



GUIDE SUR L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Ce guide vise à vous aider à comprendre l'assurance maladie qui complète les régimes d'État et à faire de vous un consommateur averti. Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires ou d'aide, vous pouvez vous adresser à votre agent ou à votre société d'assurances de personnes.

TABLE DES MATIÈRES

1. Généralités	1
Comment fonctionne l'assurance maladie?	1
Qui fournit l'assurance maladie?	1
2. L'assurance maladie complémentaire	2
Que couvre-t-elle?	2
Qui couvre-t-elle?	3
Franchises, participation aux frais et plafonds	4
Évaluation du plan de traitement	4
Demandes de règlement	5
3. Les régimes collectifs	6
Que couvrent-ils?	7
Qui couvrent-ils?	7
Régimes à la carte	8
Coordination des prestations	8
Régimes d'avantages sociaux non assurés (RASNA)	8
4. Les régimes individuels	9
Quelles sont les garanties offertes par ces régimes?	9
Indemnités journalières en cas d'hospitalisation	10
Assurance pour les visiteurs et les Canadiens qui rentrent au pays	10
Assurance invalidité	10
Assurance maladies graves	11
Prestations-décès versées du vivant de l'assuré	11
Assurance pour soins de longue durée	12
Assurance voyage	13
Où peut-on souscrire une assurance maladie individuelle? . . .	13
5. Assistance aux consommateurs	14
6. Protection des consommateurs	15

Voici des réponses aux questions que vous nous avez posées sur l'assurance maladie complémentaire

Le présent ouvrage regroupe les réponses à de nombreuses questions sur l'assurance maladie complémentaire que se posent les Canadiens.

Ce guide vous aidera à :

- déterminer vos besoins en matière d'assurance maladie complémentaire;
- comprendre les différents types de polices et les diverses options offertes;
- comprendre le processus d'approbation d'une proposition et d'une demande de règlement;
- préparer les questions à poser à l'administrateur de votre régime d'avantages sociaux ou à votre agent.

Le **Guide sur l'assurance maladie complémentaire** est produit par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes. L'Association ne recommande pas d'assureur en particulier, ni de type quelconque d'assurance maladie complémentaire. C'est à vous, le consommateur, que reviennent ces choix.

Nous espérons que vous trouverez ici les renseignements qui vous permettront de vous procurer l'assurance maladie complémentaire qui répond le mieux à vos besoins.



MISE EN GARDE : Vous trouverez dans les pages qui suivent une grande variété de renseignements de nature générale que nous nous sommes efforcés de présenter le plus simplement possible, tout en étant précis. Le guide n'a cependant aucune valeur juridique; au fil des ans, de nouvelles dispositions législatives, les progrès technologiques et le jeu de la concurrence pourraient se répercuter sur certaines des règles ou des pratiques dont nous avons traité. Si vous vous posez des questions, lisez attentivement votre police et communiquez avec l'administrateur de votre régime d'avantages sociaux ou avec votre agent, ou encore avec votre assureur.

1 GÉNÉRALITÉS

Comment fonctionne l'assurance maladie?

L'assurance consiste à répartir un risque financier. Son concept remonte au temps des Romains, mais n'a été officiellement mis en pratique qu'au XVIII^e siècle. Ce concept est simple : un grand nombre de personnes verse de l'argent dans une caisse commune, et lorsque l'une d'elles est frappée par la malchance, elle est dédommée à même la caisse. Les sommes versées sont des **prestations**.

L'assurance maladie couvre une partie ou la totalité des frais que vous engagez lorsque vous consultez un professionnel de la santé, ou lorsque vous êtes hospitalisé ou que vous vous procurez certains produits ou services médicaux.

Qui fournit l'assurance maladie?

Les Canadiens ont accès à des **régimes d'assurance maladie d'État et privés**. Ces régimes sont offerts par les gouvernements provinciaux et territoriaux et les sociétés d'assurances. Ces dernières font souscrire des polices aux particuliers ainsi qu'aux promoteurs de régimes collectifs, tels les employeurs, les syndicats et les associations.



