



Ligne directrice LD17

COORDINATION DES PRESTATIONS POUR LES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS À L'ÉTRANGER/À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE

La présente ligne directrice a été approuvée par le Conseil d'administration de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP). Il est entendu que les sociétés membres l'adoptent, compte tenu de leur structure d'entreprise, de leurs produits et de leurs processus d'affaires, canaux de distribution compris. Il leur est en outre fortement recommandé de l'incorporer à leur programme de conformité.

Ligne directrice LD17

COORDINATION DES PRESTATIONS POUR LES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS À L'ÉTRANGER/À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE OU DU TERRITOIRE

1. INTRODUCTION

De nombreux Canadiens bénéficient de plus d'une protection frais médicaux engagés à l'étranger/à l'extérieur de la province ou du territoire. Par exemple, une personne peut être couverte par un régime collectif, par une protection maladie de voyage individuelle et par une carte de crédit.

Bien qu'un régime donné puisse renfermer des dispositions précisant qu'il sera le dernier payeur, n'entrant en jeu qu'une fois versées les prestations aux termes de tous les autres régimes, il est souvent difficile de déterminer quel régime doit intervenir le premier. La présente Ligne directrice décrit comment coordonner les règlements aux termes des divers régimes couvrant les frais médicaux engagés à l'étranger/à l'extérieur de la province ou du territoire, de sorte que le total des prestations versées n'excède pas le total des frais engagés.

Une demande de règlement de frais engagés à l'étranger comporte deux volets :

- 1) Assistance en cas d'urgence : En règle générale, l'assureur ou l'administrateur de régime qui est contacté le premier amorce la gestion du sinistre en cas d'urgence médicale.
- 2) Règlement du sinistre : La couverture varie d'un régime à l'autre. Les Personnes couvertes devraient s'informer auprès de leur assureur ou de l'administrateur de leur régime avant de partir en voyage. Indépendamment de l'assureur qui est contacté le premier lorsque survient le sinistre, la présente Ligne directrice aidera à établir si un régime est responsable ou non de régler en tout ou en partie les frais engagés.

Il est dans l'intérêt des voyageurs comme des assureurs de préciser aussi clairement que possible la manière dont les prestations sont payées, de sorte que les demandes de règlement soient traitées rapidement et efficacement.

2. OBJECTIF

La présente Ligne directrice explique comment coordonner les prestations payables aux termes de tous les régimes couvrant un particulier, de sorte que le total des sommes qui lui sont versées par tous les régimes en cause n'excède pas le total des frais qu'il a engagés.

L'objectif visé est d'opérer une gestion efficace des sinistres, de réduire au minimum les délais nécessaires à l'étude des demandes de règlement et au versement des prestations, de fournir aux Personnes couvertes de l'assistance en vue des règlements, de coordonner de façon équitable les sommes payables aux termes de tous les

régimes, ainsi que de repérer les demandes de règlement en double ou frauduleuses et de les décourager.

3. PORTÉE

La présente Ligne directrice s'applique à la protection frais médicaux engagés à l'étranger/à l'extérieur de la province ou du territoire des régimes Maladie et des régimes Voyage, assurés ou non.

La protection frais médicaux couvre notamment les frais qui sont en excédent de ceux pris en charge par le Régime d'assurance maladie gouvernemental pour des soins reçus à l'étranger ou à l'extérieur de la province ou du territoire de résidence. Elle peut couvrir en outre les frais engagés relativement :

- à des actes médicaux ou chirurgicaux;
- à des services de médecins;
- à l'hospitalisation et aux services hospitaliers;
- au rapatriement, y compris le transport par ambulance aérienne et le personnel médical;
- aux médicaments prescrits, aux services paramédicaux, etc.

Si l'annulation ou l'interruption de voyage est couverte par plus d'un régime, la Ligne directrice s'applique.

Advenant une quelconque divergence entre la présente Ligne directrice et une loi applicable, c'est la loi qui fait autorité.

4. DÉFINITIONS

Dans la présente Ligne directrice, on entend par

« **Autre intervenant** », tout assureur ou administrateur de régime, autre que le Premier intervenant, qui fournit également une protection à la Personne couverte.

« **Barème de remboursement du RAMG** », le barème utilisé aux fins de l'estimation des frais médicaux engagés à l'étranger/à l'extérieur de la province ou du territoire que rembourse le gouvernement. Les assureurs et les administrateurs de régimes peuvent coordonner les prestations conformément au barème en vigueur à la date de l'acte.

« **Disposition d'assurance complémentaire** », une stipulation contractuelle précisant que seul est couvert le montant en excédent de celui couvert par le Régime primaire.

