

Services et avantages offerts par Anciens Combattants Canada





Table des matières

Introduction	1
Carte d'identité de santé	2
À propos de votre carte.....	2
Personnes autorisées à utiliser votre carte ...	2
Avantages médicaux	3
Aperçu.....	3
Programmes.....	3
Couverture « A » et couverture « B » ..	10
Tableaux des avantages	11
Autorisation préalable.....	11
Ordonnances.....	12
Limites de fréquence et de montant.....	12
Déplacements à des fins médicales	13
Aperçu.....	13
Couverture « A » et couverture « B ».....	13
Frais de déplacement.....	14
Limites ou restrictions.....	14

Programme de services de réadaptation et d'assistance professionnelle 15

Aperçu 15

Services de réadaptation 16

Dépenses liées à la réadaptation 17

Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC) 18

Aperçu 18

Services du PAAC 19

Financement des services du PAAC 21

Soins de longue durée 22

Fournisseurs 23

Liberté de choix 24

Recours à un fournisseur inscrit 24

Recherche d'un fournisseur inscrit 25

Recours à un fournisseur non inscrit 26

Que faire en cas d'insatisfaction à l'égard d'un fournisseur? 26

Que faire en cas de rendez-vous manqué avec un fournisseur? 26

Remboursements	26
Que faire en cas de refus de couverture pour un avantage médical, de PAAC ou de soins de longue durée?	28
Que se passe-t-il si une demande de règlement pour des services de réadaptation ne peut pas être traitée?	28
Portail sécurisé pour les clients	29
Renseignements supplémentaires	30
Mon dossier ACC	30
Dépôt direct.....	30
Communiquez avec nous	31

MC Le symbole et le nom Croix Bleue sont des marques de commerce déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue (ACCB), utilisées sous autorisation avec permis de Croix Bleue Medavie, un titulaire de licence indépendant de l'ACCB.



Introduction

Anciens Combattants Canada (ACC) offre une vaste gamme de programmes et d'avantages et services de soins de santé aux personnes admissibles.

Votre accès aux avantages de soins de santé et services dépendra de certains facteurs, comme de votre admissibilité, de vos besoins en soins de santé et de votre situation personnelle. Cela signifie que vous pourriez ne pas être admissible à tous les programmes et services énumérés dans la présente brochure.

Le pouvoir de fournir un soutien financier pour les avantages énumérés dans la présente brochure est accordé en vertu du *Règlement sur les soins de santé pour anciens combattants* adopté en application de la *Loi sur le ministère des Anciens Combattants* et/ou *Loi et Règlement sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes*.

ACC s'est associé à Croix Bleue Medavie pour administrer le remboursement de vos avantages de soins de santé.

Carte d'identité de santé



Use of this card authorizes Medavie Blue Cross, the Department, their agents, service providers and external health professionals, to collect and use relevant information about you, and disclose it to each other for the purpose of administering your eligible benefits and services, including claims processing, authorization of benefits and auditing.

L'utilisation de cette carte autorise Croix Bleue Medavie, le Ministère, leurs agents, les fournisseurs de services et les professionnels de la santé externe à recueillir et utiliser l'information pertinente à votre sujet et à la divulguer aux autres parties aux fins d'administration de vos avantages et services admissibles, notamment pour le traitement des demandes de règlement, l'autorisation des avantages et la vérification.

À propos de votre carte

Votre carte d'identité de santé comprend les renseignements suivants :

- Votre nom et votre numéro de client. Vous devez indiquer ces deux renseignements chaque fois que vous communiquez avec ACC au sujet de vos avantages et services.

Personnes autorisées à utiliser votre carte

Votre carte d'identité de santé ne peut être utilisée que pour obtenir des avantages de soins de santé et services qui vous concernent. Elle ne peut servir à obtenir des avantages pour une autre personne, y compris votre conjoint(e) ou un autre membre de votre famille.



