



Bulletin d'information destiné aux administrateurs de régimes d'assurance collective et aux conseillers en avantages sociaux.

3<sup>e</sup> trimestre 2006



www.inalco.com

## Le Coin de l'administrateur

# L'ABC de la désignation de bénéficiaire

Les administrateurs de régimes agissent à titre d'intervenants principaux pour l'assureur et les participants. À ce titre, ils doivent souvent répondre à des demandes d'information ou des questions touchant la désignation de bénéficiaire.

C'est avec plaisir que nous vous présentons, dans ce premier **Coin de l'administrateur**, quelques questions et réponses au sujet de la désignation de bénéficiaire. Nous espérons que cette information vous aidera à répondre aux questions des participants et à réduire le temps consacré aux demandes de renseignements.

### Q. Qu'est-ce qu'un bénéficiaire?

Un bénéficiaire est un particulier, un groupe de particuliers ou une entité désigné par le participant du régime au moment de l'adhésion ou dans la dernière demande de modification qui a droit à la prestation d'assurance vie collective au décès du participant. Pour que la prestation soit versée, l'assurance du participant doit être en vigueur, et une demande de règlement doit être présentée à l'assureur accompagnée d'une preuve de décès.

### Q. Les participants peuvent-ils nommer des bénéficiaires distincts pour l'assurance vie, l'assurance vie facultative et l'assurance décès et mutilation accidentels (DMA)?

Puisque toutes les garanties du participant font partie d'une même police collective, les bénéficiaires désignés ont droit à toutes les prestations d'assurance versées au décès du participant. Ils ont également droit aux prestations de DMA, s'il y a lieu, lorsque le décès est accidentel et qu'il ne s'agit pas d'une des exclusions précisées dans la garantie.

### Q. L'assureur a refusé la désignation de bénéficiaire du participant et en demande une autre. Pourquoi?

Les assureurs doivent suivre des règles et des procédures strictes afin de s'assurer de la légalité de la désignation de bénéficiaire. La désignation de bénéficiaire doit satisfaire aux critères suivants :

- La désignation doit être un original, écrit à l'encre et signé par le participant;
- Aucune correction non approuvée ne doit paraître sur la désignation (pour approuver une correction, le participant doit apposer ses initiales à côté de celle-ci);

- Lorsque des pourcentages sont précisés relativement à deux bénéficiaires ou plus, ils doivent au total atteindre 100 % (si aucun pourcentage n'est précisé, la prestation d'assurance vie sera répartie également entre les bénéficiaires);

- Le statut de bénéficiaire révocable ou irrévocable ne doit pas être ambigu.

Jusqu'à ce que le participant fasse parvenir une nouvelle désignation, la désignation de bénéficiaire est « héritiers légaux » ou « ayants droit », en lien avec le processus juridique de succession. Cette désignation est toujours révocable.

### Q. Quelle est la différence entre un bénéficiaire « révocable » et un bénéficiaire « irrévocable »?

Le nom d'un bénéficiaire révocable peut être enlevé ou modifié en tout temps. Les droits d'un bénéficiaire irrévocable ne peuvent lui être retirés ou être réduits sans le consentement écrit de ce dernier. Cependant, le consentement n'est pas nécessaire lorsque le participant désire augmenter le pourcentage de la prestation accordée au bénéficiaire irrévocable (en supposant qu'il ne réduise pas ou qu'il ne supprime pas les droits d'un autre bénéficiaire irrévocable).

### Q. J'ai entendu dire que la prestation versée à un bénéficiaire irrévocable est mieux protégée contre les créanciers du participant décédé en cas d'insolvabilité au moment du décès. Est-ce vrai?

Seul le « capital accumulé » ou la « valeur de rachat » d'une police d'assurance vie peut être considéré comme faisant partie de l'actif de l'assuré décédé. Puisque l'assurance vie collective n'offre pas de telles composantes aux participants, le statut de la désignation de bénéficiaire, que celui-ci soit révocable ou irrévocable, ne change rien. Les créanciers ne peuvent pas demander une partie du montant de la prestation versée au ou aux bénéficiaires désignés en guise de remboursement de la dette du participant décédé.

La seule exception se produit lorsque la désignation est « héritiers légaux » ou « ayants droit », soit parce que aucun bénéficiaire particulier n'a été désigné ou pour d'autres raisons. La prestation d'assurance vie fait alors partie de la succession du participant décédé, et les créanciers peuvent demander une partie ou la totalité de la prestation pour rembourser la dette.

