

**CROIX BLEUE - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE  
DES BÉNÉFICIAIRES DE RENTE DU CN  
PRIME MENSUELLE - 1<sup>er</sup> JANVIER 2025**

**QUÉBEC**

Statut	Option	Prime mensuelle au 1er janvier 2025	Taxes 9 %	Prime mensuelle totale au 1er janvier 2025 (*)
Familial 65 ans et plus	A	126,00 \$	11,34 \$	137,34 \$
	B	36,00 \$	3,24 \$	39,24 \$
	C1	129,00 \$	11,61 \$	140,61 \$
	C2	97,00 \$	8,73 \$	105,73 \$
	C3	70,00 \$	6,30 \$	76,30 \$
	D	139,00 \$	12,51 \$	151,51 \$
Individuel 65 ans et plus	A	56,00 \$	5,04 \$	61,04 \$
	B	19,00 \$	1,71 \$	20,71 \$
	C1	57,00 \$	5,13 \$	62,13 \$
	C2	49,00 \$	4,41 \$	53,41 \$
	C3	41,00 \$	3,69 \$	44,69 \$
	D	61,00 \$	5,49 \$	66,49 \$

(\*) La taxe de vente de 9 % est incluse.

Un montant de 370 \$ pour une couverture individuelle et 735 \$ pour une couverture familiale sera ajouté à la prime mensuelle pour tout assuré de 65 ans et plus qui désire se désister du régime d'assurance-médicaments de la RAMQ.

OPTION	COUVERTURE	
<b>A</b>	Assurance maladie complémentaire et médicaments sur ordonnance. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	
<b>B</b>	Assurance maladie complémentaire et hospitalisation en chambre à deux lits. Aucune franchise.	
<b>C</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à deux lits et médicaments sur ordonnance.	
	<u>Médicaments sur ordonnance</u> <u>Franchise par médicament</u>	<u>Assurance maladie complémentaire et hospitalisation</u> <u>Franchise par type de couverture</u>
<b>C1</b>	3,00 \$ pour les méd. génériques et originaux / 9,00 \$ pour les méd. uniques.	Aucune.
<b>C2</b>	4,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 13,50 \$ pour les méd. uniques.	175 \$ par personne assurée / 265 \$ par famille.
<b>C3</b>	7,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 22,50 \$ pour les méd. uniques.	290 \$ par personne assurée / 400 \$ par famille.
<b>D</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à un ou à deux lits, médicaments sur ordonnance et soins de la vue. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	

**BLUE CROSS - CN PENSIONERS' HEALTH CARE PLAN  
MONTHLY PREMIUM RATES - JANUARY 1, 2025**

**QUEBEC**

Status	Option	Monthly Premium January 1, 2025	9% Tax	Total Monthly Premium January 1, 2025 ( * )
Family Age 65 +	A	\$126,00	\$11,34	\$137,34
	B	\$36,00	\$3,24	\$39,24
	C1	\$129,00	\$11,61	\$140,61
	C2	\$97,00	\$8,73	\$105,73
	C3	\$70,00	\$6,30	\$76,30
	D	\$139,00	\$12,51	\$151,51
Individual Age 65 +	A	\$56,00	\$5,04	\$61,04
	B	\$19,00	\$1,71	\$20,71
	C1	\$57,00	\$5,13	\$62,13
	C2	\$49,00	\$4,41	\$53,41
	C3	\$41,00	\$3,69	\$44,69
	D	\$61,00	\$5,49	\$66,49

( \* ) The 9 % Sales Tax is included.

An additional premium of \$370 for individual coverage and \$735 for family coverage will be added to the monthly premium for any insured 65 and over who doesn't want to be covered under RAMQ's public drug plan.

OPTION	COVERAGE PROVIDED	
A	Extended health care and prescription drugs. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	
B	Extended health care and semi-private hospital.	
C	Extended health care and semi-private hospital and prescription drugs.	
	<u>Prescription drugs</u> <u>Per drug deductible</u>	<u>Extended health care and hospital</u> <u>Deductible per type of coverage</u>
C1	\$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	None.
C2	\$4.50 for generic and original drugs / \$13.50 for unique drugs.	\$175 individual / \$265 family.
C3	\$7.50 for generic and original drugs / \$22.50 for unique drugs.	\$290 individual / \$400 family.
D	Extended health care and private or semi-private hospital and prescription drugs and vision care. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	

**CROIX BLEUE - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE  
DES BÉNÉFICIAIRES DE RENTE DU CN  
PRIME MENSUELLE - 1<sup>er</sup> JANVIER 2025**

**ONTARIO**

Statut	Option	Prime mensuelle au 1er janvier 2025	Taxes 8 %	Prime mensuelle totale au 1er janvier 2025 ( * )
Familial 65 ans et plus	A	106,00 \$	8,48 \$	114,48 \$
	B	63,00 \$	5,04 \$	68,04 \$
	C1	146,00 \$	11,68 \$	157,68 \$
	C2	91,00 \$	7,28 \$	98,28 \$
	C3	65,00 \$	5,20 \$	70,20 \$
	D	159,00 \$	12,72 \$	171,72 \$
Familial Moins de 65 ans	A	292,00 \$	23,36 \$	315,36 \$
	B	29,00 \$	2,32 \$	31,32 \$
	C1	317,00 \$	25,36 \$	342,36 \$
	C2	183,00 \$	14,64 \$	197,64 \$
	C3	170,00 \$	13,60 \$	183,60 \$
	D	338,00 \$	27,04 \$	365,04 \$
Individuel 65 ans et plus	A	47,00 \$	3,76 \$	50,76 \$
	B	36,00 \$	2,88 \$	38,88 \$
	C1	65,00 \$	5,20 \$	70,20 \$
	C2	46,00 \$	3,68 \$	49,68 \$
	C3	38,00 \$	3,04 \$	41,04 \$
	D	70,00 \$	5,60 \$	75,60 \$
Individuel Moins de 65 ans	A	130,00 \$	10,40 \$	140,40 \$
	B	14,00 \$	1,12 \$	15,12 \$
	C1	141,00 \$	11,28 \$	152,28 \$
	C2	92,00 \$	7,36 \$	99,36 \$
	C3	75,00 \$	6,00 \$	81,00 \$
	D	150,00 \$	12,00 \$	162,00 \$

( \* ) La taxe de vente de 8 % est incluse.