Avantages médicaux



Aperçu

Dans le cadre du programme d'avantages pour soins de santé, un soutien financier est offert pour une vaste gamme d'avantages et services visant à traiter tant les problèmes physiques que les problèmes mentaux. L'accès à cette couverture dépendra de votre situation et de vos besoins en matière de santé.



Programmes

Les avantages médicaux et services couverts par ACC sont offerts dans le cadre de quatorze (14) programmes. Chaque programme comporte des limites et des restrictions. Vous trouverez ces renseignements dans les tableaux des avantages. (Voir la page 11 pour obtenir plus de renseignements sur les tableaux des avantages.)

- 1. Aides à la vie quotidienne :** Ce programme couvre les appareils et accessoires conçus pour faciliter des activités de la vie quotidienne, comme les aides à la marche et pour la salle de bain. Nous couvrons également le coût des réparations de ces appareils.
- 2. Services d'ambulance :** Ce programme couvre les services d'ambulance qui sont nécessaires sur le plan médical.

- Vous n'avez pas besoin d'une approbation d'ACC avant d'accéder aux services ambulanciers d'urgence.
- Avant d'avoir recours à l'avantage d'ACC pour les services ambulanciers non urgents, vous devez obtenir une ordonnance de votre médecin et l'approbation d'ACC.

3. Services audiologiques (Audition) : Ce programme couvre les appareils, l'équipement et les accessoires liés à une déficience auditive. Les services audiologiques comprennent les appareils auditifs numériques et analogiques de base, les dispositifs d'amplification téléphonique, les appareils à infrarouge et les piles. Les frais d'exécution et d'ajustement sont aussi couverts.

Si les avantages couverts par ACC ne répondent pas à vos besoins, votre professionnel de la santé auditive peut, par écrit, demander à ACC d'étendre la couverture en lui fournissant les renseignements suivants :

- type d'appareil déjà utilisé;
- énoncé de l'insatisfaction ou des difficultés liées à cet appareil;
- solution de remplacement proposée;
- justification du choix d'appareil.

4. Services dentaires : Ce programme couvre les services dentaires de base ou certains types de soins selon l'état de votre santé dentaire.

Les services dentaires comprennent :

- les services dentaires de base, comme les nettoyages, les examens, les obturations et les extractions;
- les prothèses dentaires standard;
- certains services dentaires complets, comme les couronnes, les ponts et les traitements spécialisés.

Certaines limites et restrictions s'appliquent aux services dentaires. Par exemple :

- ACC rembourse jusqu'à concurrence des montants indiqués dans le guide d'honoraires de l'Ordre des dentistes de votre province ou de votre territoire.
- Les traitements dentaires de base peuvent être remboursés jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par année.
- Les prothèses dentaires standard ne peuvent être remboursées qu'une fois aux sept (7) ans.
- Vous aurez par ailleurs besoin de l'approbation d'ACC **avant** de recevoir les soins dentaires complets pour obtenir le remboursement.

Si vous avez besoin d'autres soins dentaires, votre fournisseur doit alors fournir un plan de traitement à ACC. Nous devons approuver le plan de traitement **avant** de vous rembourser les coûts.

5. Services hospitaliers : Ce programme couvre les traitements fournis dans les hôpitaux qui offrent des soins de courte durée, des soins aux malades chroniques et des soins de réadaptation. Comme ces services relèvent des provinces et des territoires, ACC couvre habituellement ces coûts seulement si le traitement est associé à un état de santé qui vous donne droit à une prestation d'invalidité.

6. Services médicaux : Ce programme couvre les services fournis par un médecin autorisé. Cette couverture peut comprendre des services comme des examens, des traitements ou des rapports de médecins demandés par ACC.

Comme ces services relèvent des provinces et des territoires, ACC couvre habituellement ces coûts seulement si le traitement est associé à un état de santé qui vous donne droit à une prestation d'invalidité.

7. Fournitures médicales : Ce programme couvre les fournitures essentielles pour traiter ou surveiller votre état de santé. Cette couverture peut comprendre les pansements, les fournitures pour diabétiques ou les fournitures pour incontinence.

