



# Régime d'assurance-maladie complémentaire

Information à destination des résidents des TNO  
concernant l'accès au régime



# Présentation

Le présent guide contient des renseignements d'ordre général sur l'accès au régime d'assurance-maladie complémentaire (RAMC). Il ne s'agit toutefois pas d'un document juridique. Pour consulter les derniers renseignements en date et pour obtenir les formulaires nécessaires, visitez le [www.gov.nt.ca/fr/ramc](http://www.gov.nt.ca/fr/ramc). Les renseignements relatifs à l'accès au régime d'assurance-maladie complémentaire sont susceptibles de changer périodiquement; assurez-vous donc de consulter le site Web ou de communiquer avec le Bureau de l'administration des services de santé, en écrivant à [healthcarecard@gov.nt.ca](mailto:healthcarecard@gov.nt.ca) ou en composant le 1-800-661-0830, pour vérifier que vous bénéficiez des renseignements à jour.

## À propos du régime d'assurance-maladie complémentaire

### De quoi s'agit-il?

Le régime d'assurance-maladie complémentaire désigne le régime d'avantages sociaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (GTNO) destiné à aider les résidents à prendre en charge les dépenses médicales non couvertes par le régime d'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest (TNO).

Couverture pour les familles à faible revenu :	Couverture pour les personnes âgées (60 ans et plus) :	Couverture pour les familles à revenu plus élevé :
<p>Si le revenu de votre famille est inférieur au seuil de faible revenu, les dépenses de santé suivantes seront entièrement couvertes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Médicaments sur ordonnance</li><li>• Services dentaires</li><li>• Soins de la vue</li><li>• Fournitures et équipement médicaux</li><li>• Déplacements médicaux approuvés pour recevoir des fournitures et des équipements médicaux ou des soins dentaires</li></ul>	<p>Si vous avez 60 ans ou plus, les dépenses de santé suivantes seront entièrement couvertes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Médicaments sur ordonnance</li><li>• Services dentaires</li><li>• Soins de la vue</li><li>• Fournitures et équipement médicaux</li><li>• Déplacements médicaux approuvés pour recevoir des services de santé assurés, des fournitures et des équipements médicaux ou des soins dentaires sans frais</li></ul>	<p>Si le revenu de votre famille est supérieur au seuil de faible revenu, les dépenses de santé suivantes pourraient être partiellement couvertes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Médicaments sur ordonnance</li><li>• Fournitures et équipement médicaux</li><li>• Déplacements médicaux approuvés pour recevoir des fournitures et des équipements médicaux</li></ul> <p>Selon votre tranche de revenu, vous devrez peut-être vous acquitter d'une portion des coûts engagés.</p>

# Comment le régime d'assurance-maladie complémentaire fonctionne-t-il?

## Admissibilité :

Vous pouvez faire une demande d'inscription au régime d'assurance-maladie complémentaire si vous résidez aux TNO et que vous possédez une carte d'assurance-maladie des TNO valide. Vous ne pouvez toutefois pas en bénéficier si vous êtes admissible aux Services de santé non assurés ou au régime d'assurance-maladie complémentaire pour les Métis.

## Période de prestations :

La période de prestations s'étend du 1<sup>er</sup> septembre au 31 août (un an). Vous pouvez présenter une demande d'inscription chaque année, à partir du 1<sup>er</sup> juin, et devez en refaire la demande chaque année, avant le 15 juillet, pour bénéficier d'une couverture ininterrompue. Les personnes âgées n'ont pas à présenter une nouvelle demande d'inscription chaque année. Pensez également à faire renouveler votre carte d'assurance-maladie des TNO jusqu'à quatre mois avant sa date d'expiration.

## Demande d'inscription pour les familles :

Si vous avez un conjoint ou des enfants à charge de 18 ans ou moins, vous devez présenter une demande d'inscription commune, en tant que famille. Les personnes à charge ne peuvent être membres que d'une seule « unité familiale » au titre du régime d'assurance-maladie complémentaire.

## Évaluation des revenus :

Le Bureau de l'administration des services de santé examinera votre demande et évaluera le revenu de votre famille en y incluant celui de votre conjoint.

