



ÉNONCÉ DE POLITIQUE

1. Le ministère de la Santé fournit de l'assistance aux personnes admissibles qui requièrent des produits et des services de soins de santé et du soutien pour les déplacements pour raison médicale non couverts par le régime d'assurance-maladie du Nunavut ou le régime d'assurance offert par un tiers.

PRINCIPES

2. La présente politique et son application s'appuient sur les principes suivants :
 - a. Les programmes de santé doivent être compréhensibles et faciles d'accès pour les personnes admissibles;
 - b. Le coût des produits et des services de soins de santé et des déplacements pour raison médicale ne doit pas constituer un obstacle à l'obtention des soins;
 - c. Le Programme d'assurance-maladie complémentaire est une assistance de dernier recours;
 - d. Le Programme d'assurance-maladie complémentaire est divisé en trois volets :
 - i. Volet 1 – Soutien pour les déplacements pour raison médicale;
 - ii. Volet 2 – Troubles médicaux particuliers;
 - iii. Volet 3 – Personnes âgées;
 - e. Les montants versés dans le cadre du Régime d'assurance-maladie complémentaire sont semblables à ceux conférés par le Programme des services de santé non assurés de Santé Canada;
 - f. Les décisions en vertu de la présente politique doivent être rendues en temps opportun.

CHAMPS D'APPLICATION

3. La présente politique s'applique à toutes les personnes qui satisfont aux critères d'admissibilité énoncés dans la présente politique.

DÉFINITIONS

4. Dans la présente politique :
 - a. « Autochtone » :
 - i. un Indien inscrit aux termes de la *Loi sur les Indiens*;
 - ii. un Inuk reconnu par l'une des organisations inuit de revendications territoriales;
 - iii. un enfant de moins d'un an dont l'un des parents est un Indien inscrit aux termes de la *Loi sur les Indiens* ou un Inuk reconnu par l'une des organisations inuit de revendications territoriales.
 - b. « Accompagnateur » : un accompagnateur tel que défini dans la Politique de déplacement pour raison médicale du gouvernement du Nunavut;

- c. « Logement commercial » : exclut un logement privé et comprend un motel, un hôtel, un pavillon, un appartement, une suite avec services et un lieu loué par l'entremise d'une agence de location hors ligne ou en ligne;
- d. « Directeur de l'assurance-maladie » : le directeur de l'assurance-maladie nommé conformément aux dispositions du paragraphe 23(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*;
- e. « Médicament d'exception » : un médicament qui n'est pas inscrit sur la liste des médicaments;
- f. « Liste des médicaments » : la liste des médicaments, la liste des médicaments destinés aux patients souffrant d'insuffisance rénale chronique et la liste des médicaments pour les soins palliatifs du Programme des services de santé non assurés, telle que modifiée;
- g. « Médecin praticien » : une personne autorisée à pratiquer la médecine dans une province ou un territoire du Canada;
- h. « Déplacement pour raison médicale » : un déplacement approuvé conformément aux dispositions de la Politique de déplacement pour raison médicale du gouvernement du Nunavut;
- i. « Région nordique » : un lieu désigné à ce titre par le directeur de l'assurance-maladie et ayant fait l'objet d'une publication à cet égard conformément à l'alinéa 5(e);
- j. « Infirmière praticienne ou infirmier praticien » : une infirmière praticienne ou un infirmier praticien tel que défini dans la *Loi sur les infirmières et infirmiers* du Nunavut, ou une personne qui ne possède pas de permis ou de droit de pratique au Nunavut, mais qui est autorisée à pratiquer la profession d'infirmière praticienne ou d'infirmier praticien dans une autre province ou un autre territoire du Canada;
- k. « Logement privé » : un logement :
 - i. que possède ou loue de manière habituelle un parent ou un ami du client; et
 - ii. qui n'est pas détenu en copropriété ou en colocation par le client ou l'époux/l'épouse ou le conjoint/la conjointe de fait du client;
- l. « Régime d'assurance offert par un tiers » comprend :
 - i. les Services de santé non assurés (SSNA) de Santé Canada;
 - ii. une assurance-maladie et les prestations de maladie de groupe :
 - 1. fournies en contrepartie du paiement d'une prime ou non;
 - 2. offertes par l'employeur actuel ou un ancien employeur de la personne, d'un parent de la personne ou d'un membre du foyer de la personne; et
 - 3. couvrant un ou plusieurs des services suivants :
 - a. soins dentaires;
 - b. produits et services d'audiologie;
 - c. soins de la vue;
 - d. fournitures et appareils médicaux;
 - e. médicaments d'ordonnance;
 - f. la quote-part des frais de transport aérien pour raison médicale, de repas et d'hébergement à l'occasion d'un déplacement pour raison médicale.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Directeur de l'assurance-maladie

5. Conformément à la présente politique et à ses lignes directrices, le directeur de l'assurance-maladie :
- a. doit déterminer l'admissibilité des personnes qui présentent une demande d'inscription en vertu des articles 25 et 32, et inscrire les personnes admissibles;
 - b. doit désinscrire les personnes qui ne répondent plus aux critères d'admissibilité énoncés dans la présente politique;
 - c. doit, à la suite d'une consultation avec un pharmacien, approuver ou refuser une couverture d'exception pour la version d'un médicament autre que la version la moins chère lorsqu'une demande est présentée en vertu des dispositions de l'article 10;
 - d. doit déterminer l'admissibilité des réclamations reçues dans le cadre de la présente politique, puis autoriser ou refuser leur paiement, selon le cas;
 - e. doit désigner les lieux qui seront considérés des régions nordiques aux termes de la présente politique, et publier cette information sur une page du site Web du ministère de la Santé accessible au public;
 - f. doit fournir des justifications au sujet des décisions prises aux termes de la présente politique et de ses lignes directrices aux personnes visées par ces décisions;
 - g. doit analyser les demandes de couverture spéciale d'un trouble médical et rendre une décision à ce sujet conformément aux dispositions de l'article 27, et publier les autorisations conformément aux dispositions de l'article 29;
 - h. doit refuser ou confirmer les autorisations préalables conformément aux dispositions des lignes directrices;
 - i. peut, s'il y a lieu, déléguer les tâches prévues aux alinéas 5(a) à 5(h) à des membres du personnel de sa division.