- 8. Services de soins infirmiers :** Ce programme couvre les soins infirmiers pour les traitements quotidiens et l'administration de médicaments ou pour vous montrer la façon d'utiliser ces derniers. Le programme ne couvre pas les coûts pour des « soins infirmiers permanents » (plus de deux heures par jour) ou les soins infirmiers privés dans un hôpital ou dans un établissement de soins de longue durée.
- 9. Inhalothérapie :** Ce programme couvre l'oxygène et les accessoires, y compris la location ou l'achat d'équipement et de fournitures liés à ce type de soins. L'inhalothérapie comprend aussi les concentrateurs et les compresseurs.
- 10. Médicaments sur ordonnance :** Ce programme couvre les médicaments et les autres produits pharmaceutiques prescrits par un professionnel de la santé autorisé de votre région. Il existe deux types d'avantages :
- Les *avantages standards* peuvent comprendre un grand nombre de médicaments en vente libre et de médicaments sur ordonnance qui sont considérés comme des traitements « courants » pour des problèmes de santé connus;

- Les *avantages nécessitant une autorisation spéciale* comprennent des traitements moins courants. Il faut répondre à des critères précis pour qu'ACC puisse approuver ces avantages. Pour ce faire, il suffit souvent d'un simple appel de votre médecin ou de votre pharmacien à l'Unité d'autorisation spéciale.

Une liste complète des médicaments sur ordonnance couverts par ACC est disponible sur notre site Web - **veterans.gc.ca** - recherchez *Formulaire des médicaments*.

- 11. Prothèses et orthèses :** Ce programme couvre les membres artificiels, les supports de voûte plantaire, les prothèses, d'autres accessoires et les réparations.
- 12. Services paramédicaux :** Ce programme couvre les services fournis par des professionnels de la santé autorisés autres que des médecins, des dentistes ou du personnel infirmier. Le programme peut couvrir les services fournis par des massothérapeutes, des ergothérapeutes ou des physiothérapeutes, des psychologues ou des chiropraticiens autorisés à fournir ces services dans leur province ou leur territoire.

Dans bien des cas, le service doit être prescrit par un médecin avant de pouvoir être couvert par ACC. Étant donné les différences dans la réglementation provinciale ou territoriale encadrant ces services, la couverture offerte par ACC pourrait varier d'une province ou d'un territoire à l'autre.

- 13. Équipement spécial :** Ce programme couvre l'équipement spécial comme les dispositifs d'appel d'urgence, les fauteuils roulants, les dispositifs de levage et les modifications devant être apportées au domicile pour permettre l'utilisation de l'équipement en question. Vous devez avoir une ordonnance. Dans bien des cas, l'ordonnance doit être appuyée par la recommandation d'un autre professionnel de la santé (p. ex. un ergothérapeute).
- 14. Soins de la vue (Yeux) :** Ce programme couvre les examens de la vue, les lentilles, les montures, les aides pour malvoyants et les accessoires (p. ex. loupes) pour corriger les problèmes visuels.



Couverture « A » et couverture « B »

Si vous êtes admissible à un ou plusieurs des 14 programmes de soins d'ACC, vous recevrez une carte d'identité de santé d'ACC. Vous pouvez trouver de l'information concernant votre couverture sur le portail au www.medavie.croixbleue.ca/Moninfo. (voir la page 29)

Si vous bénéficiez de la couverture « A » :

- Vous êtes admissible aux avantages médicaux et services pour traiter l'état de santé pour lequel vous avez droit à une prestation d'invalidité.
- La couverture comprend les traitements et services reçus au Canada ou à l'étranger.
- Si vous prévoyez voyager à l'extérieur du Canada, veuillez communiquer avec nous (voir la page 31) pour que nous puissions vous expliquer la façon de vous prévaloir des soins ou services nécessaires lorsque vous êtes à l'étranger.

Si vous bénéficiez de la couverture « B » :

- Vous êtes admissible aux avantages médicaux ou services pour traiter tout état de santé, pourvu qu'il s'agisse d'un besoin de santé clairement démontré.
- Nous examinerons l'avantage demandé et toute couverture provinciale, territoriale ou privée à laquelle vous pouvez accéder.

