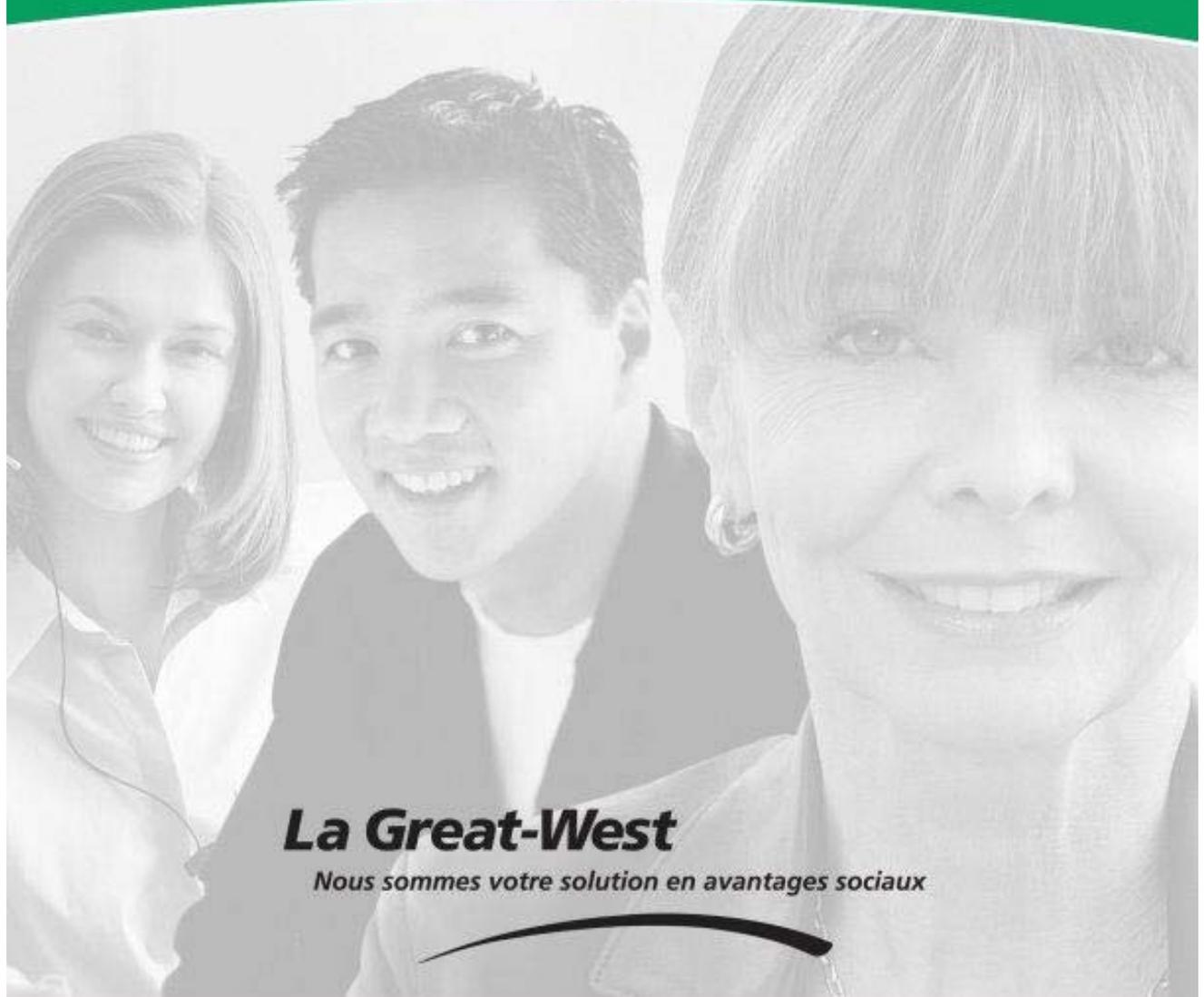
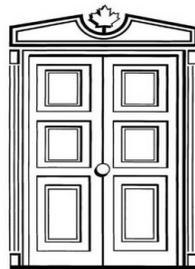


Régime collectif



La Great-West

Nous sommes votre solution en avantages sociaux



CAP REIT

Plan Flex - Cadres

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

La Great-West est l'un des principaux assureurs de personnes sur le marché canadien. Les conseillers en sécurité financière de la Great-West travaillent avec nos clients, d'un océan à l'autre, pour les aider à garantir leur avenir financier. Nous offrons, aux particuliers et aux familles, une vaste gamme de produits d'épargne-retraite et de régimes de revenu ainsi que des produits d'assurance-vie, d'assurance-invalidité et d'assurance contre les maladies graves. En tant que l'un des plus importants fournisseurs d'assurance collective au Canada, nous offrons des solutions efficaces en matière de garanties pour les groupes de petite et de grande taille.

