



Info assurance médicaments

L'*Info assurance médicaments* présente les positions de la Régie de l'assurance maladie du Québec sur différents sujets se rapportant à la Loi sur l'assurance médicaments et sur l'administration du régime général d'assurance médicaments. Ce document s'adresse principalement aux différents intervenants qui oeuvrent dans le milieu québécois de l'assurance de personnes et des régimes d'avantages sociaux. Les sections suivantes disponibles en ligne remplacent les anciens bulletins « INFO assurance-médicaments » publiés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

MISE EN GARDE

Les positions avancées dans ce document n'ont pas force de loi et les textes législatifs ou réglementaires prévalent toujours. L'information traitée n'est pas exhaustive et ne présume pas des interprétations que pourrait en faire une cour de justice.

NOTE : D'autres textes seront introduits ultérieurement dans chaque section du document en vue de le compléter.

TABLE DES MATIÈRES

- 1 Généralités
 - 1.1 [Règles générales](#)
 - 1.2 [Admissibilité au régime général d'assurance médicaments](#)
 - 1.3 [Garanties offertes par le régime général d'assurance médicaments](#)
 - 1.4 [Personnes assurées par le secteur privé](#)
 - 1.5 [Personnes assurées par le secteur public](#)
 - 1.6 [Couverture à titre de bénéficiaire](#)
 - 1.7 [Exclusions touchant la Loi sur l'assurance médicaments](#)
 - 1.8 [Obligations et restrictions concernant la couverture offerte par le secteur privé](#)
 - 1.9 [Participation financière au régime général d'assurance médicaments](#)
- 2 Définition des groupes de personnes assurées
 - 2.1 [Groupes de personnes déterminés conformément à l'article 15.1 de la Loi sur l'assurance médicaments](#)
 - 2.2 [Contrats d'assurance individuelle soumis aux dispositions de l'article 42.2 de la Loi sur l'assurance médicaments](#)
- 3 Répartition des personnes assurées : situations particulières
 - 3.1 Couverture des personnes retraitées
 - 3.2 Utilisation de clauses de disparité
 - 3.3 Travailleurs autonomes
 - 3.4 Entité juridique du preneur de contrat
 - 3.5 Associations à adhésion facultative
 - 3.6 Personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments plutôt qu'au régime collectif privé offert
- 4 Obligations relatives à la couverture : situations particulières
 - 4.1 Programme d'aide aux employés
 - 4.2 Soins dentaires et soins de la vue
 - 4.3 Compte de gestion de santé et régime flexible
 - 4.4 Assurance maladies graves
 - 4.5 Assurance soins de longue durée

- 5 Participation financière : précisions
 - 5.1 Changement d'assureur au cours d'une période de référence
 - 5.2 Contribution financière sous forme de franchise par ordonnance
 - 5.3 Obligation de prélever la prime
 - 5.4 Médicaments achetés à l'avance
 - 5.5 [Médicaments comptabilisés pour établir la contribution maximale](#)
- 6 Périodes temporaires et périodes prolongées d'absence du travail
 - 6.1 Arrêt de travail temporaire et interruption de travail non rémunérés
 - 6.2 Période d'invalidité prolongée
- 7 Couverture à titre de bénéficiaire : précisions
 - 7.1 [Enfant marié ou émancipé](#)
 - 7.2 [Enfant d'un « enfant »](#)
 - 7.3 [Enfant dont les deux parents ne sont pas domiciliés à la même adresse](#)
 - [Règles en vigueur avant le 1^{er} octobre 2007](#)
 - [Règles en vigueur depuis le 1^{er} octobre 2007](#)
 - 7.4 [Décès d'une personne couverte par un régime collectif privé ou inscription au régime public d'assurances médicaments à 65 ans](#)
- 8 Admissibilité : précisions
 - 8.1 Personne assurée qui s'établit dans une autre province canadienne
 - 8.2 Personne non admissible qui s'établit au Québec
 - 8.3 Résident du Québec qui travaille pour un employeur non assujetti à la Loi sur l'assurance médicaments

ANNEXE 1

Formulaire

- [Exemption du prélèvement par l'employeur de la prime afférente aux garanties du régime général d'assurance médicaments](#)

1 Généralités

1.1 Règles générales

Le régime général d'assurance médicaments garantit à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes. À cette fin, le législateur prévoit une protection universelle de base quant au coût de médicaments et de services pharmaceutiques couverts par le régime général, sans égard au risque lié à l'état de santé individuel.

La protection de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments peut être prise en charge par la Régie de l'assurance maladie du Québec en ce qui concerne la partie publique du régime ou encore par des assureurs en assurance collective et des administrateurs de régimes d'avantages sociaux pour ce qui est du secteur privé. Des règles départagent les personnes pouvant être assurées par chacun des secteurs.

D'une part, le régime public d'assurance médicaments couvre les personnes admissibles de 65 ans ou plus, à moins qu'elles ne décident de continuer à adhérer à un régime collectif privé¹, les prestataires de l'assistance-emploi et les autres détenteurs d'un carnet de réclamation. Le régime public couvre également toute personne admissible non tenue d'adhérer à un régime collectif privé conforme aux dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments ou que nul n'est tenu de couvrir comme bénéficiaire d'un tel régime.

D'autre part, le secteur privé assure toutes les personnes tenues d'adhérer à un régime collectif privé. En effet, une personne admissible qui a les qualités requises pour faire partie d'un groupe auquel s'applique un régime collectif privé comportant des garanties en matière d'assurance médicaments est obligée non seulement d'adhérer à un tel régime, mais encore de pourvoir à la couverture, comme bénéficiaires de celui-ci, de son enfant, d'une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle qui est domiciliée chez elle et de son conjoint qui partage le même domicile.

Par ailleurs, la Loi sur l'assurance médicaments stipule que tout régime collectif privé offert à l'égard d'un groupe de personnes visées à l'article 16 et comportant des garanties en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité doit aussi lui offrir une couverture d'assurance médicaments.

La Loi sur l'assurance médicaments établit également la couverture de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments. Les garanties offertes par le régime général touchent le service d'exécution, par un pharmacien, d'une ordonnance ou de son renouvellement ainsi que les médicaments prescrits figurant sur la *Liste de médicaments* dressée par règlement. La couverture d'un régime collectif privé doit satisfaire aux exigences de la Loi, bien qu'elle puisse être élargie en vue d'y inclure des médicaments ne faisant pas partie de la couverture de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments.

¹ Lorsqu'aucune distinction ne s'impose, nous référons dans ce document à un contrat collectif d'assurance ou à un régime d'avantages sociaux par l'expression « un régime collectif privé ».

La Loi sur l'assurance médicaments prévoit la participation financière pouvant être exigée des personnes admissibles au régime général d'assurance médicaments. Cette participation financière se présente sous deux formes : une prime² annuelle et une contribution au paiement du coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis lors de l'achat. Toutes les personnes admissibles au régime général d'assurance médicaments doivent payer la prime annuelle applicable. Toutefois, la Loi stipule que des catégories de personnes assurées par le régime public peuvent en être exemptées.

