

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](#)
 - 2.1.1 [Qualités requises](#)
 - 2.2 [Contrats d'assurance individuelle](#)
- 3 [Répartition des personnes assurées : situations particulières](#)
 - 3.1 [Personnes de 65 ans ou plus et personnes retraitées](#)
 - 3.2 [Travailleurs autonomes](#)
 - 3.3 [Propriétaires d'entreprise](#)
 - 3.4 [Associations à adhésion facultative](#)
 - 3.4.1 [Employés de membres d'associations ou d'ordres professionnels](#)
- 4 [Obligations relatives à la couverture : situations particulières](#)
 - 4.1 [Soins dentaires et soins de la vue](#)
 - 4.2 [Assurance maladies graves](#)
 - 4.3 [Assurance soins de longue durée](#)
 - 4.4 [Régime à la carte](#)
 - 4.5 [Compte de gestion santé](#)
 - 4.6 [Programme d'aide aux employés](#)

5 Participation financière : précisions

- 5.1 Changement d'assureur au cours d'une période de référence
- 5.2 Contribution sous forme de franchise par ordonnance
- 5.3 Prélèvement de la prime ou de la cotisation
- 5.4 Envoi des avis d'intention
- 5.5 Médicaments comptabilisés pour établir la contribution maximale

6 Arrêt de travail et invalidité

- 6.1 Arrêt temporaire de travail sans rémunération
- 6.2 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
- 7.4 Décès de l'adhérent couvert par un régime collectif privé

8 Admissibilité : situations particulières

- 8.1 Personne admissible s'établissant à l'extérieur du Québec
- 8.2 Personne s'établissant au Québec
 - 8.2.1 Personne en séjour au Québec
- 8.3 Résident du Québec travaillant pour un employeur non assujéti à la Loi sur l'assurance médicaments
 - 8.3.1 Le régime collectif privé offert est une condition d'emploi
 - 8.3.2 Le régime collectif privé offert n'est pas une condition d'emploi

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 d'une aide financière de dernier recours 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

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.

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

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

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 applicable³. Toutefois, la Loi stipule que des catégories de personnes assurées 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.

3. Pour certaines personnes assurées par un régime collectif privé, l'employeur paie la prime en tout ou en partie.

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 règlement¹ 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 de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Elle comporte plus de 6 000 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 à cet effet est requise par la Régie de l'assurance maladie; le secteur privé peut également fixer ce type d'exigence. Pour certains médicaments, un code inscrit sur l'ordonnance par le prescripteur remplace la demande préalable d'autorisation pour les personnes assurées au régime public.

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.

1. 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 (mesure du patient d'exception). Un régime collectif privé est tenu d'offrir cette protection minimale.

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/publications-legales/Pages/liste-medicaments.aspx>.

Prix des médicaments couverts

La *Liste de médicaments* indique le prix de chaque médicament. Ce prix qu'on nomme le « prix de vente garanti » est celui pour lequel le médicament est vendu au pharmacien. Celui-ci s'approvisionne donc à un prix uniforme que le médicament soit destiné aux personnes assurées par le régime public ou par les régimes privés.

Par ailleurs, la Loi sur l'assurance médicaments réglemente le coût des services pharmaceutiques exclusivement pour les personnes couvertes par le régime public, et ce, en vertu d'une entente entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

Pour les personnes couvertes par un régime collectif privé, la Loi exige que soit garanti la couverture des médicaments et des services pharmaceutiques fournis, sur la base du coût total réclamé par le pharmacien.

Médicaments fournis au Québec

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

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 somme, 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, on peut consulter la brochure explicative du régime visé ou 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, d'un régime d'avantages sociaux ou, sous certaines conditions, d'un contrat d'assurance individuelle conclu sur la base d'une ou de plusieurs des caractéristiques propres à une assurance collective, soit « un régime collectif privé »¹. La section 2.2 de *l'Info assurance médicaments* traite plus en détail de ce type de contrats.

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 d'une aide financière de dernier recours ni détentricrice 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, un régime d'avantages sociaux offert à un groupe de personnes déterminé conformément à l'article 15.1 de la Loi ou un contrat d'assurance individuelle conclu sur la base d'une ou de plusieurs des caractéristiques propres à une assurance collective et qui comporte des garanties de paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments qui respectent les exigences de la Loi.

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. La section 1.6 de *l'Info assurance médicaments* précise ces définitions.

La Loi sur l'assurance médicaments n'interdit à personne d'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 offert. La section 8.3.1 de *l'Info assurance médicaments* traite des cas où le régime collectif privé est une condition d'emploi.

Par ailleurs, la section 3.4 de *l'Info assurance médicaments* précise le caractère particulier des régimes collectifs privés offerts par l'entremise d'associations à adhésion facultative.

1. Lorsque aucune distinction ne s'impose, nous utilisons l'expression « 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, dans la mesure où le conjoint a 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 ce régime ne peut plus, dès lors, s'étendre aux bénéficiaires de cette personne. Le conjoint de 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'y a aucunement accès, il doit s'inscrire au régime public. Cette vérification d'accès à un autre régime collectif privé conforme doit également être faite pour les enfants et personnes atteintes de déficience fonctionnelle le cas échéant.

La section 3.1 de l'*Info assurance médicaments* traite plus particulièrement des personnes de 65 ans ou plus et des personnes retraitées.

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'aide financière de dernier recours 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 d'adhérer 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.

À titre de complément, 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 3.1 de l'*Info assurance médicaments* traite plus particulièrement des personnes de 65 ans ou plus et des personnes retraitées.

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, à moins que ces derniers ne soient déjà couverts par un autre régime collectif privé 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. 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 ce 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.

La présente section mentionne les principes généraux de base quant aux définitions d'enfant, de personne atteinte d'une déficience fonctionnelle et de conjoint. Toutefois, la Régie est d'avis qu'une personne qui est tenue de s'assurer en vertu de la Loi, sera considérée avoir rempli son obligation d'être assurée, si la couverture de son régime collectif s'avère plus large que les garanties prévues au régime général quant à la définition de conjoint, d'enfant ou de personne atteinte d'une déficience fonctionnelle.

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 doivent, 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.

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, une personne couverte par un régime collectif privé doit pourvoir à la couverture de son conjoint.

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.

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 autochtones et développement du Nord 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).

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 hospitalisée 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).