OPTION	COUVERTURE	
<b>A</b>	Assurance maladie complémentaire et médicaments sur ordonnance. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	
<b>B</b>	Assurance maladie complémentaire et hospitalisation en chambre à deux lits. Aucune franchise.	
<b>C</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à deux lits et médicaments sur ordonnance.	
	<u>Médicaments sur ordonnance</u> Franchise par médicament	<u>Assurance maladie complémentaire et hospitalisation</u> Franchise par type de couverture
<b>C1</b>	3,00 \$ pour les méd. génériques et originaux / 9,00 \$ pour les méd. uniques.	Aucune.
<b>C2</b>	4,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 13,50 \$ pour les méd. uniques.	175 \$ par personne assurée / 265 \$ par famille.
<b>C3</b>	7,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 22,50 \$ pour les méd. uniques.	290 \$ par personne assurée / 400 \$ par famille.
<b>D</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à un ou à deux lits, médicaments sur ordonnance et soins de la vue. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	

**BLUE CROSS - CN PENSIONERS' HEALTH CARE PLAN  
MONTHLY PREMIUM RATES - JANUARY 1, 2025**

**ONTARIO**

Status	Option	Monthly Premium January 1, 2025	8% Tax	Total Monthly Premium January 1, 2025 ( * )
Family Age 65 +	A	\$106,00	\$8,48	\$114,48
	B	\$63,00	\$5,04	\$68,04
	C1	\$146,00	\$11,68	\$157,68
	C2	\$91,00	\$7,28	\$98,28
	C3	\$65,00	\$5,20	\$70,20
	D	\$159,00	\$12,72	\$171,72
Family Under 65	A	\$292,00	\$23,36	\$315,36
	B	\$29,00	\$2,32	\$31,32
	C1	\$317,00	\$25,36	\$342,36
	C2	\$183,00	\$14,64	\$197,64
	C3	\$170,00	\$13,60	\$183,60
	D	\$338,00	\$27,04	\$365,04
Individual Age 65 +	A	\$47,00	\$3,76	\$50,76
	B	\$36,00	\$2,88	\$38,88
	C1	\$65,00	\$5,20	\$70,20
	C2	\$46,00	\$3,68	\$49,68
	C3	\$38,00	\$3,04	\$41,04
	D	\$70,00	\$5,60	\$75,60
Individual Under 65	A	\$130,00	\$10,40	\$140,40
	B	\$14,00	\$1,12	\$15,12
	C1	\$141,00	\$11,28	\$152,28
	C2	\$92,00	\$7,36	\$99,36
	C3	\$75,00	\$6,00	\$81,00
	D	\$150,00	\$12,00	\$162,00

(\*) The 8 % Sales Tax is included.

OPTION	COVERAGE PROVIDED				
A	Extended health care and prescription drugs. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.				
B	Extended health care and semi-private hospital.				
C	Extended health care and semi-private hospital and prescription drugs.				
	<table border="0" style="width:100%"> <tr> <td style="text-align:center"><u>Prescription drugs</u></td> <td style="text-align:center"><u>Extended health care and hospital</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center"><u>Per drug deductible</u></td> <td style="text-align:center"><u>Deductible per type of coverage</u></td> </tr> </table>	<u>Prescription drugs</u>	<u>Extended health care and hospital</u>	<u>Per drug deductible</u>	<u>Deductible per type of coverage</u>
<u>Prescription drugs</u>	<u>Extended health care and hospital</u>				
<u>Per drug deductible</u>	<u>Deductible per type of coverage</u>				
C1	\$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs. <span style="float:right">None.</span>				
C2	\$4.50 for generic and original drugs / \$13.50 for unique drugs. <span style="float:right">\$175 individual / \$265 family.</span>				
C3	\$7.50 for generic and original drugs / \$22.50 for unique drugs. <span style="float:right">\$290 individual / \$400 family.</span>				
D	Extended health care and private or semi-private hospital and prescription drugs and vision care. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.				

**CROIX BLEUE - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE  
DES BÉNÉFICIAIRES DE RENTE DU CN  
PRIME MENSUELLE - 1<sup>er</sup> JANVIER 2025**

**ALBERTA**

<b>Statut</b>	<b>Option</b>	<b>Prime mensuelle au 1er janvier 2025</b>
<b>Familial 65 ans et plus</b>	A	106,00 \$
	B	21,00 \$
	C1	116,00 \$
	C2	85,00 \$
	C3	59,00 \$
	D	125,00 \$
<b>Familial Moins de 65 ans</b>	A	226,00 \$
	B	21,00 \$
	C1	250,00 \$
	C2	178,00 \$
	C3	141,00 \$
	D	261,00 \$
<b>Individuel 65 ans et plus</b>	A	47,00 \$
	B	12,00 \$
	C1	52,00 \$
	C2	43,00 \$
	C3	35,00 \$
	D	55,00 \$
<b>Individuel Moins de 65 ans</b>	A	99,00 \$
	B	10,00 \$
	C1	111,00 \$
	C2	89,00 \$
	C3	63,00 \$
	D	116,00 \$

