

## Mise à jour sur la COVID-19

Ce bulletin, *Vos avantages sociaux*, a été rédigé avant la pandémie de la COVID-19. Face à l'urgence, la Sun Life procure à nos membres de nombreux services virtuels.

Pour en savoir plus, veuillez consulter le site Web de la Sun Life. Protégez-vous et bonne santé!

## Nouvelles de vos avantages sociaux

Vos collègues du personnel scolaire qui siègent au Comité mixte des assurances (CMA) et le personnel du SEFPO travaillent pour vous aider avec les demandes de règlement qui vous ont été refusées.

Nous nous réjouissons de vous informer que le programme d'assurance collective de la Sun Life a commencé à couvrir les systèmes de surveillance continue de la glycémie (SCG) à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2019.

### COUVERTURE POUR LES SYSTÈMES DE SURVEILLANCE CONTINUE DE LA GLYCÉMIE (SCG)

À compter du 1<sup>er</sup> décembre 2019, les systèmes de surveillance continue de



la glycémie (SCG) ont été ajoutés à la liste des appareils médicaux couverts par l'assurance maladie complémentaire. Les lecteurs de glycémie en continu, les capteurs et les transmetteurs sont couverts pour les employés, les retraités et leurs personnes à charge pour le diabète de type 1 à concurrence d'un maximum combiné

de 4 000 \$ par personne et par année civile. L'ordonnance du médecin (avec le diagnostic) doit être envoyée à la Sun Life avec la demande de règlement des systèmes de SCG.

**Si vous avez acheté de tels appareils après le 1<sup>er</sup> décembre 2019**, envoyez-votre demande de règlement pour vous faire rembourser.

# À propos du Comité mixte des assurances des CAAT

Le Comité mixte des assurances (CMA) des CAAT a été établi conformément à l'annexe IV de la convention collective des CAAT. Le rôle du CMA est de faciliter la communication entre le Conseil des employeurs des collèges (le Conseil) et le SEFPO sur toutes les questions relatives aux garanties collectives.

Tous les mois, le CMA s'efforce de faire renverser des décisions de la Sun Life concernant les demandes de règlement refusées au titre de l'assurance-maladie complémentaire, de l'assurance dentaire, de l'assurance-revenu pour invalidité de longue durée et des régimes d'assurance-vie

(y compris l'assurance-vie de base, complémentaire et pour un(e) conjoint(e) et les personnes à charge).

Le CMA se rencontre une fois par mois pour passer en revue les réclamations et tenter de les résoudre. Les représentants du SEFPO vous défendent en jouant un rôle actif dans les réunions du CMA.

## Pourquoi devrais-je faire appel d'une demande de règlement qui a été refusée?

- Votre demande de règlement peut avoir été rejetée injustement (ça arrive plus souvent qu'on pense).
- Les demandes de règlement que l'on nous refuse aujourd'hui peuvent être l'objet de revendications importantes à l'avenir.

## Comment puis-je faire appel du rejet de ma demande de règlement?

Si votre demande de règlement est refusée, vous pouvez faire appel de la décision en contactant l'un des représentants syndicaux du CMA dans la liste ci-dessous. Le CMA est composé de représentants du SEFPO et du Conseil des employeurs des collèges. Des représentants de la Sun Life assistent également aux réunions du comité.

## Qui sont mes représentants syndicaux au CMA?

**Heather Giardine-Tuck**, section locale 240  
Collège Mohawk  
[heathergiardinetuck@hotmail.com](mailto:heathergiardinetuck@hotmail.com)