## Partage des coûts :

Si votre revenu ou celui de votre famille est supérieur à la tranche de revenu 10 (voir la liste des tranches de revenu à l'Annexe A), vous devrez vous acquitter d'une partie des coûts des médicaments sur ordonnance ainsi que des fournitures et des équipements médicaux, jusqu'à concurrence du plafond familial.

## Payeur de dernier recours :

Le régime d'assurance-maladie complémentaire est le payeur de dernier recours, c'est-à-dire que si vous ou un membre de votre famille disposez d'une assurance privée ou d'une assurance par l'intermédiaire de votre travail ou de votre établissement scolaire, vous devez y avoir recours avant de soumettre une demande de règlement au titre du régime d'assurance-maladie complémentaire.

# Quelles sont les prestations offertes au titre du régime d'assurance-maladie complémentaire?

Le régime d'assurance-maladie complémentaire offre une gamme de prestations qui dépend de votre revenu net de l'année précédente ou de celui de votre famille. Vous pouvez bénéficier des couvertures suivantes.



## Prestations pour médicaments sur ordonnance :

Le régime d'assurance-maladie complémentaire couvre le coût des médicaments sur ordonnance figurant sur la liste des médicaments assurés des TNO. La couverture des médicaments qui ne figurent pas sur cette liste peut être considérée à titre exceptionnel, avec une approbation préalable, si les conditions suivantes sont réunies :

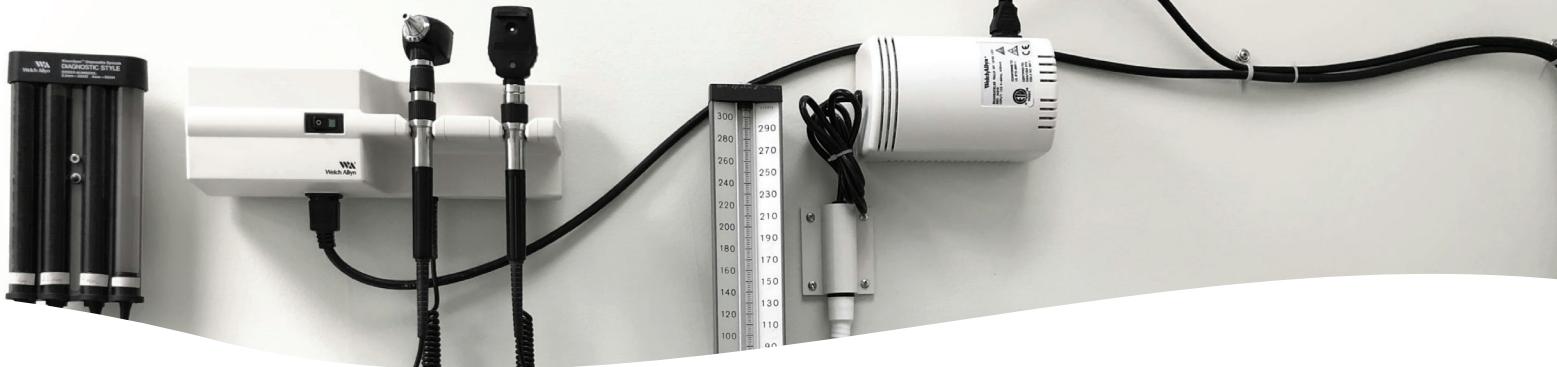
- un prescripteur de soins de santé fournit les raisons cliniques de la demande en précisant que tous les autres médicaments semblables figurant sur la liste ont déjà été prescrits;
- le consultant clinique des TNO recommande l'approbation du médicament;
- le médicament a reçu une recommandation positive de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies (ACMTS).