Par ailleurs, les garanties du régime général d'assurance médicaments ne couvrent 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 infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), 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 médicaments¹.

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).

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. Il s'agit de trois programmes provinciaux pour lesquels les citoyens du Québec bénéficient de la gratuité complète.

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.

Ainsi, un régime collectif privé qui offre des garanties en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité à un groupe de personnes déterminé conformément à l'article 15.1 de la Loi doit comporter aussi la couverture de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments. Toutefois, un régime collectif privé peut offrir à ces groupes une couverture d'assurance médicaments conforme à celle du régime général, sans devoir nécessairement lui proposer des garanties en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité. Les sections 2.1 et 2.1.1 de l'*Info assurance médicaments* décrivent les conditions qu'un groupe de personnes doit satisfaire pour se conformer à l'article 15.1 de la Loi.

Par ailleurs, 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, d'un régime d'avantages sociaux ou d'un contrat d'assurance individuelle conclu sur la base d'une ou plusieurs des caractéristiques propres à une assurance collective.

L'article 42.2 de la Loi sur l'assurance médicaments précise que, dans le cadre des contrats d'assurance individuelle comportant des garanties en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité, ces derniers 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 des contrats d'assurance individuelle.

D'autre part, 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. Par conséquent, une couverture d'assurance médicaments n'est pas requise. De même, 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.

Par contre, la garantie en cas de mort ou mutilation par accident est considérée comme une protection d'assurance en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité. Par conséquent, une protection d'assurance-vie collective comportant une telle garantie doit également offrir la couverture de base requise en vertu 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 prime¹ ainsi qu'une contribution quant au coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis.

La Régie de l'assurance maladie du Québec 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. Pour ce qui est du régime public, 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. 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*.

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.

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

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.

Pour qu'une personne soit admissible à un régime collectif privé, elle doit tout d'abord être membre de ce groupe de personnes déterminé. Ce groupe doit être constitué à des fins autres que la souscription d'assurance pour ses membres.

Les membres du groupe doivent en faire partie :

1. en raison d'un lien d'emploi actuel ou ancien ou encore
2. en raison de leur adhésion à un organisme qui offre, facilite l'adhésion ou rend accessible à ses membres un régime collectif privé ou un contrat d'assurance individuelle¹. Il peut s'agir d'un des organismes suivants :
 - o un ordre professionnel;
 - o une association professionnelle qui regroupe des membres d'un ou de plusieurs ordres professionnels;
 - o un syndicat ou une association de salariés;
 - o une association qui regroupe des membres exerçant un même métier ou un même travail.

Enfin, ces personnes doivent avoir les qualités requises pour adhérer au régime collectif privé applicable au groupe (la section 2.1.1 de l'*Info assurance médicaments* précise la notion de qualités requises).

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 au public par leurs membres et non de rendre accessible à ces derniers une protection d'assurance.

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 offert.

1. 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*).

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 s'il respecte à cet égard les dispositions pertinentes de la Loi sur les assurances.

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. Elles leur sont même interdites.

Par ailleurs, la section 3.1 des *Info assurance médicaments* aborde la question des groupes de personnes retraitées.

2.1.1 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 de contrat souhaite assurer. Tout critère d'admissibilité¹ visant à circonscrire le groupe peut être proposé, sauf si ce critère a trait à l'âge, au sexe ou à l'état de santé des personnes. Ainsi, un preneur de contrat ne peut pas refuser une personne admissible sous prétexte que son conjoint souffre d'une maladie grave. De même, refuser les personnes de 65 ans ou plus ou ne leur offrir qu'une couverture complémentaire en vertu de leur âge alors qu'elles sont toujours au service de l'employeur, constitue un critère d'admissibilité contraire à la Loi sur l'assurance médicaments.

Par contre, 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 de l'assurance. Ces régimes peuvent également prévoir l'exclusion des travailleurs à temps partiel, des travailleurs temporaires ou des retraités.

En ce qui concerne les personnes retraitées, un preneur de contrat ne peut utiliser l'âge, que ce soit directement ou indirectement, pour présumer qu'une personne est retraitée et ainsi lui retirer l'accès au régime collectif privé. Prévoir la fin de la couverture, par exemple, à 60 ans ou 65 ans ou encore utiliser un coefficient se référant à l'âge de la personne additionné à un nombre d'années de service, sont considérés comme des artifices employés pour contourner la Loi, laquelle empêche de déterminer un groupe de personnes en raison de l'âge.

Par contre, des critères tels que le nombre d'années de service seulement ou un certain nombre d'années suivant la retraite (par exemple cinq ans) s'avèrent des critères acceptables pour inclure des personnes dans un groupe de retraités ou les en exclure.

Soulignons que le législateur n'oblige pas un employeur à offrir une couverture d'assurance médicaments à ses retraités.

Par ailleurs, le critère « être apte au travail » ne peut pas être utilisé pour déterminer l'admissibilité d'une personne à l'assurance collective au regard des garanties de base d'assurance médicaments. Il s'agit d'une façon indirecte de vérifier son état de santé, ce qui entre en contradiction avec la Loi. Par exemple, un preneur de contrat ne peut invoquer l'invalidité d'une personne pour refuser de l'incorporer au reste du groupe au moment de son adhésion ou pour l'en exclure alors qu'elle fait déjà partie du groupe. La section 6.2 de l'*Info assurance médicaments* traite plus en détail des cas d'invalidité prolongée.

Enfin, le contrat peut spécifier que l'assurance collective n'est pas offerte lorsque la personne est absente en raison d'un congé sans solde.

1. Un tel critère doit cependant respecter les dispositions de la Loi sur les assurances et de son règlement d'application.

2.2 Contrats d'assurance individuelle

Un contrat d'assurance individuelle conclu sur la base d'une ou de plusieurs caractéristiques propres à une assurance collective peut être assujetti 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 :

- un montant de prime annuelle 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.

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 assujettie aux dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments 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.

3 Répartition des personnes assurées : situations particulières

3.1 Personnes de 65 ans ou plus et personnes retraitées

Le cas des personnes retraitées est souvent confondu avec celui des personnes de 65 ans ou plus. Aussi y a-t-il lieu de distinguer ces situations respectives et de préciser l'application de la Loi sur l'assurance médicaments au regard de chacune d'elles.