La contribution liée au coût de médicaments et de services pharmaceutiques fournis peut prendre la forme d'une franchise ou d'une coassurance, ou des deux. Le pourcentage de la coassurance et le montant de la contribution annuelle sont sujets à un maximum fixé par règlement et sont révisables tous les ans. Pour ce qui est du régime public d'assurance médicaments, le statut de chacune des personnes assurées est pris en considération pour établir les paramètres de contribution.

² Revenu Québec utilise le terme « cotisation » pour désigner la prime.

1.2 Admissibilité au régime général d'assurance médicaments

Pour être admissible au régime général d'assurance médicaments, une personne doit être une personne qui réside au Québec au sens de la Loi sur l'assurance maladie et être dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec suivant cette loi.

Une personne qui réside au Québec est une personne domiciliée dans cette province qui satisfait aux conditions prévues par le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec, et qui est, selon le cas, un citoyen canadien, un résident permanent au sens de la Loi sur l'immigration, une personne à qui le statut de réfugié a été accordé au Canada ou qui appartient à une autre catégorie de personnes déterminée par ce règlement.

Il est à noter que tous les détenteurs d'une carte d'assurance maladie délivrée par la Régie de l'assurance maladie du Québec ne sont pas nécessairement admissibles au régime général d'assurance médicaments. En effet, la Loi sur l'assurance maladie établit deux catégories de personnes assurées : celles qui résident au Québec et celles qui séjournent au Québec. Les personnes qui séjournent au Québec ne sont généralement pas admissibles au régime général d'assurance médicaments, tels les travailleurs temporaires et les bénéficiaires d'une bourse du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Toutefois, le secteur privé peut leur offrir une couverture individuelle d'assurance médicaments, mais ni cette couverture ni les personnes concernées ne sont alors assujetties à la Loi sur l'assurance médicaments.

La section 8 de l'*Info assurance médicaments* porte sur l'admissibilité au régime général d'assurance médicaments pour des cas précis.

1.3 Garanties offertes par le régime général d'assurance médicaments

Les garanties qu'offre le régime général d'assurance médicaments aux personnes admissibles portent, d'une part, sur les médicaments inscrits sur la *Liste de médicaments* et fournis au Québec, par un pharmacien, sur ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine, d'un dentiste, d'une sage-femme ou d'un autre professionnel habilité et, d'autre part, sur le service d'exécution en pharmacie d'une ordonnance ou de son renouvellement. La *Liste de médicaments* est dressée et mise à jour périodiquement par règlement³ en vertu de l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments. Tous les régimes collectifs privés doivent couvrir les médicaments qui y sont inscrits.

Liste de médicaments

La *Liste de médicaments* est dressée par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec après consultation du Conseil du médicament. Elle comporte plus de 5 000 médicaments et fournitures.

La section dite « régulière » de cette liste comprend les médicaments dont le coût est garanti sans restriction particulière, de même que certaines fournitures essentielles à l'administration de médicaments d'ordonnance.

Elle contient aussi des médicaments d'exception dont le coût est couvert dans les cas, aux conditions ou pour les indications thérapeutiques qui y sont mentionnés. Cependant, un régime collectif privé peut prévoir des conditions différentes, pourvu que ce régime garantisse minimalement la couverture des médicaments d'exception qui serait obtenue selon les critères figurant sur la *Liste de médicaments*. En ce qui concerne les personnes assurées en vertu du régime public d'assurance médicaments, une demande préalable d'autorisation de paiement est requise par la Régie de l'assurance maladie; le secteur privé peut également fixer cette exigence.

De plus, la *Liste de médicaments* prévoit les cas, les conditions et les circonstances dans lesquels peut être couvert tout autre médicament ne figurant pas à la Liste ou un médicament d'exception requis pour des indications thérapeutiques autres que celles qui y sont prévues. Cette disposition est communément désignée par les termes « mesure du patient d'exception », bien que la Loi n'en fasse pas mention en ces termes. Les médicaments et les catégories de médicaments exclus de la mesure précitée y sont également décrits. En résumé, la mesure du patient d'exception permet de payer des médicaments autrement non couverts par le régime général lors de situations à caractère exceptionnel, par exemple pour un traitement de dernier recours. Depuis le mois de septembre 2005, cette mesure s'applique également aux régimes collectifs privés. En ce qui concerne les personnes assurées en vertu du régime public d'assurance médicaments, une demande préalable d'autorisation de paiement est requise par la Régie de l'assurance maladie pour appliquer la mesure du patient d'exception; le secteur privé peut exiger la même démarche.

³ Le Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments, édicté par arrêté du ministre de la Santé et des Services sociaux, est publié sur le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

La protection de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments comprend les médicaments qui figurent dans la section régulière de la *Liste de médicaments*, les médicaments d'exception ainsi que tout autre médicament qui satisfait à l'ensemble des exigences de la Loi sur l'assurance médicaments et du Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments. Un régime collectif privé est tenu d'offrir cette protection minimale.

Comme le prévoit la Politique du médicament rendue publique au mois de février 2007, une nouvelle sous-section concernant les médicaments d'exception avec suivi pourrait être ajoutée à la *Liste de médicaments*. Les médicaments visés y figureraient de façon transitoire, c'est-à-dire le temps de déterminer s'ils seront inscrits dans la section régulière ou dans celle des médicaments d'exception. La décision définitive repose sur les résultats obtenus à la suite de l'analyse des renseignements concernant leur utilisation pendant une période prédéterminée. Les médicaments d'exception avec suivi devraient être couverts par tout régime collectif privé dès leur intégration dans la *Liste de médicaments*.

Par ailleurs, un régime collectif privé peut garantir la couverture de médicaments qui ne figurent pas sur la *Liste de médicaments* et pour lesquels la mesure du patient d'exception n'est pas invoquée.

La section 5.5 de l'*Info assurance médicaments* traite plus en détail des médicaments d'exception et des médicaments couverts en vertu de la mesure du patient d'exception. Il y est également question, en ce qui concerne ces deux catégories de médicaments, de l'application des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments relatives au cumul de la contribution maximale.

La *Liste de médicaments* est présentée sur le site Internet de la Régie de l'assurance maladie à l'adresse suivante : http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/lois/liste_med.shtml.

Prix des médicaments couverts

La *Liste de médicaments* indique un prix pour chaque médicament y figurant. Ces prix s'appliquent uniquement aux personnes admissibles au régime public d'assurance médicaments.

En fait, la Loi sur l'assurance médicaments ne contient aucune disposition particulière en ce qui a trait aux prix applicables aux groupes de personnes qui adhèrent à un régime collectif privé. Toutefois, elle exige que soit garanti le paiement du coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis, sur la base du prix payé par la personne assurée, dans la mesure prévue par la Loi.

Médicaments fournis au Québec

La Loi sur l'assurance médicaments limite la portée de l'obligation de couverture d'assurance aux médicaments et aux services pharmaceutiques obtenus au Québec seulement.

Il existe cependant une exception à cette règle. En effet, la couverture qu'offre le régime général d'assurance médicaments s'applique également lorsqu'une personne obtient des médicaments dans une pharmacie située à l'extérieur du Québec qui a conclu une entente avec

la Régie de l'assurance maladie à cette fin. Plus précisément, cette mesure s'applique lorsqu'une pharmacie est située dans une région limitrophe au Québec et que, dans un rayon de 32 kilomètres, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population. Les régimes collectifs privés sont aussi tenus de garantir la couverture des médicaments achetés à l'extérieur du Québec dans les pharmacies avec lesquelles la Régie a négocié une entente.