## Accord de partage des coûts :

Le partage des coûts dépend de votre tranche de revenu :

- **Revenu inférieur au seuil de faible revenu (tranche de revenu 1)** : les médicaments sur ordonnance admissibles sont entièrement couverts.
- **Personnes âgées (60 ans et plus)** : les médicaments sur ordonnance admissibles sont entièrement couverts.
- **Tranches de revenu 2 à 10** : les médicaments sur ordonnance admissibles sont entièrement couverts.
- **Revenu supérieur à la tranche de revenu 10** : les médicaments sur ordonnance admissibles sont partiellement couverts; les résidents doivent s'acquitter d'une partie des coûts selon un accord en trois parties :
  1. ***La franchise*** : il s'agit du montant que votre famille ou vous-même payez de votre poche avant que le régime d'assurance-médicaments ne commence à couvrir les coûts. Le montant de la franchise est basé sur l'évaluation de votre revenu. Vous paierez 100 % des frais de médicaments sur ordonnance pour votre famille jusqu'à concurrence de la franchise.
  2. ***La quote-part*** : une fois que vous atteignez le montant de la franchise familiale, le régime d'assurance-médicaments couvrira 70 % de vos frais de médicaments d'ordonnance et vous paierez les 30 % restants, jusqu'à concurrence du montant du plafond familial.
  3. ***Le plafond familial du régime d'assurance-médicaments*** : il s'agit du montant maximal que votre famille paiera pour des médicaments sur ordonnance admissibles au cours d'une année de prestations. Une fois que vous atteignez le plafond familial, le régime d'assurance-médicaments couvrira 100 % de vos frais de médicaments sur ordonnance admissibles pour le reste de l'année de prestations.



## Prestations de fournitures et d'équipements médicaux :

Le régime d'assurance-maladie complémentaire couvre le coût des fournitures et des équipements médicaux prescrits figurant dans le Guide et sur listes des prestations de fournitures médicales et d'équipement médical des Services de santé non assurés.

### Accord de partage des coûts :

Le partage des coûts dépend de votre tranche de revenu :

- **Revenu inférieur au seuil de faible revenu (tranche de revenu 1)** : les fournitures et équipements médicaux sont entièrement couverts.
- **Personnes âgées (60 ans et plus)** : les fournitures et équipements médicaux sont entièrement couverts.
- **Tranches de revenu 2 à 10** : les fournitures et équipements médicaux sont entièrement couverts.
- **Revenu supérieur à la tranche de revenu 10** : les fournitures et équipements médicaux sont partiellement couverts; les résidents doivent s'acquitter d'une partie des coûts selon un accord en deux parties :
  1. ***La quote-part*** : le régime d'assurance-médicaments couvrira 75 % de vos frais de fournitures et d'équipements médicaux admissibles et vous paieriez les 25 % restants, jusqu'à concurrence du montant du plafond familial.
  2. ***Le plafond familial*** : il s'agit du montant maximal que votre famille paiera pour des fournitures et équipements médicaux admissibles au cours d'une année de prestations. Le plafond familial varie de 500 \$ à 1 500 \$ par année, selon votre tranche de revenu net. Une fois que vous atteignez le plafond familial, le régime d'assurance-médicaments couvrira 100 % de vos frais de fournitures et d'équipements médicaux admissibles pour le reste de l'année de prestations.



## Prestations de soins de la vue :

Si votre revenu ou celui de votre famille est inférieur au seuil de faible revenu établi pour votre région ou que vous êtes une personne âgée de 60 ans ou plus, le régime d'assurance-maladie complémentaire couvre le coût des produits de soins de la vue figurant dans le Guide sur les prestations des soins de la vue des Services de santé non assurés et dans la grille tarifaire régionale relative aux soins de la vue des Services de santé non assurés des TNO.



## Prestations de soins dentaires :

Si votre revenu ou celui de votre famille est inférieur au seuil de faible revenu établi pour votre région ou que vous êtes une personne âgée de 60 ans ou plus, le régime d'assurance-maladie complémentaire couvre le coût des services dentaires figurant dans le Guide sur les prestations dentaires des Services de santé non assurés et dans la grille régionale relative aux soins dentaires des Services de santé non assurés des TNO. Une autorisation préalable est requise pour certains traitements.