Personnes de 65 ans ou plus

La Loi prévoit que le régime public d'assurance médicaments couvre les personnes de 65 ans ou plus qui n'adhèrent pas à un régime collectif privé. Le législateur a également permis à ces personnes d'être assurées par le secteur privé si elles en ont la possibilité et si tel est leur choix.

Par ailleurs, la Loi sur l'assurance médicaments oblige l'assureur ou le preneur de contrat qui offre un régime collectif privé à garantir la couverture des personnes sans égard à leur âge. Ainsi, elle interdit de déterminer un groupe en utilisant un critère basé sur l'âge et aussi de refuser l'adhésion d'une personne en raison du risque particulier qu'elle ou son conjoint représente à cause de son âge. Par conséquent, un régime collectif privé ne peut indiquer au contrat que la couverture médicaments se termine lorsque les participants atteignent un âge déterminé, que ce soit directement, par exemple à partir de 65 ans, ou indirectement, par exemple au moment du premier versement de la prestation de la Sécurité de la vieillesse.

La Loi précise de plus qu'un assureur ou qu'un régime d'avantages sociaux doit accepter l'adhésion de toute personne admissible âgée de 65 ans ou plus qui en fait la demande et qui possède les qualités requises selon le contrat.

Enfin, un régime collectif privé ne peut, d'emblée, pour les personnes de 65 ans ou plus, prévoir uniquement une protection médicaments complémentaire de celle du régime public. En effet, lorsque le régime privé offre des garanties en assurance en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité, une protection médicaments de base est obligatoire. Cette protection doit s'appliquer à toutes les personnes admissibles à un régime collectif privé, quel que soit leur âge. Cependant, une assurance médicaments de base peut être **transformée** en assurance complémentaire lorsque la personne de 65 ans ou plus renonce à cette protection de base pour s'inscrire au régime public.

Notons que, dès son 65^e anniversaire, la personne, retraitée ou non, sera automatiquement inscrite au régime public¹. Comme elle doit choisir entre son régime privé actuel et le régime public, elle doit communiquer son choix à l'assureur ou à l'administrateur du régime d'avantages sociaux ainsi qu'à la Régie.

En outre, une personne de 65 ans ou plus couverte par le régime public d'assurance médicaments conserve toujours la possibilité d'annuler son inscription au régime public si elle devient admissible à une couverture médicaments de base par l'intermédiaire du régime collectif privé de son conjoint.

1. Un avis à ce sujet est envoyé par la Régie de l'assurance maladie du Québec deux mois avant cette date.

Enfin, lorsque le travailleur de 65 ans ou plus est admissible à un régime collectif privé qui constitue une condition d'emploi, il peut s'inscrire en outre au régime public si tel est son choix.

Personnes retraitées

Lorsqu'une personne retraitée est admissible à un régime collectif privé (par elle-même ou par l'entremise de son conjoint) qui offre la protection médicaments requise par la Loi sur l'assurance médicaments, elle a l'obligation d'y adhérer tant et aussi longtemps qu'elle n'a pas atteint l'âge de 65 ans.

Par ailleurs, bien que la Loi interdise de déterminer un groupe en utilisant un critère basé sur l'âge, le sexe ou l'état de santé, un assureur peut établir les critères d'admissibilité à un groupe sur d'autres bases, par exemple sur le statut de retraité. Un employeur ou un preneur de contrat peut donc exclure les personnes retraitées d'un groupe pour lequel il souhaite souscrire de l'assurance médicaments. Il peut à l'inverse offrir aux retraités la protection médicaments, soit en les intégrant au groupe des employés actifs, soit en leur procurant un régime distinct de celui des employés actifs.

Par exemple, une personne retraitée de 57 ans dont l'ancien employeur a souscrit une assurance collective pour ses employés et ses retraités est tenue d'adhérer à ce régime collectif privé au moins pour le volet médicaments. En effet, toutes les personnes de moins de 65 ans ayant les qualités requises pour faire partie du groupe sont tenues d'y adhérer, sauf si elles adhèrent à un autre régime collectif privé ou en bénéficient en tant que conjoint ou enfant.

Par contre, si la personne retraitée de cet exemple n'est pas admissible au régime collectif privé offert, elle devra vérifier dans un premier temps son admissibilité à un autre régime collectif privé conforme à la Loi, que ce soit à titre d'adhérent ou de bénéficiaire. À défaut d'être admissible à un autre régime collectif privé, elle devra s'inscrire à la Régie.

Enfin, si un preneur de contrat, à partir d'une date qu'il a fixée, désire mettre fin au régime collectif privé de ses nouveaux retraités (alors que les anciens continuent d'être assurés), il peut le faire, puisqu'il s'agit non pas d'un critère basé sur l'âge, le sexe ou l'état de santé, mais d'une clause applicable à partir d'une date donnée. Être retraité ou non est un statut, cela ne représente donc pas un critère dérogatoire à la Loi.

3.2 Travailleurs autonomes

Une des modalités d'application du régime général d'assurance médicaments est que toute personne admissible à un régime collectif privé conforme doit y adhérer.

Cette obligation d'adhérer à un régime collectif privé s'applique seulement lorsque cette protection est au bénéfice d'un groupe de personnes déterminé conformément à l'article 15.1 de la Loi sur l'assurance médicaments. Rappelons que ces groupes sont composés de personnes ayant un lien d'emploi actuel ou ancien avec l'employeur qui propose le régime ou de personnes adhérant à l'un des organismes suivants : une association ou un ordre professionnels, une association qui regroupe des personnes exerçant un même métier ou un même travail, un syndicat ou une association de salariés.

Un travailleur autonome n'a pas de lien d'emploi actuel ou ancien et ne peut être membre d'une association de salariés. Toutefois, des travailleurs autonomes peuvent se regrouper en syndicat ou en association de personnes exerçant le même métier ou le même travail tant que le groupe est constitué à des fins autres que la souscription d'assurance.

Par ailleurs, le contexte des relations de travail est en perpétuelle évolution et la Loi sur l'assurance médicaments ne définit pas le travailleur autonome. Il devient donc nécessaire de préciser l'application de ce concept dans le cadre de la Loi. Ainsi, l'absence ou l'insuffisance de lien de subordination avec son client constituent le critère le plus déterminant pour identifier le travailleur autonome.