**Urszula Kosecka**, section locale 562  
Collège Humber  
[cogito727@yahoo.ca](mailto:cogito727@yahoo.ca)

**Landyn Blais**, section locale 415  
Collège Algonquin  
[lblaisopseu415@gmail.com](mailto:lblaisopseu415@gmail.com)

**Terry Poirier**, section locale 242  
Collège Niagara  
[tpoir76@gmail.com](mailto:tpoir76@gmail.com)

**Giulia Volpe**, conseillère en avantages sociaux au SEFPO  
[gvolpe@opseu.org](mailto:gvolpe@opseu.org)

## Que dois-je faire pour lancer le processus d'appel auprès du CMA?

- Dès que vous apprenez que votre demande de règlement a été refusée par la Sun Life, assurez-vous de formuler votre plainte (par téléphone, par courriel ou en personne) à la Sun Life, puis à l'administrateur des avantages sociaux de votre collègue et à votre section locale. Il suffit souvent d'envoyer des renseignements supplémentaires à la Sun Life pour résoudre le problème.
- Si votre plainte n'est pas résolue de façon satisfaisante, communiquez avec un membre du CMA afin qu'il puisse plaider pour vous. Il est important de donner vos coordonnées et toute la documentation écrite concernant votre appel, comme une copie de la lettre de refus de la Sun Life et l'autorisation signée du CMA du personnel scolaire des CAAT, ainsi que toutes les notes ou rapports de votre dentiste ou médecin, selon le cas.
- Remplissez l'autorisation et envoyez-la avec votre documentation à votre représentant du CMA ou à Giulia Volpe, conseillère en avantages sociaux au SEFPO. Giulia travaille à l'Unité des retraites et des avantages sociaux du SEFPO – 5757, avenue Coopers, Mississauga, (Ontario) L4Z 1R9. Télécopieur : 905 712-3009.

Tous les renseignements fournis au CMA sont traités de façon confidentielle et ne seront pas divulgués à une personne autre que l'assureur, votre médecin ou dentiste et les membres du comité.

## On vous a coupé ou refusé des prestations d'invalidité de courte ou longue durée?

### Faites une demande auprès du Fonds de secours régional

Si on vous a coupé ou refusé des prestations d'invalidité de courte ou longue durée, vous pourriez avoir droit à l'aide du Fonds de secours régional, communément appelé le Fonds régional d'aide en cas de difficultés d'existence du SEFPO.

Le Fonds régional d'aide en cas de difficultés d'existence a été établi pour venir en aide aux membres en règle du SEFPO qui se retrouvent soudainement dans une situation financière difficile. Il fournit une aide financière aux membres en règle en fonction de leurs besoins, de la durée et des fonds disponibles dans le budget actuel.

Téléchargez une demande sur la page [des formulaires du SEFPO](#).



## L'autorisation préalable

Bien que la convention collective prévoie des avantages négociés pour la couverture des médicaments négociés, le Conseil a le droit unilatéral de modifier la gestion administrative du régime d'assurance-collective. Le Conseil a avisé le Comité mixte des assurances (CMA) qu'il avait ajouté l'autorisation préalable à votre régime d'assurance-collective à compter du 1er février 2020. L'autorisation préalable s'applique uniquement à environ 200 des plus de 14 000 médicaments couverts par votre régime. (Il n'y a aucun changement quant à la liste de médicaments que le régime couvre.) Le Conseil a assuré que :

L'autorisation préalable s'applique uniquement à certains médicaments de spécialité et ne vous touche pas si vous prenez déjà l'un de ces médicaments. À compter du 1er février, toute personne à qui l'on vient de prescrire un nouveau médicament nécessitant une autorisation préalable doit passer par le processus d'approbation. Les décisions concernant l'autorisation préalable seront généralement examinées dans un délai de cinq jours ouvrables. Pour de plus amples renseignements, consultez le communiqué du Conseil ci-joint. Au CMA, nous examinerons les retombées de ce changement au régime et nous ne manquerons pas d'alerter le Conseil de toutes les répercussions négatives sur nos membres. Comme toujours, n'hésitez surtout pas à communiquer avec nous si vous avez des questions ou des commentaires.



Prior Authorization  
letter\_FN.pdf



Prior Authorization  
Letter\_EN.pdf



Prior Auth Brochure  
- CAAT EN.pdf



Prior Auth Brochure  
- CAAT FN.pdf

## Rapport sur le taux des primes

Dans le cadre des responsabilités permanentes du CMA liées à la prudence financière, nous révisons chaque année, avec le Conseil et la Sun Life, les états financiers de votre régime. Cette année, grâce à nos recommandations, nous sommes heureux d'annoncer une baisse du taux des primes de l'assurance-maladie complémentaire du personnel scolaire. Pour faire en sorte que le régime soit financé de manière responsable, votre CMA veille annuellement et conjointement à la bonne situation financière de votre régime.