<b>OPTION</b>	<b>COUVERTURE</b>	
<b>A</b>	Assurance maladie complémentaire et médicaments sur ordonnance. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	
<b>B</b>	Assurance maladie complémentaire et hospitalisation en chambre à deux lits. Aucune franchise.	
<b>C</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à deux lits et médicaments sur ordonnance.	
	<u>Médicaments sur ordonnance</u> <u>Franchise par médicament</u>	<u>Assurance maladie complémentaire et hospitalisation</u> <u>Franchise par type de couverture</u>
	3,00 \$ pour les méd. génériques et originaux / 9,00 \$ pour les méd. uniques.	Aucune.
	4,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 13,50 \$ pour les méd. uniques.	175 \$ par personne assurée / 265 \$ par famille.
<b>C1</b>	3,00 \$ pour les méd. génériques et originaux / 9,00 \$ pour les méd. uniques.	Aucune.
<b>C2</b>	4,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 13,50 \$ pour les méd. uniques.	175 \$ par personne assurée / 265 \$ par famille.
<b>C3</b>	7,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 22,50 \$ pour les méd. uniques.	290 \$ par personne assurée / 400 \$ par famille.
<b>D</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à un ou à deux lits, médicaments sur ordonnance et soins de la vue. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	

**BLUE CROSS - CN PENSIONERS' HEALTH CARE PLAN  
MONTHLY PREMIUM RATES - JANUARY 1, 2025**

**ALBERTA**

<b>Status</b>	<b>Option</b>	<b>Monthly Premium January 1, 2025</b>
<b>Family Age 65 +</b>	A	\$106,00
	B	\$21,00
	C1	\$116,00
	C2	\$85,00
	C3	\$59,00
	D	\$125,00
<b>Family Under 65</b>	A	\$226,00
	B	\$21,00
	C1	\$250,00
	C2	\$178,00
	C3	\$141,00
	D	\$261,00
<b>Individual Age 65 +</b>	A	\$47,00
	B	\$12,00
	C1	\$52,00
	C2	\$43,00
	C3	\$35,00
	D	\$55,00
<b>Individual Under 65</b>	A	\$99,00
	B	\$10,00
	C1	\$111,00
	C2	\$89,00
	C3	\$63,00
	D	\$116,00

<b>OPTION</b>	<b>COVERAGE PROVIDED</b>	
<b>A</b>	Extended health care and prescription drugs. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	
<b>B</b>	Extended health care and semi-private hospital.	
<b>C</b>	Extended health care and semi-private hospital and prescription drugs.	
	<u>Prescription drugs Per drug deductible</u>	<u>Extended health care and hospital Deductible per type of coverage</u>
<b>C1</b>	\$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	None.
<b>C2</b>	\$4.50 for generic and original drugs / \$13.50 for unique drugs.	\$175 individual / \$265 family.
<b>C3</b>	\$7.50 for generic and original drugs / \$22.50 for unique drugs.	\$290 individual / \$400 family.
<b>D</b>	Extended health care and private or semi-private hospital and prescription drugs and vision care. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	

**CROIX BLEUE - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE  
DES BÉNÉFICIAIRES DE RENTE DU CN  
PRIME MENSUELLE - 1<sup>er</sup> JANVIER 2025**

**COLOMBIE-BRITANNIQUE**

<b>Statut</b>	<b>Option</b>	<b>Prime mensuelle au 1er janvier 2025</b>
<b>Familial Né en 1939 ou avant</b>	A	186,00 \$
	B	33,00 \$
	C1	200,00 \$
	C2	141,00 \$
	C3	113,00 \$
	D	213,00 \$
<b>Familial Né en 1940 ou après</b>	A	180,00 \$
	B	25,00 \$
	C1	190,00 \$
	C2	98,00 \$
	C3	72,00 \$
	D	205,00 \$
<b>Individuel Né en 1939 ou avant</b>	A	84,00 \$
	B	19,00 \$
	C1	89,00 \$
	C2	72,00 \$
	C3	65,00 \$
	D	95,00 \$
<b>Individuel Né en 1940 ou après</b>	A	81,00 \$
	B	13,00 \$
	C1	86,00 \$
	C2	48,00 \$
	C3	31,00 \$
	D	91,00 \$

<b>OPTION</b>	<b>COUVERTURE</b>	
<b>A</b>	Assurance maladie complémentaire et médicaments sur ordonnance. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	
<b>B</b>	Assurance maladie complémentaire et hospitalisation en chambre à deux lits. Aucune franchise.	
<b>C</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à deux lits et médicaments sur ordonnance.	
	<u>Médicaments sur ordonnance</u> <u>Franchise par médicament</u>	<u>Assurance maladie complémentaire et hospitalisation</u> <u>Franchise par type de couverture</u>
	3,00 \$ pour les méd. génériques et originaux / 9,00 \$ pour les méd. uniques.	Aucune.
	4,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 13,50 \$ pour les méd. uniques.	175 \$ par personne assurée / 265 \$ par famille.
<b>C2</b>	7,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 22,50 \$ pour les méd. uniques.	290 \$ par personne assurée / 400 \$ par famille.
<b>C3</b>		
<b>D</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à un ou à deux lits, médicaments sur ordonnance et soins de la vue. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	