« **Personne couverte** », la principale personne couverte par le régime, à savoir le salarié, le syndiqué ou le membre d'une association, mais non les personnes couvertes par son entremise.

« **Premier intervenant** », l'assureur ou l'administrateur de régime contacté le premier en cas de sinistre. L'assureur ou l'administrateur de régime qui agit à titre de Premier intervenant peut ou non fournir la couverture du Régime primaire.

« **Protections fournies par une carte de crédit** », les protections en cas d'urgence à l'étranger accordées pour une période limitée aux détenteurs de certaines cartes de crédit. Elles comprennent, sans s'y limiter, les garanties annulation de voyage, interruption de voyage et perte de bagages.

« **Régime collectif** », un régime collectif d'assurance maladie ou toute entente similaire fournissant à un certain nombre de personnes une protection contre les pertes liées à un voyage aux termes d'un contrat unique, assuré ou non, passé entre un assureur ou un tiers administrateur et un promoteur de régime. Les Régimes collectifs administrés par les assureurs pour le compte d'employeurs, de syndicats, d'associations ou d'autres entités conformément à une entente légale, ainsi que les régimes de rémunération forfaitaire ou régimes prépayés en sont des exemples. Les Régimes collectifs excluent les Régimes individuels, l'assurance scolaire en cas d'accident, les régimes à prix coûtant majoré et les comptes de crédits-santé.

« **Régime d'assurance maladie gouvernemental** » (**RAMG**), un régime ou programme public d'assurance maladie régi, financé ou administré par le gouvernement fédéral ou par un gouvernement provincial ou territorial.

« **Régime individuel** », une assurance souscrite sur une base individuelle qui couvre une seule personne; sont également couverts, dans certains cas, les membres de la famille.

« **Régime Maladie à l'étranger/à l'extérieur de la province ou du territoire** », un régime, assuré ou non, couvrant les frais médicaux engagés en dehors de la province ou du territoire de résidence. La couverture peut se limiter aux frais médicaux d'urgence ou peut inclure, si elle est plus large, les frais médicaux engagés pour des actes ou services facultatifs ou non urgents.

« **Régime primaire** », le régime qui est le premier à intervenir dans le règlement. Voir « Régime secondaire ».

« **Régime secondaire** », un régime couvrant uniquement le solde impayé, s'il en est, après le règlement des frais admissibles aux termes du ou des Régimes primaires. Pour être considéré comme un Régime secondaire, le régime doit stipuler qu'il couvre les frais en excédent de toutes les autres couvertures fournies. Si le ou les Régimes primaires ont un plafond de protection suffisamment élevé pour couvrir le sinistre en entier, le ou les Régimes secondaires n'entrent pas en jeu.

« **Régime Voyage** », une protection collective ou individuelle offerte spécifiquement aux voyageurs et qui couvre les pertes pouvant survenir au cours d'un voyage ou découler de l'annulation d'un voyage ou des dispositions de voyage. Cette protection couvre les frais d'hospitalisation/médicaux d'urgence engagés pendant un voyage ainsi que l'annulation de voyage.

« **Unité aux fins de la coordination des prestations** », la partie du sinistre assignée à un ou des régimes.

5. DÉTERMINATION DES UNITÉS AUX FINS DE LA COORDINATION DES PRESTATIONS

Dans le cadre de la présente Ligne directrice, sous réserve de l'exception décrite ci-dessous, à chaque régime correspond une Unité aux fins de la coordination des prestations.

Exception : Quand une Personne couverte ou une personne à charge est protégée par plus d'un Régime collectif, toutes les protections collectives sont réunies pour ne constituer qu'une seule Unité aux fins de la coordination des prestations. La Ligne directrice LD17 sert à déterminer les sommes couvertes par l'unité. La Ligne directrice LD4 indique quant à elle comment déterminer l'ordre dans lequel ces sommes sont versées par les Régimes collectifs constituant l'unité.

6. PREMIER INTERVENANT

Détermination du Premier intervenant

Le Premier intervenant est l'assureur ou l'administrateur de régime contacté le premier en cas de sinistre. L'assureur ou l'administrateur de régime qui agit à titre de Premier intervenant peut ou non fournir la couverture du Régime primaire.