En résumé, les médicaments et les services pharmaceutiques fournis à l'extérieur de la province de Québec, à l'exception de ceux qui sont mentionnés précédemment, ne sont pas couverts par le régime général d'assurance médicaments. Il importe de noter par ailleurs que les régimes collectifs privés peuvent étendre la couverture d'assurance médicaments qu'ils offrent au-delà de ce que prévoit la Loi sur l'assurance médicaments, telle une protection pour les médicaments obtenus ailleurs au Canada ou à l'étranger.

Pour savoir si un régime collectif privé couvre les médicaments achetés à l'extérieur du Québec, il suffit de lire la brochure explicative du régime visé ou bien de s'adresser directement à l'assureur ou à l'administrateur concerné.

1.4 Personnes assurées par le secteur privé

Dans le secteur privé, une protection de base en matière d'assurance médicaments ne peut être proposée au sens de la Loi sur l'assurance médicaments qu'au moyen d'un contrat collectif d'assurance ou d'un régime d'avantages sociaux, soit « un régime collectif privé »⁴.

Personnes de moins de 65 ans

Toute personne de moins de 65 ans admissible au régime général d'assurance médicaments, qui n'est pas prestataire de l'assistance-emploi ni détentrice d'un carnet de réclamation délivré par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, peut être couverte soit par le régime public d'assurance médicaments, soit par le secteur privé.

Quel critère détermine l'option à privilégier? Lorsqu'une protection d'assurance médicaments conforme aux dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments est disponible par l'entremise du secteur privé, la personne admissible a l'obligation d'y adhérer. Dès lors, elle ne peut être couverte par le régime public d'assurance médicaments. D'où les expressions « préséance du secteur privé » ou « primauté du secteur privé » sur le régime public.

Qu'est-ce exactement qu'une protection d'assurance médicaments conforme aux dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments? C'est un contrat collectif d'assurance ou un régime d'avantages sociaux offert à un groupe de personnes déterminé conformément à l'article 15.1 de la Loi et qui comporte des garanties de paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments qui respectent les exigences de la Loi.

D'autre part, l'obligation légale d'adhésion pour la personne admissible s'accompagne d'une obligation pour le régime collectif privé d'étendre la couverture d'assurance aux bénéficiaires de l'adhérent, s'ils ne sont pas déjà couverts par un autre régime collectif privé conforme à la Loi. Au sens de la Loi sur l'assurance médicaments, les bénéficiaires comprennent l'enfant, la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle qui est domiciliée chez l'adhérent et le conjoint qui partage le même domicile que l'adhérent. La section 1.6 de l'*Info assurance médicaments* précise ces définitions.

La Loi sur l'assurance médicaments n'oblige aucune personne à avoir plus d'une couverture d'assurance médicaments lorsqu'elles lui sont fournies par l'entremise du secteur privé, par exemple une offre de son employeur et une autre de son association professionnelle. Il lui revient de choisir l'une ou l'autre des couvertures offertes, sauf si l'employeur ou l'association rend obligatoire l'adhésion au régime collectif privé.

La section 3.5 de l'*Info assurance médicaments* précise le caractère particulier des régimes collectifs privés offerts par l'entremise d'associations à adhésion facultative.

⁴ Lorsqu'aucune distinction ne s'impose, nous référons dans ce document à un contrat collectif d'assurance ou à un régime d'avantages sociaux par l'expression « un régime collectif privé ».

Personnes de 65 ans ou plus

Les personnes de 65 ans ou plus admissibles au régime général d'assurance médicaments sont automatiquement couvertes par le régime public d'assurance médicaments. Toutefois, et c'est une distinction importante, le législateur leur laisse la possibilité de se soustraire au régime public et de maintenir ainsi leur adhésion à un régime collectif privé conforme à la Loi. De même, une personne de 65 ans ou plus peut se soustraire au régime public et continuer de bénéficier de la couverture du régime collectif privé de son conjoint.

Lorsqu'une personne de 65 ans ou plus choisit de se soustraire au régime public d'assurance médicaments pour maintenir son adhésion à un régime collectif privé, ce régime a l'obligation d'étendre la couverture d'assurance médicaments aux bénéficiaires de l'adhérent, comme lorsqu'il s'agit d'un adhérent âgé de moins de 65 ans.

À l'inverse, lorsqu'une personne de 65 ans délaisse son régime collectif privé conséquemment à son inscription automatique au régime public d'assurance médicaments, la couverture d'assurance médicaments offerte par le régime collectif privé ne peut plus, dès lors, s'étendre aux bénéficiaires de cette personne. Le conjoint qui partage le même domicile que cette personne, doit alors vérifier s'il a accès à un autre régime collectif privé conforme à la Loi et y adhérer, que ce soit notamment par l'intermédiaire d'un emploi ou d'une association professionnelle dont il est membre. Si ce conjoint n'a aucun accès à un régime collectif privé conforme à la Loi, il doit s'inscrire au régime public.

1.5 Personnes assurées par le secteur public

La Régie de l'assurance maladie assure la protection prévue par le régime général d'assurance médicaments à l'égard des catégories de personnes suivantes :

- celles de 65 ans ou plus qui choisissent de ne pas adhérer à un régime collectif privé;
- les prestataires de l'assistance-emploi et les autres détenteurs d'un carnet de réclamation délivré par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale;
- toute autre personne qui n'est pas obligée d'adhérer à un régime collectif privé ou que nul n'est tenu de couvrir comme bénéficiaire des garanties offertes par un tel régime à titre de conjoint, d'enfant ou de personne atteinte de déficience fonctionnelle.

Les personnes de 65 ans ou plus qui bénéficient des protections offertes par un régime collectif privé peuvent choisir d'y renoncer en vue de s'inscrire au régime public d'assurance médicaments.

Le régime public d'assurance médicaments couvre également les personnes suivantes, à moins qu'une personne tenue d'adhérer à un régime collectif privé n'ait à pourvoir à leur couverture :

- l'enfant d'une personne couverte par le régime public;
- la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle qui est domiciliée chez la personne couverte par le régime public.

La section 1.6 de l'*Info assurance médicaments* décrit les catégories de personnes qui peuvent être couvertes par un régime collectif privé à titre de bénéficiaires, tandis que la section 3.6 porte sur les conséquences pour une personne admissible à un régime collectif privé d'être plutôt inscrite au régime public d'assurance médicaments.

1.6 Couverture à titre de bénéficiaire

La Loi sur l'assurance médicaments prévoit qu'une personne couverte par un régime collectif privé doit pourvoir à la couverture de son enfant, d'une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle qui est domiciliée chez elle et de son conjoint qui partage le même domicile, à moins que ces derniers ne soient déjà couverts par un tel régime à titre de bénéficiaires ou d'adhérents.

En contrepartie, la Loi oblige l'assureur ou l'administrateur d'un régime d'avantages sociaux à garantir la couverture de l'enfant d'une personne tenue d'adhérer au régime, d'une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle qui est domiciliée chez elle et de son conjoint qui partage le même domicile. De plus, il a l'obligation de garantir la couverture de ces personnes sans considération de leur état de santé, de leur sexe ou de leur âge. Enfin, il ne peut imposer une limitation annuelle ou viagère d'indemnité à une personne couverte par un régime collectif privé.