**BLUE CROSS - CN PENSIONERS' HEALTH CARE PLAN  
MONTHLY PREMIUM RATES - JANUARY 1, 2025**

**BRITISH COLUMBIA**

<b>Status</b>	<b>Option</b>	<b>Monthly Premium January 1, 2025</b>
<b>Family Born in 1939 or earlier</b>	A	\$186,00
	B	\$33,00
	C1	\$200,00
	C2	\$141,00
	C3	\$113,00
	D	\$213,00
<b>Family Born in 1940 or later</b>	A	\$180,00
	B	\$25,00
	C1	\$190,00
	C2	\$98,00
	C3	\$72,00
	D	\$205,00
<b>Individual Born in 1939 or earlier</b>	A	\$84,00
	B	\$19,00
	C1	\$89,00
	C2	\$72,00
	C3	\$65,00
	D	\$95,00
<b>Individual Born in 1940 or later</b>	A	\$81,00
	B	\$13,00
	C1	\$86,00
	C2	\$48,00
	C3	\$31,00
	D	\$91,00

<b>OPTION</b>	<b>COVERAGE PROVIDED</b>	
<b>A</b>	Extended health care and prescription drugs. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	
<b>B</b>	Extended health care and semi-private hospital.	
<b>C</b>	Extended health care and semi-private hospital and prescription drugs.	
	<u>Prescription drugs</u> <u>Per drug deductible</u>	<u>Extended health care and hospital</u> <u>Deductible per type of coverage</u>
<b>C1</b>	\$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	None.
<b>C2</b>	\$4.50 for generic and original drugs / \$13.50 for unique drugs.	\$175 individual / \$265 family.
<b>C3</b>	\$7.50 for generic and original drugs / \$22.50 for unique drugs.	\$290 individual / \$400 family.
<b>D</b>	Extended health care and private or semi-private hospital and prescription drugs and vision care. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	

**CROIX BLEUE - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE  
DES BÉNÉFICIAIRES DE RENTE DU CN  
PRIME MENSUELLE - 1<sup>er</sup> JANVIER 2025**

**ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD**

Statut	Option	Prime mensuelle au 1er janvier 2025
Familial 65 ans et plus	A	236,00 \$
	B	44,00 \$
	C1	251,00 \$
	C2	190,00 \$
	C3	152,00 \$
	D	267,00 \$
Familial Moins de 65 ans	A	217,00 \$
	B	41,00 \$
	C1	236,00 \$
	C2	112,00 \$
	C3	93,00 \$
	D	249,00 \$
Individuel 65 ans et plus	A	104,00 \$
	B	27,00 \$
	C1	112,00 \$
	C2	96,00 \$
	C3	87,00 \$
	D	119,00 \$
Individuel Moins de 65 ans	A	96,00 \$
	B	20,00 \$
	C1	104,00 \$
	C2	56,00 \$
	C3	41,00 \$
	D	112,00 \$

OPTION	COUVERTURE	
<b>A</b>	Assurance maladie complémentaire et médicaments sur ordonnance. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	
<b>B</b>	Assurance maladie complémentaire et hospitalisation en chambre à deux lits. Aucune franchise.	
<b>C</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à deux lits et médicaments sur ordonnance.	
	<u>Médicaments sur ordonnance</u> <u>Franchise par médicament</u>	<u>Assurance maladie complémentaire et hospitalisation</u> <u>Franchise par type de couverture</u>
	3,00 \$ pour les méd. génériques et originaux / 9,00 \$ pour les méd. uniques.	Aucune.
	4,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 13,50 \$ pour les méd. uniques.	175 \$ par personne assurée / 265 \$ par famille.
<b>C1</b>	3,00 \$ pour les méd. génériques et originaux / 9,00 \$ pour les méd. uniques.	Aucune.
<b>C2</b>	4,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 13,50 \$ pour les méd. uniques.	175 \$ par personne assurée / 265 \$ par famille.
<b>C3</b>	7,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 22,50 \$ pour les méd. uniques.	290 \$ par personne assurée / 400 \$ par famille.
<b>D</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à un ou à deux lits, médicaments sur ordonnance et soins de la vue. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	

**BLUE CROSS - CN PENSIONERS' HEALTH CARE PLAN  
MONTHLY PREMIUM RATES - JANUARY 1, 2025**

**PRINCE EDWARD ISLAND**

<b>Status</b>	<b>Option</b>	<b>Monthly Premium January 1, 2025</b>
<b>Family Age 65 +</b>	A	\$236,00
	B	\$44,00
	C1	\$251,00
	C2	\$190,00
	C3	\$152,00
	D	\$267,00
<b>Family Under 65</b>	A	\$217,00
	B	\$41,00
	C1	\$236,00
	C2	\$112,00
	C3	\$93,00
	D	\$249,00
<b>Individual Age 65 +</b>	A	\$104,00
	B	\$27,00
	C1	\$112,00
	C2	\$96,00
	C3	\$87,00
	D	\$119,00
<b>Individual Under 65</b>	A	\$96,00
	B	\$20,00
	C1	\$104,00
	C2	\$56,00
	C3	\$41,00
	D	\$112,00

<b>OPTION</b>	<b>COVERAGE PROVIDED</b>	
<b>A</b>	Extended health care and prescription drugs. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	
<b>B</b>	Extended health care and semi-private hospital.	
<b>C</b>	Extended health care and semi-private hospital and prescription drugs.	
	<u>Prescription drugs Per drug deductible</u>	<u>Extended health care and hospital Deductible per type of coverage</u>
<b>C1</b>	\$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	None.
<b>C2</b>	\$4.50 for generic and original drugs / \$13.50 for unique drugs.	\$175 individual / \$265 family.
<b>C3</b>	\$7.50 for generic and original drugs / \$22.50 for unique drugs.	\$290 individual / \$400 family.
<b>D</b>	Extended health care and private or semi-private hospital and prescription drugs and vision care. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	