2 L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Les régimes d'État couvrent les soins de santé de base, qu'il s'agisse, par exemple, de soins actifs reçus à l'hôpital en salle commune ou de services dispensés par des médecins. Les **régimes complémentaires**, dont traite le présent guide, couvrent les services autres que les services de base, qui ne sont pas couverts – ou qui ne le sont qu'en partie – par les régimes d'État. L'assurance maladie complémentaire peut être souscrite sous forme de police collective par les employeurs, les syndicats et les associations, ou encore sous forme de police individuelle par les particuliers.

Que couvre-t-elle?

La protection offerte varie beaucoup, d'une part parce que la couverture des régimes d'État applicable aux services autres que les services de base diffère d'une province à l'autre, et d'autre part parce que les promoteurs de régimes collectifs et les souscripteurs de contrats individuels optent pour différents types de garanties et niveaux de protection. Il est par conséquent très important de savoir exactement ce que couvre votre régime collectif – ou celui que vous envisagez de souscrire à titre individuel.

Les régimes complémentaires couvrent en général les produits et services suivants, lorsque ceux-ci ne sont pas déjà couverts par un régime d'État :

- les médicaments sur ordonnance;
- les séjours à l'hôpital en chambre à un ou deux lits;
- les soins infirmiers spéciaux;

L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

- les services ambulanciers;
- les frais hospitaliers et médicaux engagés à l'étranger;
- les membres artificiels, les prothèses et les appareils médicaux;
- les fauteuils roulants et tout autre article durable;
- certains services médicaux et paramédicaux qui ne sont pas couverts par les régimes d'État (p . ex ., les services de chiropraticiens, de physiothérapeutes, de podiatres, d'ostéothérapeutes et d'optométristes); et
- les lunettes et les lentilles cornéennes.

Les soins dentaires peuvent être couverts en vertu d'une assurance maladie complémentaire mais ils le sont en fait souvent dans le cadre d'une assurance distincte. La couverture varie en fonction du régime souscrit.

En général, **les régimes d'assurance dentaire complémentaire couvrent :**

- les soins préventifs de base et les services comme les examens de routine, le nettoyage, les obturations, les extractions et les radiographies; et
- les traitements radiculaires, le nettoyage périodontique et le détartrage

Il est également possible que votre assurance dentaire couvre les services de restauration majeure comme les incrustations en profondeur et les couronnes, les ponts et les prothèses dentaires, de même que les traitements orthodontiques.

Il existe d'autres types de régimes d'assurance maladie complémentaire. Veuillez consulter la partie 4, *Les régimes individuels*, pour obtenir une description de ces régimes et des garanties qu'ils comportent.

Qui couvre-t-elle?

Les régimes d'assurance maladie complémentaire couvrent en général le participant au régime ainsi que ses personnes à charge admissibles comme son conjoint et ses enfants de moins de 19 ans (et de plus de 19 ans s'ils sont étudiants à plein temps ou invalides). L'admissibilité pouvant varier d'un régime à l'autre, nous vous recommandons de vérifier ce que prévoit votre régime à cet égard.

Franchises, participation aux frais et plafonds

En général, les régimes d'assurance complémentaire ne couvrent pas la totalité des frais admissibles. Il se peut que, au début de chaque année du régime, vous ayez à acquitter une **franchise**, c'est-à-dire une petite partie des frais engagés par vous-même et par vos personnes à charge. Les franchises sont le plus souvent de 25 ou de 50 \$ par personne assurée. La franchise peut également s'appliquer par famille plutôt que par personne; ainsi, il se peut que vous ayez à acquitter les premiers 75 \$ de frais admissibles engagés en début d'année par deux membres, quels qu'ils soient, de votre famille. Certains régimes prévoient aussi une franchise par service (p. ex., 5 \$ par ordonnance).

Si votre régime comporte une **clause de participation**, vous aurez à payer, en sus de la franchise, un pourcentage des frais admissibles engagés. Le pourcentage est en général de 10 ou de 20 p. 100 des frais admissibles; il peut être plus élevé pour certains types de services (p. ex., 50 p. 100 pour les services de restauration dentaire majeure ou les traitements orthodontiques).

De nombreux régimes prévoient également l'application de **plafonds**, c'est-à-dire de montants maximaux de couverture par période déterminée pour certains produits et services comme les lunettes ou les traitements orthodontiques. Parfois, les plafonds s'appliquent au total des prestations payables par année ou durant la vie de l'assuré.