Voici une série d'indices d'un lien de subordination absent ou insuffisant :

- le travailleur autonome assume ses propres dépenses, il assume lui-même les risques financiers inhérents à son travail, il fournit son propre matériel, détermine lui-même l'endroit où le travail est accompli, il n'est pas tenu d'exécuter lui-même les travaux et il peut avoir des employés ou faire appel à d'autres travailleurs autonomes;
- le client du travailleur autonome n'effectue aucune retenue à la source, il ne contrôle son travail ni du point de vue de la quantité, ni de la qualité, il ne peut pas sanctionner ses performances, son seul droit de regard étant sur les résultats. Enfin, il ne peut exiger du travailleur autonome l'exclusivité de ses services.

En résumé, s'il y a un lien de subordination suffisant, la Régie considère le travailleur autonome comme un salarié. Il est donc admissible au contrat d'assurance collective offert s'il a les qualités requises pour y adhérer. S'il n'existe pas de lien de subordination, le travailleur autonome doit s'inscrire au régime public d'assurance médicaments s'il n'est admissible à aucun autre régime privé conforme à la Loi, par exemple par l'entremise de son conjoint ou d'une association ou d'un ordre professionnels.

3.3 Propriétaires d'entreprise

Le présent sujet est lié au cas des travailleurs autonomes présenté à la section 3.2 de l'*Info assurance médicaments*.

Généralement, d'un point de vue fiscal, le propriétaire ou l'exploitant d'une entreprise est considéré comme un travailleur autonome. Cependant, cette personne peut elle-même être preneuse d'un contrat d'assurance collective en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité pour le bénéfice de ses employés. Pour les fins de la Loi sur l'assurance médicaments, la Régie considère que le propriétaire ou l'associé qui travaille au sein de son entreprise possède un lien assimilable à un lien d'emploi au même titre que ses employés, et ce, peu importe la façon dont il est rémunéré (à salaire ou par dividendes). Ainsi, il doit adhérer au régime collectif privé qu'il a mis en place pour ses employés, donc au volet assurance médicaments obligatoirement inclus dans ce régime, et en faire bénéficier son conjoint et ses enfants.

Par contre, un actionnaire ou un associé ne travaillant pas au sein de l'entreprise ne peut pas faire partie du groupe mentionné ci-dessus. En effet, le fait de n'agir qu'à titre de bailleur de fonds sans accomplir de tâches proprement dites dans l'entreprise ne crée pas de lien assimilable à un lien d'emploi. Par conséquent, cette personne n'est pas admissible au régime collectif privé mis en place pour les employés de l'entreprise.

3.4 Associations à adhésion facultative

Comme le mentionne la section 2.1 de l'*Info assurance médicaments*, la Loi sur l'assurance médicaments restreint la nature des groupes de personnes à qui le secteur privé peut offrir les garanties requises en matière d'assurance médicaments. Ainsi, seuls les groupes déterminés conformément à l'article 15.1 de la Loi peuvent offrir ces garanties, notamment les associations professionnelles regroupant des membres d'un ou de plusieurs ordres professionnels, ou encore les associations regroupant des personnes exerçant un même métier ou un même travail.

Mais quelles sont exactement les obligations qu'impose la Loi lorsque l'adhésion à un tel organisme ou à une telle association se fait sur une base facultative?

Les personnes de moins de 65 ans membres d'une association à adhésion facultative offrant un régime collectif privé doivent adhérer à ce régime collectif si celui-ci comprend des garanties en cas de maladie, d'accident ou d'invalidité, incluant en conséquence le volet médicaments, et si le groupe de personnes ainsi constitué est conforme à l'article 15.1 de la Loi. Cependant, si ces personnes sont admissibles à un autre régime collectif privé conforme à la Loi, par l'entremise de leur conjoint, de leur employeur ou de leur ordre professionnel par exemple, elles peuvent choisir l'un ou l'autre de ces régimes privés.

Pour leur part, toute personne n'étant pas membre d'une association à adhésion facultative tout en ayant les qualités pour en faire partie n'est pas obligée par la Loi à en devenir membre. Par ailleurs, cette association ne peut imposer l'adhésion aux membres potentiels sous prétexte qu'elle offre de l'assurance.

Concernant les personnes de 65 ans ou plus qui sont membres d'une association à adhésion facultative offrant un régime collectif privé conforme à la Loi, elles peuvent choisir de s'assurer auprès de cette association ou choisir d'être couvertes par le régime public d'assurance médicaments.

3.4.1 Employés de membres d'associations ou d'ordres professionnels

Cette section concerne les employés de membres d'associations à adhésion facultative ou obligatoire. L'article 42.1 de la Loi interdit qu'un contrat d'assurance collective ou un régime d'avantages sociaux, mis en place pour le bénéfice d'un groupe de personnes déterminé conformément à l'article 15.1 et comportant des garanties pour les médicaments, couvre des personnes remplissant les conditions pour devenir membres de ce groupe mais qui ne le sont pas.

Il y a lieu de préciser qu'une association ou un ordre qui offre un régime collectif privé à ses membres peut inclure dans ce même régime les employés de ses membres employeurs, même si ces employés ne sont pas eux-mêmes membres de l'association ou ordre, pour autant que le contrat-cadre prévoit une catégorie distincte pour eux.

De plus, lorsqu'un membre choisit d'adhérer à la couverture offerte par le groupe en tant que membre employeur, il doit offrir la couverture à tous ses employés qui répondent aux qualités requises. Ceux-ci ont alors l'obligation d'y adhérer s'ils ne sont pas admissibles à un autre régime privé par l'intermédiaire d'un conjoint.

4 Obligations relatives à la couverture : situations particulières

La Loi sur l'assurance médicaments prévoit qu'un régime collectif privé offert à un groupe de personnes déterminé conformément à l'article 15.1 et qui comporte des garanties en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité, doit offrir également les garanties de base requises en vertu du régime général d'assurance médicaments. Ces régimes collectifs privés peuvent aussi offrir divers produits aux personnes assurées tels les soins dentaires et de la vue, le compte de frais médicaux ou les programmes d'aide aux employés. La présente section vise à cerner ces produits par rapport aux garanties stipulées par la Loi en matière d'assurance médicaments.