**CROIX BLEUE - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE  
DES BÉNÉFICIAIRES DE RENTE DU CN  
PRIME MENSUELLE - 1<sup>er</sup> JANVIER 2025**

**MANITOBA**

<b>Statut</b>	<b>Option</b>	<b>Prime mensuelle au 1er janvier 2025</b>
<b>Familial 65 ans et plus</b>	<b>A</b>	<b>157,00 \$</b>
	<b>B</b>	<b>32,00 \$</b>
	<b>C1</b>	<b>165,00 \$</b>
	<b>C2</b>	<b>116,00 \$</b>
	<b>C3</b>	<b>87,00 \$</b>
	<b>D</b>	<b>171,00 \$</b>
<b>Familial Moins de 65 ans</b>	<b>A</b>	<b>120,00 \$</b>
	<b>B</b>	<b>22,00 \$</b>
	<b>C1</b>	<b>130,00 \$</b>
	<b>C2</b>	<b>75,00 \$</b>
	<b>C3</b>	<b>62,00 \$</b>
	<b>D</b>	<b>142,00 \$</b>
<b>Individuel 65 ans et plus</b>	<b>A</b>	<b>70,00 \$</b>
	<b>B</b>	<b>18,00 \$</b>
	<b>C1</b>	<b>73,00 \$</b>
	<b>C2</b>	<b>58,00 \$</b>
	<b>C3</b>	<b>50,00 \$</b>
	<b>D</b>	<b>76,00 \$</b>
<b>Individuel Moins de 65 ans</b>	<b>A</b>	<b>53,00 \$</b>
	<b>B</b>	<b>10,00 \$</b>
	<b>C1</b>	<b>58,00 \$</b>
	<b>C2</b>	<b>38,00 \$</b>
	<b>C3</b>	<b>28,00 \$</b>
	<b>D</b>	<b>64,00 \$</b>

<b>OPTION</b>	<b>COUVERTURE</b>	
<b>A</b>	Assurance maladie complémentaire et médicaments sur ordonnance. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	
<b>B</b>	Assurance maladie complémentaire et hospitalisation en chambre à deux lits. Aucune franchise.	
<b>C</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à deux lits et médicaments sur ordonnance.	
	<u>Médicaments sur ordonnance</u> <u>Franchise par médicament</u>	<u>Assurance maladie complémentaire et hospitalisation</u> <u>Franchise par type de couverture</u>
	3,00 \$ pour les méd. génériques et originaux / 9,00 \$ pour les méd. uniques.	Aucune.
	4,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 13,50 \$ pour les méd. uniques.	175 \$ par personne assurée / 265 \$ par famille.
<b>C1</b>	3,00 \$ pour les méd. génériques et originaux / 9,00 \$ pour les méd. uniques.	Aucune.
<b>C2</b>	4,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 13,50 \$ pour les méd. uniques.	175 \$ par personne assurée / 265 \$ par famille.
<b>C3</b>	7,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 22,50 \$ pour les méd. uniques.	290 \$ par personne assurée / 400 \$ par famille.
<b>D</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à un ou à deux lits, médicaments sur ordonnance et soins de la vue. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	

**BLUE CROSS - CN PENSIONERS' HEALTH CARE PLAN  
MONTHLY PREMIUM RATES - JANUARY 1, 2025**

**MANITOBA**

<b>Status</b>	<b>Option</b>	<b>Monthly Premium January 1, 2025</b>
<b>Family Age 65 +</b>	A	\$157,00
	B	\$32,00
	C1	\$165,00
	C2	\$116,00
	C3	\$87,00
	D	\$171,00
<b>Family Under 65</b>	A	\$120,00
	B	\$22,00
	C1	\$130,00
	C2	\$75,00
	C3	\$62,00
	D	\$142,00
<b>Individual Age 65 +</b>	A	\$70,00
	B	\$18,00
	C1	\$73,00
	C2	\$58,00
	C3	\$50,00
	D	\$76,00
<b>Individual Under 65</b>	A	\$53,00
	B	\$10,00
	C1	\$58,00
	C2	\$38,00
	C3	\$28,00
	D	\$64,00

<b>OPTION</b>	<b>COVERAGE PROVIDED</b>	
<b>A</b>	Extended health care and prescription drugs. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	
<b>B</b>	Extended health care and semi-private hospital.	
<b>C</b>	Extended health care and semi-private hospital and prescription drugs.	
	<u>Prescription drugs Per drug deductible</u>	<u>Extended health care and hospital Deductible per type of coverage</u>
<b>C1</b>	\$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	None.
<b>C2</b>	\$4.50 for generic and original drugs / \$13.50 for unique drugs.	\$175 individual / \$265 family.
<b>C3</b>	\$7.50 for generic and original drugs / \$22.50 for unique drugs.	\$290 individual / \$400 family.
<b>D</b>	Extended health care and private or semi-private hospital and prescription drugs and vision care. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	

**CROIX BLEUE - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE  
DES BÉNÉFICIAIRES DE RENTE DU CN  
PRIME MENSUELLE - 1<sup>er</sup> JANVIER 2025**