- **Cette couverture comprend seulement les traitements ou services reçus au Canada.**
- Vous devez d'abord utiliser la couverture offerte dans le cadre de votre régime de soins de santé provincial, territorial ou privé. ACC peut ensuite couvrir les montants qui ne sont pas déjà remboursés par ces régimes.

Tableaux des avantages

Pour obtenir une liste des soins ou services couverts dans le cadre des 14 programmes, veuillez visiter **veterans.gc.ca** et consulter les tableaux des avantages. La présente section indique les exigences ou les limites en place pour chaque avantage.

Autorisation préalable

- Dans certains cas, ACC doit approuver les avantages médicaux ou services avant que vous puissiez en bénéficier. C'est ce qu'on appelle une « autorisation préalable ». Cette information figure dans la colonne « Autorisation préalable » du tableau des avantages.
- Votre fournisseur peut communiquer avec nous pour obtenir une autorisation préalable en votre nom. **La plupart des avantages doivent seulement faire l'objet d'une autorisation préalable la première fois que vous faites une demande.**

- Veuillez prendre note qu'il est possible que nous ne puissions pas rembourser les produits ou services que vous avez achetés sans autorisation préalable.

Ordonnances

- Vous devez obtenir une ordonnance pour recevoir un remboursement d'ACC pour la plupart des avantages médicaux ou services. Cette exigence permet de garantir que vous recevez les services d'un professionnel de la santé et que les produits ou services reçus constituent le traitement adapté à vos besoins particuliers de santé.
- Une ordonnance est valide pour une année à partir de la date à laquelle elle a été rédigée et doit être fournie par le type de professionnel de la santé indiqué dans la colonne « Prescription requise » du tableau des avantages.

Limites de fréquence et de montant

- La *limite de fréquence* correspond au nombre de fois que vous avez droit à un avantage pour une période précise.
- La *limite de montant* correspond au montant maximal admissible que nous pouvons verser pour un avantage particulier.

- Si vous avez des besoins exceptionnels en matière de santé en raison de votre état de santé qui exigeront que vous dépassiez ces limites, veuillez communiquer avec nous (voir page 31).



Déplacements à des fins médicales (DFM)



Aperçu

Ce programme vise à contribuer au paiement de certains frais de déplacement que vous engagez pour recevoir des traitements médicaux ou services au Canada.



Couverture « A » et couverture « B »

- Si vous avez une couverture « A », nous pouvons rembourser les frais de déplacement admissibles engagés pour recevoir des traitements ou services liés à l'état de santé pour lesquels vous avez droit à une prestation d'invalidité.
- Si vous avez une couverture « B », nous pourrions couvrir vos frais de déplacement admissibles pour obtenir les traitements ou services approuvés par ACC pour tout problème de santé.

Frais de déplacement

- ACC couvrira le coût des déplacements entre votre résidence et le centre de soins approprié le plus près.
- Vous devez utiliser le moyen de transport le plus pratique et économique possible en fonction de votre état de santé.

Les dépenses pouvant être couvertes sont les suivantes :

- frais de transport et de stationnement;
- repas et hébergement;
- frais d'un accompagnateur pour des raisons médicales. **Remarque** : ACC ne peut pas rembourser ces frais si l'accompagnateur est votre conjoint ou votre partenaire, une personne à charge (comme un fils ou une fille à votre charge) ou toute autre personne vivant sous le même toit que vous.

Limites ou restrictions

- ACC ne peut pas rembourser les frais de déplacement pour faire exécuter vos ordonnances ou obtenir des articles qui peuvent vous être postés, comme des piles de prothèses auditives.
- Il y a des plafonds de remboursement.
- Une autorisation préalable de certains frais de déplacement pourrait être exigée.

- Vous devrez conserver vos reçus de déplacement et vos preuves de rendez-vous pendant douze (12) mois à partir de la date à laquelle vous avez soumis votre demande de règlement à ACC. Vous n'avez pas à présenter ces documents avec vos demandes de règlement mais nous pourrions vous demander de nous les fournir en cas de vérification de vos demandes.



