



Nouvelle tarification pour votre régime obligatoire d'assurance maladie

La Régie vous informe que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec a procédé au renouvellement de votre régime obligatoire d'assurance maladie avec La Capitale Assurances et gestion du patrimoine (La Capitale) pour l'année 2017.

Le contrat est ainsi modifié :

- La tarification est maintenant répartie en cinq groupes d'âge;
- Le remboursement à substitution générique obligatoire est introduit.

Étant donné la tarification exigée pour le groupe d'âge 65 ans et plus, il pourrait être avantageux pour une personne dans cette situation, adhérent ou conjoint, d'opter pour le régime public d'assurance médicaments.

Toute modification au 1^{er} juillet 2018 se fera à partir de la prime totale applicable paraissant au tableau de l'annexe ci-jointe. Une infolettre vous sera transmise à ce sujet au moment opportun.

1 Introduction du remboursement à substitution générique obligatoire

Le remboursement à substitution générique obligatoire est introduit à votre régime obligatoire d'assurance maladie depuis le 1^{er} juillet 2017.

Ainsi, pour tous les médicaments inclus dans la liste du régime général d'assurance médicaments, la substitution générique est désormais obligatoire. Seuls les frais pour l'achat du produit le moins cher équivalent au médicament prescrit sont admissibles au remboursement, et ce, même si le professionnel de la santé inscrit la mention « Ne pas substituer » sur l'ordonnance.

Pour obtenir le remboursement d'un médicament d'origine ou d'un produit équivalent, l'assuré doit utiliser le formulaire *Demande de remboursement pour médicaments de marque* et le faire remplir par le professionnel de la santé, qui doit y spécifier les contre-indications médicales à l'achat du produit équivalent le moins cher.

L'assuré doit ensuite transmettre ce formulaire à La Capitale pour analyse. Les renouvellements de prescriptions pour les médicaments ayant reçu une approbation sont ensuite acceptés par le système de transmission électronique de La Capitale. Ce formulaire n'a alors pas à être rempli de nouveau.

Le formulaire [Demande de remboursement pour médicaments de marque](#) est disponible sur le site de La Capitale au www.lacapitale.com/fr/particuliers/assurances/assurance-collective/formulaires.

2 Particularités concernant le professionnel de la santé de 65 ans et plus

2.1 Régime public d'assurance médicaments

Le professionnel de la santé qui atteint 65 ans est automatiquement inscrit au régime public d'assurance médicaments.

Cependant, il peut choisir de conserver la couverture de base d'assurance médicaments de La Capitale et se désinscrire du régime public. Pour revenir au régime public et obtenir la couverture de base d'assurance médicaments, le professionnel doit communiquer à nouveau avec la Régie (voir la section 2.3 de l'infolettre).

Pour plus d'information sur le régime public d'assurance médicaments, consulter le site de la Régie au www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/assurance-medicaments.aspx.

2.2 Couverture complémentaire de La Capitale

Le professionnel de 65 ans et plus peut conserver une couverture complémentaire de La Capitale pour les médicaments qui ne sont pas couverts par le régime général de même que pour les volets paramédical et d'assurance voyage et annulation, et acquitter une prime réduite. Pour ce faire, l'adhérent principal doit modifier sa couverture en remplissant le [formulaire d'adhésion ou de modification à l'assurance collective](#) (C9600-OF).

Ce formulaire est disponible dans la section *Régimes d'assurance collective* de la rubrique *Rémunération à honoraires fixes*, sous l'onglet *Facturation*, dans la section réservée à votre profession sur le site de la Régie, au www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels.

Une fois rempli, le formulaire C9600-OF doit être transmis pour signature à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

La Régie l'expédiera ensuite à La Capitale.

2.3 Couverture de base de La Capitale

Le professionnel de 65 ans et plus qui choisit de conserver la couverture de base d'assurance maladie de La Capitale en payant la surprime doit s'assurer qu'il est désinscrit du régime public d'assurance médicaments.

Pour s'inscrire ou se désinscrire du régime public d'assurance médicaments, le professionnel doit communiquer avec la Régie au 418 646-4636, au 514 864-3411 ou au 1 800 561-9749.

