



2024-11-06

INFO-FSMA

L'actualité de votre Fonds de secours maladie-accident

Révisé

Informations importantes

La phase de déploiement est lancée !

À la suite des nombreuses décisions prises par les membres lors des récentes assemblées générales, nous avons préparé un document de synthèse pour que vous puissiez prendre connaissance de l'ensemble des changements apportés à votre régime d'assurance du Fonds de secours maladie-accident (FSMA).

Les pages suivantes sont tirées d'un encart inséré dans le journal ColBlanc de l'édition de novembre 2024 à paraître. Il renferme des informations essentielles pour éclairer votre sélection de plan modulaire de prestations d'assurance en fonction de vos besoins.

Nouveau partenariat

Comme présenté plus tôt ce printemps, nous avons conclu un partenariat avec le fournisseur de services **GreenShield Administration** qui s'occupera du remboursement des réclamations, de la conception et du maintien de la nouvelle plateforme mobile. Le service à la clientèle sera comme toujours effectué par nos agent.es du FSMA.



Période d'adhésion initiale

Le 6 novembre 2024, vous recevrez **un lien** vers la nouvelle application du FSMA et un **code unique** pour vous permettre de choisir entre les plans de base, intermédiaire ou enrichi, avec ou sans soins dentaires.

Cette phase d'adhésion s'étendra du 6 novembre au 20 novembre 2024. Un message de rappel sera envoyé quelques jours avant la date limite.

Pour éviter toute coupure de service, les membres qui, pour une quelconque raison, n'auraient pas effectué leur choix avant la date limite seront inscrits au plan intermédiaire avec soins dentaires. Ce plan étant celui qui comporte une couverture similaire aux protections actuelles.

Entrée en vigueur

Le régime en place avec son mode de paiement et ses prestations demeurera effectif jusqu'au 31 décembre 2024. C'est seulement à partir du **1^{er} janvier 2025** que commenceront les nouvelles contributions et les nouvelles prestations suivant le régime que vous aurez choisi.

Nous vous invitons à lire attentivement les pages suivantes.



