

---

# ASSURANCE VOYAGE

**Informations recueillies par la  
Société canadienne de l'hémophilie  
au cours de l'été 2009 et mises à jour au  
cours de l'automne 2014**

(Dernière mise à jour partielle : 23 avril 2018)



**Société canadienne de l'hémophilie**  
Arrêtons l'hémorragie

# ASSURANCE VOYAGE

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>DEUX EXEMPLES DE GARANTIE ASSURANCE VOYAGE</b> .....	<b>5</b>
Exemple 1: Assurance voyage de Croix Bleue .....	5
PACIFIC BLUE CROSS (COLOMBIE-BRITANNIQUE) .....	5
CROIX BLEUE DE L'ALBERTA .....	6
CROIX BLEUE DE LA SASKATCHEWAN .....	7
CROIX BLEUE DU MANITOBA .....	8
QUÉBEC, ONTARIO ET PROVINCES DE L'ATLANTIQUE .....	8
Exemple 2 : Assurance voyage de RBC Banque Royale (offerte dans les succursales régionales) .....	10
<b>FRAIS COUVERTS À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE</b> .....	<b>12</b>
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE .....	12
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE L'ALBERTA .....	14
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE LA SASKATCHEWAN .....	15
SANTÉ MANITOBA .....	17
ASSURANCE-SANTÉ DE L'ONTARIO .....	18
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC .....	20
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DU NOUVEAU-BRUNSWICK .....	22
MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD .....	24
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE .....	25
RÉGIME D'ASSURANCE HOSPITALISATION DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR .....	26
<b>ÉTUDES À L'ÉTRANGER OU HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE</b> .....	<b>29</b>
Pour conserver la protection en vertu du régime d'assurance maladie hors province .....	29
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE .....	29
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE L'ALBERTA .....	29
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE LA SASKATCHEWAN .....	30
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DU MANITOBA .....	30
ASSURANCE-SANTÉ DE L'ONTARIO .....	30
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC .....	30
RÉGIME DE L'ASSURANCE MALADIE DU NOUVEAU-BRUNSWICK .....	31
MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD .....	31
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE .....	32
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR .....	32
<b>VISITEURS ET NOUVEAUX ARRIVANTS AU CANADA</b> .....	<b>33</b>
<b>CONCLUSION ET CONSEILS PRATIQUES</b> .....	<b>34</b>

## INTRODUCTION

Pour la personne souffrant d'un trouble de la coagulation, qui n'est pas protégée par son régime provincial d'assurance maladie, les dépenses occasionnées par une situation d'urgence au cours d'un voyage à l'étranger ou à l'extérieur de sa province de résidence pourraient être très élevées.

Les régimes d'assurance voyage offrent plusieurs garanties ou services. Certains se limitent à une garantie annulation; ils ne couvrent donc pas les soins médicaux et hospitaliers reçus à l'extérieur de la province de résidence.

Les régimes d'assurance voyage couvrant les frais médicaux d'urgence engagés à l'extérieur de la province n'offrent généralement de garantie qu'en cas d'urgence ou d'événement fortuit.

La présente rubrique vise à présenter les diverses garanties offertes par les régimes d'assurance voyage privés ainsi que les risques couverts pendant les absences temporaires à l'extérieur de la province de résidence. Sur le site web de l'Association canadienne des compagnies d'assurance des personnes, se trouve un document d'information sur l'assurance maladie de voyage qu'on peut télécharger à l'adresse suivante :

<http://clhia.uberflip.com/i/406417-guide-sur-lassurance-maladie-de-voyage/0?>

### EXEMPLES DE PRODUIT D'ASSURANCE VOYAGE (p. 5)

Divers produits d'assurance voyage sont proposés par les assureurs. Selon les résultats d'un sondage sur l'accessibilité à l'assurance réalisé en 2009, les personnes souffrant d'un trouble de la coagulation souscrivent les régimes d'assurance voyage de deux grands assureurs : ceux de la Croix Bleue et ceux de RBC Banque Royale. Nous présentons ici les produits de ces deux assureurs en espérant qu'ils donneront un aperçu des diverses garanties et des conditions d'admissibilité.

### FRAIS COUVERTS À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE (p. 12)

Pour s'assurer d'un voyage agréable et sans souci, la personne souffrant d'un trouble de la coagulation devrait s'informer des garanties soins médicaux d'urgence pendant un séjour à l'étranger ou à l'extérieur de sa province de résidence. Dans la dernière partie du présent document, nous présentons les protections en vertu du régime public d'assurance maladie de sa province et celles des régimes d'assurance privés pendant un séjour **temporaire** à l'extérieur de sa province de résidence.

### ÉTUDES À L'ÉTRANGER OU À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE (p. 29)

L'étudiant qui se propose de faire des études à l'étranger ou à l'extérieur de sa province de résidence devrait s'assurer que son degré de protection est suffisant. La présente partie vise à présenter de l'information relative aux risques couverts pendant des études hors de la province de résidence.

**VISITEURS ET NOUVEAUX ARRIVANTS AU CANADA (p. 33)**

Les visiteurs au Canada ne sont pas admissibles aux régimes publics d'assurance maladie des provinces, et les citoyens et les résidents permanents récemment arrivés doivent normalement attendre un certain temps avant d'y être admissible. Nous présentons également dans cette partie les possibilités d'assurance pour les visiteurs et les nouveaux arrivants au Canada.

## DEUX EXEMPLES DE GARANTIE D'ASSURANCE VOYAGE

### Exemple 1 – Assurance voyage de Croix Bleue

Croix Bleue est un assureur bien connu. Bon nombre de Canadiens souffrant d'un trouble de la coagulation utilisent ses produits d'assurance voyage. Cependant, Croix Bleue n'est pas une seule et même entité juridique. Les régimes d'assurance varient grandement selon les régions du Canada. Voici ce que Croix Bleue propose aux personnes souffrant d'un trouble de la coagulation, selon la province de résidence.

#### PACIFIC BLUE CROSS (CROIX BLEUE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE)

En vertu de la garantie soins médicaux d'urgence, aucune indemnité ne sera versée en cas de perte ou de dépenses reliées, directement ou indirectement, aux causes suivantes :

##### *Exclusions relatives aux maladies pré-existantes*

###### 1) Pour les personnes

- de moins de 61 ans, qui bénéficient d'une protection en vertu d'une assurance individuelle, d'une assurance multirisque (comprenant une garantie annulation ou interruption de voyage, etc.), d'une assurance annuelle; ou
- de 61 à 75 ans, qui bénéficient d'une protection en vertu d'une assurance multirisque d'une durée de trente (30) jours ou moins et comprenant une garantie annulation et interruption de voyage et d'une somme assurée avant le départ.

##### **Au cours des trois (3) mois précédant la date de prise d'effet de la garantie :**

- a) une maladie, une blessure ou à un trouble (à l'exception d'une affection mineure) relié à un état pour lequel la personne assurée
  - a consulté un médecin (pour un motif autre qu'un examen de routine); ou
  - a été hospitalisée; ou
  - s'est fait prescrire un nouveau traitement; ou
  - s'est fait changer la posologie de sa médication actuelle; ou
  - s'est fait prescrire ou a pris un nouveau médicament; ou
  - s'est fait changer de médication.
- b) une maladie cardiaque pour laquelle la personne assurée a eu recours à un traitement à la nitroglycérine plus d'une fois au cours d'une période de sept (7) jours, pour soulager sa douleur thoracique.
- c) une maladie pulmonaire pour laquelle la personne assurée a eu recours à une oxygénothérapie à domicile ou à une corticothérapie.

##### *Exclusions relatives aux maladies pré-existantes*

###### 2) Pour les personnes

- de 61 à 75 ans, bénéficiant d'une protection en vertu d'une assurance individuelle, annuelle; ou
- de 61 à 75 ans, bénéficiant d'une protection en vertu d'une assurance multirisque pendant une période de trente (30) jours ou moins, ne comprenant pas de garantie d'annulation ou d'interruption de voyage, et garantissant ayant un montant assuré avant le départ; ou

- de 61 à 75 ans et protégées en vertu d'une assurance multirisque valide pendant une période de 31 jours ou plus; ou
- de 76 ans et plus

**Au cours des six (6) mois précédant la date de prise d'effet de l'assurance, toute maladie reliée à l'un ou l'autre des troubles médicaux énumérés ci-dessous, pour lequel la personne assurée**

- a consulté un médecin (pour un motif autre qu'un examen de routine); ou
- a été hospitalisée;
- s'est fait prescrire un traitement; ou
- s'est fait prescrire ou a pris un médicament en raison d'une maladie cardiovasculaire, d'une bronchopneumopathie chronique obstructive, d'un trouble neurologique, d'un diabète insulino-dépendant, d'une insuffisance rénale, d'une greffe de rein, d'un trouble gastro-intestinal, d'un cancer ou d'une tumeur maligne.

**Au cours des six (6) mois précédant la date de prise d'effet de l'assurance, toute autre maladie ou blessure reliée à un trouble pour lequel la personne assurée**

- a consulté un médecin (pour une raison autre qu'un examen de routine); ou
- a été hospitalisée;
- s'est fait prescrire un traitement; ou
- s'est fait prescrire ou a pris un nouveau médicament; ou
- s'est fait changer de médication.

Visitez le site web pour obtenir plus d'information : [www.pac.bluecross.ca/travelweb](http://www.pac.bluecross.ca/travelweb) (en anglais seulement)

**CROIX BLEUE DE L'ALBERTA**

Une personne souffrant d'un trouble de la coagulation est admissible pour une garantie qui couvre des risques élevés. Croix Bleue de l'Alberta exige une période de stabilité d'au moins 12 mois pour cette garantie.

La définition de **stable** est : tout trouble médical pour lequel toutes les affirmations suivantes sont vraies :

- Aucun nouveau diagnostic, nouveau traitement ou nouvelle évaluation des symptômes  
Aucune modification n'a été apportée au diagnostic ni au traitement.
- Aucun nouveau médicament n'a été prescrit et aucune modification n'a été apportée à la posologie du médicament
- Aucun nouveau symptôme n'est apparu ni devenu plus fréquent ou plus sévère, et aucune indication que la condition s'empirerait n'est apparue.
- Aucun nouveau résultat n'est apparu et les résultats d'aucun examen exploratoire ne révèlent une dégradation de l'état de la personne ni ne sont en attente (à part pour des examens de routine ou qui font partie de suivis réguliers).
- Aucun examen exploratoire n'est effectué ou recommandé actuellement ou ne le sera ultérieurement.
- Aucune hospitalisation reliée à une condition médicale n'a été faite ou recommandée.