## Que se passe-t-il avec mes avantages sociaux si je continue à travailler après 65 ans?

Alors que davantage de membres décident de continuer à travailler après 65 ans (l'Ontario ayant aboli la retraite obligatoire le 12 décembre 2006), nombre d'entre eux sont inquiets de savoir quelles sont les garanties qui continuent à être couvertes ou qui cessent d'être couvertes.

Un employé en activité continue à bénéficier des garanties ci-dessous aussi longtemps qu'il continue à travailler à temps plein et la répartition de la prime telle que stipulée dans la convention collective continue de s'appliquer :

- Assurance-vie de base - 25 000 \$
- Décès et mutilation accidentels - 25 000 \$
- Assurance-maladie complémentaire (y compris assurance ophtalmologie et assurance soins auditifs)

- Soins dentaires
- Après l'âge de 65 ans, même si vous travaillez à temps plein, les garanties suivantes ne sont plus couvertes :
- Assurance-vie complémentaire – 60 000 \$
- Assurance-vie totalement à la charge des employés – 40 000 \$
- Assurance-vie des personnes à charge
- Invalidité de longue durée

Les membres peuvent convertir l'assurance-vie ci-dessus en signant une police individuelle avec la Sun Life. Ils ont 31 jours après la date de fin de couverture pour le faire sans avoir à procurer une preuve d'assurabilité à la Sun Life. Les membres intéressés par cette option peuvent obtenir les formulaires nécessaires pour la conversion en communiquant avec le gestionnaire du régime d'assurance collective. On conseille aux membres de comparer les taux procurés par la Sun Life avec ceux d'autres compagnies d'assurance afin de prendre leurs décisions en toute connaissance de cause et en fonction de leur situation personnelle et financière

## Foire aux questions

**Q Je suis instructeur à charge partielle et j'ai été embauché pour la première fois de janvier à avril. J'adhère déjà à un régime d'assurance collective et je comprends qu'il est obligatoire de participer au régime d'assurance-maladie complémentaire. Qu'arrivera-t-il à la fin de ce trimestre? Je serai, ou ne serai peut-être pas, réembauché. Suis-je obligé de continuer à payer les primes moi-même?**

**R** Le collège doit payer la totalité de vos primes du régime d'assurance-maladie complémentaire (seul ou famille) et vous n'avez donc pas de primes à payer pour cette couverture. Si vous êtes couvert par l'assurance d'un autre régime, vous pouvez coordonner les prestations entre les deux régimes afin d'améliorer la

couverture que vous avez déjà. Si le régime du collège couvre 85 % des frais de médicaments sur ordonnance, votre autre assurance pourrait, par exemple, couvrir la part restante pour vous permettre d'obtenir un remboursement à 100 %. Ou vice versa. Vous pouvez améliorer votre couverture des services paramédicaux (massothérapeute, chiropraticien, etc.). L'assurance-maladie complémentaire fait partie des conditions d'emploi négociées sans frais pour vous et vous n'avez rien à perdre à participer au régime. Vous pouvez choisir d'adhérer à des garanties « facultatives » (assurance dentaire, frais d'optique, etc.) pour lesquelles vous devrez payer des primes.

**Q Je suis un employé à charge partielle. J'avais renoncé à l'assurance dentaire quand j'avais eu droit d'adhérer au régime pour la première fois. Je n'avais aucune autre assurance dentaire. Je voudrais maintenant adhérer à l'assurance dentaire, mais on me dit que c'est impossible. Pourquoi?**

**R** Si vous aviez choisi de ne pas adhérer à l'assurance dentaire (ou à d'autres garanties facultatives) lorsque vous êtes devenu admissible à ces garanties pour la première fois et même si vous n'avez pas d'autre couverture pour ces garanties (plan d'un conjoint, d'un autre emploi), vous ne pourrez pas adhérer à ces garanties tant que vous n'aurez pas une période de six mois sans emploi au collège. Si vous avez renoncé à ces garanties parce que vous étiez couvert par une autre assurance que vous avez perdue, vous devez adhérer au régime du collège dans les 30 jours qui suivent la perte de votre assurance, sinon les mêmes conditions s'appliquent.

