



GUIDE SUR LA COORDINATION DES PRESTATIONS

Le présent guide a été conçu pour vous aider à comprendre comment les sociétés d'assurances coordonnent le paiement des prestations lorsqu'un sinistre peut être réglé par plus d'un régime collectif d'assurance maladie ou dentaire. Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires ou d'aide, vous pouvez vous adresser à l'administrateur de votre régime collectif d'avantages sociaux ou à votre société d'assurances.

TABLE DES MATIÈRES

1	Notions de base	1
2	Qui est le premier payeur?	2
	Sinistres touchant les enfants à charge	3
	Sinistres touchant les étudiants de niveau postsecondaire (université ou collège)	4
	Assurance des retraités	5
	Si une assurance individuelle est également en cause	5
3	Comment s'effectue le calcul des prestations?	6
4	Règles spéciales	7
5	Définitions utiles	8
6	Des questions?	9



MISE EN GARDE :

Vous trouverez dans les pages qui suivent une variété de renseignements sur la coordination des prestations que nous nous sommes efforcés de présenter le plus simplement possible, tout en étant précis. Le guide n'a cependant aucune valeur juridique; de nouvelles dispositions législatives ou réglementaires, les progrès technologiques et le jeu de la concurrence pourraient se répercuter sur certaines règles, modalités ou pratiques dont nous avons traité. Si vous avez des questions, lisez attentivement vos documents d'assurance et communiquez avec l'administrateur de votre régime collectif d'avantages sociaux ou avec votre assureur.

1 NOTIONS DE BASE

Le présent guide a pour but de vous aider à comprendre comment les assureurs coordonnent le règlement des prestations lorsqu'une personne est couverte par plus d'un régime collectif d'assurance maladie ou d'assurance dentaire.

De façon générale, les sociétés d'assurances de personnes suivent les procédures énoncées dans la Ligne directrice sur la coordination des prestations de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP). Cette Ligne directrice détermine quel régime est le premier payeur et comment sont calculées les prestations lorsqu'une personne, en tant que participant au régime ou que personne à charge, peut présenter une demande de règlement au titre de plus d'un régime collectif. Le régime collectif d'assurance maladie ou d'assurance dentaire est une protection mise à votre disposition ou à celle de votre conjoint/partenaire par un employeur, un syndicat, une association ou un autre organisme.

Dans les ménages où les deux adultes travaillent, il est fréquent d'avoir accès à plus d'un régime d'assurance maladie ou d'assurance dentaire, situation qui provoque le plus grand nombre des chevauchements de couvertures d'assurance. Les assurances ne sont peut-être pas identiques, mais elles couvrent souvent les mêmes types de services.

Pour faire en sorte que les sociétés d'assurances procèdent de façon uniforme dans ces situations, la Ligne directrice sur la coordination des prestations a été élaborée à leur intention. Elle renferme un ensemble de règles à suivre dans le cadre du traitement des demandes de règlement présentées au titre de plus d'un régime. La Ligne directrice décrit l'ordre de détermination des prestations et la façon de coordonner les prestations d'assurance maladie ou dentaire payables au titre de tous les régimes couvrant l'assuré. Essentiellement donc, elle précise qui paie, quand, et combien.

2 QUI EST LE PREMIER PAYEUR?

Un certain nombre de règles servent à déterminer l'ordre de versement des prestations. La présente partie explique quel est cet ordre compte tenu de différentes situations.

Si vous êtes couvert en tant que participant à un régime, ce régime sera toujours le premier payeur par rapport à tout autre vous couvrant en tant que personne à charge. Par conséquent, vous devez d'abord présenter votre demande de règlement au régime vous couvrant comme participant.

Exemple:

Vous êtes couvert par le régime de votre employeur et, en tant que personne à charge, par le régime de l'employeur de votre conjoint

- Le régime de votre employeur est le premier payeur
- Le régime de l'employeur de votre conjoint est le second payeur

Toutefois, si vous êtes couvert au même titre par plus d'un régime, le régime vous couvrant depuis le plus longtemps est le premier payeur.