4.1 Soins dentaires et soins de la vue

Les couvertures d'assurance pour les soins dentaires et celles pour les soins de la vue figurent parmi les garanties offertes en cas d'accident ou de maladie. Conséquemment, lorsqu'un régime collectif privé est offert à un groupe de personnes déterminé conformément à l'article 15.1 de la Loi sur l'assurance médicaments et qu'il couvre l'une de ces garanties, il doit également comporter la protection de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments.

4.2 Assurance maladies graves

L'assurance maladies graves, relativement récente, garantit le versement d'une somme unique et prédéterminée à l'assuré ou à ses bénéficiaires s'il survit pendant une certaine période après un diagnostic auquel le contrat fait expressément référence.

Un contrat d'assurance maladies graves n'est pas considéré comme un régime privé d'assurance maladie puisque l'employé n'est pas tenu d'utiliser la somme versée pour payer des frais d'hospitalisation ou médicaux.

De plus, ce contrat se distingue d'un régime d'assurance invalidité en ce que le montant versé à l'assuré est forfaitaire et unique (non pas périodique).

La Régie considère qu'un régime collectif privé qui comporte uniquement une garantie d'assurance en cas de maladies graves n'a pas l'obligation d'offrir des garanties d'assurance médicaments.

4.4 Régime à la carte

Les régimes à la carte, ou régimes flexibles, comprennent des programmes d'avantages sociaux adaptés aux besoins des employés. Ainsi, chaque employé peut personnaliser son programme d'avantages sociaux pour qu'il réponde à ses besoins et à son budget.

Les couvertures offertes dans un régime à la carte peuvent notamment inclure un régime privé d'assurance maladie, une couverture d'assurance vie, de l'assurance invalidité de courte ou de longue durée (assurance salaire), un compte de frais médicaux et la cession ou l'achat de congés annuels payés.

La conception d'un programme d'avantages sociaux adapté aux besoins des employés doit tenir compte des dispositions de la Loi sur l'assurance médicaments lorsque le régime est conçu à l'intention d'un groupe de personnes admissibles au régime général d'assurance médicaments.

Si un régime à la carte offre parmi ses avantages une garantie en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité, il doit également comprendre la couverture d'assurance médicaments requise en vertu du régime général, soit une assurance médicaments de base qui répond aux exigences de la Loi. Cette couverture doit alors être obligatoire pour tous les participants au régime à la carte, c'est-à-dire que la participation au volet médicaments ne peut être laissée au choix des participants.

4.5 Compte de gestion santé

Un compte de gestion santé est un compte individualisé où l'employeur dépose des fonds ou des crédits que le participant utilise pour rembourser ses frais médicaux, soit ceux habituellement garantis par un régime privé d'assurance maladie¹, soit la partie non remboursée de ses frais médicaux. Avec ce type de compte, l'employé choisit lui-même l'affectation des fonds, contrairement à un régime collectif privé où chaque type de dépense est encadré et soumis à un plafond annuel prédéterminé.

Le compte de gestion santé peut constituer la seule composante d'un régime d'avantages sociaux garantissant le remboursement de frais médicaux. Le compte fait alors fonction de premier payeur. Le compte de gestion santé peut également être utilisé avec un régime privé d'assurance maladie. Dans ce cas, il joue le rôle de régime complémentaire, c'est-à-dire qu'il rembourse la partie de la facture non remboursée ou les frais non couverts par le régime de base. Dans les deux cas, le régime doit remplir des conditions pour bénéficier de certains avantages fiscaux.

En effet, la fiscalité canadienne précise que, pour qu'un régime soit considéré comme un régime d'avantages sociaux et bénéficie d'un traitement fiscal particulier, il doit présenter une caractéristique qui comporte un élément raisonnable de risque et répondre ainsi aux conditions applicables à un contrat d'assurance. Ainsi, les modalités du compte de gestion santé doivent prévoir un risque raisonnable que le plein montant des crédits attribués annuellement à l'employé ne lui soit pas remboursé un jour. Pour que les montants versés à l'employé ne constituent pas un avantage imposable, le gouvernement fédéral exige que le report de la partie inutilisée des crédits attribués annuellement soit effectué sur une période maximale de douze mois².

Un compte de gestion santé constitue en lui-même une garantie en cas d'accident ou de maladie et, à ce titre, il doit comporter aussi des garanties au moins égales à celles du régime général. Par conséquent, lorsqu'un compte de gestion santé est offert aux participants d'un groupe constitué conformément à la Loi, un régime d'assurance médicaments distinct et conforme à la Loi doit être établi pour le bénéfice de ce même groupe. Puisqu'il prévoit un montant maximal annuel payable, un compte de gestion santé ne peut pas remplacer à lui seul la couverture de base en assurance médicaments, en vertu du régime général.

-
1. Les honoraires de professionnels de la santé, le coût de la chambre d'hôpital privée ou semi-privée, le transport par ambulance, les honoraires de chiropraticiens, les orthèses et prothèses, les frais de psychothérapie, les honoraires de naturopathes, le coût des médicaments sur ordonnance sont quelques-uns des frais habituellement couverts par un régime privé d'assurance maladie.
 2. Bulletin IT-529, Loi de l'impôt sur le revenu : Programmes d'avantages sociaux adaptés aux besoins des employés, article 16.

4.6 Programme d'aide aux employés

Les programmes d'aide aux employés (PAE) visent à prévenir ou à résoudre des problèmes qui peuvent affecter la santé, le rendement et la présence au travail des employés, en relation avec des difficultés telles que l'abus de drogue, la gestion du stress, les conflits familiaux et les problèmes personnels, financiers et légaux.

Par l'entremise d'un PAE, un ensemble de services est mis à la disposition des employés ainsi que des membres de leur famille immédiate dans un but de prise en charge rapide en toute confidentialité. La gamme de services offerts varie d'un programme à l'autre; elle peut comprendre des séances de consultation en personne, des consultations téléphoniques, un accès jour et nuit à des conseillers par l'intermédiaire d'une ligne téléphonique, l'accès à des services d'aide en ligne, l'orientation vers des ressources de la communauté, etc.

Une entreprise peut mettre en place un PAE en y affectant des ressources humaines. Toutefois, ces services sont habituellement achetés par l'employeur et donnés par l'entremise d'organisations externes spécialisées dans la gestion de ces programmes.