- Aucun renvoi à un spécialiste ni à une clinique spécialisée n'a été fait ou recommandé et aucun résultat d'examen exploratoire ou diagnostique est en attente.

Si vous ne répondez pas aux exigences de stabilité on vous demandera de remplir un questionnaire d'évaluation médicale. Le personnel de santé de Croix Bleue de l'Alberta examinera le questionnaire et, selon votre état de santé, une garantie totale sans supplément de prime ou une garantie avec supplément de prime pourra vous être accordée, ou votre demande d'assurance sera rejetée. Si votre demande est refusée, on vous orientera probablement vers une autre compagnie qui pourrait vous offrir une garantie.

Visitez le site web pour obtenir plus d'information : [www.ab.bluecross.ca/travel/travel-quote.php](http://www.ab.bluecross.ca/travel/travel-quote.php) (en anglais seulement)

#### **CROIX BLEUE DE LA SASKATCHEWAN**

En vertu du *Daily Travel Plan* de Croix Bleue de la Saskatchewan, la maladie pré-existante doit être stable et avoir été maîtrisée au cours des 6 mois précédant la date de voyage pour les personnes de 59 ans et moins, ou au cours des 12 mois précédant la date de voyage pour les personnes de 60 ans et plus. Aucune somme n'est payable pour une maladie, blessure ou état qui se rapporte à une condition médicale pour laquelle des symptômes sont apparus au cours des 6/12 mois précédant la date de voyage et/ou pour lesquels la personne assurée :

- a consulté un médecin
- a été hospitalisée
- s'est fait prescrire un nouveau médicament, ou a eu un changement de posologie de sa médication existante
- était inscrite sur une liste d'attente pour un examen exploratoire ou un traitement
- attendait des résultats médicaux
- a ignoré ou n'a pas suivi une recommandation médicale ou un traitement

Des restrictions supplémentaires sont imposées aux personnes âgées de 60 ans et plus. Par exemple, ces personnes ne sont pas admissibles à la garantie si, au cours des 24 mois ayant précédé la date du début de leur voyage, elles ont :

- reçu un diagnostic du VIH ou du sida
- ou reçu un diagnostic de ou ont été traité pour une hépatite
- subi une crise cardiaque ou souffert une maladie du cœur
- etc.

En vertu de l'*International Student Travel Plan*, aucun risque relié à une maladie pré-existante n'est pris en charge.

Visitez le site web pour obtenir plus d'information : [www.sk.bluecross.ca/travel/](http://www.sk.bluecross.ca/travel/) (en anglais seulement)

## **CROIX BLEUE DU MANITOBA**

Croix Bleue du Manitoba prend en charge le risque représenté par une affection pré-existante, pour la personne de 55 ans et plus ayant souscrit au ***Deluxe Travel Health Plan***, au ***Tour Package Plan***, aux ***Trip Cancellation Plans*** ou au ***Annual Travel Plan***.

En vertu de ces régimes d'assurance voyage, l'expression « maladie pré-existante » s'entend « une affection ou un trouble pour lequel la personne a consulté un médecin, été hospitalisée, traitée, s'est fait prescrire un traitement ou un nouveau médicament, ou changer la posologie de sa médication au cours des 12 mois précédant la date de prise d'effet de la couverture d'assurance souscrite pour le voyage en question ».

Pour que la personne bénéficie de la couverture, la maladie pré-existante doit être réputée « stable et maîtrisée », c'est-à-dire que l'état de la personne ne doit pas s'être aggravé. La médication de la personne ne doit pas avoir été modifiée (ni ses indications, ni sa posologie), et aucun autre traitement ne doit avoir été suivi, prescrit ou recommandé au cours des 12 mois précédant la date de prise d'effet de l'assurance souscrite pour le voyage en question.

**Par conséquent, pour la personne âgée de moins de 55 ans, les garanties en vertu du *Deluxe Travel Health Plan*, du *Tour Package Plan*, des *Trip Cancellation Plans* ou de l'*Annual Travel Plan* ne sont nullement restreintes par une maladie pré-existante.** Il n'y a pas non plus de questionnaire d'évaluation à remplir.

Pour bénéficier de la garantie annulation de voyage offerte par Croix Bleue du Manitoba, la maladie pré-existante doit être restée stable au cours des 6 mois précédant la date de prise d'effet de la garantie.

Visitez le site web pour obtenir plus d'information : [www.mb.bluecross.ca/travel/main.htm](http://www.mb.bluecross.ca/travel/main.htm) (en anglais seulement).

## **QUÉBEC, ONTARIO ET PROVINCES DE L'ATLANTIQUE**

Pour souscrire une assurance voyage de Croix Bleue, l'état de la personne souffrant d'une maladie pré-existante doit être stable depuis trois mois. Voici la ligne directrice de Croix Bleue relativement à l'assurance des personnes souffrant d'une maladie pré-existante :

« Aucune indemnité ne sera versée si la perte subie ou les dépenses engagées sont occasionnées, directement ou indirectement, par :

- a) une maladie, affection ou blessure (à l'exception d'une affection mineure) reliée à un état pour lequel la personne assurée
  - a consulté un médecin (pour un autre motif qu'un examen médical de routine), ou;
  - a été hospitalisée, ou;
  - s'est fait prescrire ou a suivi un nouveau traitement, ou;
  - s'est fait changer de traitement, ou;
  - s'est fait prescrire ou a pris un nouveau médicament, ou;
  - a modifié son traitement actuel (indications ou posologie),



- b) une maladie cardiaque pour laquelle la personne assurée a eu recours à la nitroglycérine plus d'une fois au cours d'une période de sept (7) jours, pour soulager sa douleur thoracique,
- c) une maladie pulmonaire pour laquelle la personne assurée a eu recours à une oxygénothérapie à domicile ou à une corticothérapie, survenue au cours des 3 mois précédant la date d'entrée en vigueur de l'assurance » (ou au cours des 6 mois précédant cette date pour la personne de 55 à 75 ans).

Il est alors fortement recommandé à la personne atteinte d'une maladie pré-existante d'informer l'assureur de tout changement survenu au cours des trois mois précédant la date de prise d'effet de l'assurance. À titre d'exemple, si la posologie de son traitement pharmacologique a été changée, Croix Bleue pourrait décider de prendre en charge le risque que représente la maladie après avoir demandé au médecin de répondre à un questionnaire d'évaluation médicale.

Si ces conditions sont remplies, des indemnités seront versées pour couvrir les frais raisonnables et usuels engagés lors d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite survenant au cours d'un voyage, pendant la période de couverture. Les traitements admissibles sont ceux déclarés nécessaires à la stabilisation de la maladie. En d'autres termes, le coût des médicaments sur ordonnance est remboursé (lorsque ceux-ci font partie d'un traitement d'urgence), mais ne l'est pas lorsqu'ils sont nécessaires pour obtenir une stabilisation durable de la maladie chronique.

Visitez le site web pour obtenir plus d'information : [www.qc.croixbleue.ca/assurance-voyage.fr.html](http://www.qc.croixbleue.ca/assurance-voyage.fr.html)

## **Exemple 2 – Assurance voyage de RBC Banque Royale (offerte dans les succursales régionales)**

RBC Banque Royale propose deux types d'assurance voyage : les produits offerts dans les succursales régionales aux clients de la Banque et ceux offerts par les agences de voyage. Le spécimen d'assurance présenté ici appartient à la première catégorie. Les agences de voyage sont autorisées à vendre divers produits d'assurance médicale de RBC Banque Royale à des personnes qui ne sont pas des clients de la Banque. Les conditions se rapportant aux maladies pré-existantes restent à peu près les mêmes.

La personne désireuse de souscrire une assurance médicale de voyage de RBC Banque Royale (l'un ou l'autre des produits offerts dans ses succursales régionales) doit être un client de la Banque. Celle qui désire bénéficier de la garantie aller seulement ou à la garantie annuelle doit satisfaire la même condition.

En vertu de l'assurance voyage de RBC Banque Royale, les personnes assurables appartiennent à l'une ou l'autre des deux catégories suivantes :

- 1) celles de moins de 60 ans; et
- 2) celles de plus de 60 ans.

1) Pour la personne de moins de 60 ans, le risque est couvert lorsque la maladie pré-existante est restée stable au cours des quatre-vingt-dix (90) jours précédant la date de prise d'effet de la garantie. Pour RBC Banque Royale, maladie stable s'entend trouble médical (y compris un trouble cardiaque et une affection pulmonaire) pour lequel

- aucun nouveau traitement n'a été suivi ni aucun nouveau médicament n'a été prescrit; et
- aucune modification n'a été apportée au traitement ni à la posologie du médicament; et
- aucun nouveau symptôme n'est apparu ou devenu plus fréquent, ni aucun symptôme plus grave n'est apparu ou n'a été observé; et
- les résultats d'aucune épreuve diagnostique ne révèlent une dégradation de l'état de la personne; et
- aucun examen exploratoire n'est effectué ou recommandé actuellement ou ne le sera ultérieurement; et
- aucune hospitalisation ou renvoi à un spécialiste n'a été fait ou recommandé.

La personne de 40 à 59 ans dont la durée du voyage est de 184 jours et plus doit répondre à un questionnaire d'évaluation médicale, ce qui permet à l'assureur d'établir les garanties et le montant de la prime.

2) La personne de plus de 60 ans doit répondre à un questionnaire d'évaluation médicale, ce qui permet à l'assureur de la classer dans une catégorie. La personne de moins de 85 ans qui décide de ne pas répondre au questionnaire est classée dans la catégorie Bronze; les troubles médicaux dont elle souffrait cent quatre-vingt (180) jours avant le début de son voyage ne seront pas couverts. La personne qui répond au questionnaire est classée dans l'une ou l'autre des cinq catégories de personnes assurables. Le risque que représente sa maladie pré-existante est couvert ou non par l'assureur.