Exemple:

Vous êtes couvert par deux régimes du fait que vous occupez deux emplois à temps partiel

- Emploi n° 1 – participant au régime depuis le 3 mars 1995
- Emploi n° 2 – participant au régime depuis le 2 février 2001

Le régime se rattachant à l'emploi n° 1, qui vous couvre depuis le plus longtemps, est le premier payeur

Sinistres touchant les enfants à charge

Lorsque les deux parents bénéficient chacun d'un régime couvrant leurs enfants en tant que personnes à charge, le régime du parent dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année civile est le premier payeur.

Exemple n° 1:

- Anniversaire du père – 11 octobre
- Anniversaire de la mère – 21 septembre

Le régime de la mère, dont l'anniversaire arrive avant celui du père dans l'année civile, est le premier payeur

Si les deux parents ont la même date d'anniversaire, le régime de celui dont l'initiale du prénom vient en premier dans l'alphabet est le premier payeur.

Exemple n° 2:

- La mère se prénomme Jeanne
- Le père se prénomme Stéphane

Le régime de Jeanne est le premier payeur : J précède S dans l'alphabet

Dans les cas de **garde exclusive**, c'est-à-dire qu'un seul parent a la garde de l'enfant : le régime du parent avec qui réside l'enfant (c'est-à-dire celui du parent qui en a la garde) est le premier payeur.

Le régime du conjoint du parent ayant la garde est le deuxième payeur.

Le régime du parent **n'ayant pas** la garde est le troisième payeur.

Exemple n° 3:

L'enfant réside avec sa mère et le nouveau conjoint de cette dernière

Le régime de la mère est le premier payeur

Le régime du conjoint de la mère est le deuxième payeur

Le régime du père est le troisième payeur

QUI EST LE PREMIER PAYEUR?

Dans les cas de **garde conjointe**, et si les deux parents bénéficient chacun d'un régime couvrant leurs enfants en tant que personnes à charge : le régime du parent dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année civile est le premier payeur (voir Exemple n° 1, ci-dessus).

Sinistres touchant les étudiants de niveau post-secondaire (université ou collège)

Les étudiants bénéficient parfois d'une protection d'assurance maladie ou d'assurance dentaire par l'entremise de leur établissement d'enseignement ou dans le cadre d'un emploi à temps partiel. De tels régimes sont toujours les premiers payeurs par rapport à tout autre régime couvrant l'étudiant en tant que personne à charge.

Exemple:

Un étudiant bénéficie d'une couverture d'assurance maladie offerte par son université mais est également couvert par le régime de l'un de ses parents en tant que personne à charge

Le régime de l'université est le premier payeur

Assurance des retraités

Le régime couvrant une personne en tant que retraité sera toujours second payeur par rapport à tout régime collectif couvrant cette personne en tant que salarié à plein temps ou à temps partiel.

Exemple:

Un retraité occupe un emploi à temps partiel auquel se rattachent des avantages sociaux et est également couvert en tant que retraité par l'assurance d'un ancien employeur

Le régime accompagnant l'emploi à temps partiel est le premier payeur. Le régime de l'ancien employeur est le second payeur.

Si une personne est couverte en tant que retraité au titre de plus d'un régime, le régime la couvrant depuis le plus longtemps est le premier payeur.

Exemple:

Vous êtes couvert en tant que retraité au titre de deux régimes

Régime n° 1 – vous participez au régime depuis le 3 janvier 1992

Régime n° 2 – vous participez au régime depuis le 2 septembre 2001

Le régime n° 1 est le premier payeur, et le régime auquel vous participez depuis le moins longtemps est le second payeur

Si une assurance individuelle est également en cause

Si une personne bénéficie d'une assurance individuelle (c.-à-d. une assurance souscrite indépendamment de tout régime collectif) en plus d'être couverte par une assurance maladie ou dentaire collective, le régime d'assurance maladie ou dentaire collectif **peut** être le premier payeur. Veuillez consulter vos documents d'assurance.