Une personne de 65 ans ou plus couverte par un régime collectif privé doit elle aussi, et dans la même mesure, pourvoir à la couverture de son enfant, d'une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle qui est domiciliée chez elle et de son conjoint qui partage le même domicile.

Par ailleurs, la Loi n'oblige aucun assureur ni aucun administrateur d'un régime d'avantages sociaux à garantir la couverture d'une personne de façon rétroactive, lorsque, par exemple, une personne couverte par le régime a omis de demander que son enfant ou son conjoint soit couvert. Par contre, le conjoint d'une personne couverte par un tel régime qui aurait négligé de demander de le couvrir, à défaut de fournir une preuve d'assurance, devra verser, lors de sa déclaration de revenus, le montant équivalent à la prime exigible pour le régime public d'assurance médicaments durant la période où il y aurait eu absence de ce type d'assurance, même si ce conjoint ne pouvait être couvert par le régime public.

Couverture de l'enfant

Au sens de la Loi sur l'assurance médicaments, un enfant est une personne admissible âgée de moins de 18 ans à l'égard de laquelle son père, sa mère ou son tuteur exerce l'autorité parentale ou encore une personne admissible ayant moins de 26 ans lorsqu'elle fréquente ou est réputée fréquenter un établissement d'enseignement à temps complet et qu'elle y est dûment inscrite à titre d'étudiante, qu'elle est sans conjoint et qu'elle est domiciliée chez son père, sa mère ou son tuteur qui exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

Si les parents partagent le même domicile, l'obligation de couvrir l'enfant est respectée lorsque l'un d'eux pourvoit à la couverture de celui-ci. La Loi ne précise pas lequel des deux parents doit assumer cette responsabilité, mais elle n'impose pas de double protection. L'un ou l'autre des parents qui sont admissibles à un régime collectif privé doit, d'un commun accord, pourvoir à la couverture de leur enfant. Lorsqu'un seul parent est admissible à un régime collectif privé, ce parent doit assumer cette obligation.

Enfin, la section 7.3 de l'*Info assurance médicaments* traite de la situation particulière des parents d'un enfant qui n'ont pas de domicile commun. Il y est également question de l'article 18.1 de la Loi sur l'assurance médicaments qui est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2007.

Couverture du conjoint

La Loi sur l'assurance médicaments précise que le terme « conjoint » doit être interprété suivant la Loi sur les impôts. Ainsi, deux personnes de sexe opposé ou de même sexe sont considérées comme des conjoints dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- a) elles sont mariées ou unies civilement;
- b) elles vivent maritalement depuis au moins 12 mois consécutifs (toute rupture de moins de 90 jours n'interrompt pas la période de 12 mois);
- c) elles vivent maritalement (peu importe la durée de l'union) et ont un enfant ensemble (biologique ou adoptif).

En vertu de l'article 18 de la Loi sur l'assurance médicaments en vigueur depuis le 30 août 2006, une personne couverte par un régime collectif privé doit pourvoir à la couverture de son conjoint qui partage le même domicile.

Il faut toutefois comprendre que la personne couverte par un régime collectif privé n'est obligée de pourvoir à la couverture de son conjoint que si celui-ci est âgé de moins de 65 ans. Une personne de 65 ans ou plus conserve toujours la possibilité de choisir la protection assumée par la Régie de l'assurance maladie même si son conjoint adhère à un régime collectif privé.

Couverture de la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle est une personne admissible majeure, sans conjoint, qui a une déficience fonctionnelle déterminée dans le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments, laquelle est apparue avant qu'elle n'ait atteint l'âge de 18 ans, qui ne reçoit aucune prestation en vertu d'un programme d'aide financière de dernier recours et qui est domiciliée chez son père, sa mère ou son tuteur qui exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

Une personne couverte par un régime collectif privé a l'obligation de pourvoir à la couverture d'une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle seulement si toutes les conditions susmentionnées sont remplies.

Couverture par la Régie de l'assurance maladie

Pour sa part, le régime public d'assurance médicaments couvre les personnes suivantes, à moins qu'une personne tenue d'adhérer à un régime collectif privé n'ait à pourvoir à leur couverture :

- l'enfant d'une personne couverte par le régime public;
- la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle qui est domiciliée chez son père, sa mère ou son tuteur qui exercerait l'autorité parentale si elle était mineure et qui est couvert par le régime public.

1.7 Exclusions touchant la Loi sur l'assurance médicaments

La Loi sur l'assurance médicaments exclut non seulement des catégories de personnes de la protection qu'offre le régime général d'assurance médicaments, mais aussi des garanties quant aux médicaments et aux services pharmaceutiques couverts en vertu d'une autre loi ou d'un programme administré par un gouvernement.

Exclusions de catégories de personnes

Certaines catégories de personnes ne sont pas couvertes par le régime général d'assurance médicaments, car elles bénéficient d'une couverture équivalente en vertu d'une autre loi du Québec, d'une loi du Parlement du Canada, d'une loi d'une autre province canadienne ou d'un autre pays ou encore d'un programme administré par un gouvernement, un ministère ou un organisme gouvernemental. Ces catégories de personnes sont décrites dans le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments.

Il s'agit des bénéficiaires de la « Convention » au sens de la Loi approuvant la Convention de la Baie James et du Nord québécois (L.R.Q., c. C-67) ou de la Loi approuvant la Convention du Nord-Est québécois (L.R.Q., c. C-67.1), des Indiens inscrits auprès du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien du gouvernement du Canada conformément à la Loi sur les Indiens (L.R.C., 1985, c. T-5) ainsi que des Inuits reconnus par ce ministère.

D'autre part, les personnes hébergées dans une installation maintenue par un établissement public ou privé conventionné qui exploite un centre d'hébergement et de soins de longue durée ne sont pas couvertes par le régime général d'assurance médicaments, car elles bénéficient d'une couverture équivalente en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) ou en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5).

En conséquence, n'étant pas assujetties à la Loi sur l'assurance médicaments, ces personnes n'ont ni les obligations ni les droits qui en découlent.

Exclusions de garanties

La Loi sur l'assurance médicaments stipule que les garanties offertes par le régime général d'assurance médicaments ne couvrent pas le coût des médicaments et des services pharmaceutiques qu'une personne admissible peut obtenir et auxquels elle a par ailleurs droit en vertu d'une autre loi du Québec, d'une loi du Parlement du Canada, d'une loi d'une autre province canadienne ou d'un autre pays ou en vertu d'un programme administré par un gouvernement, un ministère ou un organisme gouvernemental.

Ainsi, les médicaments et les services pharmaceutiques fournis à une personne hébergée dans un centre hospitalier et, dans certaines situations, à une personne qui reçoit des services d'un centre hospitalier sans y être hébergée ne font pas l'objet des garanties offertes par le régime général d'assurance médicaments. À cet égard, ces établissements assument les responsabilités qui leur sont confiées en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., c. A-28).

De même, les médicaments et les services pharmaceutiques fournis à une personne en vertu de la Loi sur les services correctionnels (L.R.Q., c. S-4.01) ne font pas l'objet des garanties qu'offre le régime général d'assurance médicaments. Ainsi, ceux qui sont fournis aux prisonniers détenus dans un établissement provincial proviennent habituellement de la pharmacie d'un centre hospitalier situé à proximité du centre de détention.