Ces renseignements sont extraits d'une police d'assurance voyage offerte par RBC Banque Royale. Visitez le site web pour obtenir plus d'information :

[www.rbcassurances.com/voyages/index.html](http://www.rbcassurances.com/voyages/index.html)

Nous présentons deux exemples de police d'assurance pour aider la personne souffrant d'un trouble de la coagulation à faire un choix éclairé quant aux diverses possibilités d'assurance voyage. Ces exemples ne sont fournis qu'à titre informatif. Toute personne désireuse de souscrire à l'une ou l'autre de ces assurances et d'obtenir plus de renseignements est priée de communiquer directement avec l'assureur. À retenir que plus les renseignements fournis à l'assureur sont précis, meilleures seront les précisions sur la garantie.

## FRAIS COUVERTS À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE

### Régimes provinciaux d'assurance maladie

Toutes les provinces et tous les territoires, sauf le Québec, ont ratifié une entente interprovinciale sur la facturation réciproque des soins et services médicaux. Par conséquent, les services médicaux et hospitaliers reçus à l'extérieur de la province de résidence sont couverts. Il semble que la personne nécessitant l'administration de facteurs de coagulation, au cours d'un séjour au Québec, puisse bénéficier de ce service sans problème. Les frais sont facturés directement à la province de résidence de la personne<sup>1</sup>. À l'extérieur du Canada, la protection offerte par le régime provincial d'assurance maladie est généralement très réduite. On ne dispose pas de renseignements précis sur le degré de couverture des dépenses occasionnées par l'administration de facteurs de coagulation (en cas d'urgence) à l'étranger. Nous supposons que la garantie varie en fonction de la réglementation provinciale sur la protection assurée à l'étranger.

De nombreuses provinces canadiennes assument les frais médicaux d'urgence jusqu'à concurrence d'une certaine somme, qui est parfois minime par rapport aux dépenses engagées dans certains pays (comme aux États-Unis par exemple). Par conséquent, dans toutes les provinces, les autorités gouvernementales recommandent fortement aux résidents de souscrire une assurance supplémentaire avant un séjour à l'étranger. La personne qui souffre d'un trouble de la coagulation devrait disposer d'une quantité suffisante de médicament (comme des facteurs de coagulation) pour couvrir ses besoins pendant son séjour hors de sa province. Pour souscrire une assurance privée, la personne doit être protégée en vertu du régime public d'assurance maladie de sa province. Elle devrait prêter une attention particulière aux paragraphes intitulés *Régimes privés d'assurance collective* et s'assurer qu'elle est bien couverte par son régime public d'assurance maladie.

### RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

#### *Frais couverts au Canada*

La Colombie-Britannique, tous les territoires et toutes les provinces du Canada (sauf le Québec) ont ratifié une entente interprovinciale sur la facturation réciproque des soins et services médicaux. Cependant, le régime d'assurance maladie de la Colombie-Britannique ne couvre que les services rendus à l'extérieur de la province par des médecins. (En d'autres termes, les services de chiropraticien ou de physiothérapeute, par exemple, ne sont pas couverts). De la même manière, PharmaCare ne couvre ni les fournitures médicales, ni les médicaments d'ordonnance obtenus à l'extérieur de la province. Lorsque le patient est titulaire de la carte d'assurance maladie de la Colombie-Britannique, les services médicaux rendus dans un autre territoire ou une autre province (sauf du Québec) sont facturés à la régie provinciale d'assurance maladie du patient. Chaque mois, les provinces se facturent entre elles pour les coûts des services rendus.

Le résident de la Colombie-Britannique qui, pendant un séjour au Québec, nécessite des services médicaux, pourrait avoir à assumer le coût de ces services. Il pourra présenter

---

<sup>1</sup> Selon Claude Meilleur, infirmière coordonnatrice au Centre québécois des inhibiteurs de la coagulation du CHU Sainte-Justine et Nathalie Aubin, infirmière coordonnatrice au Service d'hémostase congénitale de l'Hôpital de Montréal pour enfants.

ultérieurement une demande de remboursement à la régie d'assurance maladie de sa province à l'aide du document intitulé *Out of Country Claim Form* (bien que selon nos sources, les frais d'administration de facteurs de coagulation ne soient pas facturés à la personne mais à la régie provinciale d'assurance maladie).

On conseille fortement au résident de la Colombie-Britannique ayant l'intention de séjourner dans une autre province de souscrire une assurance supplémentaire de façon à couvrir les coûts des services non couverts en vertu de l'entente interprovinciale sur la facturation réciproque.

#### *Frais couverts à l'extérieur du Canada*

Les honoraires médicaux d'urgence couverts sont les mêmes que ceux qui auraient été versés si les services avaient été rendus en Colombie-Britannique. Les coûts des services médicaux reçus à l'étranger peuvent être beaucoup plus élevés que ceux qui sont payés par le régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique et ceux qui sont couverts par les régimes d'assurance médicale complémentaire. À noter aussi que Pharmacare BC n'offre aucune garantie ni pour les médicaments d'ordonnance, ni pour les fournitures médicales obtenus à l'extérieur de la Colombie-Britannique. Le régime d'assurance maladie de la Colombie-Britannique ne couvre pas les honoraires d'infirmiers. Pour bénéficier d'une protection complète, il faut souscrire une assurance médicale complémentaire privée, même si la durée du séjour à l'extérieur n'est que de 24 heures.

#### *Régime privé d'assurance collective*

Au cours d'un séjour temporaire à l'extérieur de la province, le résident de la Colombie-Britannique est admissible à une protection d'une durée maximale de vingt-quatre mois. L'autorisation d'assurance est toutefois assujettie à la condition suivante : l'assuré n'a droit qu'à une seule période d'absence de plus de six mois par année civile en cinq ans.

Le résident de la Colombie-Britannique qui, chaque année, séjourne hors province, doit résider physiquement au Canada au moins six mois par année civile et conserver sa résidence en Colombie-Britannique pour que sa protection soit maintenue. Cependant, un résident qui séjourne hors province pour des vacances est permis une absence totale de sept mois par année civile. En cas de doute sur la garantie assurée au cours d'une période d'absence ou pour connaître la date de la fin de la période d'admissibilité, communiquer avec la régie d'assurance médicale de la Colombie-Britannique (MSP).

Le résident de la Colombie-Britannique dont le séjour à l'extérieur de la province se prolonge au-delà de la période d'admissibilité doit à son retour attendre une certaine période avant d'être de nouveau admissible à la garantie.

#### *Demandes de remboursement*

Les demandes de remboursement de dépenses engagées à l'extérieur du pays doivent être présentées au cours des quatre-vingt-dix jours suivant la date à laquelle les services ont été rendus. Les demandes de remboursement de frais hospitaliers (et toute autre demande de remboursement de frais médicaux) doivent être présentées au cours des six mois suivant le congé de l'hôpital.

Le résident de la Colombie-Britannique doit présenter sa demande de remboursement à la régie de l'assurance maladie de la Colombie-Britannique à l'aide du formulaire téléchargeable intitulé **Out of Country Claim Form** (s'il est incapable de l'imprimer, il doit suivre le lien **MSP Forms** pour connaître d'autres façons de l'obtenir). Le formulaire dûment rempli doit être accompagné des documents suivants :

- des factures détaillées indiquant les dépenses pour lesquelles une demande de remboursement est présentée, la date et une description détaillée des services rendus, et
- les factures impayées ou les reçus originaux des factures acquittées.

*Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter :*

[www.health.gov.bc.ca/msp/infoben/leavingbc.html#outofp](http://www.health.gov.bc.ca/msp/infoben/leavingbc.html#outofp) (en anglais seulement)

## **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE L'ALBERTA**

### *Frais couverts au Canada*

Le résident de l'Alberta qui, pendant un séjour hors province, nécessite des soins médicaux ou hospitaliers n'a qu'à présenter sa carte d'assurance maladie pour bénéficier des services. Les frais de ces services sont automatiquement facturés à l'Alberta Health and Wellness. Cependant, le résident de l'Alberta pourrait devoir assumer le coût des services reçus au Québec (bien que les dépenses reliées à l'administration de facteurs de coagulation soient facturées au gouvernement de l'Alberta). À son retour en Alberta, il devra présenter une demande de remboursement à la régie de l'assurance maladie de l'Alberta.

### *Frais couverts à l'étranger*

Les frais des services médicaux et hospitaliers couverts à l'étranger sont les mêmes que ceux qui sont couverts en Alberta. Les honoraires médicaux sont ceux qu'un médecin albertain toucherait conformément à la formule de rémunération à l'acte. Le montant des dépenses d'hospitalisation remboursables est limité. À titre d'exemple, le montant maximal des dépenses d'hospitalisation remboursables est fixé à 100 \$ par jour d'hospitalisation.

La personne assurée, le fournisseur du produit d'assurance médicale de voyage, ou les deux à la fois, doivent assumer la différence entre les frais facturés et les dépenses assumées par la régie de l'assurance maladie de l'Alberta. Le coût des services médicaux étant relativement peu élevé au Canada, cette différence peut représenter une somme très élevée. Le résident de l'Alberta recevant une facture d'honoraires médicaux pour des services rendus à l'extérieur du pays doit en assumer le coût. Il présentera une demande de remboursement à la régie de l'assurance maladie de l'Alberta ou, le cas échéant, à son assureur privé. Le médecin exerçant à l'extérieur du Canada peut, au nom du patient, présenter une facture d'honoraires pour les services rendus.

### *Régime privé d'assurance collective*

Le résident de l'Alberta qui s'absente pendant plus de six mois doit, pendant toute la durée de son séjour, être couvert en vertu d'une assurance médicale. Voici les assurances complémentaires que l'on peut souscrire :

- absence de quatre ans (48 mois) motivée par un travail, des affaires ou une mission.

- absence de deux ans (24 mois) motivée par un voyage, une mission de reconnaissance ou un congé d'études (congé sabbatique).
- période pendant laquelle il fréquente un établissement d'enseignement accrédité à titre d'étudiant à temps plein.

#### *Demandes de remboursement*

Les demandes de remboursement de dépenses reliées à des services reçus à l'extérieur de l'Alberta doivent être transmises à Alberta Health and Wellness au cours des 365 jours suivant la date à laquelle les services ont été rendus. Il incombe à la personne assurée de fournir la traduction anglaise de toute demande de remboursement présentée dans une langue étrangère. Il y a des formulaires de demande de remboursement différents pour des services obtenus hors de la province, au Québec et hors du Canada. On peut obtenir des renseignements et télécharger le formulaire de demande de remboursement approprié sur le site web de l'AHCIP.

*Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter :*

<http://www.health.alberta.ca/AHCIP/outside-coverage.html> (en anglais seulement)

*Pour obtenir des formulaires de remboursement, veuillez consulter :*

[www.health.alberta.ca/AHCIP/forms-claims.html](http://www.health.alberta.ca/AHCIP/forms-claims.html) (en anglais seulement)

## **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE LA SASKATCHEWAN**

### Frais couverts au Canada

En vertu d'une entente interprovinciale sur la facturation réciproque des soins et services médicaux, la plupart des soins hospitaliers et médicaux reçus au Canada sont pris en charge par le régime d'assurance maladie de la Saskatchewan. Le résident de la Saskatchewan n'est pas tenu de faire autoriser les dépenses reliées aux services. Au cours d'un voyage au Canada, les services reçus dans un autre territoire ou une autre province ne lui sont pas facturés.

Pour bénéficier des services couverts par le régime, le résident doit présenter sa carte d'assurance maladie. S'il n'a pas de carte, l'hôpital ou le médecin peut lui présenter une facture de frais.

### *Services hospitaliers*

Avant d'être admis à l'hôpital, le résident doit signer un formulaire pour attester de son admissibilité au régime d'assurance maladie de la Saskatchewan.

### *Services de médecin reçus au Québec*

L'entente interprovinciale sur la facturation réciproque des services de médecins est en vigueur dans toutes les provinces canadiennes, sauf au Québec. Le régime d'assurance maladie de la Saskatchewan couvre les services médicaux couverts rendus au Québec. Les dépenses assumées seront les tarifs pratiqués en Saskatchewan.

### *Régime d'assurance médicaments*

Le résident de la Saskatchewan qui se procure un médicament d'ordonnance dans une pharmacie d'une autre province ou d'un autre territoire peut se faire rembourser ses dépenses

en présentant la facture originale à la division de l'assurance médicaments et de l'assurance maladie complémentaire de la Saskatchewan. Saskatchewan Health assume le coût des médicaments d'ordonnance couverts en Saskatchewan, selon les tarifs et règlements en vigueur. Le résident doit joindre le code des services médicaux à l'original de son reçu et envoyer sa demande de remboursement à la division de l'adhésion au régime d'assurance maladie.

#### Frais couverts à l'extérieur du Canada

##### *Services hospitaliers*

En vertu du régime d'assurance maladie de la Saskatchewan, les services hospitaliers reçus à l'étranger sont payés aux mêmes tarifs que ceux en vigueur dans la province. À titre d'exemple, le montant maximal des frais d'hospitalisation remboursables est établi à 100 \$ CAD. Les coûts des services de santé hors du Canada sont habituellement beaucoup plus élevés que ceux des services en Saskatchewan. Lorsque la différence de coût est élevée, le bénéficiaire doit assumer la différence entre l'intégralité de la somme facturée et la somme payée par Saskatchewan Health. Le gouvernement de la Saskatchewan n'assume que les coûts des services hospitaliers d'urgence. C'est pourquoi on recommande au résident de souscrire une assurance maladie complémentaire avant de s'absenter du Canada.

##### *Régimes privés d'assurance collective*

Dans certaines circonstances, vous pouvez demeurer couvert de façon limitée au cours d'un séjour à l'extérieur si vous avez l'intention de retourner vivre à la Saskatchewan. Si vous êtes temporairement à l'extérieur de la Saskatchewan et que vous comptez y rester plus de six mois, vous devez notifier les *Health Registries*.

Vous devez les notifier dans les situations suivantes :

- Vous fréquentez à temps plein un établissement d'enseignement accrédité et vous avez l'intention de rentrer à la Saskatchewan une fois vos études terminées. Vous devez fournir votre date de terminaison d'études et une preuve de votre inscription à temps plein.
- Vous êtes à l'extérieur de la province pour des vacances, pour une visite personnelle, pour travailler ou pour un voyage d'affaires pour une durée maximale de 12 mois.
- Vous avez un contrat de travail à l'extérieur pour une durée maximale de 24 mois.

##### *Demandes de remboursement*

Le résident qui reçoit des services médicaux hors du Canada ou bénéficie des services de médecin au Québec peut recevoir une facture de frais. Pour obtenir un remboursement, il doit suivre la directive suivante : obtenez un reçu détaillé et envoyez-le à la division des demandes de remboursement au Claims Unit, Medical Services Branch, Saskatchewan Ministry of Health, 3475 Albert Street, Régina (Saskatchewan) S4S 6X6.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter :

[www.health.gov.sk.ca/out-of-province](http://www.health.gov.sk.ca/out-of-province) (en anglais seulement)



## **SANTÉ MANITOBA**

### *Frais couverts au Canada*

Le Manitoba et toutes les provinces canadiennes (sauf le Québec) ont ratifié une entente en vertu de laquelle les médecins peuvent facturer leurs honoraires à la Régie provinciale de l'assurance maladie du résident du Manitoba. Certains médecins peuvent, s'ils le désirent, facturer leurs honoraires directement aux patients. Lorsque le résident du Manitoba est admis dans un établissement hospitalier canadien agréé, la Régie d'assurance maladie du Manitoba assume les honoraires médicaux qui sont facturés aux tarifs habituels. Mais comme certains services ne sont pas couverts, le résident du Manitoba devrait souscrire une assurance médicale complémentaire avant de quitter sa province. Pour obtenir plus de renseignements, communiquer avec Santé Manitoba.

### *Frais couverts à l'extérieur du Canada*

Les honoraires de médecin pour des soins médicaux d'urgence rendus à l'extérieur du Canada et couverts par Santé Manitoba sont identiques à ceux qu'un médecin du Manitoba toucherait pour des services comparables. Les soins hospitaliers d'urgence sont payés selon un tarif quotidien moyen fixé par Santé Manitoba. Les frais facturés au résident du Manitoba pour des services reçus à l'extérieur du Canada peuvent être supérieurs à ceux qui sont payés par Santé Manitoba. La différence que le résident pourrait devoir assumer pourrait représenter une somme considérable. On lui recommande donc fortement de souscrire une assurance privée.

### *Régimes privés d'assurance collective*

Si vous prévoyez habiter à l'extérieur du Manitoba pour une période prolongée à cause de vacances ou d'un long voyage, vous pouvez vous absenter pour un maximum de sept mois tout en restant admissible au régime d'assurance-maladie du Manitoba. Pour garantir votre admissibilité au régime d'assurance-maladie du Manitoba pendant votre absence prolongée, avisez Santé, Vie saine et Aînés de toute absence de 90 jours pendant une période de 12 mois ou plus avant de partir. De plus, pour garantir votre droit aux prestations d'assurance-maladie lorsque vous êtes à l'extérieur du pays, vous devez demander un certificat d'immatriculation temporaire avant votre départ en fournissant **une formule de Santé, Vie saine et Aînés** remplie pour demander la prestation de services pendant votre absence, ou une lettre à cet effet. Si vous décidez d'écrire une lettre, vous devez y indiquer votre nom complet, votre adresse permanente au Manitoba ainsi que votre adresse pendant votre absence, la date de votre départ et la date prévue de votre retour, votre numéro d'immatriculation et les noms de tous les membres de votre famille qui vous accompagneront.

Une fois les documents reçus, Santé, Vie saine et Aînés vous enverra un certificat d'immatriculation temporaire confirmant votre admissibilité au régime d'assurance-maladie du Manitoba pendant votre absence.

Si vous acceptez un emploi à l'extérieur du Canada, mais vous prévoyez revenir, vous devez remettre à Santé, Vie saine et Aînés une copie de votre contrat de travail indiquant sa durée. Si vous avez l'intention de revenir au Manitoba, vous pourriez avoir droit aux prestations d'assurance-maladie pour un maximum de 24 mois.

### *Demandes de remboursement*

Pour obtenir un remboursement de dépenses, le résident du Manitoba doit présenter ou poster les originaux de ses factures à la division des demandes de remboursement des dépenses engagées à l'extérieur de la province de Santé Manitoba au cours des six (6) mois suivant la date à laquelle les services ont été rendus. S'il a déjà acquitté ses factures, le résident doit fournir des reçus à Santé Manitoba. S'il ne joint pas de reçu à sa demande de remboursement, Santé Manitoba paiera directement l'établissement hospitalier ou le médecin. Santé Manitoba paiera les dépenses liées aux services médicaux rendus à l'étranger aux tarifs qui seraient normalement accordés pour des traitements ou services rendus au Manitoba. Santé Manitoba ne couvre pas les dépenses liées aux services de transport par ambulance. Par conséquent, les dépenses liées à des services reçus à l'étranger ne sont pas couvertes par Santé Manitoba. En d'autres termes, si les services médicaux rendus dans le pays d'accueil coûtent plus cher que les mêmes services au Manitoba, le résident de cette province devra assumer la différence de coût.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter :

[www.gov.mb.ca/health/mhsip/index.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/mhsip/index.fr.html)

### **ASSURANCE-SANTÉ DE L'ONTARIO**

#### *Frais couverts au Canada*

##### Services prodigués par un médecin :

Les médecins au Canada (à l'extérieur de l'Ontario) n'ont pas à facturer leurs services directement à l'Ontario. Vous devez présenter votre carte Santé de l'Ontario et demander au médecin si ses honoraires seront facturés directement à l'Ontario.

Si le médecin facture ses services directement à l'Assurance-santé, vous n'aurez probablement rien à payer lorsque vous recevrez les services du médecin. Si le médecin ne facture pas ses services directement à l'Assurance-santé, vous devrez probablement payer pour les services du médecin au moment où ils vous seront prodigués et devrez présenter des documents et des factures à l'Assurance-santé à votre retour, puis demander un remboursement.

##### Services prodigués dans un hôpital public :

Toutes les provinces et tous les territoires participent à des ententes réciproques en matière de facturation hospitalière afin de permettre aux résidents assurés de recevoir des soins aux patients externes et des soins aux patients hospitalisés assurés dans les hôpitaux financés par le public (c.-à-d. non privés). Vérifiez si l'hôpital participe à une entente réciproque en matière de facturation hospitalière.