Il est très important de savoir quels sont la franchise, le pourcentage des frais laissé à votre charge et les plafonds qui s'appliquent aux frais admissibles. Vérifiez bien ce que prévoit votre régime.

Évaluation du plan de traitement

Pour les frais importants, notamment ceux engagés pour des restaurations dentaires majeures, il est possible que vous deviez obtenir auprès de l'assureur, avant que le traitement ne soit entrepris, une **évaluation du plan de traitement** ou une évaluation des prestations qui seront payées par l'assureur. L'**évaluation du plan de traitement** vous permettra de savoir quelle part des frais d'un traitement précis sera couverte par le régime et quelle part sera à votre charge. Vous serez aussi en mesure de déterminer si une plus grande part des frais peut être couverte grâce à la coordination des prestations payables aux termes de votre régime avec celles prévues par le régime de votre conjoint (voir plus loin).

Demandes de règlement

Il est facile de présenter une **demande de règlement**, mais la marche à suivre varie d'un régime à l'autre. Dans certains cas, vous devez payer le fournisseur de soins de santé et soumettre à l'assureur une demande de règlement, sur support papier ou par voie électronique, accompagnée des reçus pour obtenir un remboursement. Dans d'autres cas, vous disposez d'une carte d'identification qui permet au pharmacien ou au dentiste, par exemple, d'envoyer la facture électroniquement à l'assureur et d'être payé directement par ce dernier. Dans un cas comme dans l'autre, vous êtes assuré du respect de la confidentialité des renseignements vous concernant.

Le plus souvent, les demandes de règlement doivent être présentées dans l'année qui suit la date à laquelle les dépenses admissibles ont été engagées. Les assureurs de personnes s'efforcent d'effectuer les paiements le plus rapidement possible et trouvent constamment de nouveaux moyens d'accélérer le processus. Une simple demande de règlement d'assurance maladie ou dentaire peut être traitée en une ou deux semaines; le traitement des demandes plus compliquées comme les demandes de règlement d'assurance invalidité peut prendre plus de temps.

En règle générale, une fois votre demande approuvée, l'assureur verse les sommes dues sur votre compte bancaire ou vous envoie un chèque, accompagné d'une explication quant aux prestations versées. Cette explication peut notamment indiquer si la franchise a été acquittée, ou si le plafond prévu pour un type de soins ou de service donné a été atteint.

Si vous avez besoin d'aide pour présenter une demande de règlement d'assurance collective, vous pouvez appeler l'administrateur de votre régime ou votre service des ressources humaines. Si vous avez besoin d'aide pour soumettre une demande de règlement au titre d'une police d'assurance individuelle, vous pouvez contacter votre agent ou la succursale de la société d'assurances la plus proche de chez vous, ou encore utiliser la ligne d'assistance téléphonique sans frais d'interurbain de la société.



UN CONSEIL : Les formulaires de demande de règlement doivent être remplis intégralement et clairement. Votre demande sera traitée plus rapidement si l'assureur n'a pas à vous contacter pour obtenir des éclaircissements ou des renseignements.

3 LES RÉGIMES COLLECTIFS

L'assurance maladie complémentaire est le plus souvent fournie dans le cadre de **régimes collectifs**. Ces régimes couvrent les membres de groupes déterminés et leurs personnes à charge admissibles. Si vous ou votre conjoint avez un emploi, vous êtes probablement couvert par une assurance souscrite par votre employeur ou votre syndicat dans le cadre d'un régime d'avantages sociaux. Si ce n'est pas le cas, il vous est peut-être possible d'adhérer à une assurance collective offerte par l'entremise d'une association professionnelle ou d'une association de diplômés universitaires, par exemple.

Lorsque le régime est offert par un employeur ou un syndicat, les primes sont habituellement prises en charge, entièrement ou en partie, par l'employeur ou le syndicat. Lorsque le régime est offert par une association, les primes sont entièrement acquittées par les participants. Néanmoins, le coût de cette assurance est généralement inférieur à celui d'une assurance individuelle, les frais d'administration étant moins élevés dans le cas de contrats collectifs.



UN CONSEIL : Les garanties d'assurance dentaire et d'assurance maladie complémentaire dont le coût est assumé par l'employeur constituent des avantages non imposables, sauf au Québec. • Si vous travaillez à votre compte, vous pouvez déduire – pour vous-même et, dans certains cas, pour vos employés – une partie des primes que vous payez pour obtenir des garanties individuelles ou collectives d'assurance maladie, dentaire ou médicaments.