Par ailleurs, les garanties du régime général d'assurance médicaments ne comprennent pas le coût des médicaments et des services pharmaceutiques qu'une personne admissible peut obtenir en vertu de la Loi sur l'assurance automobile (L.R.Q., c. A-25) et de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., c. A-3.001).

Les médicaments et les services pharmaceutiques fournis dans le cadre du programme provincial de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement, pour le traitement de la tuberculose ainsi que pour la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence offerts en pharmacie ne font pas davantage l'objet des garanties offertes par le régime général d'assurance médicaments.

Au nombre de lois fédérales qui prévoient la couverture de médicaments et de services pharmaceutiques, il y a lieu de mentionner la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État (L.R., 1985, ch. G-5) et la Loi sur l'indemnisation des marins marchands (L.R., 1985, ch. M-6). Pour leur part, les médicaments et les services pharmaceutiques fournis aux prisonniers fédéraux sont couverts en vertu de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (L.R., 1992, ch. 20).

Enfin, les médicaments et les services pharmaceutiques fournis aux membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada relèvent de programmes administrés par le gouvernement canadien. Ils sont donc exclus des garanties qu'offre le régime général d'assurance médicaments du Québec.

1.8 Obligations et restrictions concernant la couverture offerte par le secteur privé

La Loi sur l'assurance médicaments impose des obligations et des restrictions concernant la couverture d'assurance médicaments que le secteur privé peut offrir notamment en ce qui a trait à la définition des groupes de personnes à assurer, à la nature d'un contrat d'assurance et aux garanties ou protections que ce dernier doit comporter.

Dans le secteur privé, une couverture d'assurance médicaments ne peut être proposée, au sens de la Loi sur l'assurance médicaments, qu'au moyen d'un contrat collectif d'assurance ou d'un régime d'avantages sociaux.

L'entrée en vigueur, le 30 août 2006, du nouvel article 42.2 de la Loi sur l'assurance médicaments ne modifie pas l'interdiction faite au secteur privé d'offrir des contrats d'assurance médicaments individuelle. Au contraire, cet article stipule que, dans certaines circonstances, des contrats d'assurance individuelle comportant des garanties en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité y sont assujettis. Par conséquent, ces contrats doivent comporter la couverture de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments. La section 2.2 de l'*Info assurance médicaments* traite plus en détail de l'article 42.2 de la Loi.

La Loi sur l'assurance médicaments oblige un régime collectif privé qui offre à un groupe de personnes déterminé conformément à l'article 15.1 de la Loi des garanties en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité à comporter aussi la couverture de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments. La section 2.1 de l'*Info assurance médicaments* décrit en détail les conditions qu'un groupe de personnes doit satisfaire pour se conformer à l'article 15.1 de la Loi.

Toutefois, un régime collectif privé peut offrir à des groupes de personnes visés à l'article 15.1 de la Loi une couverture d'assurance médicaments conforme à celle du régime général, sans aucune obligation de lui proposer des garanties en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité.

Quelques précisions doivent être apportées quant à la nature des garanties offertes par un régime collectif privé en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité.

Tout d'abord, une banque de congés de maladie rémunérés ne constitue pas un régime d'avantages sociaux comportant des garanties en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité.

En outre, une protection en cas de mutilation accidentelle constitue une garantie en cas d'accident. Par conséquent, un régime collectif privé comportant une telle garantie doit également offrir la couverture de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments. Par contre, un régime collectif privé qui ne comporte qu'une couverture d'assurance vie et qui, accessoirement, inclut une prestation en cas de mort accidentelle seulement n'a pas à offrir les garanties du régime général d'assurance médicaments.

Enfin, un contrat comportant exclusivement une assurance voyage n'a pas à offrir une couverture d'assurance médicaments étant donné que les protections d'assurance voyage ne s'appliquent qu'à l'extérieur du Québec et que le régime général d'assurance médicaments ne couvre pas, sauf exception, les médicaments fournis en pareil cas.

La section 4 de l'*Info assurance médicaments* traite d'autres garanties d'assurance possibles.

1.9 Participation financière au régime général d'assurance médicaments

La Loi sur l'assurance médicaments établit le cadre de la participation financière qui peut être exigée des personnes admissibles au régime général d'assurance médicaments. Cette participation se présente sous deux formes : une prime⁵ ainsi qu'une contribution quant au coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis.

La Régie de l'assurance maladie est chargée de déterminer le taux d'ajustement applicable au montant maximal de la prime annuelle que doivent verser les personnes admissibles au régime public d'assurance médicaments, tandis que Revenu Québec a la responsabilité de percevoir les primes à payer. En ce qui concerne les régimes collectifs privés, la prime de même que les modalités de paiement sont négociées entre les parties.

Par ailleurs, une contribution peut être exigée des personnes assurées pour payer une partie du coût des médicaments et des services pharmaceutiques qui leur sont fournis en vertu du régime général d'assurance médicaments. La contribution comprend une franchise ou une coassurance, ou les deux. La coassurance est calculée, le cas échéant, une fois la franchise payée. Le pourcentage de la coassurance ne peut toutefois excéder le pourcentage fixé par la Loi sur l'assurance médicaments (30 % au 1^{er} juillet 2007). Pour ce qui est du régime public d'assurance médicaments, la contribution comprend une franchise et une coassurance.

Lorsqu'une contribution est exigée, elle doit s'appliquer suite à l'exécution en pharmacie de chaque ordonnance ou renouvellement de celle-ci, jusqu'à concurrence de la contribution maximale par période de référence d'un an prévue par la Loi sur l'assurance médicaments (904 \$ au 1^{er} juillet 2007). La contribution maximale est applicable pour chaque personne adulte. Elle comprend, le cas échéant, les contributions qu'une personne paie pour son enfant ou pour une personne atteinte de déficience fonctionnelle qui est domiciliée chez elle. L'assureur ou l'administrateur d'un régime collectif privé doit veiller au respect de ce plafond.

La période de référence s'étend sur douze mois consécutifs. En ce qui regarde le régime public d'assurance médicaments, l'année civile constitue la période de référence et la contribution maximale est calculée sur une base mensuelle. Pour les régimes collectifs privés, l'année visée par le contrat est la période de référence et la contribution maximale est habituellement calculée et appliquée sur une base annuelle.

La franchise, le pourcentage de la coassurance et la contribution maximale du régime public d'assurance médicaments sont révisables au 1^{er} juillet de chaque année. Les régimes collectifs privés doivent respecter les exigences légales au regard du pourcentage de la coassurance et de la contribution maximale en ce qui concerne la couverture de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments. Par contre, les médicaments non assurés par le régime général n'ont pas à être soumis à l'application de ces paramètres de contribution, leur couverture n'étant pas régie par la Loi sur l'assurance médicaments. Ce sujet est abordé plus à fond dans la section 5.5 de l'*Info assurance médicaments*.

⁵ Revenu Québec utilise le terme « cotisation » pour désigner la prime.

La Loi sur l'assurance médicaments prévoit des dispositions particulières lorsqu'une personne change de régime d'assurance au cours d'une période de référence afin qu'elle n'ait pas à payer plus que la contribution maximale annuelle. La section 5.1 de l'*Info assurance médicaments* porte sur cette question.