Programme de services de réadaptation et d'assistance professionnelle



Aperçu

Le Programme de services de réadaptation et d'assistance professionnelle offre du financement pour des services qui sont requis, et qui ne sont pas offerts ailleurs, pour vous aider à vous adapter à la vie à la maison, dans votre collectivité ou au travail. Selon vos besoins particuliers, votre gestionnaire de cas d'ACC, votre professionnel de la santé et autres professionnels travailleront avec vous jusqu'à ce que votre état de santé se stabilise et s'améliore et que vous puissiez fonctionner au meilleur de votre capacité.

Vous pourriez aussi recevoir de l'aide pour vous aider à développer des habiletés pour améliorer votre indépendance et vous adapter à votre situation.

Les services de réadaptation doivent être approuvés par votre gestionnaire de cas d'ACC et sont limités dans le temps. Si ces services ne sont pas disponibles ailleurs, ils sont financés en fonction de votre(vos) problème(s) de santé admissible(s), vos besoins évalués en réadaptation et vos objectifs.

Services de réadaptation

Réadaptation médicale. Des experts des soins de santé travaillent avec vous pour rétablir autant que possible votre équilibre physique et psychologique fondamental.

Réadaptation psychosociale. Des professionnels de la santé ou de la réadaptation vous aident à développer des habiletés pour améliorer votre indépendance et vous adapter à votre vie avec un problème de santé ou une invalidité. Ces services peuvent inclure une formation en dynamique de la vie, des stratégies de gestion de la douleur et plus encore.

Exemples de services de réadaptation médicale et psychosociale :

- Physiothérapie
- Gestion de la douleur
- Traitement psychologique et psychiatrique

- Counseling en matière de dépendances
- Ergothérapie

► **Dépenses liées à la réadaptation**

Les dépenses liées à la réadaptation peuvent être remboursées dans le cadre de votre participation aux services médicaux ou psychosociaux. Les dépenses liées à la réadaptation comprennent :

- les coûts liés au déplacement;
- les coûts liés à l'hébergement et/ou aux repas, y compris ceux d'un accompagnateur;
- les frais pour un accompagnateur;
- les frais de garde supplémentaires.

Ces dépenses sont approuvées en fonction des besoins et doivent être préapprouvées par votre gestionnaire de cas d'ACC et faire partie de votre plan de réadaptation.

Vous devez soumettre votre demande de règlement pour tous les services et dépenses de réadaptation **dans les 12 mois suivant** la date de service ou des autres dépenses approuvées.



Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC)

Aperçu

Le Programme pour l'autonomie des anciens combattants est un programme national de soins à domicile qui fournit de l'aide financière pour une variété de services qui vous aident à demeurer en santé et autonome à domicile et dans votre collectivité.

Les services du PAAC ne sont offerts qu'au Canada.

Une fois que vous êtes jugé admissible au PAAC, une évaluation de vos besoins en matière de santé et de vos besoins sociaux est effectuée par ACC au téléphone, en personne ou par la poste. Une fois l'évaluation terminée, vous recevrez une lettre confirmant les services qu'ACC financera pour vous, y compris les montants et les limites.

Si vous êtes un ancien combattant, vous recevrez également une nouvelle carte d'identité de santé d'ACC indiquant que vous êtes admissible aux services du PAAC. Consultez la page 2 pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon d'utiliser votre carte de santé.

Services du PAAC

Les **services d'entretien ménager** comprennent des tâches comme la lessive, le nettoyage de votre domicile et la préparation des repas. Ils peuvent aussi comprendre des tâches comme l'épicerie ou les services bancaires.

Les **services d'entretien du terrain** comprennent des tâches comme le déneigement et la tonte du gazon.

Les **services de soins personnels** comprennent les services fournis par une personne autre qu'un professionnel de la santé pour aider aux activités de la vie quotidienne comme se laver, s'habiller et manger.