Que couvrent-ils?

Vous trouverez, dans le **certificat** ou le **livret** qui vous sera remis, une description des principales caractéristiques du régime, notamment les frais couverts, les personnes à charge admissibles, les franchises et la participation aux frais, les restrictions et les exclusions ainsi que la marche à suivre pour présenter une demande de règlement. Votre service des ressources humaines ou l'administrateur de votre régime d'avantages sociaux pourra vous aider à obtenir de plus amples renseignements. Les dispositions du régime figurent intégralement dans le contrat-cadre établi par l'assureur au nom du promoteur du régime.

Pour connaître les garanties habituellement offertes par les régimes collectifs d'assurances maladie et dentaire, reportez-vous à la page 3. Il faut se rappeler, toutefois, que les régimes sont loin de tous offrir les mêmes garanties.

Pour une description d'autres types de garanties pouvant vous être fournies par votre employeur (assurances invalidité, voyage, maladies graves et soins de longue durée, par exemple), veuillez vous reporter à la partie 4, *Les régimes individuels*.

Qui couvrent-ils?

Pour être **admissible** à la couverture, vous devez normalement adhérer à l'association ou au syndicat qui est le promoteur du régime ou, s'il s'agit d'un régime de l'employeur, occuper un poste à temps plein à titre permanent. Dans certains cas, il faut avoir occupé ce poste pendant une période déterminée, un ou trois mois par exemple. Il vous revient de vérifier quelles sont les modalités d'adhésion au régime, pour vous et pour vos personnes à charge.

En vertu de la plupart des régimes collectifs, vous n'êtes assuré que tant que vous faites partie du groupe. Généralement, **vos** **couverture prend fin si vous quittez votre emploi ou cessez d'être membre de l'association.**

Toutefois, si vous êtes licencié, en raison par exemple de mesures de réduction du personnel, il se peut que votre couverture reste en vigueur pendant quelques semaines. Dans certains cas, il est possible de se procurer une assurance de remplacement si on en fait la demande dans un délai déterminé, 90 jours par exemple. L'administrateur de votre régime d'avantages sociaux ou l'**Ombudsman des assurances de personnes** (voir p. 14) pourra vous renseigner davantage sur ces possibilités.

Régimes à la carte

Certains régimes d'assurance collective, souvent appelés **régimes à la carte**, permettent aux participants d'adapter la couverture à leurs besoins particuliers, sous réserve de certaines limites. Chaque participant peut ainsi ajouter à ses frais des garanties à la couverture de base, ou dans certains cas avoir recours au **compte gestion-santé** établi pour lui par son employeur.

Les régimes à la carte ont l'avantage de permettre au participant de modifier ses garanties en fonction de l'évolution de sa situation. Vous pourriez, par exemple, souscrire une garantie pour frais d'orthodontie lorsque vos enfants sont préadolescents, et vous en départir plus tard. Habituellement, vous pouvez modifier la couverture une fois par année ou lorsque survient un événement important comme un mariage, une naissance ou un décès. Assurez-vous de bien connaître les possibilités que vous offre votre régime d'avantages sociaux; lisez attentivement votre livret explicatif et parlez-en avec l'administrateur du régime.

Coordination des prestations

Si votre conjoint et vous participez tous les deux à un régime collectif, vous pourriez, grâce à la coordination des prestations, vous faire rembourser jusqu'à 100 p. 100 de vos frais de soins de santé admissibles. Des règles appliquées à l'échelle de l'industrie précisent à quel régime la demande de règlement doit d'abord être adressée, après quoi l'autre régime traite la partie des frais qui n'a pas été remboursée par le premier régime. Consultez l'administrateur de votre régime d'avantages sociaux pour de plus amples détails.

Si votre conjoint et vous devez tous deux acquitter les primes de votre régime collectif, vous pourriez être tenté, par mesure d'économie, de ne pas participer au régime offrant les garanties les moins avantageuses. La coordination des prestations pourrait toutefois se révéler très utile si, par exemple, un membre de votre famille avait besoin d'une paire de lunettes coûteuse ou d'un appareil orthodontique.