##### Services prodigués dans un établissement de santé privé :

À l'exclusion de certaines exceptions spécifiques, l'Assurance-santé ne couvre pas les paiements aux hôpitaux privés ou aux établissements de santé privés qui se trouvent à l'extérieur de l'Ontario, mais au sein du Canada. Cela signifie que, généralement, tous les services reçus dans une clinique privée au Canada ne sont pas assurés (sauf pour la composante des services assurés prodigués par un médecin) et l'Assurance-santé ne vous remboursera pas à votre retour en Ontario.

Si vous êtes un résident de l'Ontario assuré et que vous êtes hospitalisé dans un hôpital financé par les deniers publics (c.-à-d. non privé) dans une autre province ou un territoire alors que vous êtes temporairement absent de l'Ontario, vous êtes admissible à la couverture de l'Assurance-santé de l'Ontario pour la durée de votre hospitalisation, jusqu'à concurrence de 12 mois. Si vous devez être hospitalisé au-delà de la période maximale de 12 mois, vous devrez aviser la province ou le territoire où vous êtes hospitalisé de vous fournir une couverture d'assurance dès le 1er jour du 13e mois de votre hospitalisation.

#### *Frais couverts à l'extérieur du Canada*

Services d'urgence s'entendent ceux qui sont reliés à une maladie, affection ou blessure aigue\*, inattendue, survenue subitement à l'extérieur du Canada et ayant nécessité des soins immédiats. (\*S'entend maladie, affection, trouble ou état grave nécessitant des soins de courte durée.)

L'Assurance-santé de l'Ontario paie des montants très peu élevés pour les services médicaux d'urgence. À titre d'exemple, aux États-Unis., les services de consultation en clinique externe, dans une salle des urgences, peuvent s'élever à des milliers de dollars. L'Assurance-santé de l'Ontario ne rembourse que 50 \$ CAN par jour pour ce type de services, peu importe le degré de gravité de l'état du patient.

On conseille donc fortement au résident de l'Ontario de souscrire une assurance médicale complémentaire chaque fois qu'il quitte le Canada et ce, pour que les dépenses excédant les frais pris en charge par l'Assurance-santé de l'Ontario soient couvertes.

#### *Régimes privés d'assurance collective*

Vous pouvez vous absenter pendant 212 jours au cours d'une période de 12 mois et rester admissible à l'Assurance-santé tant que votre résidence principale demeure en Ontario.

Vous pouvez continuer de bénéficier de l'Assurance-santé si vous quittez le pays pendant une période prolongée pour l'une des raisons suivantes :

- Études à l'extérieur du Canada
- Travail à l'extérieur du Canada
- Travail caritatif à l'extérieur du Canada

Pour être admissible à la protection continue de l'Assurance-santé lorsque vous vous absentez pour l'une de ces raisons, vous devez être physiquement présent en Ontario pendant au moins 153 jours au cours de chaque période de 12 mois pendant deux années consécutives précédant immédiatement l'absence. D'autres critères relatifs à la présence physique peuvent s'appliquer si vous êtes résident de l'Ontario suivant un programme d'études à temps plein dans une autre province ou un territoire du Canada et si vous décidez de poursuivre vos études dans un établissement situé à l'étranger.

Pour confirmer votre admissibilité à l'Assurance-santé lors d'une absence prolongée, contactez le bureau local de **ServiceOntario – Services de carte Santé - Bureaux de l'Assurance-santé** avant de quitter la province. Vous pourriez devoir fournir un document expliquant la raison de

vosre absence, par exemple, une lettre de votre école, de votre employeur ou de l'organisme caritatif qui vous envoie.

#### *Demands de remboursement*

D'abord contacter la compagnie d'assurance auprès de laquelle vous avez souscrit une assurance complémentaire. Certains assureurs soumettent directement les demandes de remboursement à l'Assurance-santé au nom de leurs clients. Présenter une demande de remboursement à votre bureau local de l'Assurance-santé. Les demandes doivent être transmises dans les 12 mois qui suivent la date de traitement et être accompagnées d'une facture détaillée comprenant tous les éléments suivants :

- un énoncé original, détaillant le coût de chaque service;
- le reçu original des honoraires versés au médecin;
- le reçu original des honoraires versés à l'établissement de soins ou la section Autorisation et demande dûment signée de la **demande de remboursement en cas de traitement hors de la province ou du pays** pour obtenir le remboursement du maximum quotidien (voir la section **Ce que l'Assurance-santé ne couvre pas**);
- votre nom et votre adresse en Ontario;
- votre numéro de carte Santé et votre code version, s'il y a lieu; **et**
- une **demande de remboursement en cas de traitement hors de la province ou du pays** dûment remplie (0951-84).

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter :

[www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ohip/travel\\_another\\_province\\_territory.aspx](http://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ohip/travel_another_province_territory.aspx)

[www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ohip/travel.aspx](http://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ohip/travel.aspx)

## **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC**

### *Frais couverts au Canada*

Pour les services reçus au Canada, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) rembourse les dépenses reliées aux services de médecin, de dentiste ou d'optométriste qui sont couverts au Québec, selon les tarifs pratiqués dans cette province. Le résident du Québec n'a rien à payer lorsque le professionnel de la santé accepte sa carte d'assurance maladie. Le résident qui paie des services peut être remboursé pour ses dépenses par la RAMQ. Les différences d'honoraires médicaux entre les provinces peuvent être très importantes. À titre d'exemple, en cas d'une fracture du fémur, les frais remboursés par la RAMQ sont de 422 \$. En Ontario, ils s'élèvent à plus de 900 \$.

Les services hospitaliers, y compris les honoraires de consultation externe dans un hôpital, sont couverts partout au Canada. Sont compris aussi les soins infirmiers, les actes diagnostiques, le séjour en salle commune (trois lits ou plus) et les médicaments administrés pendant l'hospitalisation.

### *Services couverts à l'extérieur du Canada*

La RAMQ couvre les services rendus à l'étranger lorsque le résident du Québec est admissible au régime de l'assurance maladie du Québec. Les dépenses reliées aux services professionnels sont remboursées aux tarifs fixés. Les dépenses reliées aux soins hospitaliers sont remboursées jusqu'à concurrence d'un montant maximal. Le montant du remboursement est infime par rapport aux coûts d'hospitalisation d'urgence dans certains pays. Par exemple, le montant maximal du remboursement est de 100 \$ par jour d'hospitalisation. En Floride, les frais d'hospitalisation s'élèvent à plus de 7 000 \$ par jour.

### *Étudiants, stagiaires et employés du gouvernement du Québec ou d'un organisme sans but lucratif*

En cas d'urgence, le régime prend en charge la totalité des dépenses d'hospitalisation à l'extérieur de la province. S'il ne s'agit pas d'un cas d'urgence, les dépenses sont remboursées dans une proportion de 75 %. Cependant, quand ces personnes vont en vacances à l'extérieur de leur lieu d'études, de stage ou de travail, cette couverture n'est plus en vigueur : la couverture habituelle des services hospitaliers s'applique. Pour bénéficier de la protection, ces personnes doivent présenter certains documents avant de quitter la province.

### *Régimes privés d'assurance collective*

Le résident du Québec qui s'absente temporairement de la province doit informer la Régie de l'assurance maladie lorsque la durée de son séjour dépasse cent quatre-vingt-trois (183) jours au cours d'une année civile. Elle doit par ailleurs remplir le formulaire *Départ temporaire du Québec*, disponible auprès de la Régie. Pour s'assurer de sa protection pendant son absence, le résident doit communiquer avec la RAMQ avant son départ.

### *Demandes de remboursement*

Les demandes de remboursement de dépenses reliées aux services professionnels doivent être présentées au cours de l'année au cours de laquelle ceux-ci ont été rendus et pour les services hospitaliers, au cours des trois ans suivants. Pour présenter une demande de remboursement, il faut remplir **le formulaire téléchargeable** à partir du site web de la RAMQ et y joindre les documents exigés. Faire parvenir le tout à l'adresse suivante :

#### **Régie de l'assurance maladie du Québec**

Service de l'application des programmes (Q037)

Case postale 6600

Québec (Québec)

G1K 7T3

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter :

[www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/sejours-hors-quebec/assurance-maladie/Pages/services-couverts.aspx](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/sejours-hors-quebec/assurance-maladie/Pages/services-couverts.aspx)

[www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/sejours-hors-quebec/assurance-maladie/Pages/admissibilite-lors-sejour.aspx](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/sejours-hors-quebec/assurance-maladie/Pages/admissibilite-lors-sejour.aspx)

## **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DU NOUVEAU-BRUNSWICK**

### *Frais couverts au Canada*

Le résident du Nouveau-Brunswick qui nécessite des services médicaux n'importe où au Canada, sauf au Québec, n'a qu'à présenter la carte d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick pour bénéficier de ces services. Le Nouveau-Brunswick et toutes les provinces canadiennes (sauf le Québec) ont ratifié une entente en vertu de laquelle les médecins canadiens peuvent facturer à la régie d'assurance maladie de leurs provinces les services médicaux fournis à des résidents du Nouveau-Brunswick.

Cependant, dans certaines provinces ou certains territoires, les médecins peuvent facturer les services non couverts en vertu de cette entente aux résidents du Nouveau-Brunswick. À titre d'exemple, les services de dépistage génétique et les traitements encore en phase expérimentale ou à l'essai. Les demandes de remboursement des dépenses liées à ces traitements peuvent être présentées à la régie de l'assurance maladie du Nouveau-Brunswick. Le remboursement n'est cependant pas garanti.

Lorsque le résident du Nouveau-Brunswick bénéficie de services médicaux au Québec, les honoraires de médecin sont facturés directement au résident ou à la régie de l'assurance maladie du Nouveau-Brunswick. Le résident du Nouveau-Brunswick qui reçoit une facture d'un médecin du Québec peut la présenter à la régie de l'assurance maladie du Nouveau-Brunswick. S'il y a droit, le montant du remboursement sera établi en fonction des tarifs pratiqués au Québec, qui peuvent être moins élevés que les honoraires du médecin.

Si vous avez besoin de services hospitaliers assurés ailleurs au Canada, l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick paie au tarif en salle commune. Toutefois, certains services hospitaliers assurés peuvent vous être facturés. Ces factures peuvent être soumises à l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick aux fins d'examen, mais un remboursement n'est pas garanti.