## Indemnités de déplacement pour raisons médicales :

Le régime d'assurance-maladie complémentaire fournit certaines indemnités de déplacement pour raisons médicales, selon les catégories suivantes :

- **Les personnes âgées (60 ans et plus)** bénéficient d'une couverture complète pour les déplacements médicaux approuvés afin qu'elles puissent recevoir des services de santé assurés, des fournitures médicales, de l'équipement ou des soins dentaires.
- **Les résidents dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu** bénéficient d'une couverture complète pour les déplacements médicaux approuvés afin qu'ils puissent recevoir des fournitures médicales, de l'équipement ou des soins dentaires.
- **Les résidents dont le revenu est supérieur au seuil de faible revenu** bénéficient d'une couverture complète pour les déplacements médicaux approuvés afin qu'ils puissent recevoir des fournitures médicales et de l'équipement médical uniquement.

Si vous ne faites pas partie de l'une des catégories ci-dessus, vous pouvez bénéficier d'indemnités de déplacement pour raisons médicales en vertu de la [Politique 49.06 sur les déplacements pour raisons médicales des Territoires du Nord-Ouest et des politiques ministérielles](#).

Voici les indemnités de déplacement pour raisons médicales offertes, quelle que soit la politique dont vous bénéficiez :

- Prise en charge des déplacements vers le grand centre le plus proche et du séjour dans un centre d'hébergement, comprenant les repas, l'hébergement et le transport. Le tout est organisé par le [Bureau des déplacements pour raisons médicales](#).
- Dans les collectivités où il n'y a pas de centre d'hébergement, le Bureau des déplacements pour raisons médicales organisera les séjours à l'hôtel, les repas et les transports locaux.
- Si vous choisissez de ne pas séjourner au centre d'hébergement, vous devez vous occuper vous-même de vos repas, de votre logement et de votre transport local. Nous remboursons jusqu'à 50 \$ par personne approuvée par nuit pour l'hébergement et 18 \$ par personne approuvée par jour pour les repas. Les frais raisonnables de transport local entre l'aéroport, le logement, la pharmacie et les lieux de rendez-vous peuvent également être remboursés.

## Évaluation des prestations :

Utilisez le calculateur du régime d'assurance-maladie complémentaire pour évaluer votre admissibilité aux prestations et pour calculer la quote-part que vous pourriez verser en fonction de votre revenu ou de celui de votre famille.

Visitez le [www.gov.nt.ca/nouvellepolitiqueRAMC](http://www.gov.nt.ca/nouvellepolitiqueRAMC) pour en savoir plus.



# Inscription au régime d'assurance-maladie complémentaire

## Qui peut s'inscrire?

Pour vous inscrire au régime d'assurance-maladie complémentaire, vous devez :

- Détenir une carte d'assurance-maladie des TNO valide;
- Ne pas être admissible à des prestations en vertu du Régime d'assurance-maladie complémentaire pour les Métis ou du Programme des services de santé non assurés;
- Si vous vous inscrivez au régime d'assurance-maladie complémentaire, cela est également le cas pour votre conjoint (s'il y a lieu) et vos enfants à charge de 18 ans ou moins.

## Comment s'inscrire?

Vous pouvez vous inscrire en ligne, par courriel ou par télécopieur. Obtenez les formulaires nécessaires en visitant la page [www.gov.nt.ca/nouvellepolitiqueRAMC](http://www.gov.nt.ca/nouvellepolitiqueRAMC), en envoyant un courriel au Bureau de l'administration des services de santé à l'adresse [healthcarecard@gov.nt.ca](mailto:healthcarecard@gov.nt.ca), ou en appelant le 1-800-661-0830.

## Quelle est la date limite d'inscription?

Il n'y a pas de date limite d'inscription au régime, mais nous ne traiterons aucune demande de règlement pour des dépenses effectuées en dehors de l'année de prestations en cours. Par ailleurs, les bénéficiaires du régime d'assurance-maladie complémentaires ne recevront aucun remboursement pour des médicaments sur ordonnance ou des fournitures et équipements médicaux payés de leur poche lorsqu'ils n'étaient pas assurés. Nous vous recommandons de présenter une demande d'inscription avant le 15 juillet de chaque année pour vous assurer de bénéficier d'une couverture ininterrompue.