Régimes d'avantages sociaux non assurés (RASNA)

La plupart des régimes collectifs sont souscrits par leur promoteur auprès d'une société d'assurances. Il se peut toutefois que l'employeur choisisse d'assumer le coût des prestations payables en vertu du régime, ne confiant à l'assureur que l'administration de ce dernier. Il s'agit dans ce cas d'un **régime d'avantages sociaux non assuré**. Étant donné que ces régimes ne sont pas assurés, la société d'assurances ne garantit pas le versement des prestations.

4 LES RÉGIMES INDIVIDUELS

S'il vous est impossible de participer à un régime collectif, ou si vous avez besoin d'une couverture supplémentaire parce que votre régime collectif ne couvre pas certains services, vous pouvez souscrire, pour vous et vos personnes à charge, **une assurance maladie individuelle** auprès d'un agent, d'un courtier ou d'une société d'assurances.

Quelles sont les garanties offertes par ces régimes?

Les régimes individuels offrent à peu près les mêmes garanties complémentaires d'assurance hospitalisation et d'assurances maladie et dentaire que les régimes collectifs, et fournissent les autres garanties décrites dans les pages qui suivent.

Pour connaître les produits et services normalement assurés par les régimes individuels, reportez-vous à la page 3. Bien souvent, les **régimes individuels d'assurance maladie complémentaire ne couvrent pas** les frais occasionnés par une **maladie préexistante** ou des blessures dont vous avez souffert avant la souscription de l'assurance. Sont par ailleurs toujours exclus les frais couverts par les régimes d'État et par les régimes collectifs auxquels vous participez, ainsi que ceux découlant d'une tentative de suicide, de blessures volontaires, d'une guerre ou du service militaire, ou encore ceux dus à l'alcoolisme ou à la toxicomanie. Assurez-vous de bien connaître les exclusions de votre police pour ne pas avoir la mauvaise surprise de voir votre demande de règlement refusée.

L'**assurance dentaire individuelle** offre elle aussi des garanties semblables à celles de l'assurance collective. Pour connaître les soins habituellement couverts par l'assurance dentaire, reportez-vous à la page 3.

Certains assureurs, peu nombreux, établissent des contrats individuels couvrant exclusivement les soins dentaires. D'autres n'assurent ces services que dans le cadre de régimes individuels d'assurance maladie.

Tout comme les régimes collectifs, les régimes individuels d'assurance maladie complémentaire et d'assurance dentaire prévoient généralement des **franchises**, une **participation aux frais** et des **plafonds**. Lisez attentivement votre police et assurez-vous de bien en comprendre le fonctionnement. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à consulter votre agent ou courtier.

Indemnités journalières en cas d'hospitalisation

L'assurance prévoyant le versement d'**indemnités journalières en cas d'hospitalisation** (habituellement d'au plus 100 \$ par jour) peut vous aider à payer vos comptes et vos dépenses courantes comme les frais de garde d'enfants et de services d'aide ménagère, ou encore à acquitter vos frais de déplacement entre votre domicile et l'hôpital.

Le coût de cette assurance dépend de l'indemnité journalière que vous avez choisi de recevoir pendant votre séjour à l'hôpital. Ce type d'assurance comporte généralement les mêmes exclusions que celles prévues par les régimes individuels d'assurance maladie complémentaire (voir page 9) et des restrictions peuvent en outre s'appliquer en fonction de l'âge.

Assurance pour les visiteurs et les Canadiens qui rentrent au pays

Quelques assureurs établissent des contrats d'assurance maladie à l'intention des **visiteurs** et des **Canadiens qui rentrent au pays**. Ces contrats sont destinés aux personnes qui ne sont pas couvertes par les régimes d'État parce qu'elles n'y ont pas encore droit, qu'elles ont séjourné très longtemps à l'étranger, ou qu'elles ne vivront au Canada que temporairement.

Les polices destinées aux visiteurs et aux Canadiens qui rentrent au pays couvrent habituellement les services essentiels rendus par les médecins et les hôpitaux ainsi que l'équipement médical nécessaire. Certaines couvrent également le séjour à l'hôpital dans une chambre à deux lits ainsi que le rapatriement d'urgence en cas d'invalidité complète et le rapatriement du corps en cas de décès. Les traitements liés à des maladies préexistantes sont souvent exclus.