2 Définition des groupes de personnes assurées

2.1 Groupes de personnes déterminés conformément à l'article 15.1 de la Loi sur l'assurance médicaments

La Loi sur l'assurance médicaments restreint la nature des groupes de personnes à qui le secteur privé peut offrir les garanties de base requises en vertu du régime général d'assurance médicaments à des groupes déterminés conformément à l'article 15.1. Par conséquent, seuls ces groupes ont les droits et les obligations conférés en vertu des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments.

« Un groupe de personnes déterminé conformément à l'article 15.1 » de la Loi sur l'assurance médicaments est un groupe constitué à des fins autres que la souscription d'assurance pour ses membres et composé de personnes admissibles au régime général d'assurance médicaments qui satisfait aux conditions énumérées ci-après :

- ces personnes font partie du groupe en raison d'un lien d'emploi actuel ou ancien
ou encore
peuvent être liées en raison de leur adhésion à un organisme d'une nature expressément définie et qui offre, facilite l'adhésion ou rend accessible à ses membres un régime collectif privé ou un contrat d'assurance individuelle⁶. Il peut s'agir d'un des organismes suivants :
 - un ordre professionnel;
 - une association professionnelle qui regroupe des membres d'un ou de plusieurs ordres professionnels;
 - un syndicat ou une association de salariés;
 - une association qui regroupe des membres exerçant un même métier ou un même travail;
- ces personnes ont les qualités requises pour adhérer au régime collectif privé applicable au groupe.

Un groupe de personnes doit donc être déterminé en vertu d'un lien d'emploi, en raison d'une profession, d'un métier, d'un travail ou encore d'une appartenance à un syndicat. La raison d'être du groupe doit consister en un intérêt ou un objectif commun aux membres, ce qui justifie sa constitution, et être différente et indépendante du besoin d'assurance. À titre d'exemple, les ordres professionnels ont notamment pour mission d'assurer la qualité et la sécurité des services fournis par les membres et non de rendre accessible à ces derniers une protection d'assurance.

⁶ Un contrat d'assurance individuelle conclu sur la base d'une ou de plusieurs caractéristiques propres à une assurance collective en vertu de l'article 42.2 de la Loi sur l'assurance médicaments (voir la section 2.2 de l'*Info assurance médicaments*).

Un régime collectif qui offre des garanties en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité aux membres d'un groupe qui rencontre les conditions prévues à l'article 15.1 de la Loi doit aussi comporter les garanties de base requises en vertu du régime général d'assurance médicaments. Les membres d'un tel groupe ont alors l'obligation d'adhérer au régime collectif privé.

À l'inverse, un régime collectif privé offert à un groupe de personnes non déterminé conformément à l'article 15.1 de la Loi ne peut comporter les garanties de base requises en vertu du régime général d'assurance médicaments. Il peut toutefois inclure n'importe quelle autre garantie généralement offerte en vertu d'un régime collectif privé.

Les groupements d'achats de biens et de services, les associations sportives, étudiantes, philanthropiques ou de loisirs de même que les clubs sociaux en général ne constituent pas des groupes de personnes déterminés conformément à l'article 15.1 de la Loi sur l'assurance médicaments. Par conséquent, les garanties de base requises en vertu du régime général d'assurance médicaments ne pourraient être proposées à de tels groupes.

Rappelons que, si une erreur était commise dans la détermination d'un groupe, les personnes qui en feraient partie pourraient avoir à payer une double prime en ce qui a trait à la couverture d'assurance médicaments. Pour sa part, l'assureur s'exposerait à l'annulation de la partie du contrat afférente aux garanties de base requises en vertu du régime général d'assurance médicaments, compte tenu des dispositions de la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29) qui interdisent expressément de conclure un contrat ayant pour objet le paiement de services couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Qualités requises

Les qualités requises sont des critères d'admissibilité établis par le preneur de contrat. Elles permettent de circonscrire l'étendue d'un groupe de personnes que le preneur souhaite assurer. Tout critère d'admissibilité en vue de circonscrire le groupe peut être proposé, sauf en ce qui a trait à l'âge, au sexe ou à l'état de santé des personnes. À titre d'exemple, les régimes collectifs privés peuvent prévoir des périodes d'attente, un minimum d'heures travaillées, des périodes probatoires, un taux horaire minimal ou encore un niveau minimal de revenu annuel pour être admissible à la couverture d'assurance médicaments, et cela, conformément aux pratiques habituelles. Ces régimes peuvent également prévoir l'exclusion des travailleurs à temps partiel et des travailleurs temporaires.

Enfin, le législateur n'oblige pas un employeur à offrir une couverture d'assurance médicaments à ses retraités. Cependant, les dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments seraient enfreintes si la couverture d'assurance médicaments d'un régime collectif privé devait cesser à 65 ans, car il s'agirait là d'une exclusion basée sur l'âge. Il en irait de même si un critère utilisant un coefficient lié à l'âge était additionné à un nombre précis d'années de service ou si la fin de la couverture d'assurance médicaments était prévue dix ans après la retraite. Ces critères pourraient tous être considérés comme des artifices employés pour contourner la règle qui empêche de déterminer un groupe de personnes en raison de l'âge.

2.2 Contrats d'assurance individuelle soumis aux dispositions de l'article 42.2 de la Loi sur l'assurance médicaments

Un contrat d'assurance individuelle conclu sur la base d'une ou de plusieurs caractéristiques propres à une assurance collective peut être assujéti aux dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments. Il en va ainsi depuis le 30 août 2006, date de l'entrée en vigueur de l'article 42.2 de la Loi.

En effet, un contrat d'assurance individuelle est assujéti aux dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments s'il satisfait aux conditions suivantes :

- il est offert à des personnes admissibles au régime général d'assurance médicaments, qui composent un groupe déterminé conformément à l'article 15.1;
- il comporte des garanties en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité;
- il est conclu sur la base d'une ou plusieurs caractéristiques propres à l'assurance collective.

La Loi sur l'assurance médicaments considère que les caractéristiques suivantes sont propres à une assurance collective:

- une prime annuelle d'un montant uniforme;
- une couverture sans égard au risque lié à l'état de santé des personnes;
- un tarif ou des arrangements financiers basés sur l'expérience du groupe concerné;
- un contrat négocié entre un assureur et un intermédiaire au nom du groupe concerné.

De plus, la Loi sur l'assurance médicaments prévoit la possibilité d'ajouter d'autres caractéristiques par voie réglementaire.

Un contrat d'assurance individuelle qui satisfait aux conditions énumérées ci-dessus est automatiquement visé par la Loi sur l'assurance médicaments. Par conséquent, il doit comporter les garanties de base requises en vertu du régime général d'assurance médicaments. De plus, l'assureur ou le preneur de contrat ainsi que les personnes faisant partie du groupe concerné sont tenus de respecter toutes les obligations que leur impose le législateur.

L'article 42.2 de la Loi sur l'assurance médicaments ne modifie pas l'interdiction d'offrir des contrats d'assurance individuelle qui garantissent la couverture de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments. Il a pour seul effet d'étendre la portée de la Loi à un ensemble de contrats d'assurance individuelle, lorsque toutes les conditions mentionnées précédemment sont satisfaites.