3 COMMENT S'EFFECTUE LE CALCUL DES PRESTATIONS?

Le régime qui est le premier payeur calcule les prestations payables comme s'il était le seul régime en cause, c'est-à-dire comme dans le cas de toute autre demande de règlement.

Le régime qui est le second payeur calcule les prestations payables pour chaque élément figurant sur la demande de règlement, en limitant sa responsabilité au moindre :

- de la somme qu'il aurait versée s'il avait été le premier payeur;
- de 100 % des frais admissibles moins les prestations versées par le premier payeur.

Le total des sommes réglées par l'ensemble des régimes ne peut excéder 100 % des frais maladie ou dentaires admissibles. Dans certains cas, le total des sommes réglées par l'ensemble des régimes peut être inférieur aux frais payés de sa poche par l'assuré.

Certains régimes prévoient un nombre limité de consultations médicales ou dentaires par année (p. ex., une consultation tous les neuf mois), tandis que d'autres prévoient un plafond annuel de prestations. Dans ces cas, si un régime (premier et/ou second payeur) verse quelque fraction que ce soit des frais de la consultation, celle-ci compte pour une consultation et les prestations comptent dans l'atteinte de tout plafond applicable, et ce, au titre des deux régimes.

4 RÈGLES SPÉCIALES

Il faut savoir que le présent guide **ne s'applique pas** dans certains cas, dont les suivants :

- Assurance automobile : La législation provinciale précise si le régime d'assurance automobile est le premier payeur ou le second par rapport à un régime collectif d'assurance maladie/dentaire
- Frais médicaux engagés à l'étranger/à l'extérieur de la province : D'autres règles ont été établies relativement à la coordination des prestations lorsque les urgences de ce genre sont couvertes par plus d'un régime
- Indemnisation des accidents du travail

Il serait sage de consulter la législation de votre province de résidence si vous devez présenter une demande de règlement relative à un accident d'automobile ou à un accident du travail.

5 DÉFINITIONS UTILES

Compte de crédits-santé (CC-S) : Arrangement selon lequel le promoteur de régime alloue un montant précis au compte du participant, que celui-ci peut utiliser pour régler des frais médicaux ou dentaires non assurés au titre du régime.

Frais admissibles : Frais couverts par un régime d'assurance maladie ou dentaire, qui sont précisés dans la police ou les documents relatifs au régime et assujettis à des restrictions comme une franchise, une quote-part ou un plafond.

Franchise : Part des frais remboursables que le participant au régime doit régler. C'est donc le montant déduit des frais avant que les prestations soient payables.

Participant : Principale personne couverte par le régime collectif, à savoir le salarié, le syndiqué ou le membre d'une association.

Promoteur de régime : Employeur, syndicat, association ou autre organisme qui fournit des garanties d'assurance maladie ou d'assurance dentaire collectives à ses salariés ou aux participants au régime.

Quote-part : Montant à la charge du participant en vertu d'une disposition d'un régime d'assurance maladie ou d'assurance dentaire selon laquelle l'assureur et le participant au régime se partagent les frais dans une proportion donnée (p. ex., l'assureur prend en charge 80 % des frais et le participant les 20 % restants).

6 **DES QUESTIONS?**

Les sources suivantes devraient pouvoir répondre aux questions que vous auriez au sujet de la coordination des prestations provenant de deux ou plusieurs régimes collectifs d'assurance maladie ou dentaire :

- **Le service des ressources humaines de votre lieu de travail**
- **La société d'assurances offrant la protection d'assurance maladie ou dentaire dont vous bénéficiez**
- **Assistance aux consommateurs**

Les consommateurs ayant des questions ou des plaintes concernant les produits ou les services offerts par les assureurs vie et maladie peuvent appeler l'Ombudsman des assurances de personnes (OAP), un service indépendant et gratuit qui fournit des renseignements ou de l'aide, en français ou en anglais.

Appelez l'OAP de n'importe où au Canada.

De Montréal : **514-282-2088** In Toronto : **416-777-9002**

Sans frais/Toll Free : **1-888-295-8112** Site Web : **www.oapcanada.ca**