Sous-ministre de la Santé

6. Conformément aux dispositions des articles 34 à 37 de la présente politique et de ses lignes directrices, le sous-ministre de la Santé doit examiner les demandes d'appel et rendre des décisions à cet égard.

DISPOSITIONS

Couverture par des régimes d'assurance offerts par des tiers

Catégories de prestations

7. Aux fins de la présente politique, les catégories de prestations visent les soins dentaires, les services et les produits d'audiologie, les soins de la vue, les fournitures et les équipements médicaux, les médicaments d'ordonnance et les frais de transport pour raison médicale ou leur équivalent selon l'appellation utilisée dans le régime d'assurance offert par un tiers.

Participation au régime d'assurance offert par un tiers

8. Une personne n'est pas admissible à une catégorie de prestations en vertu de la présente politique si elle est admissible au régime d'assurance offert par un tiers couvrant cette catégorie de prestations et que la personne :
- choisit de ne pas participer au régime d'assurance offert par un tiers dans son ensemble; ou
 - choisit de ne pas participer à cette catégorie de prestations en vertu du régime d'assurance offert par un tiers.

Payeur de dernier recours

9. Les montants auxquels un client a droit en vertu de la présente politique sont diminués par les montants payés par le régime d'assurance offert par un tiers auquel participe le client.

Médicaments d'ordonnance

Médicaments génériques et de marques déposées

10. Lorsque des versions génériques et de marques déposées d'un médicament d'ordonnance faisant partie des prestations prévues aux alinéas 26(a) et 33(a) existent, la présente politique couvre uniquement le coût du médicament le moins cher, sauf si :
- un médecin praticien ou une infirmière praticienne/un infirmier praticien présente une demande d'exception au nom du client et documente l'effet indésirable s'étant produit avec le médicament le moins cher;
 - le directeur de l'assurance-maladie approuve l'exception afin qu'une autre version du médicament soit couverte après consultation avec un pharmacien; et
 - le médecin ou l'infirmière praticienne/l'infirmier praticien inscrit la mention « aucune substitution » sur la prescription.

Choix du client

11. Lorsque la présente politique couvre uniquement la version la moins chère d'un médicament conformément à l'article 10, le client peut choisir d'obtenir une version plus chère de ce médicament en payant la différence de prix.

Volet 1- Soutien pour les déplacements pour raison médicale

Admissibilité

12. Un client est admissible aux prestations prévues aux articles 14 à 21 uniquement pour le ou les jours d'un déplacement pour raison médicale au cours duquel il ou elle :
- ne possède pas de régime d'assurance offert par un tiers couvrant la quote-part du transport aérien, le transport terrestre, les frais de repas et les frais d'hébergement lors du déplacement pour raison médicale;
 - a épuisé les prestations couvrant la quote-part du transport aérien, le transport terrestre, les frais de repas et les frais d'hébergement compris dans le régime d'assurance offert par un tiers auquel il adhère lors d'un déplacement pour raison médicale;
 - possède un régime d'assurance offert par un tiers couvrant la quote-part du transport aérien, le transport terrestre, les frais de repas et les frais d'hébergement lors d'un déplacement pour raison médicale à des taux moindres que ceux établis aux articles 14 à 21.

Option de services tout-inclus dans le régime d'assurance offert par un tiers

13. Par dérogation à l'alinéa 14.c., un client n'est pas admissible aux prestations prévues aux articles 14.b à 21 pendant les jours d'un déplacement pour raison médicale au cours desquels :

- a. le régime d'assurance offert par un tiers offre au client l'option de demeurer, sans frais pour le client, dans un centre d'hébergement offrant tous les services, notamment :
 - i. l'hébergement;
 - ii. les repas;
 - iii. le transport terrestre dans la ville où le client doit recevoir les soins requis par son état de santé entre l'établissement de santé, l'aéroport et le centre d'hébergement; et
- b. que le client choisit de ne pas se prévaloir de cette option.

Dépenses de transport

14. Les dépenses suivantes engagées par le client et son accompagnateur lors d'un déplacement pour raison médicale sont des prestations en vertu de la présente politique :

- a. la quote-part des frais de transport aérien telle que déterminée par la Politique de déplacement pour raison médicale;
- b. les frais de taxi entre la résidence de la personne ou le centre de santé local et l'aéroport de Coral Harbour, Whale Cove, Resolute Bay et Artic Bay;
- c. le transport terrestre dans la ville où est orienté le client si le déplacement est effectué entre deux des emplacements suivants : l'établissement de santé, l'aéroport et le lieu d'hébergement;
- d. Les frais d'ambulance pour transférer le client entre deux établissements de santé.

Séjour dans un logement privé

15. Un client a droit à une indemnité de logement de 50 \$ la nuit pour un séjour dans un logement privé si :

- a. Le séjour est confirmé au moyen d'un formulaire d'hébergement signé par l'un des occupants réguliers du logement privé; et
- b. Le logement privé est utilisé pour héberger :
 - i. le client sans accompagnateur dans les cas où le client n'est pas admis dans un établissement de santé;
 - ii. le client et son accompagnateur dans les cas où le client n'est pas admis dans un établissement de santé et qu'il reçoit l'assistance d'un accompagnateur;
 - iii. L'accompagnateur du client dans les cas où le client est admis dans un établissement de santé et qu'il reçoit l'assistance d'un accompagnateur.

Repas lors d'un séjour dans un logement privé en région nordique

16. Lorsqu'un logement situé en région nordique respectant les critères énoncés à l'article 15 est utilisé lors du déplacement pour raison médicale d'un client, le client a droit de recevoir :

- a. une indemnité de repas de 50 \$ par jour lorsque le client n'est pas admis dans un établissement de santé;
- b. une indemnité de repas supplémentaire de 50 \$ par jour pour l'accompagnateur assistant le client.