## L'ABC de la désignation de bénéficiaire

### Q. Un participant peut-il nommer des mineurs à titre de bénéficiaires irrévocables?

Oui, mais une telle désignation est souvent source de complications et de problèmes. Comme les mineurs ne peuvent donner un consentement légal avant d'atteindre la majorité, un bénéficiaire irrévocable mineur ne peut, par conséquent, consentir légalement à ce que la désignation soit modifiée. Les modifications ne peuvent donc pas être effectuées.

C'est pour cette raison qu'il est conseillé d'éviter de désigner des mineurs à titre de bénéficiaires irrévocables pour les garanties d'assurance vie collective.

### Q. Un participant nomme deux bénéficiaires, l'un irrévocable, l'autre révocable. Le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable est-il nécessaire pour enlever ou modifier la désignation du bénéficiaire révocable?

Non, si les droits du bénéficiaire irrévocable ne sont pas supprimés ou réduits, le participant peut effectuer des modifications à toute désignation de bénéficiaire révocable.

### Q. L'assureur a refusé la modification d'une désignation faite par un participant du Québec qui a nommé antérieurement son conjoint légal à titre de bénéficiaire en indiquant que la désignation de ce dernier était irrévocable. Le participant m'a montré une copie de la désignation antérieure et « révocable » ou « irrévocable » n'avait pas été coché.

Selon les lois du Québec, lorsqu'un conjoint légal est nommé à titre de bénéficiaire et que le statut (révocable ou irrévocable) n'est pas précisé, le statut par défaut est irrévocable. Cela s'applique seulement au conjoint

légal. Pour toutes les autres désignations, le statut par défaut est révocable. Pour modifier la désignation, le participant doit obtenir le consentement écrit du conjoint légal.

### Q. Un participant a désigné à titre irrévocable son conjoint auquel il est marié mais il a présentement entrepris des procédures en divorce. Le conjoint refuse de consentir à la modification de la désignation. Le participant peut-il faire quelque chose à ce sujet?

Malheureusement, la seule possibilité est d'attendre que les procédures en divorce soient terminées. Le participant peut à ce moment faire parvenir une désignation de bénéficiaire modifiée, accompagnée d'une copie des documents officiels de divorce. Si l'assureur est d'avis que la demande est valide, la désignation du bénéficiaire sera modifiée.

Dans tous les autres cas, le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable est nécessaire.

### Q. Quelles sont les ressources mises à notre disposition si nous avons d'autres questions touchant les bénéficiaires?

Les administrateurs et les participants du régime peuvent communiquer avec le Service à la clientèle de l'Industrielle Alliance afin d'obtenir de l'aide. Ils peuvent également s'adresser à un avocat ou à un notaire pour les cas complexes.

## Dossier

### Gestion des coûts du régime

Plusieurs études montrent qu'une majorité d'employeurs considèrent que les coûts croissants de l'assurance collective constituent le défi le plus ardu à relever sur le plan des ressources humaines.

Dans le but d'explorer de possibles solutions à ce problème, nous vous présentons une série d'articles qui traitent de la gestion proactive des coûts des régimes. Dans ces articles, nous vous donnerons plus d'information concernant les efforts qui sont faits et ce qui peut être fait afin d'aider les employeurs à relever ce défi avec succès.

#### PARTIE 1

#### FAIRE FACE AUX COÛTS CROISSANTS DES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

Au cours de la dernière décennie, les coûts croissants des médicaments d'ordonnance ont exercé une influence prépondérante sur les primes d'assurance collective. Une population vieillissante, les coûts élevés liés à la mise au point de nouveaux médicaments ne sont que quelques-uns des éléments à l'origine de ce problème.

Les employeurs sont confrontés à un dilemme. D'un côté, ils doivent offrir un régime concurrentiel afin de garder leurs employés. De l'autre, le contrôle des coûts est essentiel à la bonne marche de l'entreprise, sans compter que des primes élevées peuvent causer de l'insatisfaction chez les employés.

Les assureurs, les conseillers et les employeurs sont conscients de ce problème. Voici comment ces derniers tirent parti des ressources mises à leur disposition pour contrer ce problème.