L'équipe du FSMA

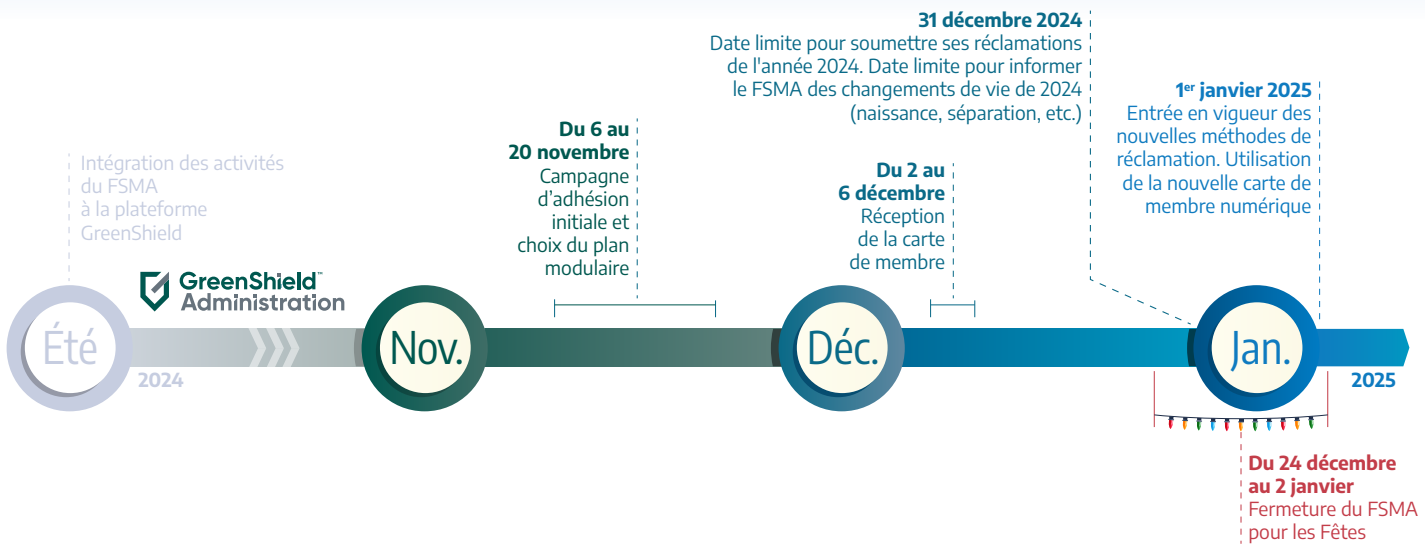


Votre nouveau FSMA

Les 4 prochaines pages forment un cahier détachable qui contient la liste des étapes de mise en place du nouveau partenariat avec GreenShield Administration ainsi que les descriptions des nouvelles couvertures offertes par le Fonds de secours maladie-accident (FSMA). En effet, lors des récentes assemblées générales, les membres ont voté pour la mise en place d'un nouveau plan modulaire. Celui-ci comprend une couverture de base, intermédiaire et enrichie. Découvrez les nombreux changements à venir.



La phase de déploiement est lancée !



Étapes de mise en place

- Mise à jour de vos coordonnées (courriel personnel, numéro de téléphone et adresse) via fsma@sfmm429.qc.ca
- Réclamations et changement de vie (naissance, séparation, etc.) avant le 31 décembre 2024
- Réception d'un courriel personnalisé contenant un lien vers le nouveau portail ainsi qu'un code unique pour chacun des membres le 6 novembre 2024
- Effectuer un choix de plan d'assurance médicale, dentaire et autres couvertures s'il y a lieu
- Réception d'une carte de membre numérique (à présenter à la pharmacie et aux professionnels de la santé à partir du 1^{er} janvier 2025)

Changement pour les membres actifs de 65 ans et plus

Une décision entérinée par l'assemblée générale est venue changer les prestations de remboursement pour la **partie médicaments** du régime d'assurance du FSMA.

Si vous êtes âgé de 65 ans et plus et toujours à l'emploi de la Ville au 1^{er} janvier 2025, vous devrez contacter la RAMQ pour adhérer au **régime de remboursement des médicaments du gouvernement**, le FSMA agira à titre de second assureur et prendra en charge jusqu'à 100 % du montant de la facture après le paiement de la franchise et le remboursement gouvernemental. Vous n'aurez qu'à présenter votre carte au pharmacien. Pour plus d'informations, consultez le sfmm429.qc.ca/fsma.