À titre d'exemple, si une association professionnelle décidait d'offrir à ses membres une couverture individuelle d'assurance invalidité à un tarif uniforme et que ceux-ci étaient admissibles au régime général d'assurance médicaments, la couverture proposée serait assujéti aux dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments (article 42.2) et devrait inclure la protection de base requise en vertu du régime général. Tous les membres de l'association devraient alors y adhérer, à moins d'être assurés par l'entremise d'un autre régime collectif privé conforme à la Loi.

5.5 Médicaments comptabilisés pour établir la contribution maximale

La Loi sur l'assurance médicaments établit la couverture de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments. Cette couverture comprend les médicaments et les fournitures inscrits à la section régulière de la *Liste de médicaments* ainsi que les médicaments d'exception prescrits pour une indication thérapeutique reconnue pour leur paiement. Elle inclut aussi des médicaments couverts en vertu de la mesure du patient d'exception, c'est-à-dire des médicaments qui ne sont pas inscrits sur la *Liste de médicaments* ou des médicaments d'exception utilisés pour des indications thérapeutiques autres que celles énoncées dans cette liste, dans les cas, les conditions et les circonstances prévus par règlement⁷.

Les régimes collectifs privés doivent respecter les dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments au regard du pourcentage de la coassurance et de la contribution maximale en ce qui concerne la couverture de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments. Par contre, ces paramètres de contribution ne s'appliquent pas aux médicaments non couverts par le régime général, leur couverture n'étant pas régie par la Loi. Par conséquent, lorsque des régimes collectifs privés offrent une protection plus large que celle du régime général, les modalités de la contribution financière exigée de la personne assurée, pour les produits non couverts par le régime général seulement, peuvent différer de celles que prévoit la Loi. Ainsi, le pourcentage de la coassurance exigé pour ces produits peut excéder le pourcentage maximal prescrit. Par ailleurs, l'assureur n'a pas l'obligation de comptabiliser la contribution afférente à ces produits aux fins du cumul de la contribution maximale.

Les paragraphes suivants expliquent les dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments au regard du pourcentage de la coassurance et de la contribution maximale en ce qui concerne les médicaments d'exception et les médicaments couverts par la mesure du patient d'exception.

Les médicaments d'exception

La *Liste de médicaments* comprend des médicaments d'exception dont le coût est couvert selon des indications thérapeutiques reconnues pour leur paiement et qui y sont mentionnées. Toutefois, la Loi sur l'assurance médicaments permet que ces conditions puissent différer pour un régime collectif privé; il peut de fait avoir des exigences différentes, pourvu qu'il garantisse minimalement la couverture des médicaments d'exception qui serait obtenue selon les critères figurant à la *Liste de médicaments*.

Les médicaments d'exception couverts selon des exigences autres que celles indiquées à la *Liste de médicaments* sont réputés faire partie de la couverture de base et à ce titre, sont dès lors soumis à la Loi sur l'assurance médicaments et les dispositions légales relatives aux paramètres financiers s'appliquent en tout temps pour ce qui est de leur couverture. Le pourcentage de la coassurance appliqué doit donc respecter les exigences de la Loi. De même, la contribution financière afférente à ces médicaments doit toujours être comptabilisée aux fins de la contribution maximale.

⁷ Le Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments a été édicté par arrêté du ministre de la Santé et des Services sociaux et publié sur le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

La mesure du patient d'exception

La mesure du patient d'exception permet la couverture de médicaments qui ne figurent pas sur la *Liste de médicaments* ou encore de médicaments d'exception utilisés pour des indications thérapeutiques autres que celles énoncées dans cette liste. La *Liste de médicaments* précise également les catégories de médicaments qui sont exclues de la mesure du patient d'exception. En résumé, cette mesure permet de payer, dans des situations à caractère exceptionnel, tel un traitement de dernier recours et ce, pour une durée autorisée, des médicaments qui, autrement, ne seraient pas couverts par le régime général.

Les critères justifiant la couverture d'un médicament en vertu de la mesure du patient d'exception, c'est-à-dire les cas, les conditions et les circonstances mentionnés dans la *Liste de médicaments*, sont applicables tant au régime public d'assurance médicaments qu'à un régime collectif privé.

Lorsque la situation d'une personne assurée satisfait aux critères de la mesure du patient d'exception, la couverture du médicament est soumise aux dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments et le pourcentage de la coassurance doit répondre aux exigences légales. De même, la contribution financière afférente à ce médicament doit être comptabilisée aux fins de la contribution maximale.

Enfin, si les critères de la mesure du patient d'exception ne sont pas remplis étant donné la situation de la personne assurée, le médicament visé ne fait pas partie de la couverture de base du régime général. Un régime collectif privé peut toutefois le couvrir, mais sans avoir à respecter les dispositions légales relatives à la coassurance et à la contribution maximale.

Pour une personne assurée, l'accès à la protection garantie par la mesure du patient d'exception peut avoir un impact financier non négligeable. En effet, il arrive que le médicament visé soit très coûteux. Il importe alors que la personne assurée puisse non seulement bénéficier d'une couverture d'assurance en matière de médicaments, mais également limiter sa participation financière à un niveau acceptable. C'est essentiellement ce dernier objectif qui est visé par les dispositions légales au regard du pourcentage de la coassurance et de la contribution maximale.

Puisque la couverture de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments inclut aussi les médicaments couverts en vertu de la mesure du patient d'exception, les assureurs et les administrateurs de régime d'avantages sociaux doivent offrir minimalement aux personnes assurées une protection incluant cette mesure. Par conséquent, ils doivent non seulement informer les personnes assurées de l'existence de cette mesure, mais ils doivent aussi indiquer, le cas échéant, la démarche à suivre afin de s'en prévaloir.

Ainsi, les assureurs et les administrateurs d'un régime d'avantages sociaux doivent prévoir un mécanisme de traitement de tels cas. Ce mécanisme peut consister en l'analyse d'une demande d'autorisation de paiement produite par la personne assurée ou le prescripteur du médicament, ou encore toute autre démarche jugée satisfaisante par l'assureur ou l'administrateur du régime pour arriver à déterminer si la situation d'une personne assurée remplit les critères de la mesure du patient d'exception.

7 Couverture à titre de bénéficiaire : précisions

La Loi sur l'assurance médicaments prévoit qu'une personne couverte par un régime collectif privé doit pourvoir à la couverture de son enfant, d'une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle qui est domiciliée chez elle et de son conjoint qui partage le même domicile, à moins que ces derniers ne soient déjà couverts par un tel régime à titre de bénéficiaires ou d'adhérents.

La définition des termes « enfant » et « conjoint » et de l'expression « personne atteinte d'une déficience fonctionnelle » est donnée dans la section 1.6. La présente section traite essentiellement de situations particulières.

7.1 Enfant marié ou émancipé

Une personne de moins de 18 ans mariée ou émancipée n'est plus considérée comme un enfant au sens de la Loi sur l'assurance médicaments, étant donné que son père, sa mère ou son tuteur n'exerce aucune autorité parentale à son égard. Par conséquent, un enfant marié ou émancipé ne peut être couvert, à titre de bénéficiaire, par le régime collectif privé de l'un de ses parents ou de son tuteur. Il est donc obligé d'adhérer en premier ressort au régime collectif privé auquel il est admissible, sinon il doit s'inscrire au régime public d'assurance médicaments.