## Renseignements à fournir lors de l'inscription au régime d'assurance-maladie complémentaire

Vous devez fournir les renseignements suivants :

- Les numéros des cartes d'assurance-maladie des TNO et les dates de naissance de tous les membres de votre famille concernés;
- Votre revenu net (ligne 23600 de votre déclaration de revenus) et vos revenus d'un régime enregistré d'épargne-invalidité (ligne 12500 de votre déclaration de revenus) de l'année précédente, ainsi que ceux de votre conjoint, s'il y a lieu.

Si vous n'avez pas produit de déclaration de revenus au Canada pour l'année précédente, veuillez remplir la section 4 « Autre preuve de revenu » du formulaire de demande au titre du régime d'assurance-maladie complémentaire.

## Qui fait partie d'une famille au titre du régime d'assurance-maladie complémentaire?

Votre unité familiale comprend les personnes suivantes : vous, votre conjoint (s'il y a lieu) et les enfants à charge de 18 ans ou moins.

- Le conjoint désigne votre époux ou la personne avec laquelle vous entretenez une relation semblable à un mariage, indépendamment de son genre.
- Les enfants à charge doivent recevoir un soutien financier de votre part ou de la part de votre conjoint; ils ne peuvent pas être mariés ou entretenir une relation semblable à un mariage.

## Information au sujet du revenu

Une fois votre déclaration de revenus effectuée, vous recevrez un avis de cotisation de l'Agence du revenu du Canada (ARC). Lorsque vous présentez une demande d'inscription au régime d'assurance-maladie complémentaire, vous devez indiquer votre revenu net (ligne 23600) et vos revenus d'un régime enregistré d'épargne-invalidité (ligne 12500), ainsi que ceux de votre conjoint, s'il y a lieu. Si vous n'avez pas produit de déclaration de revenus au Canada pour l'année précédente, veuillez remplir la section 4 « Autre preuve de revenu » du formulaire de demande au titre du régime d'assurance-maladie complémentaire.

## Comment déterminer le montant de la quote-part?

Utilisez le calculateur du régime d'assurance-maladie complémentaire pour évaluer le niveau de prestations dont vous pourriez bénéficier et le montant potentiel de votre quote-part. Visitez le [www.gov.nt.ca/nouvellepolitiqueRAMC](http://www.gov.nt.ca/nouvellepolitiqueRAMC) pour en savoir plus. Le niveau de prestations dont vous bénéficierez vous sera confirmé lors du traitement de votre demande d'inscription. Vous recevrez les détails par courriel, notamment le niveau de prestations, la franchise (le cas échéant) et le plafond familial.

## Maintien de la couverture au titre du régime à l'extérieur des TNO

Si vous êtes un étudiant inscrit à un programme d'enseignement postsecondaire à l'extérieur des TNO, vous pouvez maintenir votre couverture au titre du régime d'assurance-maladie complémentaire pendant vos absences temporaires. Pour cela, vous devez :

- être inscrit à un programme d'études à temps plein au sein d'un établissement postsecondaire;
- respecter les exigences en matière de résidence du régime d'assurance-maladie des TNO lorsque vous quittez le territoire;
- envoyer le formulaire d'absence temporaire dûment rempli au Bureau de l'administration des services de santé, ainsi que les autres documents confirmant que vous fréquentez à temps plein un établissement postsecondaire (tels que défini par l'établissement).

# Après l'inscription au régime



## Après avoir présenté votre demande d'inscription

Le Bureau de l'administration des services de santé examinera votre demande pour s'assurer qu'elle est complète. Nous vous aviserons par courriel ou par courrier si celle-ci est incomplète ou qu'il manque des renseignements.

Une fois que nous aurons vérifié votre demande d'inscription et que nous aurons établi que vous respectez les critères d'inscription au régime d'assurance-maladie complémentaire, vous recevrez une lettre de présentation qui expliquera le niveau de prestations auquel vous avez droit, les éventuelles franchises que vous devez payer et votre plafond familial, le cas échéant. Une foire aux questions sera également incluse pour vous aider à couvrir tous vos questionnements.



## Faut-il mettre à jour ses renseignements personnels s'ils viennent à changer?

Oui, vous devez mettre à jour vos renseignements personnels si ceux-ci viennent à changer. Si votre revenu diminue de 10 % ou plus pendant l'année de prestations, ou si votre situation familiale change (mariage, séparation, divorce, décès, etc.), veuillez remplir le [formulaire de demande de réévaluation au titre du régime d'assurance-maladie complémentaire](#) et l'envoyer au Bureau de l'administration des services de santé. Nous ajusterons votre couverture en conséquence, afin de nous assurer que vous bénéficiez du niveau adéquat de prestations.