**NOUVEAU-BRUNSWICK**

Statut	Option	Prime mensuelle au 1er janvier 2025
Familial 65 ans et plus	A	452,00 \$
	B	50,00 \$
	C1	464,00 \$
	C2	387,00 \$
	C3	311,00 \$
	D	483,00 \$
Familial Moins de 65 ans	A	348,00 \$
	B	59,00 \$
	C1	373,00 \$
	C2	325,00 \$
	C3	300,00 \$
	D	402,00 \$
Individuel 65 ans et plus	A	200,00 \$
	B	30,00 \$
	C1	205,00 \$
	C2	172,00 \$
	C3	138,00 \$
	D	215,00 \$
Individuel Moins de 65 ans	A	155,00 \$
	B	29,00 \$
	C1	166,00 \$
	C2	145,00 \$
	C3	132,00 \$
	D	180,00 \$

**Si vous avez présentement la couverture dentaire sous l'option C1 ou D, veuillez ajouter  
10,32 \$ à la prime individuelle et 15,44 \$ à la prime familiale, si vous désirez la conserver.**

OPTION	COUVERTURE	
<b>A</b>	Assurance maladie complémentaire et médicaments sur ordonnance. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	
<b>B</b>	Assurance maladie complémentaire et hospitalisation en chambre à deux lits. Aucune franchise.	
<b>C</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à deux lits et médicaments sur ordonnance.	
	<u>Médicaments sur ordonnance</u> <u>Franchise par médicament</u>	<u>Assurance maladie complémentaire et hospitalisation</u> <u>Franchise par type de couverture</u>
<b>C1</b>	3,00 \$ pour les méd. génériques et originaux / 9,00 \$ pour les méd. uniques.	Aucune.
<b>C2</b>	4,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 13,50 \$ pour les méd. uniques.	175 \$ par personne assurée / 265 \$ par famille.
<b>C3</b>	7,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 22,50 \$ pour les méd. uniques.	290 \$ par personne assurée / 400 \$ par famille.
<b>D</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à un ou à deux lits, médicaments sur ordonnance et soins de la vue. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	

**BLUE CROSS - CN PENSIONERS' HEALTH CARE PLAN  
MONTHLY PREMIUM RATES - JANUARY 1, 2025**

**NEW BRUNSWICK**

<b>Status</b>	<b>Option</b>	<b>Monthly Premium January 1, 2025</b>
<b>Family Age 65 +</b>	A	\$452,00
	B	\$50,00
	C1	\$464,00
	C2	\$387,00
	C3	\$311,00
	D	\$483,00
<b>Family Under 65</b>	A	\$348,00
	B	\$59,00
	C1	\$373,00
	C2	\$325,00
	C3	\$300,00
	D	\$402,00
<b>Individual Age 65 +</b>	A	\$200,00
	B	\$30,00
	C1	\$205,00
	C2	\$172,00
	C3	\$138,00
	D	\$215,00
<b>Individual Under 65</b>	A	\$155,00
	B	\$29,00
	C1	\$166,00
	C2	\$145,00
	C3	\$132,00
	D	\$180,00

**If you are already insured for dental coverage under either Option C1 or D, and wish to maintain it, you must add \$10.32 to the individual premium rate or \$15.44 the family premium rate.**

<b>OPTION</b>	<b>COVERAGE PROVIDED</b>	
<b>A</b>	Extended health care and prescription drugs. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	
<b>B</b>	Extended health care and semi-private hospital.	
<b>C</b>	Extended health care and semi-private hospital and prescription drugs.	
	<u>Prescription drugs Per drug deductible</u>	<u>Extended health care and hospital Deductible per type of coverage</u>
	C1	\$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.
	C2	\$4.50 for generic and original drugs / \$13.50 for unique drugs.
C3	\$7.50 for generic and original drugs / \$22.50 for unique drugs.	\$175 individual / \$265 family.  \$290 individual / \$400 family.
<b>D</b>	Extended health care and private or semi-private hospital and prescription drugs and vision care. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	

**CROIX BLEUE - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE  
DES BÉNÉFICIAIRES DE RENTE DU CN  
PRIME MENSUELLE - 1<sup>er</sup> JANVIER 2025**

**NOUVELLE-ÉCOSSE**

<b>Statut</b>	<b>Option</b>	<b>Prime mensuelle au 1er janvier 2025</b>
<b>Familial 65 ans et plus</b>	A	470,00 \$
	B	62,00 \$
	C1	489,00 \$
	C2	396,00 \$
	C3	310,00 \$
	D	515,00 \$
<b>Familial Moins de 65 ans</b>	A	447,00 \$
	B	32,00 \$
	C1	472,00 \$
	C2	354,00 \$
	C3	296,00 \$
	D	499,00 \$
<b>Individuel 65 ans et plus</b>	A	210,00 \$
	B	36,00 \$
	C1	218,00 \$
	C2	197,00 \$
	C3	177,00 \$
	D	230,00 \$
<b>Individuel Moins de 65 ans</b>	A	199,00 \$
	B	15,00 \$
	C1	210,00 \$
	C2	179,00 \$
	C3	131,00 \$
	D	222,00 \$

<b>OPTION</b>	<b>COUVERTURE</b>	
<b>A</b>	Assurance maladie complémentaire et médicaments sur ordonnance. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	
<b>B</b>	Assurance maladie complémentaire et hospitalisation en chambre à deux lits. Aucune franchise.	
<b>C</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à deux lits et médicaments sur ordonnance.	
	<u>Médicaments sur ordonnance</u> <u>Franchise par médicament</u>	<u>Assurance maladie complémentaire et hospitalisation</u> <u>Franchise par type de couverture</u>
	3,00 \$ pour les méd. génériques et originaux / 9,00 \$ pour les méd. uniques.	Aucune.
	4,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 13,50 \$ pour les méd. uniques.	175 \$ par personne assurée / 265 \$ par famille.
<b>C2</b>	4,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 13,50 \$ pour les méd. uniques.	175 \$ par personne assurée / 265 \$ par famille.
<b>C3</b>	7,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 22,50 \$ pour les méd. uniques.	290 \$ par personne assurée / 400 \$ par famille.
<b>D</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à un ou à deux lits, médicaments sur ordonnance et soins de la vue. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	