Règles d'utilisation des cartes de membres

chez les professionnels de la santé durant la période de transition





Nouvelles protections du plan modulaire à partir du 1^{er} janvier 2025

Soins médicaux

Médicaments ¹	De base	intermédiaire	Enrichi
Franchise	Aucune franchise	Aucune franchise	Aucune franchise
Remboursement médicaments RAMQ	70 % de remboursement 100 % de remboursement des frais excédentaires après un déboursé de 5 980 \$ par adulte	80 % de remboursement 100 % de remboursement des frais excédentaires après un déboursé de 5 980 \$ par adulte	80 % de remboursement 100 % de remboursement des frais excédentaires après un déboursé de 5 980 \$ par adulte
Substitution générique	70 % des frais admissibles du substitut générique (même si l'ordonnance médicale n'autorise pas la substitution)	80 % des frais admissibles du substitut générique (même si l'ordonnance médicale n'autorise pas la substitution)	80 % des frais admissibles du substitut générique (même si l'ordonnance médicale n'autorise pas la substitution)
Soins hospitaliers	De base	intermédiaire	Enrichi
Hospitalisation de courte durée	Non couvert	100 % de remboursement pour chambre semi-privée	100 % de remboursement pour chambre semi-privée
Maisons de convalescence ou réadaptation	Non couvert	100 % de remboursement pour une chambre semi-privée Maximum de 60 jours par année civile	100 % de remboursement pour une chambre semi-privée Maximum de 60 jours par année civile
Autres frais*	De base	intermédiaire	Enrichi
Infirmier et infirmier auxiliaire	Non couvert	Maximum de remboursement de 10 000 \$ par période de 2 ans par assuré	Maximum de remboursement de 10 000 \$ par période de 2 ans par assuré
• À domicile	Non couvert	Maximum de remboursement quotidien de 300 \$	Maximum de remboursement quotidien de 300 \$
• En milieu hospitalier	Non couvert	Maximum de remboursement quotidien de 150 \$	Maximum de remboursement quotidien de 150 \$
Maison de thérapie pour dépendance	Remboursement par période de 5 ans	Remboursement par période de 5 ans	Remboursement par période de 5 ans
• Première thérapie	80 % de remboursement jusqu'à concurrence de 1800 \$	80 % de remboursement jusqu'à concurrence de 1800 \$	80 % de remboursement jusqu'à concurrence de 1800 \$
• Deuxième thérapie	50 % de remboursement jusqu'à concurrence de 900 \$	50 % de remboursement jusqu'à concurrence de 900 \$	50 % de remboursement jusqu'à concurrence de 900 \$
• Troisième thérapie	25 % de remboursement jusqu'à concurrence de 500 \$	25 % de remboursement jusqu'à concurrence de 500 \$	25 % de remboursement jusqu'à concurrence de 500 \$
Membres artificiels	80 % de remboursement	80 % de remboursement	80 % de remboursement
Orthèses podiatriques	Non couvert	Maximum de remboursement de 300 \$ par prothèse par année par assuré, (deux paires pour les enfants de moins de 13 ans)	Maximum de remboursement de 300 \$ par prothèse par année par assuré, (deux paires pour les enfants de moins de 13 ans)
Chaussures orthopédiques	Non couvert	Maximum de remboursement de 400 \$ par paire par année par assuré, (deux paires pour les enfants de moins de 13 ans)	Maximum de remboursement de 400 \$ par paire par année par assuré, (deux paires pour les enfants de moins de 13 ans)
Bas de contention	Non couvert	3 paires maximum par année par personne assurée	3 paires maximum par année par personne assurée

Autres frais*	De base	intermédiaire	Enrichi
Appareils thérapeutiques	70 % de remboursement	80 % de remboursement	80 % de remboursement
Stérilet	70 % de remboursement	80 % de remboursement	80 % de remboursement
Matériel diabétique			
• Glucomètre	Non couvert	Maximum de remboursement de 250 \$ par période de 4 ans par assuré	Maximum de remboursement de 250 \$ par période de 4 ans par assuré
• Agents de diagnostic	70 % de remboursement	80 % de remboursement	80 % de remboursement
• Pompes à insuline	Maximum de remboursement de 6 400 \$ par période de 5 ans par assuré et maximum de remboursement de 1920 \$ par année civile par assuré pour l'achat des accessoires	Maximum de remboursement de 6 400 \$ par période de 5 ans par assuré et maximum de remboursement de 1920 \$ par année civile par assuré pour l'achat des accessoires	Maximum de remboursement de 6 400 \$ par période de 5 ans par assuré et maximum de remboursement de 1920 \$ par année civile par assuré pour l'achat des accessoires
Radiographies	Non couvert	60 % de remboursement	60 % de remboursement
Électrocardiogrammes	Non couvert	60 % de remboursement	60 % de remboursement
Polysomnographies	Non couvert	60 % de remboursement	60 % de remboursement
Analyses de laboratoire	Non couvert	60 % de remboursement	60 % de remboursement
Examens en imagerie (échographies, scans et résonances magnétiques)	Non couvert	60 % de remboursement	60 % de remboursement
Injections de Synvisc et autres viscosuppléments	Non couvert	Maximum de remboursement de 350 \$ par année civile par assuré	Maximum de remboursement de 350 \$ par année civile par assuré
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident	Non couvert	80 % de remboursement Doit être pratiquée dans les 3 ans suivant l'accident	80 % de remboursement Doit être pratiquée dans les 3 ans suivant l'accident
Appareils auditifs	Non couvert	Maximum de remboursement de 500 \$ par période de 48 mois par assuré	Maximum de remboursement de 500 \$ par période de 48 mois par assuré
Orthèse d'avancement mandibulaire ou appareil de traitement de l'apnée du sommeil	Maximum de remboursement de 1600 \$ par période de 4 ans par assuré	Maximum de remboursement de 1600 \$ par période de 4 ans par assuré	Maximum de remboursement de 1600 \$ par période de 4 ans par assuré
Transport par ambulance, train ou avion	Maximum de remboursement de 400 \$ par année civile par assuré	Maximum de remboursement de 400 \$ par année civile par assuré	Maximum de remboursement de 400 \$ par année civile par assuré