L'assureur ou l'administrateur du régime est censé faire preuve de bonne foi pour accepter la demande et amorcer le processus de règlement en tant que Premier intervenant. Toutefois, s'il est d'avis que ses services d'assistance de sinistres, sa couverture ou ses garanties ne sont pas suffisants dans les circonstances, il peut négocier avec les Autres intervenants pour déterminer qui devrait assumer la responsabilité de la gestion et du règlement du sinistre. Cela serait particulièrement indiqué si l'assureur ou l'administrateur du régime déterminait que sa responsabilité à l'égard du règlement est limitée (par exemple, si la responsabilité éventuelle du Premier intervenant est de 10 000 \$ et que le règlement se chiffrera vraisemblablement à 50 000 \$ ou plus).

Si l'assureur contacté en premier détermine qu'il n'est pas du tout responsable du règlement (par exemple, s'il a été clairement établi que le sinistre est lié à une maladie préexistante) ou qu'il puisse déterminer quel est le Régime primaire, sa tâche en tant que Premier intervenant se limite à en informer la Personne couverte et à l'inviter à se mettre en rapport avec le ou les Autres intervenants, s'il en est, au sujet de sa demande de règlement. Afin d'accélérer le processus de règlement, le Premier intervenant devrait informer du sinistre tout Autre intervenant dont il connaît l'existence.

En général, l'assureur ou l'administrateur de régime contacté en premier assume le rôle de Premier intervenant, et ce, même si son contrat prévoit une Disposition d'assurance complémentaire, ce qui en ferait un Régime secondaire.

Responsabilités du Premier intervenant

Le Premier intervenant assumera les responsabilités suivantes :

- Gérer le sinistre : recourir à des organismes d'assistance ou à des fournisseurs de services, choisir un fournisseur de services attitré, superviser les soins médicaux et/ou le rapatriement, etc.
- Aviser les Autres intervenants (la rubrique « Avis donné à l'Autre ou aux Autres intervenants » renferme des précisions sur ce point).
- Régler le sinistre conformément au contrat qu'il a établi, se réservant tous les droits quant au recouvrement de prestations auprès des Autres intervenants en cause et du RAMG. Le Premier intervenant ne peut en aucun cas être tenu de régler des sommes supérieures à celles prévues par le contrat qu'il a établi (le point « Processus de règlement » renferme des précisions).
- Envoyer les documents relatifs aux sinistres aux Autres intervenants en cause.
- Recevoir des Autres intervenants les évaluations relatives aux sommes payables. À la lumière de ces évaluations, répartir les frais entre lui-même et les Autres intervenants (voir le point 8).
- Au besoin, recouvrer les sommes que lui doivent les Autres intervenants et le RAMG.

Dans l'exercice de ses responsabilités, le Premier intervenant devrait dans la mesure du possible veiller à ce que le processus de règlement soit transparent, de sorte que la Personne couverte sache qu'il s'opérera une coordination des prestations entre les régimes en cause.

Avis donné à l'Autre ou aux Autres intervenants

Il est entendu que l'avis de sinistre présenté par la Personne couverte au Premier intervenant est par le fait même donné à tous les Autres intervenants reconnus comme étant en cause à ce moment, et qu'il sert d'avis aux Autres intervenants.

S'il est établi par la suite que d'autres assureurs ou administrateurs de régimes sont en cause, le processus décrit ci-dessous est répété pour les aviser.

Le Premier intervenant devrait :

- déterminer dès que possible si d'Autres intervenants sont en cause;
- aviser promptement les Autres intervenants en cause, ce qui est extrêmement important dans le cadre de la coordination des prestations;

- s'il y a hospitalisation, l'avis doit être donné immédiatement. Pour ce qui est des autres sinistres, l'avis devrait être donné dans les meilleurs délais.

Les renseignements personnels que détient un assureur ou administrateur de régime ne peuvent être communiqués à un autre assureur ou administrateur de régime sans le consentement de la Personne couverte. Le Premier intervenant devrait demander ce consentement sur sa demande de règlement ou dès qu'on le contacte.

Consultation, contre-expertise

Lorsqu'il évalue une demande de règlement complexe, le Premier intervenant peut, avec le consentement exprès de la Personne couverte, contacter les Autres intervenants également responsables du règlement.

Une fois qu'ils ont été avisés du sinistre, les Autres intervenants peuvent offrir au Premier intervenant de le soutenir en ce qui concerne la gestion du sinistre.

Ce soutien peut comprendre le recours à un organisme d'assistance ou à un fournisseur de services, le choix d'un fournisseur de services attiré, et la supervision des soins médicaux et/ou du rapatriement. Les décisions finales quant à la gestion du sinistre demeurent la responsabilité du Premier intervenant.