Remarque: Nous vous recommandons fortement de recourir aux services d'un fournisseur inscrit pour recevoir les services de soins personnels approuvés dans le cadre du PAAC.

Les **services d'adaptation au domicile** comprennent les changements apportés à votre domicile pour vous aider à accomplir les activités quotidiennes. Les rénovations ou les réparations courantes ne sont toutefois pas couvertes.

L'accès à des services d'alimentation comprend les services qui vous donnent accès à des repas. Le service ne comprend pas le coût de la nourriture, mais il couvre la livraison de repas à votre domicile ou les frais de transport à un établissement communautaire ou à un restaurant.

Les **services de santé et de soutien** comprennent des services de diagnostic, de soins infirmiers, de thérapie et de soins personnels fournis à votre domicile par un professionnel de la santé.

Les **services de soins ambulatoires** comprennent les services de santé tels que les services d'évaluation et de diagnostic, les services récréatifs et les activités sociales fournis par un professionnel de la santé à l'extérieur du domicile (p. ex. dans une clinique de santé). Le programme couvre aussi les frais de déplacement pour accéder à ces services.

Les **services de transport** comprennent la couverture du transport à des activités sociales ou autres comme des cérémonies religieuses, des visites à la famille, des transactions bancaires et des emplettes. Ce service s'adresse aux personnes ayant un faible revenu qui sont isolées sur le plan social.

Les **services de soins intermédiaires** comprennent le soutien financier pour les coûts associés aux soins fournis dans un établissement de soins de longue durée approuvé. Ce type de soutien peut être fourni si vous avez besoin d'un niveau plus élevé de soins infirmiers et d'aide personnelle, et que pour cette raison vous n'êtes plus en mesure de rester à votre domicile.

Vous devez d'abord demander la couverture offerte dans le cadre de votre régime de soins de santé provincial, territorial ou privé. ACC peut ensuite couvrir les montants qui ne sont pas déjà remboursés par ces régimes.

Financement des services du PAAC

Les options de financement des services du PAAC varient selon les services que vous recevez ou le type de fournisseur que vous choisissez.

Services d'entretien ménager et d'entretien du terrain

Si vous êtes admissible aux services d'entretien du terrain ou d'entretien ménager :

- ACC vous remettra une subvention annuelle (un montant d'argent) pour aider à couvrir les coûts de ces services.
- Les paiements de subvention seront envoyés deux fois par année. Le premier paiement vous sera envoyé au début de votre année de prestation. Le deuxième paiement vous sera envoyé six mois plus tard.
- Ces montants vous permettront de payer directement votre fournisseur. Vous n'avez donc pas besoin de conserver vos reçus.

Tous les autres services du PAAC

Si vous êtes admissible à tout autre service du PAAC, ACC vous **remboursera** les dépenses approuvées.

Le mode de remboursement dépend du type de fournisseur que vous choisissez :

- Fournisseur inscrit
- Fournisseur non inscrit

Voir la page 23 pour obtenir plus de renseignements sur les fournisseurs.

Remarque : Si vous n'êtes pas en mesure d'accéder à un fournisseur inscrit et que vous avez des difficultés financières, vous pourriez être admissible aux paiements anticipés pour couvrir le coût de ces services.



Soins de longue durée

Le programme de soins de longue durée offre un soutien financier dans trois différentes situations :

1. Lits communautaires au sein d'installations fournissant des soins infirmiers aux anciens combattants ainsi qu'aux autres résidents de la province
2. Lits retenus par contrats au sein d'installations ayant des lits assignés à l'accès prioritaire pour les anciens combattants admissibles

3. Lits situés à l'Hôpital Sainte-Anne, près de Montréal

La prestation des soins de longue durée est de compétence provinciale et territoriale. Tous les régimes provinciaux de soins de santé au Canada offrent un certain niveau d'aide pour les soins offerts dans des établissements accrédités par la province ou le territoire.

Le processus d'évaluation et de placement aux fins d'admission dans la plupart des établissements de soins de longue durée est géré par les autorités provinciales, régionales ou locales.

