

Compte gestion santé

OPTER POUR LA FLEXIBILITÉ



La Capitale

Assurance et
services financiers



COMPTE GESTION SANTÉ

QUE CE SOIT AU SEIN D'UNE ENTREPRISE OU D'UNE ORGANISATION, LES EMPLOYÉS ONT TOUS DES BESOINS UNIQUES ET VARIÉS EN MATIÈRE D'ASSURANCE.

Le CGS offre une grande flexibilité, car il permet aux personnes assurées d'utiliser, selon leurs besoins, des sommes mises à leur disposition pour payer certains frais¹ remboursables ou non par leur régime d'assurance collective ou non remboursables par le régime provincial d'assurance maladie de leur province de résidence.

Le preneur détermine le montant accordé ainsi que le moment où il sera rendu disponible. Le montant peut être accordé en totalité en début d'année ou être fractionné sur différentes périodes (trimestre, semestre, etc.).

Un CGS est un compte généralement financé en totalité par le preneur du contrat :

- Risque entièrement assumé par le preneur
- Montant facturé par l'assureur au preneur :
 - Montant total des prestations
 - + frais d'administration
 - + taxes applicables
- Modalités du compte déterminées par le preneur selon les options disponibles pour le segment auquel son groupe appartient
- Offre plus généreuse et flexible

Les montants remboursés par l'intermédiaire du CGS sont considérés comme un avantage imposable aux fins de l'impôt sur le revenu provincial pour les assurés qui demeurent au Québec seulement. L'avantage imposable doit inclure les frais d'administration et les taxes facturées. L'employeur est responsable de produire ces relevés fiscaux.

¹ Frais médicaux admissibles à un crédit d'impôt selon la Loi de l'impôt sur le revenu
Pour plus de détails, consultez la rubrique Frais médicaux admissibles au www.cra-arc.gc.ca



QUELS SONT LES BÉNÉFICES ?

D'abord et avant tout, la flexibilité qu'il procure !

Il peut remplacer en totalité un régime traditionnel d'assurance maladie, mais peut également en être un excellent complément.

Le CGS procure une protection accrue en fournissant des fonds supplémentaires lors de dépenses imprévues.

Il permet de mieux faire face aux coûts liés à la santé.

QUI EST ADMISSIBLE ?

Tous les employés admissibles à la protection du régime collectif de l'entreprise, qu'ils soient assurés, exemptés ou invalides.

Le preneur a la possibilité de définir lui-même les critères d'admissibilité.



OPTIONS DE REPORT

REPORT DU SOLDE NON UTILISÉ

Cette option permet de gérer le **solde non utilisé** de l'année antérieure.

- Le 1^{er} janvier de chaque année ou à la date d'entrée en vigueur de la police ou selon la fréquence convenue, le montant prédéterminé est alloué à l'employé.
- Dans le cas où le montant n'est pas utilisé dans sa totalité au cours d'une année, le solde peut être reporté à l'année suivante.
- Si ce montant n'a pas été utilisé à la fin de la deuxième année, il sera annulé.
- Toutes les demandes de prestations doivent être soumises par l'employé dans l'année au cours de laquelle les frais ont été engagés. Les employés disposent d'un délai de grâce de 90 jours* suivant la date de la fin de l'année pour soumettre des demandes de prestations non payées de l'année précédente.

* Ce délai peut varier d'un groupe à l'autre.

Exemple de report du **solde non utilisé**

Année 2018 (première année)			
Montant annuel alloué pour 2018	1 000 \$		
Frais remboursés en 2018		600 \$	
Solde pour 2018			400 \$
Solde à reporter en 2019			400 \$
Année 2019			
Solde reporté de 2018	400 \$		
Montant annuel alloué pour 2019	1 000 \$		
Montant total disponible en 2019	1 400 \$		
Frais remboursés en 2019		300 \$	
Solde pour 2019			1 100 \$
Solde à reporter en 2020 (les 100 \$ provenant de 2018 ne sont plus reportables)			1 000 \$

REPORT DE FRAIS NON REMBOURSÉS

Cette option permet de gérer l'excédent des **frais non remboursés** d'une année antérieure

- Le 1^{er} janvier de chaque année ou à la date d'entrée en vigueur de la police ou selon la fréquence convenue, le montant prédéterminé est alloué à l'employé.
- Avec l'option Report de frais, les demandes de prestations non réglées au cours d'une année peuvent être reportées à l'année suivante.
- Les montants n'ayant pas été utilisés dans l'année au cours de laquelle ils ont été attribués seront perdus.
- Les employés disposent d'un délai de grâce de 90 jours* suivant la date de la fin de l'année pour soumettre des demandes de prestations non payées de l'année précédente.