Depuis quelques années, nombre d'assureurs bonifient leur offre d'assurance collective en proposant également des PAE. Certains intègrent même ces programmes aux bénéfices offerts en vertu d'un régime collectif comportant des garanties en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité. En général, l'assureur agit à titre d'intermédiaire en mandatant un fournisseur externe de services spécialisé dans ce domaine.

Il existe un certain chevauchement entre les bénéfices offerts par un PAE et ceux offerts par un régime collectif privé qui comporte des garanties en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité. Par exemple, les PAE offrent généralement des services de consultation auprès de psychologues ou de travailleurs sociaux, alors que de nombreux régimes collectifs privés remboursent les honoraires de consultation de ces professionnels.

Devant cette évolution du marché de l'assurance collective et des avantages sociaux, plusieurs intervenants se questionnent sur l'obligation d'offrir les garanties d'assurance médicaments requises en vertu du régime général d'assurance médicaments en présence d'un PAE.

Le PAE en soi ne commande pas une couverture d'assurance médicaments. Par contre, lorsqu'il est offert par l'entremise d'un régime collectif privé qui offre des garanties en cas d'accident, de maladie ou d'invalidité, la couverture pour les médicaments prescrite en vertu du régime général doit être offerte. C'est l'existence d'un tel régime collectif privé offert à un groupe de personnes déterminé conformément à l'article 15.1 de la Loi sur l'assurance médicaments qui est déterminante et qui conditionne l'obligation légale.

5 Participation financière : précisions

5.1 Changement d'assureur au cours d'une période de référence

Certaines situations, tels un nouvel emploi ou la retraite, font en sorte qu'une personne doit changer de régime d'assurance médicaments en cours d'année. Elle doit alors s'inscrire à son nouveau régime, sans oublier d'annuler son adhésion à son ancien régime, s'il y a lieu.

Dans ce contexte, rappelons qu'en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, il existe une contribution maximale, ou plafond, qu'une personne peut payer par année pour obtenir des médicaments. Ce montant est le même que la personne soit assurée par le régime public ou par un régime collectif privé. Les régimes collectifs privés ont la possibilité de fixer un montant inférieur à celui prescrit par la Loi.

C'est l'assureur ou l'administrateur d'un régime d'avantages sociaux qui veille au respect de ce plafond. À cette fin, il comptabilise un état des contributions (franchise et coassurance) de chaque assuré adulte. Cet état doit comprendre, s'il y a lieu, les contributions qu'une personne paie pour son enfant ou pour une personne atteinte de déficience fonctionnelle qui est domiciliée chez elle.

Lorsqu'une personne change de régime, elle doit entreprendre une démarche pour s'assurer que le total de ses contributions chez son ancien assureur sera transféré à son nouvel assureur. Dans ce cas, la personne doit, dans un délai de six mois, demander à son assureur d'origine de lui fournir un état de ses contributions pour l'année. Certains assureurs, dont la Régie de l'assurance maladie du Québec, délivrent automatiquement ce document, alors que d'autres le font seulement sur demande. La personne doit par la suite transmettre l'état de ses contributions à son nouvel assureur, qui devra en tenir compte pour respecter, en vertu de la Loi, la contribution annuelle maximale.

5.2 Contribution sous forme de franchise par ordonnance

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, une contribution peut être exigée des personnes assurées pour payer une partie du coût des médicaments et des services pharmaceutiques qui leur sont fournis. Cette contribution peut consister en une franchise et en une coassurance ou les deux. La section 1.9 de l'*Info assurance médicaments* en détaille les modalités.

Les régimes collectifs privés doivent respecter minimalement les exigences légales au regard du pourcentage de la coassurance et de la contribution maximale sur une base annuelle en ce qui concerne la couverture de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments.

Par ailleurs, certains régimes collectifs privés prévoient un système de contribution basé sur la perception d'une somme fixe par ordonnance. Ce montant prédéterminé est souvent appelé « copaiement ». Aux fins de la Loi sur l'assurance médicaments, ce montant peut être considéré comme une franchise et n'est donc pas limité en vertu de la Loi. Toutefois, la franchise fait partie de la contribution, qui, elle, ne peut dépasser un montant maximal prescrit par la Loi. Ainsi, un assuré pourrait, par exemple, déboursier une contribution fixe de 5 \$ par ordonnance jusqu'à concurrence de la contribution maximale annuelle.

5.3 Prélèvement de la prime ou de la cotisation

L'employeur qui offre un régime d'assurance médicaments à son personnel a l'obligation de prélever le montant de la prime ou de la cotisation afférente à cette assurance sur la rémunération versée à chacun de ses employés. Notons que l'employeur qui paie la totalité du montant de la prime ou de la cotisation n'est pas soumis à cette obligation. Il doit ensuite remettre les sommes ainsi prélevées à l'assureur ou à l'administrateur du régime.

Pour qu'un employé soit exempté du prélèvement de la prime ou de la cotisation, il doit démontrer qu'il bénéficie d'un autre régime privé d'assurance médicaments afin d'éviter de se voir imposer une seconde couverture. Il peut notamment remplir et remettre à l'employeur le formulaire d'exemption qu'on trouve sur le site Internet de la Régie ou lui fournir une photocopie de sa carte d'assurance collective. L'employeur doit conserver ce document, car il lui permet si nécessaire de prouver qu'il a rempli son obligation en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments. L'employé qui cesse d'être admissible à cet autre régime privé d'assurance médicaments doit en informer son employeur et adhérer au régime de ce dernier. Rappelons que le régime public d'assurance médicaments ne constitue pas une option pour s'exempter du prélèvement de la prime ou de la cotisation.

Par ailleurs, lorsque l'employé est obligé d'adhérer au régime collectif privé offert parce qu'il s'agit d'une condition d'emploi, il ne peut pas s'exclure de ce régime ni être exempté du prélèvement de la prime ou de la cotisation.

5.4 Envoi des avis d'intention

La Loi sur l'assurance médicaments précise les obligations de l'assureur et de l'administrateur d'un régime d'avantages sociaux au moment de la résiliation d'un contrat ou du volet assurance médicaments, selon le cas.

Dans le cas où un adhérent est tenu de payer sa prime directement à l'assureur, ce dernier ne peut résilier le certificat de celui-ci, à l'égard des garanties du régime général, que si le paiement de la prime est en défaut et après en avoir avisé l'adhérent.

