une franchise de 8 \$ par achat de médicament prescrit.

L'impact de la nouvelle franchise sur le montant total payé par les personnes dépend du nombre de médicaments achetés par visite en pharmacie et du nombre de visites en pharmacie dans une année.

Lorsque le nombre de visites en pharmacie est réduit à quatre par année (aux trois mois), il y a généralement des économies comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Par exemple, comme on peut le lire dans le tableau, une personne qui achète trois médicaments à tous les mois en pharmacie doit déboursier 440 \$/année, une fois pris en compte la franchise annuelle et la coassurance. Après l'introduction de la franchise par médicament prescrit et en présumant le nombre de visites en pharmacie réduit à quatre par année, le coût total à déboursier par la personne serait de 437 \$, soit une réduction de 3 \$ annuellement.

Nous constatons par ailleurs un coût supplémentaire lorsque le nombre de médicaments achetés à chaque visite en pharmacie excède trois médicaments. Toutefois, les coûts supplémentaires demeurent raisonnables. Rappelons que d'autres modifications à l'assurance santé collective sont introduites à compter du 1^{er} janvier 2025 en complément à la franchise par médicament et que ces dernières permettront en général de bénéficier de prestations plus généreuses, notamment pour la couverture des soins dentaires.

Paramètres utilisés :

Plan de protection: STATUT INDIVIDUEL DU RÉGIME ÉLARGI

Prix de chaque médicament acheté en pharmacie pour un mois (avant honoraire): 45 \$

Honoraire de la pharmacie pour un achat mensuel : 15 \$

Honoraire de la pharmacie pour un achat trimestriel : 30 \$

Nombre de médicaments achetés à chaque visite	Déboursé total annuel par la personne assurée		Augmentation (réduction) des coûts pour la personne
	Franchise annuelle de 55 \$	Franchise de 8 \$ par médicament	
	12 visites par année en pharmacie	4 visites par année en pharmacie	
1	188 \$	158 \$	(30) \$
2	332 \$	315 \$	(17) \$
3	476 \$	473 \$	(3) \$
4	620 \$	630 \$	10 \$
5	764 \$	788 \$	24 \$

ANNEXE B**MODIFICATIONS AU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE APPLICABLES AU 1^{ER} JANVIER 2025**

Paramètres actuels du régime d'assurance collective	Modifications au régime d'assurance collective	Argumentaire supportant les modifications proposées
Couverture pour les médicaments (régimes de base et élargi)		
<p>Application d'une franchise annuelle pour les médicaments (combinée avec les soins de santé complémentaires) variant selon le statut et le régime de protection.</p> <p>Statuts du régime de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuel : 180 \$ • Monoparental : 290 \$ • Familial : 435 \$ <p>Statuts du régime élargi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuel : 55 \$ • Monoparental : 90 \$ • Familial : 135 \$ 	<p>Retrait de la franchise annuelle combinée pour les médicaments et les soins de santé complémentaires</p> <p>Adoption d'une franchise par médicament prescrit (DIN) de 8 \$</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obtention d'un remboursement plus rapidement qu'avec une franchise annuelle (gain) • Réduction de l'insatisfaction exprimée dans le sondage concernant l'application et les montants de la franchise annuelle • Aucun déboursé à payer lorsque la contribution maximale par année par assuré(e) établie par la RAMQ est atteinte (1 196 \$ présentement) • Encourage l'approvisionnement des médicaments en pharmacie pour une période de 90 jours au lieu de 30 jours, ce qui permet un meilleur contrôle des coûts du régime • Adoption d'une tendance du marché
Couverture pour les soins de santé psychologique (régime élargi seulement)		
<p>Application d'une règle supplémentaire limitant à 60 \$ par jour par professionnel le montant remboursé pour les soins de santé psychologique</p>	<p>Retrait de la règle supplémentaire limitant à 60 \$ par jour par professionnel le montant remboursé pour les soins de santé psychologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du montant remboursé par l'assureur lors de chaque visite (gain) • Priorisation de la couverture des soins de santé psychologique en accord avec les résultats du sondage • Adoption d'une tendance du marché

Couverture pour les soins de santé offerts par les orthophonistes et audiologistes (régime élargi seulement)		
<ul style="list-style-type: none"> Orthophonistes : 80 % jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile Audiologistes : 80 % jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile 	Regroupement des orthophonistes et audiologistes sous un montant maximum combiné de 750 \$ par année civile	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation du montant maximum remboursé par l'assureur chaque année civile (gain) Meilleure harmonisation : les orthophonistes et les audiologistes font partie du même ordre professionnel et le montant maximum combiné pour les professionnels de la santé physique est également de 750 \$ par année civile Il est très rare que des assuré(e)s réclament à la fois pour des soins offerts par un orthophoniste et un audiologiste dans une même année civile, résultant en un gain pour la majorité des assuré(e)s
Couverture pour les soins offerts par les physiothérapeutes et les techniciens en réadaptation physique (régimes de base et élargi)		
Montant remboursé : 80 % des frais admissibles sans montant maximum par année civile	Ajout d'un montant maximum remboursable de 1 500 \$ par année civile	<ul style="list-style-type: none"> Meilleure harmonisation avec les modalités de remboursement des autres professionnels de la santé qui comportent un montant maximum remboursable par année civile Meilleur contrôle des coûts du régime d'assurance collective Très peu d'assuré(e)s réclament plus de 1 500 \$ par année civile pour ces soins
Couverture pour les soins de la vue (régime élargi seulement)		
Examens de la vue : montant maximum remboursable de 50 \$ par 12 mois consécutifs	Modification des modalités de remboursement à 100 \$ par 24 mois consécutifs	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation du montant remboursé par l'assureur lors de chaque visite (gain) Peu d'adultes réclament un examen de la vue chaque année Meilleure harmonisation avec la période référence de 24 mois consécutifs pour les verres, montures, verres de contact et chirurgie oculaire au laser Adoption d'une tendance du marché pour la période de référence À titre de rappel, la RAMQ rembourse désormais les soins de la vue suivants : <ul style="list-style-type: none"> Examens de la vue : une fois par année pour les personnes âgées de moins de 18 ans ou de 65 ans et plus Verres, montures ou verres de contact : 300 \$ par 24 mois consécutifs pour les personnes âgées de moins de 18 ans

Couverture pour les soins dentaires (régime élargi seulement)		
Montant admissible basé sur le guide des tarifs des dentistes généralistes d'il y a 2 ans (année courante moins 2 ans)	Montant admissible basé sur le guide des tarifs des dentistes généralistes de l'année courante	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du montant remboursé par l'assureur lors de chaque visite (gain) • Compréhension plus facile du montant remboursé par l'assureur (gain) • Comparaison plus facile des montants facturés par différents dentistes (gain)
Franchise annuelle variant selon les statuts du régime élargi : <ul style="list-style-type: none"> • Individuel : 55 \$ • Monoparental : 90 \$ • Familial : 135 \$ 	Indexation de la franchise annuelle selon les statuts du régime élargi : <ul style="list-style-type: none"> • Individuel : 60 \$ (+ 5 \$) • Monoparental : 100 \$ (+ 10 \$) • Familial : 150 \$ (+ 15 \$) 	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleur contrôle des coûts du régime d'assurance collective