#### Promotion de l'utilisation des médicaments génériques

L'utilisation des médicaments génériques, chaque fois que celle-ci est possible, constitue l'une des façons de contrôler la baisse les coûts des médicaments. La plupart des régimes qui encouragent l'utilisation des médicaments génériques remboursent à un pourcentage plus élevé les médicaments génériques. Lorsque cette mesure est accompagnée d'un bon plan de communication, elle encourage les employés à demander des médicaments génériques à leur pharmacien. Les employés font des économies relativement à leur ordonnance et contribuent ainsi à la réduction des coûts de leur régime.

#### Gestion proactive par l'assureur des coûts des médicaments

Les assureurs ont implanté plusieurs mesures de contrôle des coûts dans le but de mieux soutenir les actions prises par les employeurs et les conseillers. Plusieurs de ces mesures touchent les médicaments d'ordonnance en particulier.

- Traitement manuel des médicaments d'exception : Quand une demande de règlement pour un médicament a trait aux médicaments « d'exception », il est nécessaire que cette demande soit autorisée avant d'être remboursée.

# Gestion des coûts du régime

Un formulaire d'autorisation doit être rempli par le demandeur et son médecin traitant. La demande est étudiée par un analyste et, au besoin, par un pharmacien conseil. Lorsque la demande est acceptée, l'autorisation est valide pour une période précise et elle doit, une fois cette période écoulée, être renouvelée;

- Gestion des grands réclamants : Les demandeurs qui présentent un nombre de demandes élevé font l'objet d'une attention particulière afin de s'assurer que les médicaments d'ordonnance correspondent à la condition médicale inscrite et de prévenir ainsi tout abus ou toute mauvaise utilisation de la médication;
- Traitement manuel des médicaments coûteux : Les demandes de règlement pour des médicaments coûteux font l'objet d'une analyse plus approfondie. Lorsque le remboursement d'un médicament atteint le seuil de coût, la demande doit être étudiée et validée manuellement par un analyste.

### Rapports et sources d'information

Les employeurs peuvent également faire bon usage de l'information et des rapports qu'ils reçoivent de l'assureur. Pour des raisons de confidentialité, ces rapports ne contiennent aucune information qui pourrait permettre d'identifier des demandeurs particuliers. Toutefois, ils contiennent une liste des médicaments les plus achetés, en plus de fournir des données relatives au volume et aux pourcentages et des données de nature financière. Cette information peut aider les employeurs à cibler les enjeux spécifiques et à prendre des mesures préventives.

### Équipe d'experts et services

Afin de faire en sorte que les méthodes et les processus utilisés continuent d'avoir pour objectif d'aider les clients à gérer les coûts des régimes, les assureurs doivent également faire appel à l'expertise. L'Industrielle Alliance peut compter, entre autres, sur les équipes et les services suivants :

- Pharmacien conseil : Le pharmacien conseil aide l'équipe d'analystes au moyen de la liste des médicaments d'exception qu'il possède, en déterminant au préalable le moment auquel un nouveau médicament devrait être prescrit et la dose à laquelle il devrait l'être et en tenant à jour une liste des conditions médicales et des traitements pertinents à chacune d'elles. Le pharmacien conseil étudie aussi les demandes de médicaments « hors norme »;
- Service de la vérification : Le Service de la vérification a pour mission de protéger l'investissement de nos clients. Pour atteindre cet objectif, il joue un rôle prépondérant dans l'étude et la supervision des cas de demandes « anormales » au sein de régimes collectifs spécifiques. Lorsque nécessaire, il peut collaborer avec l'employeur dans le but de régler une situation et de prendre des mesures. Cependant, son champ d'action ne se limite pas aux régimes collectifs. Il supervise étroitement la vérification et les procédures internes de l'Industrielle Alliance afin d'assurer le respect de la conformité et une efficacité maximale.

Tandis que les médicaments d'ordonnance continuent d'exercer une pression à la hausse sur les coûts généraux des régimes, l'Industrielle Alliance continue de travailler en partenariat avec les employeurs et les conseillers afin de mettre de l'avant des mesures de gestion des coûts et de créer des outils.

Dans le prochain numéro de l'*Info Bulletin*, nous nous pencherons de nouveau sur ce sujet et jetterons un coup d'œil plus approfondi aux autres mesures de contrôle des coûts. Si vous avez des questions touchant le contenu du présent article, veuillez communiquer avec votre conseiller de l'Assurance collective de l'Industrielle Alliance.