3 Documents de référence

[Annexe](#) Tarification du 1^{er} juillet 2017 au 30 juin 2018

[Formulaire](#) Demande de remboursement d'un médicament de marque

c. c. Agences commerciales de facturation

Garantie d'assurance maladie

Taux en vigueur du 1^{er} juillet 2017 au 30 juin 2018 par période de 14 jours				
Adhérent de moins de 65 ans				
Âge de l'adhérent	Protection			
	Individuelle	Familiale	Monoparentale	Couple
Moins de 40 ans	56,12	123,47	64,55	115,06
40 à 49 ans	79,44	174,76	91,36	162,84
50 à 59 ans	86,34	189,95	99,30	177,01
60 à 64 ans	93,33	205,34	107,35	191,35
Adhérent de 65 ans ou plus inscrit au RGAM				
Protection		Taux en vigueur		
Individuelle		52,67 \$		
Monoparentale		65,84 \$		
Familiale		121,14 \$		
Couple		107,97 \$		

Prime additionnelle pour toute personne âgée de 65 ans ou plus non inscrite à la RAMQ pour le remboursement des médicaments couverts par le Régime général d'assurance médicaments dans le contrat 009620 : 267,55 \$ par période de 14 jours, par personne.

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
625, rue Jacques-Parizeau
C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9

Vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire ?
Appelez-nous au 418 644-4200 ou au 1 800 463-4856.
Une version électronique de ce formulaire est disponible dans le site Internet de La Capitale à l'adresse lacapitale.com/formulaires

IMPORTANT

- Les frais engagés pour faire remplir ce formulaire doivent être acquittés par l'assuré.
- Veuillez remplir les sections 1, 2 et 5 et demander à votre médecin de remplir les sections 3 et 4.

Le présent formulaire vise à demander à La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. d'évaluer la demande de remboursement pour un médicament de marque ne pouvant être substitué, pour des raisons médicales, par un médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché. Si votre demande est approuvée, l'acceptation sera pour une période déterminée et vous pourriez avoir à refaire une nouvelle demande pour une nouvelle période.

Faire parvenir ce formulaire dûment rempli à :
La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
625, rue Jacques-Parizeau, case postale 1500
Québec (Québec) G1K 8X9

ou par télécopieur au 418 646-0888 ou 1 877 210-9766

1. IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Comme indiqués
sur votre attestation
d'assurance

N° de groupe	N° d'identification
--------------	---------------------

ou

N° de police

Nom	Prénom
-----	--------

Cochez la case
appropriée

Cette demande de prestation vise : adhérent conjoint(e) enfant

Remplir cette
section seulement
si vos coordonnées
ont changé

NOUVELLE ADRESSE SEULEMENT		
N° rue	Appartement	
Ville	Province	Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (travail)	Téléphone (cellulaire)

2. RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE – Remplir cette section si vous réclamez pour une personne à charge

Conjoint/
conjointe

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance (AAAA/MM/JJ) _____

Enfant à charge Nom et prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Étudiant à temps plein	À remplir dans le cas d'une demande de remboursement pour un enfant de plus de 17 ou 20 ans, selon votre contrat d'assurance collective	
			Début de session scolaire (AAAA/MM/JJ)	Fin de session scolaire (AAAA/MM/JJ)
		<input type="checkbox"/>		

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. se réserve le droit de vous demander une preuve écrite de l'établissement fréquenté.

3. IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom	Prénom		
Nº, rue			Bureau
Ville	Province	Code postal	
Téléphone	Télécopieur		

4. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

Médicament prescrit: _____

Dosage: _____ DIN: _____

Diagnostic: _____

Réaction indésirable: Contre-indication Intolérance Autre

Détails: _____

Autres renseignements pertinents justifiant l'usage du médicament de marque:

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.

X

Signature du médecin

Nº de permis

Date (AAAA/MM/JJ)

5. DÉCLARATION ET AUTORISATION DE L'ASSURÉ ET L'ADHÉRENT

Assuré

Nom _____

Prénom _____

Adhérent

Nom _____

Prénom _____

J'autorise tout professionnel ou établissement public ou privé de santé, pharmacien, régime d'assurance maladie provincial, assureur, employeur, toute compagnie de réadaptation ou toute autre personne ou établissement détenant des renseignements médicaux ou financiers à mon sujet à fournir à La Capitale tout renseignement qu'elle jugera nécessaire à l'étude de ma demande.

J'autorise La Capitale à faire toute vérification ou enquête afin de s'assurer du bien-fondé de ma demande.

J'accepte que les renseignements fournis dans le présent formulaire et lors de demandes de règlements précédentes sous le même régime (si pertinent) soient utilisés par La Capitale ou ses mandataires pour la gestion de ma demande et pour la production de rapports statistiques.

Je déclare que les renseignements contenus aux présentes sont exacts et complets.

Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.

X

Signature de l'assuré _____

Date (AAAA/MM/JJ) _____

X

Signature de l'adhérent _____

Date (AAAA/MM/JJ) _____