Professionnels de la santé	Une (1) visite par jour		
	De base	intermédiaire	Enrichi
Psychologue, travailleur social ou psychothérapeute	Non couvert	Maximum de remboursement de 65 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile par assuré pour l'ensemble des soins	Maximum de remboursement de 100 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile par assuré pour l'ensemble des soins
Chiropraticien	Non couvert	Maximum de remboursement de 35 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile. Maximum de remboursement de 48 \$ par année civile par assuré pour radiographies recommandées par un chiropractien	Maximum de remboursement de 50 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile. Maximum de remboursement de 50 \$ par année civile par assuré pour radiographies recommandées par un chiropractien
Ostéopathe	Non couvert	Maximum de remboursement de 45 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile	Maximum de remboursement de 75 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile
Physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique	Non couvert	Maximum de remboursement de 45 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile	Maximum de remboursement de 70 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile
Audiologiste	Non couvert	Maximum de remboursement de 45 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile	Maximum de remboursement de 75 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile
Ergothérapeute	Non couvert	Maximum de remboursement de 60 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile	Maximum de remboursement de 95 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile
Orthophoniste	Non couvert	Maximum de remboursement de 65 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile	Maximum de remboursement de 100 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile
Naturopathe ou acupuncteur	Non couvert	Maximum de remboursement de 40 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile	Maximum de remboursement de 65 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile
Diététiste	Non couvert	Maximum de remboursement de 50 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile	Maximum de remboursement de 80 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile
Homéopathe	Non couvert	Maximum de remboursement de 40 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile	Maximum de remboursement de 65 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile
Kinithérapeute / Kinesithérapeute	Non couvert	Maximum de remboursement de 45 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile	Maximum de remboursement de 70 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile
Masso-thérapeute	Non couvert	Maximum de remboursement de 45 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile	Maximum de remboursement de 70 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile
Orthothérapeute	Non couvert	Maximum de remboursement de 40 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile	Maximum de remboursement de 60 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile
Podiatre	Non couvert	Maximum de remboursement de 55 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile	Maximum de remboursement de 90 \$ par visite. Maximum de 20 visites par année civile
Examen de la vue	Maximum de 100 \$ de remboursement par période de 24 mois	Maximum de 100 \$ de remboursement par période de 24 mois	Maximum de 100 \$ de remboursement par période de 24 mois

	De base	intermédiaire	Enrichi
*Maximums	Tous les soins de la liste sont sujets à un maximum de 16 000 \$ pour un plan individuel et 24 000 \$ pour un plan familial ou monoparental par période de 4 ans.	Tous les soins de la liste sont sujets à un maximum de 16 000 \$ pour un plan individuel et 24 000 \$ pour un plan familial ou monoparental par période de 4 ans.	Tous les soins de la liste sont sujets à un maximum de 16 000 \$ pour un plan individuel et 24 000 \$ pour un plan familial ou monoparental par période de 4 ans.