Court séjour dans un hôtel, un motel ou un pavillon en région nordique

17. Sous réserve des articles 20 et 21, un client a droit au remboursement des dépenses engagées pour louer une chambre dans un hôtel, un motel ou un pavillon lors d'un déplacement pour raison médicale si :

- a. La chambre d'hôtel, de motel ou du pavillon est louée dans une région nordique où le client a été dirigé pour y recevoir des soins;
- b. La chambre d'hôtel, de motel ou du pavillon est louée pour héberger :
 - i. le client sans accompagnateur dans les cas où le client n'est pas admis dans un établissement de santé;
 - ii. le client et son accompagnateur dans les cas où le client n'est pas admis dans un établissement de santé et qu'il reçoit l'assistance d'un accompagnateur;
 - iii. L'accompagnateur du client dans les cas où le client est admis dans un établissement de santé et qu'il reçoit l'assistance d'un accompagnateur.

Court séjour dans un logement commercial à l'extérieur d'une région nordique

18. Sous réserve des articles 20 et 21, un client a droit au remboursement des dépenses engagées pour louer un logement commercial jusqu'à un maximum de 125 \$ la nuit lors d'un déplacement pour raison médicale si :

- a. le logement commercial est situé à l'extérieur d'une région nordique et se trouve au lieu où le client a été orienté pour y recevoir des soins; et
- b. le logement commercial est principalement loué pour héberger :
 - i. le client sans accompagnateur dans les cas où le client n'est pas admis dans un établissement de santé;
 - ii. le client et son accompagnateur dans les cas où le client n'est pas admis dans un établissement de santé et qu'il reçoit l'assistance d'un accompagnateur;
 - iii. L'accompagnateur du client dans les cas où le client est admis dans un établissement de santé et qu'il reçoit l'assistance d'un accompagnateur.

Repas lors d'un séjour dans un hôtel, un motel ou un pavillon en région nordique ou un logement commercial à l'extérieur d'une région nordique

19. Sous réserve des articles 20 et 21, lorsqu'un logement respectant les critères énoncés aux articles 17 ou 18 est loué lors du déplacement pour raison médicale d'un client, le client a droit de recevoir :

- a. une indemnité de repas de 50 \$ par jour lorsque le client n'est pas admis dans un établissement de santé;
- b. une indemnité de repas supplémentaire de 50 \$ par jour pour l'accompagnateur assistant le client.

Régime de soins de longue durée – avant le début d'un déplacement pour raison médicale

20. Si avant le début du déplacement pour raison médicale d'un client l'infirmière praticienne/l'infirmier praticien, le médecin praticien ou le gestionnaire de cas du client, sur avis de l'infirmière praticienne/l'infirmier praticien ou du médecin praticien, indique par écrit que le déplacement pour raison médicale durera vraisemblablement plus de 90 jours, le client n'a pas droit aux prestations mentionnées aux articles 17 à 19, mais il peut bénéficier des prestations relatives à l'utilisation d'un logement privé prévues aux articles 15 et 16, ou recevoir :

- a. une indemnité de logement de 60 \$ par jour pendant lequel un logement privé n'est pas utilisé;
- b. une indemnité de repas de 20 \$ par jour pendant lequel un logement privé n'est pas utilisé;
- c. une indemnité de repas supplémentaire de 20 \$ par jour pour chaque accompagnateur du client lui fournissant de l'assistance pour chaque jour pendant lequel un logement privé n'est pas utilisé.

Régime de soins de longue durée – après le début d'un déplacement pour raison médicale

21. Si après le début du déplacement pour raison médicale d'un client l'infirmière praticienne/l'infirmier praticien, le médecin praticien ou le gestionnaire de cas du client, sur avis de l'infirmière praticienne/l'infirmier praticien ou du médecin praticien, indique par écrit que le déplacement pour raison médicale durera vraisemblablement plus de 90 jours supplémentaires à partir de la date à laquelle l'avis est produit, le client :

- a. cesse d'être admissible aux prestations mentionnées aux articles 17 à 19 à la fin du 30^e jour suivant la production de l'avis écrit, mais il demeure admissible aux prestations relatives à un logement privé prévues aux articles 15 et 16; et
- b. devient admissible aux prestations suivantes à compter du 31^e jour suivant la production de l'avis écrit :
 - i. une indemnité de logement de 60 \$ par jour pendant lequel un logement privé n'est pas utilisé;
 - ii. une indemnité de repas de 20 \$ par jour pendant lequel un logement privé n'est pas utilisé;
 - iii. une indemnité de repas supplémentaire de 20 \$ par jour pour chaque accompagnateur du client lui fournissant de l'assistance pour chaque jour pendant lequel un logement privé n'est pas utilisé.

Vérification de la durée prévue du déplacement pour raison médicale

22. De temps à autre, le directeur de l'assurance-maladie peut demander à un client de fournir un document préparé par l'infirmière praticienne/l'infirmier praticien, le médecin praticien ou le gestionnaire de cas du client, sur avis de l'infirmière praticienne/l'infirmier praticien ou du médecin praticien, estimant la durée du déplacement pour raison médicale du client

Nourrissons allaités

23. Les indemnités de repas mentionnées aux alinéas 16.a, 19.a, 20.b et 21.b.ii ne sont pas payables lorsque le client est un enfant qui est toujours allaité.

Volet 2 – Troubles médicaux particuliers

Admissibilité

24. Une personne est admissible à l'inscription en vertu de l'article 25 si la personne :
- a. n'est pas autochtone;
 - b. est âgée de moins de 65 ans;
 - c. est inscrite au régime d'assurance-maladie du Nunavut; et
 - d. a un trouble médical particulier inscrit à l'annexe A ou un trouble médical accepté pour une couverture spéciale en vertu de l'article 28 de la présente politique.

Inscription

25. Une personne qui répond aux critères d'admissibilité indiqués à l'article 24 peut s'inscrire dans le cadre du volet « Troubles médicaux particuliers » de la présence politique en suivant le processus d'inscription énoncé dans la ligne directrice 1 (inscription).