# Demande de remboursement d'une prestation au titre du régime d'assurance-maladie complémentaire

En tant que bénéficiaire du régime d'assurance-maladie complémentaire, vous recevez une carte de la Croix Bleue de l'Alberta, que vous devrez toujours garder sur vous pour accéder aux services.



## Médicaments sur ordonnance

- **À la pharmacie :** présentez votre carte de la Croix Bleue de l'Alberta lorsque vous devez payer vos médicaments sur ordonnance. La pharmacie facturera directement l'organisme; vous n'aurez donc pas à soumettre de demande de règlement et à attendre de recevoir votre remboursement.
- **Si le service de facturation directe n'est pas disponible :** vous devez avancer les frais, puis envoyer à la Croix Bleue de l'Alberta un formulaire de demande de remboursement pour des services de santé (ABC Health Services Claim Form) en y joignant vos reçus originaux, afin d'obtenir un remboursement. Le formulaire en question est disponible à l'adresse [www.ab.bluecross.ca/forms.php](http://www.ab.bluecross.ca/forms.php). Le remboursement sera envoyé par courrier à votre domicile.



## Services dentaires

- **Chez le dentiste :** la majorité des cabinets dentaires facturent directement les frais engagés à la Croix Bleue de l'Alberta. Présentez votre carte et vous ne devrez régler que la somme non couverte par votre régime.
- **Si le service de facturation directe n'est pas disponible :** vous devez avancer les frais, puis envoyer à la Croix Bleue de l'Alberta un formulaire de demande de remboursement pour des services de santé (ABC Health Services Claim Form), en prenant soin de faire remplir les parties désignées par votre dentiste et en y joignant vos reçus originaux, afin d'obtenir un remboursement. Le formulaire en question est disponible auprès de votre dentiste ou en ligne, à l'adresse [www.ab.bluecross.ca/forms.php](http://www.ab.bluecross.ca/forms.php). Le remboursement sera envoyé par courrier à votre domicile.



## Autres services

- **Soins de la vue, fournitures et équipements médicaux :** vous n'avez pas à avancer les frais pour la plupart des prestations admissibles. Toutefois, si ce cas de figure se présente, veillez à conserver un reçu officiel et à le joindre au formulaire de demande de remboursement pour des services de santé (ABC Health Services Claim Form) dûment rempli, afin d'obtenir un remboursement.

# Maintien de la couverture au titre du régime d'assurance-maladie complémentaire

## Faut-il refaire une demande d'inscription chaque année?

Oui, vous devez remplir et envoyer chaque année le formulaire de demande au titre du régime d'assurance-maladie complémentaire. Vous devez également fournir une confirmation de votre revenu net ou de celui de votre famille avant le 15 juin de chaque année. Veillez à bien indiquer tout changement relatif à vos renseignements personnels (nouvelle adresse résidentielle, par exemple) lorsque vous soumettez votre demande d'inscription.

## Que faire en cas de perte d'emploi, de changement du revenu ou d'évolution de la situation personnelle pendant l'année de prestations?

Si votre situation professionnelle, votre revenu ou votre statut familial vient à changer pendant l'année, vous pouvez demander un ajustement en remplissant le formulaire de demande de réévaluation au titre du régime d'assurance-maladie complémentaire et en le faisant parvenir au Bureau de l'administration des services de santé. Il vous faudra fournir des documents acceptables pour l'année en question, afin de prouver que votre revenu net ou que celui de votre famille a baissé. Parmi les documents acceptés figurent les relevés d'emploi, les copies de l'assurance-emploi, les confirmations des versements du Régime de pensions du Canada, les lettres d'employeurs ou une preuve du versement de l'Aide au revenu des TNO. Le Bureau de l'administration des services de santé pourrait envisager de recevoir, au cas par cas et après approbation, d'autres preuves de revenu.