## Législation

# Le projet de loi 102 de l'Ontario

## LOI DE 2006 SUR UN RÉGIME DE MÉDICAMENTS TRANSPARENT POUR LES PATIENTS

Déposée en avril 2006, la Loi de 2006 sur un régime de médicaments transparent pour les patients a reçu la sanction royale le 20 juin 2006 et la majorité des articles de la Loi entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2006. La Loi prévoit bon nombre de réformes au régime de médicaments de l'Ontario et est considérée comme faisant partie intégrante du plan de réforme du gouvernement ontarien visant le régime de médicaments de cette province.

Comme indiqué par le gouvernement, les réformes ont pour but de :

- Améliorer l'accès des patients aux médicaments au sein du régime de médicaments provincial
- Promouvoir l'utilisation appropriée des médicaments
- Renforcer le statut du gouvernement à titre de client afin d'assurer l'optimisation des ressources
- Récompenser les recherches novatrices relatives au système de santé
- Accroître la transparence et la responsabilisation au sein du régime d'assurance médicaments provincial

Les réformes proposées par la Loi qui pourraient influencer les régimes d'assurance médicaments collectifs sont les suivantes :

1. L'interchangeabilité des médicaments génériques hors formulaire sera permise. Cela signifie qu'un médicament d'origine n'aura pas à faire partie du formulaire du régime de médicaments de l'Ontario pour qu'un pharmacien puisse le remplacer par une marque générique

sans l'autorisation du médecin. De plus, l'interchangeabilité sera permise non seulement pour les médicaments qui contiennent les mêmes ingrédients actifs sous les mêmes formes posologiques mais aussi pour les médicaments qui contiennent des ingrédients actifs semblables sous des formes posologiques semblables.

Cette réforme qui permet l'interchangeabilité des médicaments génériques ne faisant pas partie de la liste n'entrera pas en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2006 mais le 1<sup>er</sup> avril 2007.

Une fois implantée, la réforme affectera surtout les régimes d'assurance médicaments collectifs qui exigent le remplacement par des médicaments génériques ou qui prévoient un remboursement moins élevé pour les médicaments d'origine. La réforme aura également un effet sur les régimes d'assurance médicaments en général puisqu'un pharmacien doit pouvoir remplacer un médicament d'origine par un médicament générique à toutes les fois où un médicament générique est offert.

2. La présentation actuelle du formulaire du régime de médicaments de l'Ontario, avec sa liste de médicaments générale, de médicaments à usage limité et l'article 8 relatif aux médicaments seront modifiés.

Un processus d'examen rapide pour les médicaments considérés comme des découvertes sera mis en place afin d'accélérer leur analyse pour que ces derniers soient mis à la disposition des patients qui en ont besoin

# Le projet de loi 102 de l'Ontario

## LOI DE 2006 SUR UN RÉGIME DE MÉDICAMENTS TRANSPARENT POUR LES PATIENTS

plus rapidement. De plus, les procédures de l'usage limité et de l'article 8 seront éliminées et remplacées par une procédure qui rend possible l'ajout des médicaments dans une liste « conditionnelle » dont l'approbation reposera sur les critères cliniques auxquels satisfait par le patient avant l'autorisation.

Une fois la procédure implantée, celle-ci pourrait avoir une incidence positive sur les régimes d'assurance médicaments collectifs qui couvrent les participants actifs ou les retraités âgés de 65 ans ou plus puisque les médicaments pourraient être ajoutés plus rapidement au formulaire du régime de médicaments de l'Ontario ou les médicaments qui attendent la décision de l'étude officielle pourraient être ajoutés à la liste « conditionnelle ». Cela aura pour effet que les médicaments seront couverts par le formulaire du régime de médicaments de l'Ontario sans faire l'objet d'une demande de remboursement dans le cadre d'un régime d'assurance médicaments collectif.

3. Pour les pharmaciens, la marge permise sur le coût des ingrédients des médicaments sera réduite et passera de 10 % à 8 %. Le gouvernement avait, à l'origine, annoncé qu'il avait l'intention de fixer la marge maximale à 25 \$, mais a par la suite décidé de ne pas apporter ce changement.

Comme cette réforme ne concerne que les médicaments couverts par le formulaire du régime de médicaments de l'Ontario, les pharmaciens ne sont pas tenus de respecter la limite relative à la marge en ce qui a trait aux médicaments couverts par les régimes d'assurance médicaments collectifs. De plus, cette réforme pourrait avoir des effets négatifs sur les médicaments couverts par les régimes d'assurance médicaments collectifs puisque la réduction de la marge sur le coût des médicaments du formulaire du régime de médicaments de l'Ontario pourrait amener une augmentation des frais pour exécuter une ordonnance de médicaments n'en faisant pas partie.