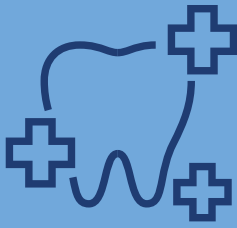
Liste de soins		
<ul style="list-style-type: none"> Infirmier et infirmier auxiliaire à domicile et en milieu hospitalier Maison de thérapie pour dépendance Membres artificiels Orthèses podiatriques Chaussures orthopédiques Bas de contention Appareils thérapeutiques Stérilet 	<ul style="list-style-type: none"> Matériel pour diabétique Radiographies Électrocardiogrammes Polysomnographies Analyses de laboratoire Examens en imagerie (échographies, scanners et résonances magnétiques) Appareils auditifs 	<ul style="list-style-type: none"> Orthèse d'avancement mandibulaire ou appareil de traitement de l'apnée du sommeil Transport par ambulance, train ou avion Injections de Synvisc et autres viscosuppléments Chirurgie esthétique à la suite d'un accident

¹ À partir de l'âge de 65 ans, les membres toujours actifs à l'emploi, ainsi que les conjoint.es d'assurés atteignant 65 ans, sont automatiquement inscrits à la RAMQ pour le volet « médicaments ». Ainsi, la RAMQ deviendra le 1^{er} payeur (couverture de base) et le Fonds de secours maladie-accident agira à titre de 2^e payeur (couverture complémentaire). À ce titre, le FSMA assumera jusqu'à 100 % du coût des médicaments après la partie assumée par la RAMQ et la franchise payable par l'assuré. Pour l'ensemble des autres frais et des soins de professionnels de la santé, l'assuré continue d'être couvert au même titre que tout autre membre régulier.



Nouvelles protections du plan modulaire à partir du 1^{er} janvier 2025

Soins dentaires (facultatifs)



Soins dentaires Soins de base	Pour tous les modules	Soins dentaires Soins majeurs	Pour tous les modules
Franchise Maximum de remboursement • Diagnostic • Soins de prévention • Soins de périodontie • Procédures d'urgence	Aucune Aucun 100 %	Franchise Maximum de remboursement • Restaurations • Endodontie • Parodontie • Chirurgie buccale • Travaux de prosthodontie	Aucune 1500\$ par année civile par assuré (exclue traitements d'orthodontie) 70 % de remboursement 50 % de remboursement. Un remplacement par période de 5 ans pour les prothèses fixes et amovibles
Traitements d'orthodontie Admissibilité Remboursement	Pour tous les modules Personnes de moins de 21 ans 50 % de remboursement 2000\$ à vie par assuré		

Tarifs des différentes couvertures du FSMA

Révisé

SANS soins dentaires



AVEC soins dentaires



		Par période de paie		Par période de paie	
		à la semaine	aux deux (2) semaines	à la semaine	aux deux (2) semaines
De base	Ind.	7,15 \$	14,30 \$	12,07 \$	24,14 \$
	Mono	8,20 \$	16,40 \$	15,58 \$	31,16 \$
	Fam.	13,01 \$	26,03 \$	25,31 \$	50,61 \$
Intermédiaire	Ind.	10,81 \$	21,62 \$	15,73 \$	31,46 \$
	Mono	12,41 \$	24,82 \$	19,79 \$	39,58 \$
	Fam.	19,60 \$	39,20 \$	31,89 \$	63,78 \$
Enrichi	Ind.	14,67 \$	29,33 \$	19,58 \$	39,17 \$
	Mono	16,85 \$	33,69 \$	24,22 \$	48,45 \$
	Fam.	26,54 \$	53,09 \$	38,84 \$	77,67 \$

Délai pour changement de plan

Il n'y a aucun délai d'attente nécessaire pour ajouter les soins dentaires à sa couverture des soins. Il n'y a également aucun délai pour bonifier son plan de protection.

Un délai de 24 mois est nécessaire pour déclasser son plan de protection ou retirer les soins dentaires de votre couverture.