### **Autres raisons de contacter le Bureau de l'administration des services de santé :**

- Vous épousez quelqu'un ou entamez une relation semblable à un mariage;
- Vous accueillez un bébé ou adoptez un enfant;
- Vous obtenez la garde d'un enfant issu d'un précédent mariage ou d'une précédente relation;
- Vous vous séparez ou vous divorcez;
- Votre conjoint décède;
- Votre conjoint est admis dans un établissement agréé de soins de longue durée.

# Annexe A : Seuils de revenu par région

Tranche	Tlicho	Slave Sud	Yellowknife	Dehcho	Beaufort-Delta	Sahtu
1	34 794 \$	34 774 \$	35 147 \$	36 741 \$	42 258 \$	42 908 \$
2	34 795 \$	34 775 \$	35 148 \$	36 742 \$	42 259 \$	42 909 \$
3	37 208 \$	37 186 \$	37 585 \$	39 290 \$	45 189 \$	45 884 \$
4	39 788 \$	39 765 \$	40 191 \$	42 014 \$	48 323 \$	49 066 \$
5	42 547 \$	42 522 \$	42 978 \$	44 927 \$	51 673 \$	52 468 \$
6	45 497 \$	45 471 \$	45 958 \$	48 043 \$	55 256 \$	56 106 \$
7	48 651 \$	48 623 \$	49 145 \$	51 374 \$	59 088 \$	59 997 \$
8	52 025 \$	51 995 \$	52 553 \$	54 936 \$	63 185 \$	64 157 \$
9	55 632 \$	55 600 \$	56 197 \$	58 745 \$	67 566 \$	68 606 \$
10	59 490 \$	59 456 \$	60 093 \$	62 819 \$	72 251 \$	73 363 \$
11	63 615 \$	63 578 \$	64 260 \$	67 175 \$	77 261 \$	78 450 \$
12	68 026 \$	67 987 \$	68 716 \$	71 832 \$	82 619 \$	83 889 \$
13	72 743 \$	72 701 \$	73 481 \$	76 813 \$	88 347 \$	89 706 \$
14	77 787 \$	77 742 \$	78 576 \$	82 140 \$	94 473 \$	95 926 \$
15	83 181 \$	83 133 \$	84 025 \$	87 835 \$	101 024 \$	102 578 \$
16	88 948 \$	88 897 \$	89 851 \$	93 926 \$	108 029 \$	109 691 \$
17	95 116 \$	95 061 \$	96 081 \$	100 438 \$	115 520 \$	117 297 \$
18	101 711 \$	101 653 \$	102 743 \$	103 403 \$	123 530 \$	125 430 \$
19	108 764 \$	108 702 \$	109 868 \$	114 850 \$	132 096 \$	134 127 \$
20	116 306 \$	116 239 \$	117 486 \$	122 814 \$	141 255 \$	143 428 \$
21	124 370 \$	124 299 \$	125 632 \$	131 330 \$	151 050 \$	153 373 \$
22	132 994 \$	132 918 \$	134 344 \$	140 436 \$	161 523 \$	164 008 \$
23	142 216 \$	142 134 \$	143 659 \$	150 174 \$	172 723 \$	175 380 \$
24	152 077 \$	151 990 \$	153 620 \$	160 587 \$	184 700 \$	187 541 \$
25	162 622 \$	162 529 \$	164 272 \$	171 722 \$	197 507 \$	200 545 \$
26	173 899 \$	173 799 \$	175 663 \$	183 629 \$	211 202 \$	214 451 \$
27	185 957 \$	185 850 \$	187 843 \$	196 362 \$	225 847 \$	229 321 \$
28	198 851 \$	198 737 \$	200 868 \$	209 978 \$	241 507 \$	245 222 \$
29	212 639 \$	212 517 \$	214 797 \$	224 548 \$	258 253 \$	262 226 \$
30	227 384 \$	227 253 \$	229 691 \$	240 107 \$	276 161 \$	280 408 \$