Assurance invalidité

L'**assurance invalidité** (souvent appelée assurance salaire) vise à suppléer à une perte de revenu découlant d'une invalidité qui vous empêche de subvenir à vos besoins financiers. Vous pouvez adapter votre couverture en fonction de vos besoins.



UN CONSEIL : Les étudiants étrangers devraient se renseigner auprès du registraire de leur établissement d'enseignement pour savoir si une assurance collective peu coûteuse peut être souscrite par l'intermédiaire de l'école, du collège ou de l'université.

Assurance maladies graves

Les contrats d'assurance maladies graves ou les avenants à d'autres régimes individuels ou collectifs prévoient le versement d'une somme forfaitaire si vous êtes atteint d'une maladie comme un cancer ou une maladie cardiaque nécessitant une opération, ou encore si vous avez une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral. Certaines assurances couvrent également l'insuffisance rénale, la cécité, la transplantation d'organes, la paraplégie, la quadriplégie et la démence (notamment la maladie d'Alzheimer).

Vous pouvez utiliser comme bon vous semble l'argent versé au titre de cette assurance : rembourser une dette, vous procurer du matériel médical coûteux, obtenir des soins à domicile, payer des frais de garde d'enfants, réorienter votre carrière ou lancer une petite entreprise.

Prestations-décès versées du vivant de l'assuré

Un malade en phase terminale peut avoir besoin de liquidités pour payer ses frais médicaux et subvenir à ses besoins.

Bon nombre d'assureurs permettent à leurs assurés atteints d'une maladie mortelle de **toucher de leur vivant des prestations-décès** payables au titre d'une assurance vie.

Si vous ne détenez pas d'assurance maladies graves et souhaitez que des prestations-décès vous soient versées par anticipation, vous devrez fournir à l'assureur une expertise médicale prouvant que vous avez atteint la phase terminale de votre maladie et qu'il vous reste deux ans au plus à vivre. L'assureur doit quant à lui vérifier que la police ne sert pas à garantir un prêt et qu'aucun bénéficiaire irrévocable ne puisse tenter de poursuites judiciaires après votre décès pour obtenir la totalité du capital assuré.



UN CONSEIL : Consultez un avocat ou un conseiller financier avant de demander à recevoir des prestations-décès par anticipation. Bien que ces prestations soient pour l'instant exemptes d'impôt, elles pourraient se répercuter sur votre admissibilité aux prestations d'aide sociale assujetties à un critère de revenus.

Lorsque ces deux conditions sont remplies, les assureurs versent habituellement un pourcentage du capital assuré, soit au plus 50 p. 100. Certains versent un montant maximal prédéterminé, d'autres traitent ces prestations comme une avance sur police et demandent des intérêts. Parfois, le titulaire de police doit payer des primes pour maintenir la **police** en vigueur après avoir touché ses prestations.

Après le décès, le capital assuré restant, dont sont déduits les intérêts payables, est versé au **bénéficiaire** ou aux ayants droit.

Assurance pour soins de longue durée

Quelques assureurs commercialisent de l'**assurance individuelle pour soins de longue durée**. Cette assurance prévoit le remboursement des frais de séjour dans un établissement de soins prolongés ou des soins reçus à domicile.

Avant de souscrire ce type de protection, il vous faut tenir compte de votre âge, de votre état de santé, de vos ressources pécuniaires ainsi que de l'aide que vous pourriez recevoir de vos proches si vous deviez avoir besoin de soins pendant une longue période de temps.

Il existe des différences entre les diverses polices d'assurance pour soins de longue durée offertes sur le marché. Renseignez-vous sur le montant maximal viager auquel vous auriez droit, sur la protection contre l'inflation qu'offre la police et sur la durée de paiement des primes. Demandez également si ces dernières doivent continuer d'être payées en cas de sinistre et de versement des prestations.

Assurance voyage

Si vous voyagez à l'étranger et que vous ne bénéficiez pas d'une assurance complémentaire offerte aux participants à un régime collectif ou aux titulaires de cartes de crédit (ou encore si votre couverture est limitée), il serait sage de souscrire une **assurance voyage individuelle**.

Si vous devez vous faire soigner à l'étranger, votre régime provincial ou territorial d'assurance maladie ne prendra en charge que les services couverts chez vous, au tarif en vigueur chez vous et en dollars canadiens.