4. Les frais d'ordonnance permis pour les médicaments couverts par le formulaire du régime de médicaments de l'Ontario augmenteront et passeront de 6,54 \$ à 7,00 \$.

Cette réforme n'aura pas d'impact sur les médicaments couverts par les régimes d'assurance médicaments collectifs car les particuliers continueront de ne payer que les frais de 6,11 \$ pour chaque ordonnance.

5. La mise en place d'une grille de frais pour des services précis rendus dans les pharmacies par les pharmaciens en lien avec leur rôle de conseiller auprès du patient.

Cette réforme n'aura pas d'effet immédiat sur les régimes d'assurance médicaments collectifs puisque les services professionnels ne sont généralement pas remboursés. Cependant, les promoteurs de régimes pourraient se sentir obligés par leurs membres de couvrir ces services. En outre, selon les services fournis, les promoteurs de régimes pourraient réaliser que lesdits services soutiennent des stratégies de bien-être au travail et prendre sur eux de les couvrir.

6. Les rabais reçus par les pharmaciens des fabricants de médicaments génériques lors de l'achat de ceux-ci seront désormais limités au sein du régime public. Les pharmaciens pourront maintenant recevoir des

allocations professionnelles fixes, assujetties à 20 % du coût des médicaments génériques dans le régime public. Cependant, les rabais accordés aux pharmacies dans le secteur privé continueront d'être permis de façon illimitée.

Le gouvernement de l'Ontario voulait, à l'origine, mettre un terme définitif aux rabais; toutefois, il a depuis assoupli sa position.

L'effet de cette réforme sur les régimes d'assurance médicaments collectifs pourrait se sentir de deux façons. En premier lieu, le manque à gagner des pharmacies provenant des rabais accordés relativement aux médicaments génériques pourrait mener à une augmentation des frais d'ordonnance exigés par les pharmaciens pour exécuter une ordonnance en lien avec des médicaments ne faisant pas partie du formulaire du régime provincial. En deuxième lieu, le maintien des rabais accordés aux pharmacies dans le secteur privé gardera vraisemblablement le coût des médicaments génériques relativement élevé sur le marché ontarien en comparaison des prix internationaux.

7. Le formulaire du régime de médicaments de l'Ontario deviendra le deuxième payeur dans le cas des travailleurs plus âgés couverts par une assurance privée.

Cette réforme ne fait pas partie de la Loi ou de ses règlements. Le gouvernement de l'Ontario a plutôt l'intention de la présenter sous forme de changement d'orientation. Présentement, aucune date n'a été proposée pour l'implantation du changement d'orientation.

L'incidence de cette réforme sur les régimes d'assurance médicaments collectifs variera selon les données sur les effectifs du groupe. Les régimes couvrant des employés de 65 ans et plus en subiront les effets négatifs puisque ces employés devront rembourser les demandes de médicaments qui, par le passé, étaient couvertes par le formulaire du régime de médicaments de l'Ontario.

Les autres réformes d'importance apportées par la Loi mais ne touchant pas directement les régimes d'assurance médicaments collectifs comprennent :

- Un Réseau de santé commun, qui mettra de l'avant des lignes directrices relatives aux ordonnances afin de promouvoir l'utilisation des médicaments pertinents.
- Un modèle « All drugs, all peoples » afin d'avoir accès, pour tous les résidents, à un dossier électronique des médicaments.
- Un « Rewarding Innovation Fund », qui peut être obtenu par tout groupe en mesure de gérer d'une meilleure façon les médicaments.
- Un nouveau poste (directeur, Programmes touchant les médicaments) en vue d'améliorer l'efficacité du régime public.

Pour plus d'information sur Loi de 2006 sur un régime de médicaments transparent pour les patients et ses effets possibles sur votre régime d'assurance médicaments collectif, veuillez communiquer avec votre responsable de compte collectif de l'Industrielle Alliance.

### À propos de l'Industrielle Alliance L'INFO Bulletin est publié par l'Industrielle Alliance.

L'Industrielle Alliance figure parmi les plus solides institutions financières au pays et exerce un leadership incontestable dans les domaines de l'assurance et des services financiers. Présente partout au Canada, l'Industrielle Alliance assure plus de 2 millions de Canadiens et

gère et administre un actif de plus de 39 milliards de dollars, ce qui en fait la cinquième plus importante société d'assurance de personnes au Canada.