Prestations

26. Une personne inscrite dans le cadre du volet « Troubles médicaux particuliers » en vertu de l'article 25 est admissible à ce qui suit :
- a. le coût total des médicaments d'ordonnance inscrits sur la liste des médicaments qui sont prescrits à la personne pour tout trouble médical inscrit à l'Annexe A ou pour tout trouble médical accepté pour une couverture spéciale en vertu de l'article 28 de la présente politique pour lequel une personne dûment inscrite a reçu un diagnostic;
 - b. le coût total des médicaments d'ordonnance d'exception qui sont :
 - i. prescrits à la personne pour un trouble médical inscrit à l'annexe A ou pour tout trouble médical accepté pour une couverture spéciale en vertu de l'article 28 de la présente politique pour lequel une personne dûment inscrite a reçu un diagnostic;
 - ii. autorisés de manière préalable pour le client conformément à la ligne directrice 2 (réclamations et autorisations préalables);
 - c. le coût total des fournitures et des équipements médicaux, ainsi que leurs coût d'ajustement et d'expédition dans les cas suivants :
 - i. s'ils sont inscrits sur la liste des articles d'équipement médical et de fournitures médicales des Services de santé non-assurés de Santé Canada, telle que modifiée; ou
 - ii. s'ils sont prescrits à la personne pour tout trouble médical mentionné à l'annexe A ou pour trouble médical accepté pour une couverture spéciale en vertu de l'article 28 de la présente politique;
 - d. les prestations qui suivent si elles sont nécessaires pour gérer les effets secondaires d'un médicament d'ordonnance décrit aux alinéas 26.a. ou 26.b ou de fournitures ou d'appareils médicaux décrits à l'alinéa 26.c. :
 - i. des soins dentaires tels que décrits à l'alinéa 33.d;
 - ii. le coût total des médicaments d'ordonnance inscrits sur la liste des médicaments et qui sont prescrits à la personne;
 - iii. les produits et les services d'audiologie tels que décrits à l'alinéa 33.e.;
 - iv. les soins de la vue tels que décrits à l'alinéa 33.g.;

- v. le coût total des fournitures et des équipements médicaux, ainsi que leurs coûts d'ajustement et d'expédition dans les cas suivants :
 1. s'ils sont inscrits sur la liste des articles d'équipement médical et de fournitures médicales des Services de santé non-assurés de Santé Canada, telle que modifiée; et
 2. s'ils sont prescrits à la personne.

Demande de couverture spéciale d'un trouble médical

27. Une personne qui répond aux critères d'admissibilité prévus aux alinéas 24.a à 24.c, et qui a reçu un diagnostic de trouble médical qui ne figure pas à l'annexe A de la présente politique, et qui n'a pas été préalablement approuvée pour une couverture spéciale en vertu de l'article 28 peut demander que le directeur de l'assurance-maladie examine la possibilité d'approuver une couverture spéciale pour ce trouble médical en présentant le formulaire approprié dûment signé par l'infirmière praticienne/l'infirmier praticien ou le médecin praticien de la personne contenant les renseignements suivants :

- a. le nom du patient;
- b. la date de naissance du patient;
- c. le numéro de carte d'assurance-maladie du Nunavut du patient;
- d. les coordonnées du patient;
- e. le trouble médical qui fait l'objet de la demande;
- f. l'évaluation indiquant si le trouble médical est potentiellement mortel ou le deviendra s'il est non traité;
- g. une évaluation de la chronicité de la maladie;
- h. le nom du médecin praticien;
- i. les coordonnées du médecin praticien.

Décision concernant la couverture spéciale d'un trouble médical

28. Après réception du formulaire dûment rempli, présenté conformément à l'article 27, le directeur de l'assurance-maladie doit, après avoir examiné la chronicité de la maladie, sa nature possiblement mortelle et tout autre facteur pertinent :

- a. décider d'approuver ou de refuser la couverture spéciale; et
- b. communiquer la décision au patient et au médecin praticien ou à l'infirmière praticienne/l'infirmier praticien mentionné(e) dans le formulaire.

Publication d'une autorisation spéciale

29. Lorsqu'il décide d'approuver une couverture spéciale pour un trouble médical en vertu de l'article 28, le directeur de l'assurance-maladie doit publier le nom de ce trouble médical sur une page Web du ministère de la Santé accessible au public, et préciser que ce trouble médical est maintenant admissible à une couverture dans le cadre du volet « Troubles médicaux particuliers ».

Diagnostic à rebours

30. Une personne inscrite en vertu de l'article 25 ayant reçu un diagnostic à rebours de trouble médical inscrit à l'annexe A ou de trouble médical accepté pour une couverture spéciale en vertu de l'article 28 est admissible aux prestations prévues à l'article 26 relatives à ce trouble médical à compter de la plus récente des dates suivantes :

- a. La date d'inscription au régime d'assurance-maladie du Nunavut;
- b. La date d'apparition du trouble médical établie pour la première fois par un médecin praticien ou une infirmière praticienne/un infirmier praticien.

Volet 3 – Personnes âgées

Admissibilité

31. Une personne est admissible à l'inscription en vertu de l'article 32 si la personne est :
- a. non autochtone;
 - b. âgée de 65 ans et plus; et
 - c. inscrite au régime d'assurance-maladie du Nunavut.

Inscription

32. Une personne qui répond aux critères d'admissibilité indiqués à l'article 31 peut s'inscrire dans le cadre du volet « Personnes âgées » de la présence politique en suivant le processus d'inscription énoncé dans la ligne directrice 1 (inscription).

Prestations

33. Une personne inscrite dans le cadre du volet « Personnes âgées » en vertu de l'article 32 est admissible à ce qui suit :
- a. Le coût total des médicaments d'ordonnance inscrits sur la liste des médicaments qui sont prescrits à la personne;
 - b. le coût total des médicaments d'ordonnance d'exception inscrits sur la liste des médicaments qui sont prescrits à la personne conformément à la ligne directrice 2 (réclamations et autorisations préalables);
 - c. les frais d'ambulance pour le transport au Nunavut;
 - d. un montant maximum combiné de 1000 \$ par année civile pour les soins dentaires fournis par des professionnels des soins dentaires, notamment :
 - i. les services de diagnostic comme les examens et les radiographies;
 - ii. les services préventifs comme les nettoyages;
 - iii. les services de restauration, comme les obturations;
 - iv. les services d'endodontie comme les traitements de canal;
 - v. les services de périodontie ou de traitement des gencives;
 - vi. les services de prosthodontie autres que les prothèses dentaires amovibles;
 - vii. la chirurgie buccale y compris l'enlèvement des dents;
 - viii. les services d'orthodontie pour corriger les irrégularités des dents et des mâchoires en cas de malocclusion grave entraînant un handicap fonctionnel;
 - ix. les services complémentaires, notamment les services de sédation;
 - x. de nouvelles prothèses dentaires tous les cinq ans;
 - xi. les réparations de prothèses, sauf en cas de mauvais usage, de manque de soin ou de négligence;
 - e. les services et les produits d'audiologie médicalement requis mentionnés ci-dessous :
 - i. une évaluation complète de l'audition bilatérale tous les 5 ans;
 - ii. une réévaluation partielle de l'audition bilatérale tous les 2 ans;