Il s'agit de protéger le régime contre le phénomène de « sélection adverse ». La sélection adverse se produit lorsque les gens choisissent d'adhérer au régime seulement quand ils en ont besoin, c'est-à-dire qu'ils ne payent pas d'assurance tant qu'ils n'en ont pas besoin. La sélection adverse se traduit par une augmentation des coûts de l'assurance collective, qui se répercutent sur tout le monde.

**Q J'envisage de prendre ma retraite cet été et je me demande si mes avantages sociaux resteront les mêmes ou changeront. Je me demande également qui paye pour le Programme d'assurance collective des retraités.**

**R** Le Programme d'assurance collective des retraités offre actuellement trois niveaux de couverture, une version qui est très proche de votre régime d'assurance-collective actuel jusqu'à une version plus réduite. Les primes varient en fonction des régimes et sont payées à 100 % par les retraités. Pour obtenir davantage de renseignements sur les niveaux de couverture, veuillez communiquer avec le gestionnaire des avantages sociaux de votre collègue

Nous vous encourageons à examiner les divers régimes d'assurance collective offerts aux retraités en dehors du système collégial et à comparer non seulement les primes, mais également les niveaux de couverture. Faites particulièrement attention aux prestations maximales et annuelles pour les médicaments, notamment parce que cette composante du régime peut contribuer à sauver votre vie, ainsi que vos économies. Le Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) ne couvre malheureusement pas beaucoup de médicaments, ce qui laisse à votre charge (ou à celle de votre assurance médicaments) les coûts non couverts par le PMO.

**Q Je suis actuellement en invalidité de longue durée (ILD). Pendant combien de temps ai-je droit aux prestations d'ILD?**

**R** Ça dépend. Les prestations d'ILD sont versées aux membres après l'expiration du délai de carence et qui sont toujours frappés d'une « invalidité totale ». Durant les deux premières années où vous recevez des prestations d'ILD, vous êtes considéré comme totalement invalide « pendant une période subséquente d'au plus 24 mois, si vous

êtes continuellement empêché par la maladie, une blessure ou une affection d'accomplir quelque tâche que ce soit de votre travail habituel. »

Après avoir reçu les prestations d'ILD pendant 24 mois, la définition change et vous devez être considéré

« continuellement dans l'incapacité totale d'exercer QUELQUE activité rémunérée ou lucrative qui convienne raisonnablement à votre éducation, formation ou expérience. L'expression "activité rémunérée ou lucrative" peut s'entendre de votre capacité d'exercer une autre profession qui

Si vous avez des questions auxquelles nous pourrions répondre dans notre prochain bulletin, *Vos avantages sociaux*, veuillez les envoyer à votre représentant au CMA du SEFPO.



## HEALTH INSURANCE

### **Heather Giardine-Tuck**

Section locale 240  
Collège Mohawk  
[heathergiardinetuck@hotmail.com](mailto:heathergiardinetuck@hotmail.com)

### **Urszula Kosecka**

Section locale 562  
Collège Humber  
[cogito727@yahoo.ca](mailto:cogito727@yahoo.ca)

### **Landyn Blais**

Section locale 415  
Collège Algonquin  
[lblaisopseu415@gmail.com](mailto:lblaisopseu415@gmail.com)

### **Terry Poirier**

Section locale 242  
Collège Niagara  
[tpoir76@gmail.com](mailto:tpoir76@gmail.com)

### **Giulia Volpe**

Conseillère en avantages sociaux au SEFPO  
[gvolpe@opseu.org](mailto:gvolpe@opseu.org)

La distribution de cette publication a été autorisée par



Warren (Smokey) Thomas,  
président du SEFPO.