7.2 Enfant d'un « enfant »

La Loi sur l'assurance médicaments prévoit qu'une personne couverte par un régime collectif privé doit pourvoir à la couverture de son enfant et précise les règles à suivre à cet effet.

Lorsqu'un enfant est couvert, à titre de bénéficiaire, par le régime collectif privé de l'un de ses parents ou de son tuteur et qu'il a lui-même un enfant, ce dernier peut bénéficier de la même protection si le régime offre cette possibilité. Sinon, l'enfant d'un enfant doit être inscrit au régime public d'assurance médicaments.

7.3 Enfant dont les deux parents ne sont pas domiciliés à la même adresse

- Règles en vigueur avant le 1^{er} octobre 2007

Les dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments et de l'article 11.3 du Règlement sur le régime général d'assurance médicaments précisent qu'une personne couverte par un régime collectif privé n'a l'obligation de pourvoir à la couverture de son enfant que si celui-ci est domicilié chez elle. En d'autres termes, un parent couvert par un régime collectif privé doit pourvoir à la couverture de son enfant lorsque celui-ci partage le même domicile que lui.

Toutefois, lorsque le parent chez qui l'enfant est domicilié est couvert par le régime public d'assurance médicaments et que l'autre parent l'est par un régime collectif privé, cet enfant peut être couvert par l'un ou l'autre régime. Rien n'empêche le parent non domicilié avec l'enfant de pourvoir, s'il le désire, à la couverture de celui-ci.

Enfin, lorsque le père et la mère d'un enfant sont tous les deux couverts par le régime public, leur enfant doit aussi y être inscrit. Dans ce cas, le fait que les parents aient ou n'aient pas de domicile commun n'importe pas.

- Règles en vigueur depuis le 1^{er} octobre 2007

L'article 18.1 de la Loi sur l'assurance médicaments, qui est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2007, précise de nouvelles règles applicables aux parents couverts par un régime collectif privé et non domiciliés à la même adresse en ce qui a trait à leur obligation de pourvoir à la couverture de leur enfant.

Rappelons que cette loi vise non seulement à privilégier la responsabilité parentale, mais aussi à faire en sorte que toute personne de moins de 65 ans soit couverte en premier ressort par un régime collectif privé conforme à la Loi.

Ainsi, il revient d'abord au parent couvert par un régime collectif privé de pourvoir à la couverture de son enfant lorsque ce dernier est domicilié à la même adresse que lui.

Toutefois, lorsque le parent chez qui l'enfant est domicilié est couvert par le régime public d'assurance médicaments et que l'autre parent est tenu d'adhérer à un régime collectif privé, c'est ce dernier qui doit pourvoir à la couverture de l'enfant à titre de bénéficiaire.

Par ailleurs, lorsque le parent chez qui l'enfant est domicilié est admissible au régime public et que l'autre parent est admissible à un régime collectif privé à titre d'adhérent mais qu'il est plutôt couvert à titre de bénéficiaire par le régime de son nouveau conjoint, ce parent a néanmoins l'obligation d'adhérer au régime collectif privé auquel il est admissible et de pourvoir à la couverture de son enfant comme bénéficiaire de ce régime.

Lorsque le père et la mère d'un enfant sont tous les deux admissibles au régime public, leur enfant doit aussi y être inscrit.

Enfin, lorsque le père et la mère d'un enfant sont tous les deux admissibles au régime public et que le parent chez qui l'enfant est domicilié devient le conjoint d'une personne couverte par un régime collectif privé, ce parent, dès qu'il est considéré comme son conjoint au sens de la Loi sur l'assurance médicaments, doit être couvert par le régime de cette personne et la couverture doit alors s'étendre à son enfant. Ainsi, l'enfant et le parent sont couverts, à titre de bénéficiaires, par le régime collectif privé du nouveau conjoint du parent.

7.4 Décès d'une personne couverte par un régime collectif privé ou inscription au régime public d'assurance médicaments à 65 ans

Lorsqu'une personne couverte par un régime collectif privé décède ou qu'elle renonce à ce régime pour s'inscrire au régime public en raison de son âge (65 ans ou plus), ni l'assureur ni l'administrateur d'un régime d'avantages sociaux ne peuvent continuer de garantir la couverture de son enfant, d'une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle dont elle avait ou a encore la charge ou de son conjoint. Par conséquent, ces derniers devront s'inscrire au régime public pour bénéficier d'une protection en matière d'assurance médicaments, à moins qu'ils n'aient accès à un autre régime collectif privé. Ils pourront toutefois continuer de bénéficier d'autres protections retenues à leur intention par le preneur du contrat telles que l'assurance vie et l'assurance médicaments complémentaire.

Des régimes collectifs privés prévoient une clause de « Prolongation d'assurance au décès du participant », ce qui permet à l'enfant, à la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle et au conjoint qui étaient domiciliés chez la personne décédée de bénéficier de la couverture de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments pendant un laps de temps pouvant aller jusqu'à 24 mois.

La Régie de l'assurance maladie est d'avis que cette clause respecte l'interprétation de la Loi sur l'assurance médicaments, pourvu qu'une protection de ce genre soit offerte à un enfant, à une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle et à un conjoint pendant 24 mois tout au plus et qu'elle le soit sans leur imposer le paiement d'une prime.

Toutefois, les personnes ayant bénéficié d'une prolongation de couverture d'assurance médicaments avant le 1^{er} janvier 2000, que ce soit à la suite du décès de l'adhérent ou de son adhésion au régime public d'assurance médicaments en raison de son âge, conservent leur droits à cet égard. Ces personnes pourront continuer à être couvertes par ces régimes collectifs privés tant et aussi longtemps que le preneur de contrat maintiendra cette possibilité et ce, indépendamment si la personne couverte paie ou non une prime pour cette couverture.

Annexe 1

EXEMPTION DU PRÉLÈVEMENT PAR L'EMPLOYEUR DE LA PRIME AFFÉRENTE AUX GARANTIES DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS¹

**Pour les employés couverts par un autre contrat d'assurance collective ou
d'avantages sociaux que celui offert par leur employeur**

Moi, _____, domicilié__ au _____,
employé__ de _____, déclare ce qui suit :

- Je déclare être bénéficiaire de garanties, au moins égales à celles du régime général d'assurance médicaments, offertes par le contrat d'assurance collective ou le régime d'avantages sociaux de mon conjoint , de ma mère ou de mon père , de mon association ou de mon ordre professionnel auprès de l'assureur _____.
- Je m'engage à aviser immédiatement mon employeur s'il advenait que je ne sois plus couvert__ par ce contrat ou ce régime.
- Je m'engage à fournir toutes les autorisations nécessaires dans l'éventualité d'une vérification par mon employeur des renseignements déclarés dans ce document.
- Je déclare que tous les renseignements me concernant sur ce formulaire sont exacts et complets. Je demande donc de bénéficier de l'exemption du prélèvement par mon employeur de la prime mentionnée en titre.

Signature _____

Date _____

¹ En vertu de l'article 44.1 de la *Loi sur l'assurance médicaments*, L.R.Q., c. A-29.01.