**BLUE CROSS - CN PENSIONERS' HEALTH CARE PLAN  
MONTHLY PREMIUM RATES - JANUARY 1, 2025**

**NOVA SCOTIA**

<b>Status</b>	<b>Option</b>	<b>Monthly Premium January 1, 2025</b>
<b>Family Age 65 +</b>	A	\$470,00
	B	\$62,00
	C1	\$489,00
	C2	\$396,00
	C3	\$310,00
	D	\$515,00
<b>Family Under 65</b>	A	\$447,00
	B	\$32,00
	C1	\$472,00
	C2	\$354,00
	C3	\$296,00
	D	\$499,00
<b>Individual Age 65 +</b>	A	\$210,00
	B	\$36,00
	C1	\$218,00
	C2	\$197,00
	C3	\$177,00
	D	\$230,00
<b>Individual Under 65</b>	A	\$199,00
	B	\$15,00
	C1	\$210,00
	C2	\$179,00
	C3	\$131,00
	D	\$222,00

<b>OPTION</b>	<b>COVERAGE PROVIDED</b>	
<b>A</b>	Extended health care and prescription drugs. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	
<b>B</b>	Extended health care and semi-private hospital.	
<b>C</b>	Extended health care and semi-private hospital and prescription drugs.	
	<u>Prescription drugs Per drug deductible</u>	<u>Extended health care and hospital Deductible per type of coverage</u>
<b>C1</b>	\$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	None.
<b>C2</b>	\$4.50 for generic and original drugs / \$13.50 for unique drugs.	\$175 individual / \$265 family.
<b>C3</b>	\$7.50 for generic and original drugs / \$22.50 for unique drugs.	\$290 individual / \$400 family.
<b>D</b>	Extended health care and private or semi-private hospital and prescription drugs and vision care. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	

**CROIX BLEUE - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE  
DES BÉNÉFICIAIRES DE RENTE DU CN  
PRIME MENSUELLE - 1<sup>er</sup> JANVIER 2025**

**TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR**

<b>Statut</b>	<b>Option</b>	<b>Prime mensuelle au 1er janvier 2025</b>
<b>Familial 65 ans et plus</b>	A	552,00 \$
	B	70,00 \$
	C1	589,00 \$
	C2	464,00 \$
	C3	376,00 \$
	D	601,00 \$
<b>Familial Moins de 65 ans</b>	A	378,00 \$
	B	71,00 \$
	C1	396,00 \$
	C2	243,00 \$
	C3	166,00 \$
	D	416,00 \$
<b>Individuel 65 ans et plus</b>	A	245,00 \$
	B	40,00 \$
	C1	262,00 \$
	C2	236,00 \$
	C3	215,00 \$
	D	267,00 \$
<b>Individuel Moins de 65 ans</b>	A	167,00 \$
	B	36,00 \$
	C1	177,00 \$
	C2	122,00 \$
	C3	74,00 \$
	D	186,00 \$

<b>OPTION</b>	<b>COUVERTURE</b>	
<b>A</b>	Assurance maladie complémentaire et médicaments sur ordonnance. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	
<b>B</b>	Assurance maladie complémentaire et hospitalisation en chambre à deux lits. Aucune franchise.	
<b>C</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à deux lits et médicaments sur ordonnance.	
	<u>Médicaments sur ordonnance</u> <u>Franchise par médicament</u>	<u>Assurance maladie complémentaire et hospitalisation</u> <u>Franchise par type de couverture</u>
	3,00 \$ pour les méd. génériques et originaux / 9,00 \$ pour les méd. uniques.	Aucune.
	4,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 13,50 \$ pour les méd. uniques.	175 \$ par personne assurée / 265 \$ par famille.
<b>C1</b>	3,00 \$ pour les méd. génériques et originaux / 9,00 \$ pour les méd. uniques.	Aucune.
<b>C2</b>	4,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 13,50 \$ pour les méd. uniques.	175 \$ par personne assurée / 265 \$ par famille.
<b>C3</b>	7,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 22,50 \$ pour les méd. uniques.	290 \$ par personne assurée / 400 \$ par famille.
<b>D</b>	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à un ou à deux lits, médicaments sur ordonnance et soins de la vue. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	

**BLUE CROSS - CN PENSIONERS' HEALTH CARE PLAN  
MONTHLY PREMIUM RATES - JANUARY 1, 2025**

**NEWFOUNDLAND AND LABRADOR**

<b>Status</b>	<b>Option</b>	<b>Monthly Premium January 1, 2025</b>
<b>Family Age 65 +</b>	A	\$552,00
	B	\$70,00
	C1	\$589,00
	C2	\$464,00
	C3	\$376,00
	D	\$601,00
<b>Family Under 65</b>	A	\$378,00
	B	\$71,00
	C1	\$396,00
	C2	\$243,00
	C3	\$166,00
	D	\$416,00
<b>Individual Age 65 +</b>	A	\$245,00
	B	\$40,00
	C1	\$262,00
	C2	\$236,00
	C3	\$215,00
	D	\$267,00
<b>Individual Under 65</b>	A	\$167,00
	B	\$36,00
	C1	\$177,00
	C2	\$122,00
	C3	\$74,00
	D	\$186,00