- iii. des prothèses auditives à conduction osseuse, analogique classique, CROS/BiCROS, analogiques programmables ou à traitement numérique et les services connexes prescrits à la personne par un audiologiste ou un médecin praticien une fois tous les cinq ans, à moins qu'un remplacement plus rapide soit approuvé par le directeur de l'assurance-maladie et soit nécessaire en raison d'un changement au niveau de l'audition;
- iv. les piles et les tubes/dômes des prothèses auditives;
- v. l'embout auriculaire de rechange et les frais de prise d'empreinte une fois tous les deux ans;
- vi. la vérification de l'efficacité de la prothèse auditive à la demande du client et le réajustement une fois par année;
- vii. la réparation des prothèses auditives sauf en cas de mauvais usage, de manque de soin ou de négligence;
- f. le coût total des fournitures et des équipements médicaux, ainsi que leurs coûts d'ajustement et d'expédition dans les cas suivants :
 - i. s'ils sont inscrits sur la liste des articles d'équipement médical et de fournitures médicales des Services de santé non-assurés de Santé Canada, telle que modifiée; et
 - ii. s'ils sont prescrits à la personne;
- g. les produits et les soins de la vue suivants aux taux établis pour le Nunavut dans la grille tarifaire des prestations des soins de la vue du Cadre de travail des Prestations des soins de la vue du programme des services de santé non assurés, telle que modifiée :
 - i. un examen de la vue une fois par année;
 - ii. un montant maximum de 100 \$ pour une monture de lunettes prescrites tous les 2 ans;
 - iii. le coût total des lentilles pour lunettes prescrites tous les 2 ans;
 - iv. le coût total afin de teinter les lunettes et d'y appliquer un revêtement spécial tous les 2 ans lorsqu'un optométriste ou un ophtalmologiste a confirmé que de tels procédés sont médicalement requis;
 - v. le coût des lentilles de contact jetables lorsqu'un optométriste ou un ophtalmologiste a confirmé que des lunettes prescrites ne conviennent pas à la personne compte tenu de sa condition.

Appels

Dépôt d'un appel

34. À l'exception d'une décision sur un appel rendue en vertu de l'article 36, un client peut interjeter appel de toute décision le concernant prise en vertu de la présente politique et de ses lignes directrices en soumettant au sous-ministre de la Santé le formulaire d'appel approprié contenant les renseignements suivants :
- a. le nom du client;
 - b. le numéro de carte d'assurance-maladie du client;
 - c. les coordonnées du client;
 - d. la décision faisant l'objet de l'appel;
 - e. Le ou les motifs de l'appel;
 - f. Tout élément de preuve que le client juge utile pour appuyer l'appel.

Accusé de réception

35. Dès la réception du formulaire d'appel présenté en vertu de l'article 34, le sous-ministre de la Santé doit transmettre un accusé de réception du formulaire d'appel.

Décision

36. Dans les 30 jours civils suivant la réception du formulaire d'appel en vertu de l'article 34, le sous-ministre de la Santé doit recueillir auprès des employés du ministère de la Santé, du client et de toute autre personne appropriée tous les renseignements supplémentaires jugés nécessaires afin d'analyser la demande d'appel et de rendre une décision :

- a. confirmant la décision portée en appel;
- b. annulant la décision portée en appel;
- c. modifiant la décision portée en appel; ou
- d. rendant toute autre décision que le sous-ministre de la Santé juge nécessaire compte tenu des circonstances.

Communication de la décision

37. Le sous-ministre de la Santé doit informer le client de la décision portant sur l'appel prise conformément aux dispositions de l'article 36.

Décision finale

38. Les décisions rendues par le sous-ministre de la Santé en application de l'article 36 sont définitives et exécutoires.

PRÉSÉANCE DE L'ACCORD SUR LES REVENDICATIONS TERRITORIALES DU NUNAVUT (ARTN)

39. Rien dans la présente politique ne doit être interprété de manière à limiter la portée de l'ARTN. L'accord a préséance sur les dispositions de la présente politique.

RESSOURCES FINANCIÈRES

40. Les ressources financières requises en vertu de la présente politique sont conditionnelles à l'approbation par l'Assemblée législative, et à la disponibilité des fonds dans le budget approprié.

PRÉROGATIVE DU CONSEIL EXÉCUTIF

41. La présente politique n'a pas pour effet de limiter la prérogative du Conseil exécutif de prendre des décisions ou d'agir hors du cadre des dispositions de ladite politique concernant les services non-assurés.

DATE LIMITATIVE

42. La présente politique prendra fin le 31 mars 2021, à moins qu'elle ne soit révisée par le Conseil exécutif avant cette date.

Premier ministre



PRESTATIONS D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRES – ANNEXE A

Dépendance à l'égard de l'alcool
Maladie d'Alzheimer
Asthme
Cancer
Maladie cœliaque
Paralysie cérébrale
Certains troubles du système sanguin ou du système immunitaire
Maladie pulmonaire obstructive chronique
Psychose chronique
Bec-de-lièvre et fente palatine
Anomalies congénitales et troubles chroniques du système urinaire
Infection congénitale à cytomégalovirus
Cardiopathie congénitale
Maladie de Crohn
Fibrose kystique
Dermatomyosite
Diabète insipide
Diabète sucré
Pharmacodépendance
Épilepsie
Traumatisme crânien
Infection au VIH et toutes autres maladies liées au VIH
Hypertension (sujet à certains niveaux de pression artérielle)
Cardiopathie ischémique
Lupus érythémateux
Sclérose en plaques
Dystrophie musculaire
Ostéoarthrose
Anémie pernicieuse
Phénylcétonurie
Psoriasis
Fièvre rhumatismale
Polyarthrite rhumatoïde
Rachitisme
Sclérodermie
Scoliose
Spina-bifida
Lésion médullaire
Tuberculose
Colite ulcéreuse
Granulomatose de Wegener



**PRESTATIONS D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRES
LIGNE DIRECTRICE 1 (INSCRIPTION)**

Cette ligne directrice explique de quelle manière s'inscrire pour recevoir des prestations.