# Annexe B : Glossaire relatif au régime d'assurance-maladie complémentaire

Terme	Définition
<b>Année d'imposition</b>	Année d'imposition sur le revenu utilisée pour calculer les prestations. Il s'agit de la dernière année d'imposition terminée avant l'année de prestations. Par exemple, la couverture des médicaments sur ordonnance au titre du régime d'assurance-maladie complémentaire pour l'année allant de septembre 2024 à août 2025 est basée sur le revenu perçu lors de l'année d'imposition 2023.
<b>Année de prestations</b>	Période de prestations s'étendant du 1 <sup>er</sup> septembre au 31 août.
<b>Bénéficiaire/Client</b>	Personne inscrite au régime d'assurance-maladie complémentaire.
<b>Conjoint</b>	Époux du demandeur ou personne vivant et cohabitant dans une relation semblable à un mariage avec le demandeur, et qui peut être du même genre que celui-ci.
<b>Couverture par défaut</b>	Couverture des prestations fournie à une famille lorsque les administrateurs du régime d'assurance-maladie complémentaire ne sont pas en mesure de vérifier son revenu. Dans ce cas-là, la famille bénéficiera par défaut d'une couverture à titre de famille à revenu élevé. Elle se voit attribuer une franchise et un plafond familial annuels pour les médicaments sur ordonnance ainsi que les fournitures et les équipements médicaux.
<b>Demandeur</b>	Personne faisant la demande au nom de sa famille au titre du régime d'assurance-maladie complémentaire.
<b>Famille</b>	Unité comprenant le demandeur, son conjoint (le cas échéant) et toute personne à charge. Par souci de simplicité, le terme « famille » comprend également toutes les personnes sans conjoint ni personne à charge.

<b>Franchise familiale</b>	Montant des frais payés de la proche d'une famille avant que le partage des coûts ne commence. Les familles désignées comme ayant un faible revenu ne sont pas assujetties à une franchise.
<b>Médiatement nécessaire</b>	Services ou fournitures de soins de santé nécessaires pour diagnostiquer ou traiter une maladie, un trouble, une blessure ou les symptômes associés, et qui répondent aux normes acceptées de la médecine.
<b>Partage des coûts</b>	Coût des médicaments sur ordonnance admissibles partagé entre le régime d'assurance-maladie complémentaire et la famille.
<b>Personne/Enfant à charge</b>	<p>Une personne à charge (de 18 ans ou moins) est un résident des TNO qui est le pupille légal ou l'enfant du demandeur ou de son conjoint et qui satisfait à tous les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Être soutenu financièrement par le demandeur ou son conjoint;</li> <li>• Ne pas être marié et ne pas cohabiter dans une relation semblable à un mariage.</li> </ul>
<b>Personne âgée</b>	Personne de 60 ans ou plus inscrite au régime d'assurance-maladie des TNO et non admissible aux Services de santé non assurés ou au régime d'assurance-maladie complémentaire pour les Métis.
<b>Plafond familial</b>	Montant maximal qu'une famille peut payer pour des médicaments sur ordonnance admissibles ainsi que pour des fournitures et des équipements médicaux au cours d'une année de prestations.
<b>Processus d'examen du revenu</b>	Processus par lequel un demandeur (une famille) peut demander à ce que son niveau de couverture soit réévalué.
<b>Revenu (net)</b>	Le revenu net total du demandeur correspond au montant indiqué à la ligne 23600 de sa déclaration de revenus à l'Agence du revenu du Canada (ARC) et de celle de son conjoint (le cas échéant), déduction faite de tout revenu issu d'un régime-enregistré d'épargne-invalidité indiqué à la ligne 12500.
<b>Revenu familial réévalué/ Revenu net réévalué</b>	Changement de plus de 10 % du revenu familial ou du revenu net au cours d'une année de prestations, donnant ainsi lieu à un processus d'examen du revenu.
<b>Tranche de revenu</b>	Conformément aux seuils de revenu établis, 30 tranches de revenu définissent la franchise, le partage des coûts et le plafond familial pour une famille en fonction de l'évaluation de son revenu.

Pour plus d'informations :  
[www.gov.nt.ca/fr/ramc](http://www.gov.nt.ca/fr/ramc)

Bureau de l'administration des services de santé :  
[healthcarecard@gov.nt.ca](mailto:healthcarecard@gov.nt.ca)  
1-800-661-0830

