

Liste détaillée des améliorations apportées aux prestations

Soins de la vue

- Le montant maximal admissible passe de 275 \$ à 400 \$ tous les deux ans.
- Le montant maximal admissible à vie pour la chirurgie oculaire au laser passe de 1 000 \$ à 2 000 \$.

Praticiens paramédicaux

Augmentation des montants maximaux annuels admissibles suivants :

- De 300 à 500\$ pour les services de massothérapie, d'ostéopathie, de naturopathie, de podiatrie ou de chiropodiatrie
- De 15 000 à 20 000 \$ pour les services infirmiers
- De 2 000 à 5 000 \$ pour les services de praticiens en psychologie
- De 500 à 750 \$ pour les services d'orthophonie

Garanties supplémentaires obtenues :

- Électrolyse à un montant raisonnable et habituel jusqu'à concurrence de 1 200 \$ par an, avec dispense d'ordonnance pour les membres qui suivent un traitement d'affirmation du genre.
- Élargissement de la prestation des services psychologiques pour couvrir les services des psychothérapeutes, des travailleurs sociaux (pour tous les membres, quel que soit leur lieu de résidence) et des conseillers agréés.
- Suppression de l'obligation d'obtenir une ordonnance pour la massothérapie, la physiothérapie, les services psychologiques et l'orthophonie.
- Les services d'audiologistes sont désormais admissibles dans la catégorie orthophonie.
- Nouvelle couverture pour les services fournis par les diététiciens, les ergothérapeutes et les consultants en lactation, le maximum admissible étant de 300 \$ par an pour chaque type de prestation.
- Les soins d'acupuncture sont désormais admissibles lorsqu'ils sont fournis par un acupuncteur accrédité, jusqu'à concurrence de 500 \$ par an.
- Les soins des pieds sont maintenant couverts par le montant prévu pour les podiatres/chiropodiatres lorsqu'ils sont fournis dans des postes de soins infirmiers communautaires.
- Suppression de la tranche de 500 à 1 000 \$ payée par le membre pour la physiothérapie avec un nouveau maximum annuel admissible de 1 500 \$.

Couverture pour hospitalisation et urgence médicale

- Le niveau 1 de la couverture de base pour hospitalisation passe de 60 à 90 \$ par jour.

- Les tarifs des niveaux 2 et 3 augmentent de 30 \$ chacun (170 \$ pour le niveau 2 et 250 \$ pour le niveau 3).
- La couverture à l'étranger sera de 40 jours, à l'exclusion des périodes de travail, et elle passera de 500 000 \$ à un million de dollars par voyage.
- Le plafond global des prestations de protection familiale passera de 2 500 à 5 000 \$.
- L'indemnité journalière pour les repas et l'hébergement dans le cadre des prestations de protection familiale passera de 150 à 200 \$ par jour.

Couverture pour médicaments

- Le montant admissible pour les médicaments de désaccoutumance au tabac passera de 1 000 \$ à 2 000 \$, à vie.

Garantie pour frais divers

Augmentation des montants maximaux admissibles suivants :

- Chaussures orthopédiques : de 150 à 250 \$ par an.
- Dispositif d'injection d'insuline : de 760 à 1 000 \$ tous les 36 mois.
- Appareil de VPPC (CPAP) : de 300 à 500 \$ par an.
- Prothèses auditives : de 1 000 à 1 500 \$ tous les 60 mois.
- Perruques : de 1 000 à 1 500 \$ tous les 60 mois.