Inscription initiale pour le volet des personnes âgées

1. Une personne admissible dans le cadre du volet « personnes âgées » peut s'inscrire afin de recevoir des prestations en fournissant au directeur de l'assurance-maladie un formulaire dûment rempli comprenant, le cas échéant, une déclaration de couverture par le régime d'assurance offert par un tiers signée par l'employeur.

Inscription initiale pour le volet des troubles médicaux particuliers

2. Une personne admissible dans le cadre du volet « troubles médicaux particuliers » peut s'inscrire afin de recevoir des prestations en fournissant au directeur de l'assurance-maladie un formulaire dûment rempli comprenant :
 - a. une déclaration par une infirmière praticienne/un infirmier praticien ou un médecin praticien indiquant quel(s) trouble(s) particulier(s) mentionné(s) à l'annexe A ou accepté(s) pour une couverture spéciale en vertu de l'article 28 de la présente politique a fait ou ont fait l'objet d'un diagnostic chez la personne, ainsi que les médicaments actuellement prescrits à la personne pour ce(s) trouble(s);
 - b. le cas échéant, une déclaration de couverture par le régime d'assurance offert par un tiers signée par l'employeur.

Inscription pour des troubles supplémentaires

3. Une personne inscrite dans le cadre du volet « troubles médicaux particuliers » peut s'inscrire afin d'être couverte pour un trouble supplémentaire mentionné à l'annexe A ou accepté pour une couverture spéciale en vertu de l'article 28 de la présente politique en fournissant au directeur de l'assurance-maladie un formulaire dûment rempli comprenant :
 - a. une déclaration par une infirmière praticienne/un infirmier praticien ou un médecin praticien indiquant quel trouble supplémentaire a été diagnostiqué chez la personne et les médicaments actuellement prescrits à la personne pour ce trouble.

Inscription subséquente

4. De temps à autre, le directeur de l'assurance-maladie peut exiger que des clients inscrits dans les volets « Personnes âgées » et « Troubles médicaux particuliers » renouvellent leur inscription au programme d'assurance-maladie complémentaire.

Présentation de documents d'inscription au nom d'une personne à charge

5. Une personne peut présenter des documents au nom d'une personne à charge.

Confirmation ou refus de couverture

6. Dès la réception des formulaires présentés conformément aux paragraphes 1 à 3, le directeur de l'assurance-maladie évalue l'admissibilité et confirme les prestations auxquelles le client est admissible.



PRESTATIONS D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRES LIGNE DIRECTRICE 2 (RÉCLAMATIONS ET AUTORISATIONS PRÉALABLES)

Cette ligne directrice explique de quelle manière les clients peuvent réclamer leurs prestations d'assurance-maladie complémentaire, et fixent les exigences relatives aux autorisations préalables.

Concepts clés :

1. Trois concepts clés s'appliquent au processus de réclamation :
 - a. La « facturation directe » signifie que le fournisseur transmet directement et au nom du client la facture concernant le produit ou le service couvert au directeur de l'assurance-maladie;
 - b. Le « paiement différé » signifie que le client paie directement le fournisseur du produit ou du service couvert, et présente par la suite une demande de remboursement au directeur de l'assurance-maladie;
 - c. « L'autorisation préalable » désigne l'autorisation écrite du directeur de l'assurance-maladie pour l'achat d'un produit ou d'un service reconnaissant que ce produit ou ce service est couvert dans le cadre de la Politique d'assurance-maladie complémentaire.

Date limite pour présenter une demande de paiement différé

2. À l'exception des réclamations relatives aux diagnostics à rebours en vertu de l'article 30 de la présente politique, les réclamations pour paiement différé doivent être présentées dans les 90 jours suivant la fourniture du produit ou du service.

Présentation d'une réclamation

3. Afin de réclamer une prestation au moyen d'un paiement différé, le client doit présenter au directeur de l'assurance-maladie un formulaire de réclamation dûment rempli et tous les documents supplémentaires requis pour cette prestation, comme cela est indiqué au Tableau 1, Méthodes de réclamation, pièces justificatives requises et autorisations préalables.

Paiement des prestations

4. Selon la catégorie des prestations réclamées par paiement différé, le client peut demander que le paiement soit fait à son nom, à l'accompagnateur du client ou à un hôte.

Réclamation au nom d'une personne à charge

5. Lorsque le client est une personne à charge de la personne effectuant la réclamation, la personne qui présente la réclamation peut demander le paiement d'une prestation au nom du client lorsqu'elle a payé le produit ou le service pour la personne à charge.

Tableau 1. Méthodes de réclamation, pièces justificatives requises et autorisations préalables

Articles de la politique	Prestation	Méthode de réclamation	Pièces justificatives requises pour les réclamations de paiement différé	Remarques
Transport				
14.a.	Quote-part du transport aérien	Paiement différé	Reçu*	
14.b.	Tarif de taxi dans la collectivité	Paiement différé	Reçu(s) de taxi*	
14.c.	Transport terrestre au lieu de référence du client	Paiement différé	Reçu(s) de taxi, de navette ou de transport en commun*	Les clients qui le peuvent doivent utiliser les transports en commun dans des circonstances raisonnables
14.d.	Transfert par ambulance entre établissements	Facturation directe ou Paiement différé	Reçu(s) de transfert*	
Repas et hébergement				
15 et 16	Séjour dans un logement privé et repas associés	Paiement différé	-Formulaire d'hébergement -Aucun reçu de repas	
17 à 19	Repas et hébergement pour séjour de courte durée dans un hôtel, un motel ou un pavillon dans une région nordique ou un logement commercial à l'extérieur d'une région nordique	Paiement différé	-Reçu(s) d'hébergement au nom du client ou de l'accompagnateur du client* -Aucun reçu de repas	
20.a., 20.b., 20.c., 21.b.i à 21.b.ii	Plan de soins de longue durée – séjour à l'extérieur d'un logement privé	Facturation directe ou paiement différé	-Reçu(s) d'hébergement(s)* -Aucun reçu de repas	
Médicaments d'ordonnance				
26.a, 33.a	Médicaments d'ordonnance – autres que la couverture de médicaments plus onéreux, les diagnostics à rebours et les médicaments d'ordonnance d'exception	Facturation directe si une pharmacie du Nunavut le demande, paiement différé dans les autres cas	-Reçu(s)*	Une autorisation préalable conformément aux articles 10 et 11 de la ligne directrice est requise pour les médicaments d'usage restreint inscrits dans la liste des médicaments.