L'administrateur d'un régime d'avantages sociaux dont les adhérents sont tenus de lui payer la prime peut résilier la couverture d'un adhérent, à l'égard des garanties du régime général, sous les mêmes conditions.

Enfin, dans le cas où un preneur est en défaut de payer la prime à l'assureur, celui-ci ne peut résilier le contrat ou le volet assurance médicaments du régime, selon le cas, qu'après en avoir avisé le preneur.

Dans tous ces cas, la résiliation ne peut prendre effet avant l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la transmission de l'avis d'intention. Une copie de tous ces avis doit également être transmise à la Régie de l'assurance maladie du Québec par l'assureur.

Par ailleurs, au moment du renouvellement, un assureur ou un preneur de contrat peut mettre fin sans délai à un contrat d'assurance collective sur simple présentation d'un avis. Dans ce cas, l'assureur ou le preneur de contrat doit envoyer une copie de cet avis à la Régie.

D'autre part, si un administrateur d'un régime d'avantages sociaux désire mettre fin à la protection offerte aux membres du groupe, la Loi lui fixe un délai. Ainsi, après avoir fait parvenir un avis d'intention à tous ses adhérents ainsi qu'à la Régie, l'administrateur doit compter un délai de 30 jours avant de mettre fin à la couverture des médicaments et des services pharmaceutiques.

Enfin, un employé qui n'a pas payé ou refuse de payer sa prime ne devient pas pour autant automatiquement admissible au régime public, car le défaut de paiement ne le rend pas non admissible à son régime collectif privé. En effet, cette personne se place délibérément en situation d'illégalité et, puisqu'elle n'est pas en mesure de démontrer qu'elle est couverte par un régime privé, elle se verra facturer la prime afférente au régime public même si elle n'a pas droit à la couverture.

5.5 Médicaments comptabilisés pour établir la contribution maximale

La Loi sur l'assurance médicaments établit la couverture de base requise pour les médicaments. Cette couverture comprend les médicaments et les fournitures inscrits à la section dite 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 ceux 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 règlement¹.

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 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; celui-ci 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.

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

1. 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.

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.

6 Arrêt de travail et invalidité

6.1 Arrêt temporaire de travail sans rémunération

Il peut arriver qu'une personne bénéficiant d'un régime collectif privé se retrouve en arrêt temporaire de travail sans rémunération de l'employeur. C'est le cas notamment des personnes en congé sans solde, des travailleurs saisonniers et des travailleurs mis à pied temporairement. Il peut s'agir également de travailleurs en congé de maladie ainsi que d'employés en congé de maternité, parental ou familial. Notons que dans toutes ces situations, le lien d'emploi est maintenu.

En ce qui concerne les employés en congé de maladie, de maternité, parental ou familial, la Loi sur les normes du travail stipule déjà que, sous réserve du paiement de la prime prévue par le contrat, leur participation au régime d'assurance collective ne doit pas être affectée en raison de telles absences. Ces employés doivent ainsi, durant toute la durée de l'absence, maintenir le paiement de leur prime puisqu'ils sont tenus d'adhérer à leur régime collectif et que le non-paiement de la prime ne rend pas ces employés admissibles au régime public d'assurance médicaments.

Pour ce qui est des travailleurs en congé sans solde, des travailleurs saisonniers et des travailleurs mis à pied temporairement, le contrat peut indiquer le maintien du régime collectif pendant l'absence, sous réserve du paiement des primes prévues par le contrat. Dans ce cas, tous les employés mis à pied temporairement devront continuer d'adhérer au régime, au moins pour le volet médicaments. En l'absence de telles clauses ou si le lien d'emploi est rompu, l'employeur met fin au régime collectif. La personne doit alors vérifier si elle peut être couverte par un autre régime collectif privé conforme à la Loi sur l'assurance médicaments, soit directement ou par l'intermédiaire d'un conjoint ou d'un parent. À défaut de pouvoir être couverte par un tel régime, elle doit s'inscrire au régime public d'assurance médicaments pour la durée de son arrêt de travail.

Par ailleurs, lors de la mise en place d'un régime collectif privé, celui-ci peut prévoir la « présence effective au travail » ou une période d'attente pour être admissible à la couverture médicament et cela, conformément aux pratiques habituelles de l'assurance.

6.2 Invalidité prolongée

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, l'absence d'une personne pour cause d'invalidité ne peut être invoquée pour mettre fin à sa participation à un régime collectif privé. En effet, la Loi interdit de mettre fin à la couverture d'assurance collective d'une personne en raison de son état de santé.

Toutefois, si l'invalidité se prolonge de telle sorte qu'elle entraîne la rupture du lien d'emploi, la personne assurée pourrait ne plus posséder les qualités requises pour faire partie du groupe couvert par le régime. Par exemple, un employé invalide pendant une période supérieure à celle prévue par le contrat de travail (trois ans dans plusieurs cas) pourrait faire l'objet d'un congédiement administratif, ce qui entraînerait la perte du lien d'emploi. Dans ce cas, il n'aurait plus les qualités requises pour faire partie du groupe constitué des employés de l'entreprise. C'est donc la perte du lien d'emploi qui met généralement fin à la couverture d'assurance médicaments et non l'invalidité elle-même.

Par ailleurs, si la personne est en situation d'invalidité lors d'un changement d'assureur, elle devra, sous réserve du paiement de la prime, en bénéficier tant que le lien d'emploi est maintenu et qu'elle a toujours les qualités requises pour faire partie du groupe. Cependant, lors de la mise en place d'un régime collectif privé, celui-ci peut prévoir la « présence effective au travail » ou une période d'attente pour être admissible à la couverture médicament et cela, conformément aux pratiques habituelles de l'assurance.

Soulignons qu'un travailleur qui s'absente de son travail en raison de lésions professionnelles continue de participer à son régime collectif pourvu qu'il paie sa part des cotisations exigibles. Ses droits s'appliquent dans l'année ou les deux ans suivant son absence continue, selon que l'établissement compte 20 travailleurs ou moins ou plus de 20 travailleurs¹.

La personne qui perd son admissibilité à son régime collectif privé doit vérifier si elle a accès à un autre régime collectif par l'intermédiaire de son ordre ou association professionnel ou de son conjoint. Dans le cas contraire, elle doit s'inscrire au régime public d'assurance médicaments.

1. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_3_001/A3_001.html

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, 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

L'article 18.1 de la Loi sur l'assurance médicaments précise les 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 lieu par un régime collectif privé conforme.