Garanties supplémentaires obtenues

- Introduction de la couverture du liquide synovial injectable pour le traitement des douleurs articulaires et de l'arthrite (p. ex. Synvisc) jusqu'à concurrence de 600 \$ par année.
- Possibilité de demander le remboursement d'un nouveau fauteuil roulant dans le délai actuel de cinq ans lorsque l'état de santé d'un patient change et que celui-ci a besoin d'un autre type de fauteuil roulant. Le montant maximal admissible pour le nouveau fauteuil roulant sera réduit de tout montant remboursé pour d'autres achats de fauteuils roulants au cours des cinq années précédentes.
- Suppression de l'exigence pour un patient d'utiliser un déambulateur ou un fauteuil roulant à l'intérieur de sa résidence privée.
- Introduction d'une couverture pour les aiguilles des médicaments injectables, pas seulement pour le diabète, jusqu'à concurrence de 200 \$ par an.
- Introduction d'une couverture de 200 \$ maximum par an pour les piles d'appareils auditifs, distincte du montant accru prévu pour les appareils auditifs.

Couverture pour affections diabétiques

- Introduction d'une couverture pour les moniteurs de diabète sans utilisation de pompe à insuline, jusqu'à concurrence de 700 \$ par période de 60 mois.
- Introduction d'une couverture pour les fournitures de mesure du glucose en continu (pour diabétiques de type I) jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par an.
- Introduction d'une couverture pour d'autres fournitures de mesure du glucose (pour les diabétiques de type II), telles que les systèmes flash de surveillance du glucose et les bandelettes de test, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par an.
- Suppression de toute référence aux glucomètres « sanguins ».

Autres modifications des prestations

- Couverture améliorée pour l'affirmation du genre avec un maximum admissible à vie de 75 000 \$.
- Introduction d'une couverture pour les moniteurs médicalement nécessaires, notamment les appareils de mesure de la saturation en oxygène, les oxymètres de pouls, les saturomètres et les tensiomètres (une fois tous les 60 mois pour chacun)
- Possibilité pour les infirmières praticiennes de délivrer des ordonnances pour des soins infirmiers ou des fournitures médicales, pour autant que cela fasse partie de leur champ d'activité.

Modifications des prestations pour retraités

- Les dispositions d'allègement seront étendues aux membres retraités qui prennent leur retraite après 2015 au même niveau que ceux qui ont pris leur retraite avant 2015 (c'est-à-dire que s'ils ont droit au Supplément de revenu garanti, 25 % des primes seulement sont payables).
- Les retraités ayant six années de service ont droit aux prestations pour retraités, même si les six années n'ouvrent pas droit à pension en raison de l'âge.
- Toute personne ayant repris le travail après la retraite ne perd pas l'accès à ses avantages de retraité lorsqu'elle prend à nouveau sa retraite.

Modifications de la couverture pendant le congé parental et le congé de proche aidant et autres définitions

- Couverture maintenant aux taux de primes normaux pour toute la période du congé parental et toute période de congé de proche aidant.
- Modification de la définition de conjoint de fait afin de supprimer l'obligation de se présenter publiquement comme des époux.

Modifications de la couverture pour médicaments et honoraires des pharmaciens

- Mise en œuvre d'une substitution obligatoire de médicaments génériques, avec une période de droits acquis de 180 jours et des exceptions uniquement basées sur la nécessité médicale.

- Mise en place d'un système d'autorisation préalable pour les médicaments à coût élevé. L'autorisation sera accordée selon un modèle fondé sur des données probantes et tous les membres bénéficieront de droits acquis, mais ils pourraient être tenus de remplacer leur médicament biologique actuel par un biosimilaire.
- Le remboursement des honoraires des pharmaciens sera limité à un maximum de cinq fois par an pour chaque médicament d'entretien prescrit. Des exceptions seront faites pour des raisons de sécurité ou de stockage ou lorsque la quote-part d'un membre pour un approvisionnement de trois mois d'un médicament donné est supérieure à 100 \$.
- Le remboursement des frais d'exécution d'ordonnance des pharmacies sera plafonné à 8 \$ par ordonnance. Ce plafond ne s'applique pas aux médicaments biologiques ni aux préparations magistrales.
- Les préparations magistrales ne seront couvertes que si au moins un ingrédient actif a un DIN, sinon elles seront couvertes pendant une période de grâce de 180 jours.
- Augmentation de la franchise maximale pour la couverture des médicaments onéreux, qui passera de 3 000 à 3 500 \$.