Médicaments d'ordonnance (suite)				
10	Médicaments d'ordonnance – couverture de médicaments plus onéreux en vertu de l'AMC	Paiement différé	-Reçu* -Copie de la prescription portant la mention « aucun substitut »	Une autorisation préalable conformément à l'article 10 de la politique est requise.
30	Médicaments d'ordonnance – diagnostic à rebours	Paiement différé	-Reçu* -Déclaration signée par le médecin praticien ou l'infirmière praticienne/l'infirmier praticien incluant la date d'établissement du diagnostic à rebours	
26.b, 33.b	Médicaments d'ordonnance d'exception	Facturation directe si une pharmacie du Nunavut le demande, paiement différé dans les autres cas	-Reçu*	Une autorisation préalable conformément aux articles 12 et 13 de la ligne directrice est requise pour les médicaments d'usage restreint inscrits dans la liste des médicaments.
Fournitures et appareils médicaux				
26.c, 33.f	Fournitures et appareils médicaux – coût de moins de 500 \$ (excluant les taxes et les frais d'expédition et d'ajustement)	Facturation directe sur demande du fournisseur, paiement différé dans les autres cas	-Copie de la prescription -Reçu*	
	Fournitures et appareils médicaux – coût de 500 \$ et plus (excluant les taxes et les frais d'expédition et d'ajustement)	Facturation directe sur demande du fournisseur, paiement différé dans les autres cas	-Reçu*	Une autorisation préalable en vertu des articles 6 et 7 de la ligne directrice est requise
Autres prestations				
33.c	Ambulance dans la collectivité pour les personnes âgées	Facturation directe ou paiement différé	-Reçu*	
33.d	Soins dentaires	Paiement différé	-Reçu*	

33.e	Produits et services d'audiologie	Facturation directe sur demande du fournisseur, paiement différé dans les autres cas	-Reçu* -Copie de la prescription	
33.g	Soins de la vue	Paiement différé	-Reçu* -Confirmation par un optométriste ou un ophtalmologiste que la teinture ou l'application d'un revêtement sur les lunettes est médicalement requis (le cas échéant)	
26.d	Couverture des effets secondaires	Facturation directe ou paiement différé selon les modalités de l'autorisation préalable et la volonté du fournisseur ou de la pharmacie du Nunavut de procéder par facturation directe	Inscrites dans les conditions de l'autorisation préalable et selon le type de prestation réclamée	Une autorisation préalable en vertu des articles 8 et 9 de la politique est requise

* Lorsqu'un client n'a pas de régime d'assurance offert par un tiers, les reçus originaux doivent être présentés.

Si le client participe à un régime d'assurance offert par un tiers, le client doit :

- (i) démontrer ou avoir démontré à la satisfaction du directeur de l'assurance-maladie que ce montant n'est pas admissible à la couverture en vertu du régime d'assurance offert par un tiers, ou
- (ii) présenter, au lieu de la copie originale du reçu, le bordereau délivré par le régime d'assurance offert par un tiers précisant l'article ou le service visé, son coût total et le montant couvert par le régime d'assurance offert par un tiers. Le directeur de l'assurance maladie peut demander une copie du bordereau original à une date ultérieure.

Autorisation préalable de prestation pour des fournitures ou des équipements médicaux

6. Lors de la présentation d'une demande d'autorisation préalable pour des fournitures ou des équipements médicaux coutant 500 \$ ou plus, excluant les taxes et les frais d'ajustement et d'expédition, le client doit fournir au directeur de l'assurance-maladie les documents suivants :

- a. un formulaire de demande d'autorisation préalable dûment rempli;
- b. une copie de la prescription; et
- c. les soumissions de trois différents fournisseurs pour l'équipement visé.

7. Dès la réception d'une demande d'autorisation préalable en vertu de l'article 5 de la présente ligne directrice, le directeur de l'assurance-maladie doit décider si la fourniture médicale ou l'appareil médical respecte les critères énoncés dans la présente politique et rédiger une lettre refusant ou confirmant l'autorisation préalable pour l'une des trois soumissions présentées.

Autorisation préalable pour la couverture des effets secondaires

8. Lorsqu'il présente une demande d'autorisation préalable pour la couverture d'effets secondaires en vertu de l'alinéa 26.d. de la politique, le client doit présenter au directeur de l'assurance-maladie :
 - a. une déclaration signée par un médecin praticien ou une infirmière praticienne/un infirmier praticien, un pharmacien, un physiothérapeute ou un ergothérapeute documentant les effets secondaires des médicaments d'ordonnance décrits aux alinéas 26.a. ou 26.b ou des fournitures et des équipements médicaux décrits à l'alinéa 26.c. ressentis par le client; et
 - b. le cas échéant,
 - i. une lettre rédigée par un dentiste décrivant les soins dentaires requis pour gérer les effets secondaires; ou
 - ii. une prescription concernant tout élément requis pour gérer les effets secondaires mentionnés aux alinéas 21.b.ii. à 21.b.v
9. Dès la réception d'une demande d'autorisation préalable en vertu de l'article 7 de la présente ligne directrice, le directeur de l'assurance-maladie rédigera une lettre :
 - a. refusant la demande d'autorisation préalable; ou
 - b. confirmant l'autorisation préalable ainsi que les conditions devant être respectées et les documents devant être fournis pour obtenir le paiement de la prestation.