Si un ancien combattant requiert des soins de longue durée, Anciens Combattants Canada peut contribuer au coût des soins de longue durée en fonction de certains critères, par exemple, le type et le lieu du service militaire, le revenu, les besoins en matière de soins de santé, ou le lien avec une invalidité liée au service.



Fournisseurs

Le terme « fournisseur » est utilisé pour désigner toute personne, entreprise ou organisation qui fournit des avantages et des services.

Liberté de choix

C'est vous qui choisissez votre fournisseur. La seule condition à respecter est que le fournisseur choisi doit :

- être autorisé ou certifié dans sa province ou son territoire de travail;
- satisfaire aux exigences d'ACC dans les provinces ou territoires où il n'y a pas ce type d'encadrement.

Il est souvent plus pratique de choisir un fournisseur qui est déjà approuvé par Croix Bleue Medavie. La plupart des fournisseurs approuvés peuvent envoyer des demandes de règlement électroniques en votre nom à l'aide du service *électroPaie* de Croix Bleue Medavie. Demander à votre fournisseur de soumettre vos demandes de règlement est plus simple, et vous réduirez ainsi les sommes que vous devez déboursier sur place.

Recours à un fournisseur inscrit

Les fournisseurs inscrits sont ceux qui satisfont aux critères d'ACC et qui se sont inscrits auprès de Croix Bleue Medavie pour fournir les services et avantages autorisés à nos clients.

Lorsque vous demandez des services du PAAC à un fournisseur inscrit, vous n'avez alors qu'à lui présenter votre carte d'identité de santé d'ACC. Le fournisseur fera ce qui suit :

- il vérifiera si vous êtes admissible au service demandé;

- il obtiendra une autorisation préalable au besoin;
- il fournira ensuite les services ou avantages.

Veillez noter que **tous** les services du programme de réadaptation doivent être préautorisés par votre gestionnaire de cas d'ACC. Vous recevrez une lettre d'ACC qui vous indiquera les services qui ont été préapprouvés pour un financement.

ACC paie les fournisseurs inscrits directement pour les avantages médicaux, de PAAC et les soins de longue durée, et ce, dans les limites de montant et de fréquence établies.

Remarque :

- Veuillez vous assurer d'avoir discuté des limites de votre couverture avec le fournisseur avant de bénéficier du service ou avantages. Si le produit ou service d'un fournisseur coûte plus cher que ce qu'ACC couvre, vous devrez payer la différence.
- Il importe que vous signiez la demande de règlement seulement après avoir reçu les avantages ou services à votre entière satisfaction.

Recherche d'un fournisseur inscrit

Vous pouvez trouver un fournisseur sur le site Web **www.medavie.croixbleue.ca/moninfo** ou nous pouvons vous fournir une liste. Nous ne faisons toutefois aucun favoritisme.

Recours à un fournisseur non inscrit

Si vous choisissez un fournisseur non inscrit, vous devrez le payer directement, puis soumettre une demande de règlement des avantages ou services couverts. Les limites de couverture et les critères d'acceptation des fournisseurs d'ACC s'appliqueront tout de même.

Que faire en cas d'insatisfaction à l'égard d'un fournisseur?

Si vous n'êtes pas satisfait d'un avantage ou d'un service reçu d'un fournisseur, vous devez en discuter directement avec celui-ci. Vous êtes par ailleurs libre de changer de fournisseur.

Que faire en cas de rendez-vous manqué avec un fournisseur?

ACC ne peut rembourser les rendez-vous manqués. Vous devrez alors payer les frais qu'exige votre fournisseur pour les rendez-vous manqués.

Remboursements

Si vous choisissez un fournisseur non inscrit, vous devez présenter votre demande de règlement pour les éléments couverts.

Les demandes de règlement pour les avantages médicaux, le PAAC ou les soins de longue durée doivent être soumises dans les 18 mois suivant la date à laquelle :

- vous avez bénéficié de l'avantage ou service;
- vous vous êtes déplacé pour bénéficier de l'avantage ou service; ou
- vous avez reçu un service du PAAC.