### *Frais couverts à l'extérieur du Canada*

En vertu du régime d'assurance maladie du Nouveau-Brunswick, seuls les services de médecin et les services hospitaliers d'urgence rendus à l'extérieur du pays pour lequel l'assuré a obtenu une autorisation de remboursement au préalable ne sont couverts. Aux termes du régime, cas d'urgence s'entend un événement particulier se produisant lors d'un séjour à l'extérieur du Canada, pour lequel le retard de l'administration de certains traitements mettrait en danger la vie de la personne assurée, comme par exemple une fracture, une plaie ouverte nécessitant des sutures ou un arrêt cardiaque. Ne font pas partie des services d'urgence couverts ceux qui sont liés à une maladie pré-existante qui nécessite une surveillance continue ou les visites de suivi résultant d'une urgence survenue à l'extérieur du pays. Ces visites doivent se faire au Canada. Le maximum des dépenses liées à des services d'urgence en clinique externe couverts a été établi à 50 \$ par jour et à 100 \$ par jour pour les services en clinique externe rendus après l'admission au service des urgences.

Les coûts de la plupart des services médicaux et hospitaliers rendus à l'extérieur du Canada sont considérablement plus élevés que les tarifs pratiqués par la régie de l'assurance maladie du Nouveau-Brunswick. Le résident du Nouveau-Brunswick doit alors assumer la différence. On recommande fortement au voyageur à l'étranger de souscrire une assurance complémentaire

pour couvrir la portion des dépenses non couvertes en vertu du régime d'assurance maladie du Nouveau-Brunswick.

#### *Régime privé d'assurance collective*

Le résident permanent du Nouveau-Brunswick qui prévoit s'absenter temporairement de la province, en raison de vacances ou d'un voyage d'affaires, est protégé pendant toute la durée de son absence pourvu qu'il ait résidé au Nouveau-Brunswick pendant au moins cinq mois (soit 153 jours, qu'ils soient consécutifs ou non) au cours d'une période de 12 mois.

Le résident du Nouveau-Brunswick peut s'absenter de la province pendant une période pouvant aller jusqu'à 212 jours (qu'ils soient consécutifs ou non) au cours d'une période de 12 mois, sans que sa garantie soit réduite, pourvu qu'il ait l'intention de redevenir résident permanent au Nouveau-Brunswick. S'il doit s'absenter pendant plus de 212 jours, il doit présenter par écrit une demande de prolongation de son admissibilité au régime de l'assurance maladie du Nouveau-Brunswick durant son absence. Son admissibilité au régime pourra être prolongée pendant une période pouvant aller jusqu'à 12 mois après la première période de 212 jours. Il ne peut toutefois présenter plus d'une demande de prolongation de garantie au cours d'une période de trois ans.

Les travailleurs mobiles, comme les pilotes et les chauffeurs de camion, dont l'emploi exige des déplacements fréquents à l'extérieur de la province doivent demander le statut de « travailleur mobile ». Le statut est accordé pour un maximum de deux ans, après quoi vous devez faire une nouvelle demande et soumettre de nouveau les documents pour maintenir votre statut de « travailleur mobile ».

Les résidents du Nouveau-Brunswick qui acceptent un contrat de travail à l'extérieur du pays doivent demander le statut de « travailleur à contrat » qui est accordé pour une période maximale de deux ans.

#### *Demandes de remboursement*

En ce qui a trait à une **demande d'indemnisation** pour des services, vous devez soumettre à l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick dans les 12 mois suivant la prestation des services les factures ou reçus originaux signés. Si un document original n'est pas fourni, le patient doit s'assurer que le fournisseur de soins certifie que le document est original et qu'il est le seul à avoir été remis au patient et que le document contient une signature originale.

Si des paiements ont été effectués il faudra soumettre un reçu indiquant le montant payé. Si les factures ne sont pas préparées dans l'une des deux langues officielles (français ou anglais), une traduction doit être fournie.

Le paiement des services médicaux et hospitaliers urgents reçus à l'extérieur du Canada est versé aux patients en fonds canadiens. Le patient est alors responsable de régler les comptes de chaque médecin et de chaque hôpital de l'extérieur du pays. Toutefois, si un patient a reçu des services hospitaliers urgents d'un établissement hospitalier agréé des États-Unis, l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick effectuera le paiement en fonds canadiens directement à l'établissement, à moins que le patient ne soumette une preuve de paiement.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter :

[www.gnb.ca/0051/0394/index-f.asp](http://www.gnb.ca/0051/0394/index-f.asp)

## **MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD**

### *Frais couverts au Canada*

Le ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard assume la totalité des coûts des services médicaux et hospitaliers couverts obtenus au Canada, à l'exception du Québec (qui n'a pas ratifié aucune entente sur la facturation réciproque des soins et services médicaux) qui sont fournis en raison d'une situation d'urgence ou d'une maladie imprévisible. Pour ce qui est de services fournis au Québec, le Ministère paie les services directement aux médecins ou rembourse les résidents admissibles de leurs dépenses, selon des tarifs établis. Les services couverts sont ceux qui sont prescrits par un médecin au moment où survient la situation d'urgence ou de maladie imprévisible. Les coûts des services non urgents ne sont pris en charge que s'ils ont été autorisés au préalable par le Ministère. En cas de questions, communiquer avec le coordonnateur des demandes de remboursement de services hors de la province au numéro suivant : **902 368-6516**.

### *Frais couverts à l'extérieur du Canada*

Pour le résident de l'Île-du-Prince-Édouard admissible qui séjourne à l'étranger, les services rendus en cas d'urgence ou de maladie imprévisible sont payés en devises canadiennes, selon les tarifs fixés par la province. Ne sont admissibles que les services rendus par des médecins autorisés. À retenir que les coûts des services couverts sont considérablement plus élevés à l'extérieur du pays. Le résident devra assumer la différence entre les honoraires facturés et les coûts pris en charge par le Ministère. Voilà pourquoi on recommande aux résidents de souscrire une assurance privée pour obtenir une protection pendant qu'il sera à l'extérieur de la province.

### *Régimes privés d'assurance collective*

Les résidents admissibles de l'Île-du-Prince-Édouard qui s'absentent temporairement de la province sont couverts pour les services rendus en cas d'urgence ou de maladie imprévisible seulement. La période de couverture varie selon la nature de votre absence temporaire. Par exemple, les personnes qui s'absentent chaque année pour des vacances d'hiver ou qui s'absentent régulièrement pour des raisons similaires doivent résider à l'Île-du-Prince-Édouard pendant au moins six mois plus un jour chaque année. On vous conseille fortement d'informer Santé PEI de tout séjour qui dépasse un mois. Ainsi vous éviterez les délais de remboursement pour des services rendus en dehors de la province ou du pays.

Dans certaines circonstances, on peut prolonger la couverture des services rendus en cas d'urgence ou de maladie imprévisible. Ces circonstances peuvent inclure une mission, une année sabbatique, etc. On vous conseille de contacter Santé PEI pour vous informer sur votre couverture si vous planifiez un séjour prolongé en dehors de la province.

Si vous avez des questions avant de quitter la province temporairement, on recommande aux résidents d'appeler Santé PEI pour discuter de votre couverture.



### *Demandes de remboursement*

Les demandes de remboursement de dépenses pour des services reçus au Canada (et qui n'ont pas été facturés au résident) doivent être présentées au cours des six mois suivant la date à laquelle les services ont été rendus. Il faut communiquer avec le :

Out-of-Province Coordinator  
Medical Affairs & Diagnostic Imaging  
16 Garfield Street  
Charlottetown, PE C1A 7N8  
Téléphone : 902 368-6516

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter :

[www.healthpei.ca/oopservices](http://www.healthpei.ca/oopservices) (en anglais seulement)

## **RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE**

### *Frais couverts au Canada*

La Nouvelle-Écosse et toutes les provinces canadiennes (sauf le Québec) ont ratifié une entente en vertu de laquelle les médecins peuvent facturer leurs honoraires à la régie provinciale de l'assurance maladie. Sur présentation de la carte d'assurance maladie actuelle au fournisseur des soins médicaux, la régie de la province d'accueil paie les services rendus. Les dépenses du bénéficiaire lui sont remboursées par sa province. Le résident de la Nouvelle-Écosse ayant réglé une facture d'honoraires du médecin traitant, doit présenter un reçu à la régie de l'assurance-maladie de la Nouvelle-Écosse pour obtenir un remboursement.

### *Frais couverts à l'extérieur du Canada*

Lorsque le résident est temporairement à l'extérieur du Canada, l'hospitalisation suite à un accident ou à une maladie imprévisible est payée en devises canadiennes. Le tarif actuel pour l'hospitalisation suite à un cas d'urgence est de 525 \$ CAD, plus 50 % des frais supplémentaires engagés lors du séjour à l'hôpital. Les services rendus par un médecin suite à un accident ou à une maladie imprévisible pendant un séjour temporaire à l'extérieur du Canada sont couverts en devises canadiennes aux tarifs auxquels ils sont facturés en Nouvelle-Écosse.

La différence entre les honoraires facturés et les coûts pris en charge par le Ministère peut être très élevée. Voilà pourquoi on recommande aux résidents de souscrire une assurance privée pour obtenir une protection pendant qu'il sera à l'extérieur de la province.

### *Régimes privés d'assurance collective*

Si vous êtes résident et admissible à la couverture MSI, et physiquement présent en Nouvelle-Écosse pendant 183 jours chaque année, vous pouvez rester couvert pendant que vous séjourner temporairement à l'extérieur pour une durée maximale d'un an. Vous devez également avoir l'intention de retourner vivre de façon permanente en Nouvelle-Écosse.

Votre couverture MSI peut être prolongée si vous ne répondez pas à la condition de présence physique, si vous :

- fréquentez un établissement d'enseignement à temps plein et que vous fournissez une preuve d'inscription chaque année.
- travaillez de façon mobile – votre emploi exige que vous voyagiez souvent à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse (ex. conducteur de camion, musicien, etc.) et vous ne vous établissez pas ailleurs.
- travaillez ou faites du bénévolat à l'extérieur du Canada qui ne dépasse pas 24 mois et que votre résidence permanente et primaire demeure en Nouvelle-Écosse (preuves exigées)
- voyagez à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse pour des vacances d'une durée maximale de sept mois par année civile.