Autorisation préalable d'un médicament d'usage restreint

10. Afin de procéder à l'autorisation préalable d'un médicament d'usage restreint inscrit sur la liste des médicaments, le directeur de l'assurance-maladie doit recevoir le formulaire approprié dûment rempli par le médecin praticien ou l'infirmière praticienne/l'infirmier praticien du client.
11. Dès la réception de la demande d'autorisation préalable en vertu de l'article 10 de la présente ligne directrice, le directeur de l'assurance-maladie examinera la demande en s'appuyant sur les mêmes critères que ceux utilisés dans le cadre du programme des services de santé non assurés de Santé Canada pour évaluer l'admissibilité aux prestations, et il :
 - a. demandera au besoin des renseignements supplémentaires au médecin praticien ou à l'infirmière praticienne/l'infirmier praticien ayant prescrit le médicament ou au client afin de compléter l'analyse de l'admissibilité;
 - b. rédigera une lettre refusant l'autorisation préalable; ou
 - c. rédigera une lettre confirmant l'autorisation préalable, y compris les conditions applicables jugées appropriées.

Autorisation préalable d'un médicament d'ordonnance d'exception

12. Afin de procéder à l'autorisation préalable d'un médicament d'exception, le directeur de l'assurance maladie doit recevoir le formulaire approprié dûment rempli par le médecin praticien ou l'infirmière praticienne/l'infirmier praticien du client.

13. Dès la réception de la demande d'autorisation préalable en vertu de l'article 12 de la présente ligne directrice, le directeur de l'assurance-maladie examinera la demande en s'appuyant sur les mêmes critères que ceux utilisés dans le cadre du programme des services de santé non assurés de Santé Canada pour évaluer l'admissibilité aux prestations et, sur la recommandation d'un comité consultatif composé d'au moins un pharmacien et d'un médecin praticien, il :
- a. demandera au besoin des renseignements supplémentaires au médecin praticien ou à l'infirmière praticienne/l'infirmier praticien ayant prescrit le médicament ou au client afin de compléter l'analyse de l'admissibilité;
 - b. rédigera une lettre refusant l'autorisation préalable demandée par le client; ou
 - c. rédigera une lettre confirmant l'autorisation préalable demandée par le client, y compris les conditions jugées appropriées.

Renvoi des reçus originaux

14. Le reçu original présenté à l'appui d'une réclamation sera renvoyé au client si le montant payé en vertu de la présente politique ne couvre pas la totalité du prix d'achat figurant sur le reçu.



**PRESTATIONS D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRES
LIGNE DIRECTRICE 3 (FOURNISSEURS)**

Pharmacies du Nunavut – Médicaments d'ordonnance

1. Les médicaments d'usage restreint inscrits sur la liste des médicaments doivent faire l'objet d'une autorisation préalable conformément au processus décrit aux articles 10 et 11 de la ligne directrice 2.
2. Les médicaments d'exception doivent faire l'objet d'une autorisation préalable conformément au processus décrit aux articles 12 et 13 de la ligne directrice 2.
3. Afin de faciliter le mécanisme de facturation directe, le directeur de l'assurance-maladie fournira de manière régulière aux pharmacies du Nunavut une liste indiquant :
 - a. les noms des clients admissibles aux prestations pour les médicaments d'ordonnance dans le volet « Personnes âgées »;
 - b. les noms des clients admissibles aux prestations pour les médicaments d'ordonnance dans le volet « Troubles médicaux particuliers » et les troubles médicaux pour lesquelles chacun des clients est couvert;
 - c. le niveau de couverture prévu en vertu de la présente politique pour les clients mentionnés aux alinéas 3. a. et 3. b. qui participent à un régime d'assurance offert par un tiers couvrant les médicaments d'ordonnance;
 - d. les médicaments d'usage restreint pour lesquels les clients mentionnés aux alinéas 3. a. et 3. b. ont reçu des autorisations préalables;
 - e. les médicaments d'exception pour lesquels les clients mentionnés aux alinéas 3. a. et 3. b. ont reçu des autorisations préalables.
4. Les pharmacies du Nunavut doivent communiquer avec le bureau du directeur de l'assurance-maladie si elles ne sont pas certaines de l'admissibilité d'un client à un type de couverture ou si un médicament est autorisé pour un client particulier.
5. Les pharmacies du Nunavut sont responsables du recouvrement des coûts des médicaments d'ordonnance distribués à un client au moyen du mode de facturation directe si le client n'est pas admissible à la couverture ou si le médicament n'est pas dûment autorisé pour un client particulier.
6. Les pharmacies du Nunavut utilisant le mode de facturation directe doivent transmettre au directeur de l'assurance-maladie dans les 30 jours civils à compter de la date à laquelle un médicament a été distribué à un client en vertu de la présente politique leur réclamation indiquant :
 - a. le nom, le numéro DIN, la quantité et le coût total du médicament distribué;
 - b. la part du coût payé par le régime d'assurance offert par un tiers du client ou facturé à ce régime, le cas échéant;
 - c. la part du coût facturé au client afin qu'il présente une réclamation à son régime d'assurance offert par un tiers, le cas échéant;
 - d. le nom du client et son numéro de carte d'assurance-maladie du Nunavut;

- e. le numéro de la prescription;
- f. le nom de la personne ayant prescrit le médicament et son numéro de permis.

Fournisseurs – Fournitures et appareils médicaux et produits et services d'audiologie

- 7. Les fournisseurs doivent obtenir l'autorisation du directeur de l'assurance-maladie afin d'utiliser le mode de facturation directe avant de fournir un produit ou un service à un client et de facturer le ministère de la Santé en vertu de la présente politique concernant ce produit ou ce service.
- 8. Lorsque le directeur de l'assurance-maladie accepte de payer pour le compte d'un client un produit ou un service couvert en vertu de la présente politique au moyen du mode de facturation directe, le fournisseur peut fournir ledit produit ou service au client, et il doit par la suite transmettre dans les 30 jours civils qui suivent une réclamation au directeur de l'assurance-maladie indiquant ce qui suit :
 - a. la description et le coût total du produit ou du service;
 - b. la part du coût payé par le régime d'assurance offert par un tiers du client ou facturé à ce régime, le cas échéant;
 - c. la part du coût facturé au client pour qu'il présente une réclamation à son régime d'assurance offert par un tiers, le cas échéant;
 - d. la preuve que le produit ou le service a été fourni au client;
 - e. une copie de la prescription pour le produit ou le service;
 - f. le nom du client et son numéro de carte d'assurance maladie du Nunavut.