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.

De même, 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. Par contre, si cet autre parent n'est pas admissible à un régime collectif privé à titre d'adhérent mais seulement à titre de bénéficiaire du régime de son nouveau conjoint, il n'a pas l'obligation de pourvoir à la couverture de son enfant.

Par ailleurs, lorsque le père et la mère d'un enfant sont tous les deux admissibles au régime public, mais 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 privé de cette personne et la couverture doit alors s'étendre à son enfant domicilié avec lui. Ainsi, l'enfant et le parent sont couverts, à titre de bénéficiaires, par le régime collectif privé du nouveau conjoint du parent.

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

7.4 Décès de l'adhérent couvert par un régime collectif privé

Lorsqu'une personne couverte par un régime collectif privé décède, 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.

Des régimes collectifs privés prévoient une clause de « Prolongation d'assurance au décès du participant », ce qui permet au conjoint, à l'enfant et à la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle de bénéficier de la couverture de base requise en vertu du régime général d'assurance médicaments.

La Régie de l'assurance maladie du Québec 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 sans leur imposer le paiement d'une prime.

Toutefois, les personnes ayant bénéficié d'une prolongation de couverture d'assurance médicaments de base avant le 1^{er} janvier 2000 à la suite du décès de l'adhérent conservent leurs 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.

8 Admissibilité : situations particulières

8.1 Personne admissible s'établissant à l'extérieur du Québec

Aux fins de l'admissibilité au régime général d'assurance médicaments, les règles prévoient qu'une personne cesse d'être admissible à ce régime à compter du jour où elle quitte le Québec pour s'établir dans une autre province ou à l'extérieur du Canada.

8.2 Personne s'établissant au Québec

Selon les termes de la Loi sur l'assurance maladie, une personne de l'extérieur du Canada qui s'établit au Québec et qui s'inscrit à la Régie de l'assurance maladie du Québec n'est généralement pas considérée comme résidente du Québec avant le premier jour du troisième mois suivant son inscription à la Régie.

Avant cette date, cette personne n'est donc pas une personne admissible au régime général d'assurance médicaments. Les droits et obligations prévus par la Loi sur l'assurance médicaments ne s'appliquent pas à elle avant l'expiration de ce délai. Entre-temps, si elle le désire, cette personne peut contracter une assurance privée individuelle en matière de médicaments ou un régime collectif conforme si celui-ci le permet. Après le délai, elle devra adhérer à un régime collectif privé conforme à la Loi sur l'assurance médicaments ou, à défaut d'avoir accès à un tel régime, s'inscrire à la Régie.

Pour sa part, la personne venant d'une autre province et qui s'établit au Québec devient admissible au régime d'assurance maladie québécois généralement à partir du premier jour du troisième mois suivant la date de son établissement au Québec. Avant cette date, elle demeure couverte par sa province de provenance en vertu d'ententes interprovinciales. Après ce délai d'attente de trois mois, elle devra adhérer à un régime collectif privé conforme à la Loi sur l'assurance médicaments ou, à défaut d'avoir accès à un tel régime, s'inscrire à la Régie.

8.2.1 Personne en séjour au Québec

Une personne qui séjourne au Québec et qui n'est pas considérée comme admissible au régime général d'assurance médicaments n'a pas à remplir d'obligations en ce sens. Par ailleurs, si cette personne détient une assurance médicaments afin de couvrir aussi son conjoint résident québécois, ce dernier sera considéré avoir satisfait à l'obligation de détenir un régime d'assurance médicaments.

8.3 Résident du Québec travaillant pour un employeur non assujéti à la Loi sur l'assurance médicaments

8.3.1 Le régime collectif privé offert est une condition d'emploi

Toute personne qui réside au Québec au sens de la Loi sur l'assurance maladie et dûment inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec est soumise à l'application de la Loi sur l'assurance médicaments, même si elle travaille pour le compte d'un employeur auquel la Loi ne s'applique pas (par exemple, un employeur ontarien n'ayant pas d'établissement au Québec).

Toutefois, si la participation au régime collectif privé de son employeur hors Québec est une condition d'emploi et que ce régime offre le volet médicaments, la réglementation accorde à ce régime une présomption de conformité avec la Loi sur l'assurance médicaments.

Cependant, malgré cette présomption de conformité et le fait que cette personne doit conserver son régime privé, la Régie acceptera son inscription au régime public si tel est son choix et qu'elle ne peut bénéficier d'aucun autre régime collectif privé conforme aux dispositions de la Loi. Dans ce cas, la personne est présumée ne pas bénéficier d'un régime conforme au sens de la Loi sur l'assurance médicaments.

Par ailleurs, s'il est démontré qu'un régime qui était auparavant présumé conforme à la Loi ne comporte pas les garanties nécessaires prévues par le régime général d'assurance médicaments, ce régime sera considéré à partir de ce moment comme un régime non conforme. Les exemples suivants représentent des cas de non-conformité :

- les membres de la famille de l'employé ne sont pas couverts;
- un certificat médical est exigé;
- le régime ne couvre pas certains médicaments inscrits sur la *Liste de médicaments*.

Une personne inscrite à un régime collectif privé non conforme à la Loi doit vérifier si elle a accès à un régime collectif privé conforme. À défaut, elle doit s'inscrire au régime public d'assurance médicaments.

8.3.2 Le régime collectif privé offert n'est pas une condition d'emploi

Lorsque l'adhésion au régime collectif privé d'un employeur hors Québec n'est pas une condition d'emploi, ce régime n'est pas reconnu par la Loi, car il ne s'adresse pas à un groupe de personnes déterminé conformément à l'article 15.1 de la Loi. En effet, ce régime a été créé pour s'adresser au départ à des résidents hors Québec, donc à des personnes non admissibles au régime général. La personne travaillant pour un tel employeur dont le régime collectif privé n'est pas une condition d'emploi doit alors vérifier si elle a accès à un régime collectif privé conforme à la Loi et, si c'est le cas, y adhérer. À défaut d'avoir accès à un tel régime, elle doit s'inscrire au régime public d'assurance médicaments.

Notons finalement que, lorsque la Régie inscrit l'employé dont le régime hors Québec est non conforme, elle inscrit aussi son conjoint et ses enfants, s'il y a lieu.

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.