#### *Demandes de remboursement*

Pour avoir droit à un remboursement, le résident doit présenter sa demande à la Régie d'assurance-maladie de la Nouvelle-Écosse au cours des six mois suivant la date de son congé de l'hôpital. Après cette période, aucune demande n'est prise en compte. Toute demande de remboursement d'honoraires de médecin doit être envoyée à l'adresse suivante : Casier postal 500, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3S1. En cas de questions, il doit communiquer avec le service des admissions au 902 496-7008 ou utiliser le numéro sans frais d'appel en Nouvelle-Écosse suivant : 1 800 563-8880.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter :

[www.gov.ns.ca/health/msi/moving\\_travel.asp](http://www.gov.ns.ca/health/msi/moving_travel.asp) (en anglais seulement)

#### **RÉGIME D'ASSURANCE HOSPITALISATION DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR**

##### *Frais couverts au Canada*

Les services hospitaliers offerts aux bénéficiaires du régime d'assurance hospitalisation de Terre-Neuve-et-Labrador qui s'absentent temporairement de la province ou sont dirigés par un médecin vers une autre province pour y suivre des traitements couverts, peuvent être couverts en vertu du régime provincial d'assurance maladie. La protection garantie au Canada est assujettie aux conditions imposées aux résidents qui bénéficient des services couverts à Terre-Neuve-et-Labrador. Pour bénéficier des services hospitaliers offerts dans une autre province ou un autre territoire, le résident de Terre-Neuve-et-Labrador doit présenter sa carte d'assurance maladie, qui doit être valide. Les services non couverts par le régime d'assurance (qui sont énoncés dans le régime) ne sont pas couverts à l'extérieur de la province. Le patient, l'assureur privé ou les deux à la fois, doivent alors assumer le coût des services hospitaliers non couverts.

Le ministère de la santé de la province ou du territoire, au nom de l'établissement hospitalier où les services sont rendus, facture les coûts des services hospitaliers à la Régie d'assurance hospitalisation de Terre-Neuve-et-Labrador, du ministère de la Santé et des Services communautaires.

### *Frais couverts à l'extérieur du Canada*

En vertu du régime d'assurance hospitalisation de Terre-Neuve-et-Labrador, le résident qui s'absente temporairement du pays pour cause de vacances, d'emploi temporaire ou de congé d'études, peut bénéficier des services hospitaliers couverts. Ceux-ci sont facturés selon les tarifs établis en vertu du régime provincial d'assurance. En vertu du régime d'assurance maladie, les services hospitaliers sont couverts lorsqu'ils sont fournis par un établissement reconnu (agrée ou approuvé par l'autorité compétence de l'État ou le pays où il se trouve) à l'extérieur du Canada. La régie d'assurance maladie de Terre-Neuve-et-Labrador paie la somme maximale de 465 \$ par jour d'hospitalisation dans un établissement de soins tertiaires ou un établissement spécialisé et la somme maximale de 350 \$ par jour d'hospitalisation dans un établissement communautaire ou régional, sommes de beaucoup inférieures à celles qu'une personne devrait payer dans certains pays. Par conséquent, on recommande au résident désirant voyager à l'étranger de souscrire une assurance maladie complémentaire pour couvrir les dépenses qui ne sont pas prises en charge par le régime provincial d'assurance maladie de sa province.

### *Régimes privés d'assurance collective*

Pour bénéficier d'une protection à l'extérieur de Terre-Neuve et du Labrador, le résident doit faire la demande d'un certificat d'assurance pour personne résidant hors province auprès de la régie d'assurance maladie. Cette attestation assure au bénéficiaire admissible une protection hors province pour une durée maximale de douze mois, selon les conditions suivantes :

- le bénéficiaire qui s'absente pour cause de vacances peut obtenir un certificat d'assurance pour personne résidant hors province pour bénéficier d'une protection d'une durée maximale de douze mois. Dès son retour à Terre-Neuve-et-Labrador ou au Labrador, il doit résider dans la province pendant une période de quatre mois. Le certificat d'assurance pour personne résidant hors province assure une protection pour une période maximale de huit mois;
- le bénéficiaire qui s'absente pour cause de travail (travailleur temporairement absent) peut obtenir un certificat d'assurance pour personne résidant hors province pour bénéficier d'une protection d'une durée maximale de douze mois. Chaque année, le bénéficiaire travaillant hors du pays peut présenter une demande de renouvellement de certificat d'assurance hors province, jusqu'à concurrence d'une période de trois ans. Sa demande doit être accompagnée d'une lettre de son employeur, imprimée sur du papier à en-tête, précisant les dates d'emploi.

### *Demandes de remboursement*

Sur réception de tous les documents exigés pour soutenir une demande de remboursement de frais de services hospitaliers, la régie d'assurance maladie de Terre-Neuve-et-Labrador remboursera les frais des services admissibles au tiers les ayant rendus. Lorsque le bénéficiaire a réglé la facture de frais et fourni une preuve de règlement, la régie lui rembourse ses frais. Lorsqu'un assureur privé a réglé la facture de l'hôpital, la régie rembourse l'assureur. Lorsque le compte n'a pas été réglé, un paiement est envoyé directement à l'hôpital. On peut se procurer les formulaires de demande de remboursement ici :

[www.health.gov.nl.ca/health/mcp/forms/mcp\\_out\\_of\\_province\\_claim\\_fr.pdf](http://www.health.gov.nl.ca/health/mcp/forms/mcp_out_of_province_claim_fr.pdf)

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter :

[www.health.gov.nl.ca/health/mcp/outofprovincecoverage.html](http://www.health.gov.nl.ca/health/mcp/outofprovincecoverage.html) (en anglais seulement)

## ÉTUDES À L'ÉTRANGER OU HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

L'étudiant ayant l'intention de faire des études à l'étranger ou dans une autre province doit entre autres commencer par s'assurer qu'il bénéficiera des garanties du régime d'assurance santé pendant son séjour à l'extérieur. Il peut bénéficier de la protection d'assurance de ses parents ou souscrire une assurance voyage privée (y compris l'assurance maladie offerte par l'université fréquentée ou l'université d'accueil). Le régime provincial offre une garantie de base. L'étudiant devra souscrire une garantie supplémentaire. Dans tous les cas, l'étudiant doit être admissible au régime d'assurance maladie de sa province pour être admissible à un régime d'assurance médicale privé. À ce sujet, le participant à un programme d'échanges d'étudiants est assujéti à certaines conditions relatives à la durée de la protection. Sauf au Québec, les services couverts sont les mêmes que ceux qui sont assurés à quiconque séjournant hors de sa province de résidence. Pour obtenir plus de précisions, consulter les paragraphes intitulés *Frais couverts à l'extérieur du Canada* du présent document.

Directive - Pour obtenir des précisions sur l'assurance médicale de voyage, communiquer avec le service aux étudiants étrangers de l'université de la province de résidence. Certaines universités d'accueil et certaines universités régionales peuvent exiger de l'étudiant qu'il adhère à un régime d'assurance médicale individuelle. Si tel est le cas, il doit s'informer s'il bénéficiera d'une protection dans le pays de l'université d'accueil (s'il a l'intention de visiter des pays voisins, il doit souscrire une assurance voyage complémentaire). L'étudiant doit aussi vérifier si la garantie est restreinte par certaines conditions relatives à des maladies pré-existantes. En cas de doute, il doit s'informer auprès de l'assureur.

### **Pour conserver la protection en vertu du régime provincial d'assurance maladie**

#### **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE**

Le résident de la Colombie-Britannique s'absentant temporairement de la province pour faire des études à l'extérieur est admissible aux garanties en vertu du régime d'assurance maladie de la Colombie-Britannique pourvu qu'il soit réputé étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement agréé et inscrit à un programme menant à l'obtention d'un diplôme ou d'un certificat reconnu au Canada.

En règle générale, le résident de la Colombie-Britannique faisant des études à l'extérieur doit être rentré dans sa province d'ici la fin du mois suivant la fin de son programme d'études. Les étudiants doivent communiquer avec Health Insurance BC avant leur départ et à leur retour en Colombie-Britannique pour confirmer leur admissibilité. Les étudiants qui ne comptent pas rentrer en Colombie-Britannique avant l'échéance, ou qui décident de s'établir à l'extérieur de la province, doivent **communiquer avec Health Insurance BC**.

#### **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE L'ALBERTA**

Si le programme d'échange dure plus de six mois, l'étudiant doit présenter une demande de prolongement de protection d'assurance à **la régie d'assurance maladie de l'Alberta**. Il peut

demander un prolongement de la protection durant la période au cours de laquelle il sera étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement agréé.

#### **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE LA SASKATCHEWAN**

Si vous étudiez à temps plein dans une autre province ou à l'extérieur du Canada et vous pensez rentrer vivre en Saskatchewan une fois vos études terminées, vous resterez couvert par la Saskatchewan. Pour informer les Registres de la santé de votre absence, remplissez le **Extended Absence Notification Form**.

#### **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DU MANITOBA**

Si vous êtes résident du Manitoba et vous quittez la province pour étudier à temps plein, vous devez remettre les documents suivants à Santé, Vie saine et Aînés avant de partir :

- **Un formulaire** de Santé, Vie saine et Aînés rempli pour demander la prestation de services pendant votre absence, ou une lettre à cet effet. Si vous décidez d'écrire une lettre, vous devez y indiquer votre nom complet, votre adresse permanente au Manitoba ainsi que votre adresse pendant vos études, la date de votre départ et la date prévue de votre retour, votre numéro d'immatriculation, les noms de tous les membres de votre famille qui vous accompagneront **et**
- Une lettre d'un établissement d'enseignement agréé confirmant que vous étudierez à temps plein et indiquant la durée de vos études. Vous devez faire une demande et soumettre ces documents chaque année pendant la durée de vos études.

Une fois les documents reçus, Santé, Vie saine et Aînés vous enverra un certificat d'immatriculation temporaire confirmant votre admissibilité au régime d'assurance-maladie du Manitoba pendant vos études.