Les demandes de règlement pour tous les services de réadaptation doivent être soumises dans les 12 mois suivant la date de service ou des autres dépenses approuvées.

Une demande de règlement doit être accompagnée d'une preuve de paiement, par exemple d'un reçu original. Cette preuve de paiement doit clairement indiquer :

- la date à laquelle vous avez bénéficié de l'avantage ou service;
- la nature de l'avantage ou du service reçu;
- le montant payé;
- le nom et l'adresse du fournisseur.

Veillez poster votre demande à l'adresse suivante :

Centre de remboursement national

C.P. 6700

Moncton, NB E1C 0T8

Un nouveau formulaire de demande de règlement sera fourni avec tout paiement versé.

Que faire en cas de refus de couverture pour un avantage médical, de PAAC ou de soins de longue durée?

Si ACC refuse la couverture, vous recevrez une justification. Vous pouvez toutefois demander une révision de notre décision si la couverture d'un traitement vous a été refusée.

La demande de révision doit être soumise par écrit. Elle doit être envoyée dans les 60 jours suivant la date de réception de la lettre de décision. Veuillez poster votre demande à l'adresse suivante :

Anciens Combattants Canada
Unité nationale d'appel de première instance
C.P. 6000
Matane, QC G4W OE4

Que se passe-t-il si une demande de règlement pour des services de réadaptation ne peut pas être traitée?

Pour les services du programme de réadaptation, seulement les services qui ont été préapprouvés par votre gestionnaire de cas d'ACC pourront être remboursés. Si vous avez des questions au sujet de vos services de réadaptation approuvés, communiquez avec votre gestionnaire de cas d'ACC pour en discuter davantage.



Portail sécurisé pour les clients

Le portail sécurisé pour les clients vous donne accès à des renseignements importants sur vos avantages et à des ressources, notamment :

- Statut de votre demande de règlement, renseignements sur le paiement et historique des demandes de règlement
- Fournisseurs approuvés
- Demandes de remplacement de la carte d'identification pour soins de santé et d'impression de carte temporaire
- Information sur le programme
- Admissibilité aux services et aux avantages
- Documents ou formulaires de demande de règlement
- Une explication des avantages pour les demandes de règlement

S'inscrire au portail, c'est facile! Visitez **www.medavie.croixbleue.ca/Moninfo** et entrez l'information demandée.



Renseignements supplémentaires



Mon dossier ACC

Il s'agit d'un service en ligne offert en tout temps aux anciens combattants. Le service *Mon dossier ACC* vous permet notamment :

- de mettre votre compte à jour (p. ex. changement d'adresse);
- de vous inscrire au dépôt direct;
- de soumettre vos demandes de règlement pour les dépenses liées aux déplacements à des fins médicales ou à la réadaptation;
- de nous transmettre des messages ou renseignements confidentiels par voie électronique;
- d'obtenir des renseignements et formulaires relativement aux programmes et aux services offerts.



Dépôt direct

Vous pouvez vous inscrire au dépôt direct et recevoir votre remboursement directement dans votre compte bancaire. Le dépôt direct peut seulement être utilisé pour les dépôts de paiements faits au Canada.



Communiquez avec nous



En ligne

Visitez le site **veterans.gc.ca** pour :

- vous inscrire au service *Mon dossier ACC*;
- télécharger des formulaires de demande, de demande de règlement et d'inscription au dépôt direct;
- vous renseigner sur les avantages et services d'ACC.



Par téléphone

Au Canada, vous pouvez joindre ACC sans frais au **1-866-522-2022**.

Si vous résidez ou voyagez à l'étranger, voici les coordonnées téléphoniques à utiliser :

- aux États-Unis, composez le **1-888-996-2242** (numéro sans frais);
- au Royaume-Uni, en Allemagne, en France ou en Belgique, composez le **00-800-996-22421** (numéro sans frais);
- dans tout autre pays, composez le **0-613-996-2242** (à frais virés).