7. PROCESSUS DE RÈGLEMENT

En général, le Premier intervenant verse à la Personne couverte ou à son fournisseur de services les prestations dont il est responsable, comme si c'était le seul régime en cause. La couverture des assureurs et des administrateurs de régimes est nette de celle fournie par le RAMG. Toutefois, afin d'accélérer le processus de règlement, le Premier intervenant peut régler d'avance la somme couverte par le RAMG et demander ensuite le remboursement au régime.

Le Premier intervenant avise les Autres intervenants de la part des frais qui est à leur charge, et chacun verse les prestations prévues par son régime à l'intéressé.

Les Autres intervenants peuvent verser les prestations au Premier intervenant si ce dernier a réglé le sinistre en entier et que la somme en cause soit supérieure à la part qui lui revenait.

8. DÉTERMINATION DE LA SOMME PAYABLE

Cette partie décrit le processus suivi pour déterminer la somme payable à la Personne couverte à l'étranger/à l'extérieur de la province ou du territoire par plusieurs régimes. Ce processus s'applique quel que soit l'assureur ou l'administrateur de régime qui agit à titre de Premier intervenant et règle le sinistre.

Processus

Le Premier intervenant :

- 1) calcule sa responsabilité à l'égard de la demande, comme si aucun autre régime n'était en cause, et verse la somme à la Personne couverte, ou à son fournisseur de services si les prestations ont été cédées. Si la Personne couverte a déjà été remboursée par le RAMG, le montant de ce remboursement sera déduit de la somme versée;
- 2) envoie une copie des documents relatifs au sinistre et des détails du paiement à chacun des Autres intervenants. Devrait être comprise dans ces documents une copie :
 - de la demande de règlement ou d'autres documents pertinents, et de l'autorisation de communiquer des renseignements personnels (à même le formulaire ou à part);
 - des factures originales (les factures électroniques sont acceptables);
 - de l'explication des prestations (EDP), ou d'une preuve de paiement;
 - de la preuve de recouvrement auprès du RAMG, ou de l'estimation du recouvrement en fonction du Barème de remboursement du RAMG.

Considérations particulières

En règle générale, lorsqu'il existe plusieurs Régimes primaires, chaque régime règle en parts égales les frais admissibles, sous réserve des franchises et restrictions applicables.

De la même façon, lorsqu'il existe plusieurs Régimes secondaires, ces derniers règlent en parts égales les frais admissibles non couverts par les Régimes primaires, sous réserve des franchises et restrictions applicables.

Lorsque la somme demandée n'est pas couverte en entier par les Régimes primaires ou secondaires en raison d'exclusions ou de restrictions, le solde est à la charge de la Personne couverte.

Exception concernant les régimes collectifs des retraités

Cette exception a trait à la protection maladie complémentaire des retraités. Lorsqu'un régime prévoit un plafond viager de 50 000 \$ ou moins, ledit régime sera toujours un Régime secondaire par rapport à un régime sans plafond viager, pour éviter de ronger la somme allouée.

Lorsque le plafond viager est supérieur à 50 000 \$, seules les sommes en sus de 50 000 \$ seront intégralement coordonnées. En cas de décès de la Personne couverte, le plafond n'a plus à être maintenu, sauf s'il s'applique à un survivant. Par conséquent, la couverture entière du retraité sera intégralement coordonnée.

Si le demandeur a épuisé la couverture fournie par tous les autres régimes en cause, le régime collectif des retraités prendra en charge le solde des frais qu'il couvre.

9. RECOUVREMENT PAR LE PREMIER INTERVENANT AUPRÈS DU RAMG

Si le Premier intervenant recouvre la somme couverte par le RAMG pour le compte de la Personne couverte, le paiement peut être fondé sur une estimation de la somme recouvrable auprès du RAMG.

Par souci d'efficacité, si la somme effectivement recouvrable auprès du RAMG diffère de celle estimée en fonction du Barème de remboursement du RAMG, le Premier intervenant n'ajustera pas la somme allouée pour combler la différence.

10. AJUSTEMENTS

Il est laissé à la discrétion de chaque assureur ou administrateur de régime d'ajuster les paiements déjà effectués comportant une erreur faite par le premier régime à déterminer les prestations payables. Une telle situation peut se produire si la Personne couverte omet d'indiquer tous les régimes en cause. Il est laissé à la discrétion de chaque assureur ou administrateur de régime d'ajuster un paiement ayant fait l'objet d'une coordination des prestations, à la demande de la Personne couverte ou du promoteur du régime au nom de la Personne couverte.

11. DOCUMENTS ORIGINAUX RELATIFS AU SINISTRE

Dans la plupart des cas, le Premier intervenant conservera les documents originaux ou imagés, et fournira aux Autres intervenants une preuve de paiement (une EDP, par exemple).