#### **ASSURANCE-SANTÉ DE L'ONTARIO**

Le participant à un programme d'échange d'étudiants est protégé par l'Assurance-santé de l'Ontario pendant la durée de son inscription à un programme d'études à temps plein. Il doit toutefois contacter le bureau local de **ServiceOntario – Services de carte Santé - Bureaux de l'Assurance-santé** avant de s'absenter de la province. Au besoin, il devra fournir un document expliquant le motif de son absence (comme, par exemple, une lettre d'attestation de l'établissement d'enseignement).

#### **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC**

L'étudiant du Québec qui participe à un programme d'échange d'étudiants à l'étranger peut bénéficier de l'assurance maladie du Québec durant toute la durée de son séjour, jusqu'à concurrence de quatre ans. Il devra cependant fournir une preuve d'inscription à un programme d'études si l'absence de la province se prolonge au-delà de 183 jours consécutifs.

Pour les étudiants et stagiaires, la Régie remboursera en totalité les frais d'hospitalisation d'urgence à l'extérieur de la province. S'il ne s'agit pas d'un cas d'urgence, la Régie rembourse jusqu'à 75 % des frais engagés. Avant de quitter la province, les étudiants et stagiaires doivent fournir certains documents.

Pour obtenir plus d'information, consulter le site de la RAMQ à l'adresse suivante :

[www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/sejours-hors-quebec/Pages/sejours-hors-quebec.aspx](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/sejours-hors-quebec/Pages/sejours-hors-quebec.aspx)

#### *Ententes avec d'autres pays*

Le gouvernement du Québec a conclu des ententes de réciprocité en matière de sécurité sociale, incluant un volet relatif à la santé, avec les pays suivants : la Belgique, le Danemark, la Finlande, la France, la Grèce, le Luxembourg, la Norvège, le Portugal et la Suède.

Les dispositions de ces ententes s'adressent au travailleur temporaire, à l'étudiant, au travailleur détaché et, dans certains cas, à leur conjoint et aux personnes à leur charge qui les accompagnent.

Les ententes ont pour but de faciliter la mobilité entre le Québec et les pays signataires. Elles permettent entre autres :

- d'être couvert par le régime d'assurance maladie offert dans ces pays;
- d'éviter une période d'attente avant d'avoir droit à la protection offerte.

Pour vous prévaloir des dispositions de ces ententes, vous devez faire certaines démarches.

Pour obtenir plus d'information, consulter le site de la RAMQ à l'adresse suivante :

[www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/sejours-hors-quebec/assurance-maladie/Pages/ententes-autres-pays.aspx](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/sejours-hors-quebec/assurance-maladie/Pages/ententes-autres-pays.aspx)

#### **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DU NOUVEAU-BRUNSWICK**

Les étudiants qui résident normalement au Nouveau-Brunswick et qui fréquentent à temps plein une université reconnue ou un autre établissement situé à l'extérieur du Nouveau-Brunswick ou du Canada sont protégés pendant une période de 12 mois à condition :

- d'aviser annuellement le bureau de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick;
- de ne pas résider de façon permanente à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- de ne pas participer au régime d'assurance-maladie d'une autre province;
- Chaque année, les étudiants qui étudient à l'extérieur du Canada doivent fournir à l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick une preuve d'inscription provenant de l'école ou de l'université qu'ils fréquentent.

#### **MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD**

Les étudiants qui fréquentent une université ou un autre établissement d'enseignement accrédité sont couverts pour les services rendus en cas d'urgence ou de maladie imprévisible. Les étudiants doivent informer Santé PEI lorsqu'ils quittent la province et mettre à jour le Ministère de leur statut d'étudiant chaque année.

#### **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE**

Le résident de la Nouvelle-Écosse prévoyant faire des études à l'extérieur de la province doit informer les représentants de la division régionale de la régie d'assurance maladie de la Nouvelle-Écosse. Il est tenu d'obtenir chaque année du registraire une preuve du statut d'étudiant à temps plein et d'études à l'étranger.

#### **RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR**

L'étudiant de Terre-Neuve-et-Labrador s'absentant de la province pour faire des études à l'extérieur peut obtenir une attestation de protection hors province pour une durée maximale de douze (12) mois. Il peut renouveler sa demande d'attestation chaque année pourvu qu'il fournisse une preuve d'inscription à jour de l'établissement d'enseignement. L'obtention de cette attestation est assujettie à l'intention de retour à Terre-Neuve-et-Labrador ou au Labrador une fois le programme d'études terminé. Communiquer avec les responsables du régime pour obtenir une attestation de protection hors province.



## VISITEURS ET NOUVEAUX ARRIVANTS AU CANADA

Au Canada, tous les citoyens canadiens et les résidents permanents ont droit à l'assurance-maladie. Si vous êtes un citoyen ou un résident permanent récemment arrivé, il vous faut faire une demande de carte d'assurance-maladie auprès de votre gouvernement provincial ou territorial le plus tôt possible après votre arrivée au Canada. Vous pouvez vous procurer un formulaire de demande au bureau d'un médecin, à l'hôpital, à la pharmacie ou auprès d'un **organisme d'aide aux immigrants**. Vous pouvez également obtenir un formulaire en ligne auprès du ministère de la Santé de votre province ou territoire. Consultez les paragraphes intitulés *Pour obtenir de plus amples renseignements* du présent document pour trouver des liens vers les sites Web des régimes provinciaux d'assurance santé.

Selon la province ou le territoire où vous choisissez d'élire résidence, il se peut que vous deviez attendre un certain temps avant d'être admissible au régime public d'assurance-maladie. Durant ce délai, il est préférable de souscrire une assurance-maladie privée temporaire.

Les visiteurs au Canada qui ne sont pas citoyens ou résidents permanents ou qui attendent d'être admissible au régime public d'assurance maladie peuvent souscrire une assurance-maladie privée auprès d'un courtier en assurance ou d'une compagnie d'assurance. Vous pouvez consulter la section *Deux exemples de garantie assurance voyage* du présent document ou le document *Assurance privée individuelle* pour vous informer sur le processus de choisir et souscrire une assurance. Il vous faut souscrire cette assurance dans les cinq premiers jours après votre arrivée dans votre province ou territoire de résidence, sinon, les sociétés d'assurance risquent de ne pas pouvoir vous assurer.

Les réfugiés réinstallés, les demandeurs d'asile et certains autres nouveaux arrivants au Canada qui ne sont pas encore admissibles à un régime provincial ou territorial d'assurance maladie pourraient être admissibles à des services de soins de santé limités et temporaires sans avoir à en assumer les coûts grâce au **Programme fédéral de santé intérimaire**.

Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez la section des Soins de santé du site web du gouvernement du Canada pour les nouveaux immigrants : [www.cic.gc.ca/francais/nouveaux/apres-sante.asp](http://www.cic.gc.ca/francais/nouveaux/apres-sante.asp)

## CONCLUSION ET CONSEILS PRATIQUES

En guise de conclusion, la personne souffrant d'un trouble de la coagulation doit être protégée, au moins pendant un séjour à l'étranger, par un régime d'assurance privée, que l'absence soit d'une durée d'une journée ou de trois mois. Voici quelques conseils à son intention :

Les régimes d'assurance voyage ne couvrent que les soins d'urgence. Ils ne couvrent pas les médicaments qui ne sont pas nécessités par une situation d'urgence. La personne souffrant d'un trouble de la coagulation doit apporter toute la quantité de médicaments (comme des facteurs de coagulation) dont elle aura besoin au cours de son voyage. Elle doit informer son fournisseur de médicaments qu'elle apportera ses médicaments à l'étranger. Si elle a l'intention de voyager à l'étranger, elle doit apporter avec elle un document quelconque prouvant qu'elle doit prendre tel médicament. Elle doit obtenir une lettre d'attestation.

Les régimes privés d'assurance voyage peuvent comporter des restrictions de garantie. Toute maladie pré-existante, comme l'hémophilie, peut constituer une exclusion de garantie. La personne souffrant d'un trouble de la coagulation doit s'assurer que le régime d'assurance auquel elle a adhéré prend en charge les risques liés à ses maladies pré-existantes. Lorsque l'assureur refuse de prendre en charge une (des) maladie(s) pré-existante(s), la personne pourrait avoir à payer des services médicaux dont les coûts dépassent les tarifs des services de base couverts à l'extérieur du pays. La personne devrait peut-être chercher un autre assureur ou réexaminer son projet de voyage.

La personne ayant adhéré au régime d'assurance maladie complémentaire de son employeur doit s'informer des garanties avant de souscrire une autre assurance médicale.

Certaines personnes hémophiles ont recommandé l'assurance voyage offerte par Croix Bleue. Dans certains cas, cet assureur peut couvrir les dépenses de soins médicaux occasionnées par l'hémophilie. Il faut consulter des spécimens de polices pour en connaître davantage sur les diverses garanties offertes par les principaux assureurs.

Avant d'approuver sa demande d'admissibilité, l'assureur privé<sup>2</sup> exige que la personne soit protégée par le régime provincial d'assurance maladie pendant toute la durée de son voyage. La personne doit consulter les paragraphes intitulés *Régimes privés d'assurance collective*.

Il est dans l'intérêt de toute personne atteinte d'hémophilie d'informer l'assureur offrant des produits d'assurance voyage de son état de santé. **Si elle n'a pas répondu de façon précise et en toute honnêteté à toutes les questions de la formule de demande d'assurance, l'assureur se réserve le droit d'annuler le contrat d'assurance, même si le symptôme ou le trouble non divulgué n'a aucun rapport avec le cas d'urgence pour lequel une demande de remboursement est présentée.** À noter aussi que la divulgation des maladies pré-existantes permet à l'assureur d'offrir les garanties dont la personne aura réellement besoin pour voyager en toute tranquillité. Nous vous souhaitons bon voyage, sans aucun souci!

---

<sup>2</sup> Résident de l'Alberta – Le résident albertain a intérêt à choisir un assureur ayant conclu une entente avec l'Alberta Health and Wellness. Le délai de traitement des demandes de remboursement par les assureurs ayant ratifié une telle entente est plus court. Avant de souscrire une assurance médicale de voyage complémentaire, le résident doit s'informer que l'assureur a conclu une entente avec l'Alberta Health and Wellness (c'est le cas de la plupart des assureurs). Il pourra alors opter pour la solution qui lui convient le mieux, en toute connaissance de cause.