En outre, si votre séjour dure plus de six mois, il se peut que vous n'ayez plus droit à la protection de votre régime d'État. (Vérifiez auprès de votre gouvernement provincial ou territorial pour en savoir plus à ce sujet.)

Si les frais de soins de santé que vous avez engagés à l'étranger ne sont pas remboursés intégralement par votre régime d'État, vous devrez payer la différence. Les opérations pratiquées d'urgence et les séjours à l'hôpital pourraient vous causer d'énormes difficultés financières si vous ne bénéficiez pas d'une couverture complémentaire. De nombreux assureurs commercialisent de l'assurance maladie individuelle destinée aux voyageurs et il est possible de se procurer des formulaires de demande dans beaucoup d'établissements spécialisés dans les voyages.

Il existe une entente inter-provinciale qui vous permet d'être couvert si vous vous déplacez au Canada. Le Québec participe à cette entente uniquement en ce qui concerne les frais d'hospitalisation. Par conséquent, les résidents du Québec qui se rendent dans d'autres parties du Canada doivent vérifier quelles restrictions comporte leur régime d'assurance maladie d'État.

Où peut-on souscrire une assurance maladie individuelle?

Si vous êtes à la recherche d'une liste de sociétés d'assurances établissant des régimes individuels d'assurance maladie, communiquez, sans frais, avec l'Ombudsman des assurances de personnes.



UN CONSEIL : Les assureurs remettent normalement à leurs clients une carte sur laquelle figurent les numéros à composer en cas d'urgence médicale. Lorsque vous voyagez, ayez cette carte sur vous en tout temps et gardez toujours les factures pour les soins médicaux que vous avez reçus.

5 ASSISTANCE AUX CONSOMMATEURS

Les consommateurs ayant des questions ou des plaintes concernant leur assureur vie et maladie ou leur protection d'assurance maladie complémentaire 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

Comment choisir une société d'assurances?

Si vous adhérez à un régime collectif comportant une assurance maladie, c'est le promoteur du régime (le plus souvent, un employeur, un syndicat ou une association) qui choisit l'assureur.

Si vous décidez de souscrire une assurance maladie individuelle, vous pouvez consulter de nombreuses sources d'information sur les sociétés qui commercialisent ce produit. Les rapports des agences de notation, les articles qui paraissent dans la presse financière et les rapports annuels des sociétés – disponibles dans les bibliothèques publiques et sur Internet – pourront sûrement vous éclairer. Votre agent ou courtier peut également constituer une excellente source de renseignements. Toutefois, ce sont probablement vos proches, vos amis et les conseillers en qui vous avez confiance qui sont le mieux placés pour vous aider à prendre une décision.

Qu'est-ce qu'Assuris et en quoi consiste la protection offerte?

Assuris protège les assurés canadiens en cas d'insolvabilité de leur société d'assurance vie. L'organisme offre une protection à l'égard des contrats d'assurance maladie complémentaire, en vertu de laquelle les assurés conservent en cas d'insolvabilité jusqu'à concurrence de 60 000 \$ ou 85 % des garanties promises, si cette somme est plus élevée. Pour obtenir de plus amples renseignements, appelez sans frais le Centre d'information Assuris au 1-866-878-1225, ou consultez le site Web d'Assuris à www.assuris.ca.

Quel est le rôle des organismes de réglementation?

Le gouvernement fédéral contrôle la solvabilité de la plupart des assureurs de personnes menant des activités au Canada, par l'intermédiaire du Bureau du surintendant des institutions financières. Au Québec, toutefois, c'est l'Autorité des marchés financiers qui supervise les sociétés constituées dans cette province.

Ces organismes procèdent à des inspections auprès des assureurs pour évaluer leur fiabilité et leur solidité. De plus, ils exigent que les assureurs leur remettent des états financiers annuels.

Des organismes gouvernementaux provinciaux réglementent quant à eux la conduite professionnelle des agents et la délivrance des permis, ainsi que les contrats et toutes les questions relatives au service à la clientèle et aux plaintes des consommateurs.

Le présent ouvrage est publié par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP). L'ACCAP est un organisme national qui représente les intérêts collectifs des sociétés d'assurances vie et maladie qui en sont membres, et qui, ensemble, détiennent 99 p. 100 des assurances de personnes en vigueur au Canada.