<b>OPTION</b>	<b>COVERAGE PROVIDED</b>	
<b>A</b>	Extended health care and prescription drugs. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	
<b>B</b>	Extended health care and semi-private hospital.	
<b>C</b>	Extended health care and semi-private hospital and prescription drugs.	
	<u>Prescription drugs Per drug deductible</u>	<u>Extended health care and hospital Deductible per type of coverage</u>
<b>C1</b>	\$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	None.
<b>C2</b>	\$4.50 for generic and original drugs / \$13.50 for unique drugs.	\$175 individual / \$265 family.
<b>C3</b>	\$7.50 for generic and original drugs / \$22.50 for unique drugs.	\$290 individual / \$400 family.
<b>D</b>	Extended health care and private or semi-private hospital and prescription drugs and vision care. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	

**CROIX BLEUE - RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE  
DES BÉNÉFICIAIRES DE RENTE DU CN  
PRIME MENSUELLE - 1<sup>er</sup> JANVIER 2025**

**SASKATCHEWAN**

Statut	Option	Retraités admissibles au régime médicament provincial - Taux 2025	Retraités non admissibles au régime médicament provincial - Taux 2025
Familial 65 ans et plus	A	133,00 \$	217,00 \$
	B	25,00 \$	25,00 \$
	C1	152,00 \$	222,00 \$
	C2	98,00 \$	181,00 \$
	C3	73,00 \$	158,00 \$
	D	166,00 \$	226,00 \$
Familial Moins de 65 ans	A	134,00 \$	s.o.
	B	9,00 \$	s.o.
	C1	146,00 \$	s.o.
	C2	105,00 \$	s.o.
	C3	93,00 \$	s.o.
	D	157,00 \$	s.o.
Individuel 65 ans et plus	A	59,00 \$	99,00 \$
	B	14,00 \$	14,00 \$
	C1	68,00 \$	133,00 \$
	C2	49,00 \$	77,00 \$
	C3	42,00 \$	69,00 \$
	D	74,00 \$	134,00 \$
Individuel Moins de 65 ans	A	60,00 \$	s.o.
	B	5,00 \$	s.o.
	C1	65,00 \$	s.o.
	C2	53,00 \$	s.o.
	C3	41,00 \$	s.o.
	D	70,00 \$	s.o.

OPTION	COUVERTURE	
A	Assurance maladie complémentaire et médicaments sur ordonnance. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	
B	Assurance maladie complémentaire et hospitalisation en chambre à deux lits. Aucune franchise.	
C	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à deux lits et médicaments sur ordonnance.	
	<u>Médicaments sur ordonnance</u> <u>Franchise par médicament</u>	<u>Assurance maladie complémentaire et hospitalisation</u> <u>Franchise par type de couverture</u>
	3,00 \$ pour les méd. génériques et originaux / 9,00 \$	Aucune.
	4,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 13,50 \$	175 \$ par personne assurée / 265 \$ par famille.
C3	7,50 \$ pour les méd. génériques et originaux / 22,50 \$	290 \$ par personne assurée / 400 \$ par famille.
D	Assurance maladie complémentaire, hospitalisation en chambre à un ou à deux lits, médicaments sur ordonnance et soins de la vue. Franchise par médicament pour la couverture médicaments sur ordonnance : 3,00 \$ pour les médicaments génériques et originaux / 9,00 \$ pour les médicaments uniques.	

**BLUE CROSS - CN PENSIONERS' HEALTH CARE PLAN  
MONTHLY PREMIUM RATES - JANUARY 1, 2025**

**SASKATCHEWAN**

Status	Option	Retirees eligible to the provincial drug plan - Rates 2025	Retirees not eligible to the provincial drug plan - Rates 2025
Family Age 65 +	A	\$133,00	\$217,00
	B	\$25,00	\$25,00
	C1	\$152,00	\$222,00
	C2	\$98,00	\$181,00
	C3	\$73,00	\$158,00
	D	\$166,00	\$226,00
Family Under 65	A	\$134,00	s.o.
	B	\$9,00	s.o.
	C1	\$146,00	s.o.
	C2	\$105,00	s.o.
	C3	\$93,00	s.o.
	D	\$157,00	s.o.
Individual Age 65 +	A	\$59,00	\$99,00
	B	\$14,00	\$14,00
	C1	\$68,00	\$133,00
	C2	\$49,00	\$77,00
	C3	\$42,00	\$69,00
	D	\$74,00	\$134,00
Individual Under 65	A	\$60,00	s.o.
	B	\$5,00	s.o.
	C1	\$65,00	s.o.
	C2	\$53,00	s.o.
	C3	\$41,00	s.o.
	D	\$70,00	s.o.

OPTION	COVERAGE PROVIDED	
A	Extended health care and prescription drugs. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	
B	Extended health care and semi-private hospital.	
C	Extended health care and semi-private hospital and prescription drugs.	
	<u>Prescription drugs</u> <u>Per drug deductible</u>	<u>Extended health care and hospital</u> <u>Deductible per type of coverage</u>
C1	\$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	None.
C2	\$4.50 for generic and original drugs / \$13.50 for unique drugs.	\$175 individual / \$265 family.
C3	\$7.50 for generic and original drugs / \$22.50 for unique drugs.	\$290 individual / \$400 family.
D	Extended health care and private or semi-private hospital and prescription drugs and vision care. Per drug deductible for prescription drugs coverage: \$3.00 for generic and original drugs / \$9.00 for unique drugs.	