* Ce délai peut varier d'un groupe à l'autre.

Exemple de report de **frais non remboursés**

Année 2018 (première année)			
Montant annuel alloué pour frais de 2018	1 000 \$		
Frais engagés en 2018		1 500 \$	
Frais remboursés par le CGS en 2018		1 000 \$	
Frais engagés en 2018 à reporter en 2019			500 \$
Année 2019			
Montant annuel alloué pour frais de 2019	1 000 \$		
Frais engagés en 2018 reportés en 2019		500 \$	
Frais engagés en 2019		400 \$	
Total des frais remboursés par le CGS en 2019 (500 \$ + 400 \$)		900 \$	
Solde du CGS à la fin de 2019 (1 000 \$ – 900 \$)			100 \$*

* Le solde inutilisé du Compte gestion santé à la fin de 2019 ne peut être utilisé pour payer des frais engagés en 2020.

REMBOURSEMENT

- Si les frais sont admissibles en vertu de son régime collectif de base, l'employé soumet sa demande de prestations avec les reçus pertinents en suivant la procédure habituelle.
- Tous les frais non remboursés ou non admissibles peuvent alors être réclamés au Compte gestion santé de l'employé.
- L'employé peut réclamer les frais en remplissant le formulaire papier en se rendant dans l'espace La Capitale en utilisant l'application mobile de La Capitale. Il n'a alors qu'à indiquer s'il souhaite que les frais soient remboursés par le régime collectif ou le Compte gestion santé ou les deux. Les frais admissibles en vertu du régime collectif seront d'abord remboursés par celui-ci et la différence sera prise dans le Compte gestion santé.
- Après avoir obtenu son remboursement, l'employé reçoit un relevé détaillé des prestations qui précise le montant payé faisant partie de la protection de soins de santé ou de soins dentaires, le montant déduit du Compte gestion santé. Le solde du Compte gestion santé est disponible dans l'Espace La Capitale.

IMPORTANT

Si l'employé bénéficie d'une protection au titre d'un autre régime collectif de soins de santé (par exemple, celui de son conjoint ou de sa conjointe), l'employé doit présenter sa demande à ce régime avant qu'une demande de règlement puisse être traitée dans son Compte gestion santé.

NOS OPTIONS

Options	Nombre d'adhérents		
	2 à 50	51 à 5 000	5 001 et plus
Définition élargie des personnes à charge selon la Loi de l'impôt sur le revenu (LIR)	✓	✓	✓
Inclusion des employés exemptés du régime collectif	✓	✓	✓
Couverture des personnes à charge offerte selon le plan de protection (individuel, monoparental, etc.)	Famille seulement	Au choix	Au choix
Montant fixe	✓	✓	✓
Montant selon le statut de l'adhérent	N/D	✓	✓
Montant selon la garanties – Soins de santé complémentaires – Soins dentaires – Médicaments	N/D	✓	✓
Montant personnalisé (par exemple selon un pourcentage du salaire)	N/D	✓	✓
Report des soldes non utilisés / report des frais non remboursés / aucun report	Aucun report ou report des soldes non utilisés	Au choix	Au choix
Fréquence de l'allocation: annuelle, semestrielle, trimestrielle et mensuelle	Annuelle seulement	Au choix	Au choix
Prorata de l'allocation à partir du: – Mois courant – Mois suivant – X ^e jour du mois suivant	Sans ou avec prorata calculé mois suivant	Au choix	Au choix
Frais admissibles selon la Loi de l'impôt sur le revenu (LIR) (+ médicaments en vente libre)	✓	✓	✓
Possibilité de restreindre la liste: – Exclure les primes d'assurance maladie d'un régime privé	✓	✓	✓
Possibilité de restreindre la liste: – Exclure les médicaments et/ou – Exclure les soins de santé complémentaires et/ou – Exclure les soins oculaires et/ou – Exclure les soins dentaires et/ou	N/D	✓	✓

QUÉBEC

625, rue Jacques-Parizeau
Québec (Québec) G1R 2G5

MONTRÉAL

425, boul. De Maisonneuve Ouest
Bureau 820
Montréal (Québec) H3A 3G5

MISSISSAUGA

7150, Derrycrest Drive
Mississauga (Ontario) L5W 0E5