La Great-West en ligne

Visitez notre site Web au www.lagreatwest.com pour :

- des renseignements et des précisions sur le profil de la Compagnie, nos produits et services;
- de l'information aux investisseurs;
- les communiqués de presse;
- les personnes-ressources à joindre;
- les formulaires de demande de règlement et la possibilité de soumettre en ligne certaines demandes.

Services en ligne de la Great-West pour les participants de régime

À titre de participant au régime de la Great-West, vous pouvez également vous inscrire aux Services en ligne de la Great-West pour les participants de régime au www.lagreatwest.com. Pour accéder à ces services, cliquez sur « GroupNet pour les participants de régime » et suivez les directives d'inscription. Assurez-vous d'avoir votre numéro de régime ainsi que votre numéro d'identification à portée de la main avant de procéder.

Le service en cause vous permet d'avoir accès à ce qui suit et à bien plus encore, 24 heures sur 24, sept jours sur sept, dans un environnement convivial :

- un aperçu de vos garanties et l'historique de vos demandes de règlement;
- des formulaires de demandes de règlement et cartes d'identité personnalisés;
- présenter électroniquement un grand nombre de vos demandes de règlement, tel qu'indiqué aux garanties Soins médicaux supplémentaires, Soins dentaires et Compte de gestion des dépenses santé du présent livret;
- une mine de renseignements sur la santé et le mieux-être.

Au moyen de notre application GroupNet Mobile, vous pouvez accéder à certaines fonctions de GroupNet pour les participants de régime :

- demander un règlement en ligne pour un grand nombre de vos demandes, au moyen du service Demandes de règlement électronique – Participants, composante de nos services en ligne GroupNet à l'avant-garde de l'industrie;
- accéder à de l'information personnalisée sur les garanties, les demandes de règlement et bien plus rapidement et facilement, et ce en tout temps;
- visualiser des renseignements relatifs aux cartes;
- repérer le fournisseur le plus près offrant le service Demandes de règlement électroniques – Fournisseurs, au moyen d'un système de localisation GPS intégré.

De plus, au moyen de GroupNet Texto, vous pouvez accéder sur-le-champ à l'information propre à vos garanties. GroupNet Texto vous permet d'utiliser votre téléphone cellulaire afin d'obtenir de l'information détaillée sur votre régime, notamment :

- vos numéros de régime et d'identification;
- des précisions sur la protection (l'information consultable dépend de votre régime);
- le montant du règlement proportionnel;
- les plafonds des frais admissibles, les soldes et plus encore.

Pour vous inscrire à GroupNet Texto, rendez-vous à GroupNet pour les participants de régime, sous l'onglet « Votre profil ».

Pour utiliser GroupNet Texto, rendez-vous à GroupNet pour les participants de régime, sous l'onglet « Votre profil », puis transmettez certains mots clés par messagerie texte au 204 289-1667. Vous recevrez aussitôt un texto contenant des données sur votre protection. Pour obtenir une liste complète des mots clés, textez « Aide ». Pour une brève description du type d'information liée à un mot clé précis, envoyez un texto qui renferme le terme « Aide » en plus du mot clé en question.

La compatibilité de GroupNet Texto peut varier selon l'appareil mobile ou le système d'exploitation utilisé.

Numéro sans frais de la Great-West

Pour communiquer avec un représentant du service à la clientèle de la Great-West :

- afin de recevoir de l'assistance relativement à votre protection de soins médicaux et de soins dentaires, veuillez composer le 1-800-957-9777.
- afin de recevoir de l'assistance relativement à votre Compte de gestion des dépenses santé, veuillez composer le 1-877-883-7072.

Le présent livret donne les grandes lignes du régime collectif que vous offre votre employeur, mais les **polices collectives n^{os} 168221 et 158497**, et les **textes officiels des régimes n^{os} 59167 et 59169** établis par la Great-West en demeurent les documents officiels. En cas de variantes entre le contenu des présentes et les dispositions des polices collectives et du texte officiel du régime, seules ces dernières feront foi.

Le présent livret contient des renseignements importants. Conservez-le dans un endroit sûr, connu des autres membres de votre famille.

Le présent régime a été établi par



Accès aux documents

Sous réserve de certaines restrictions, vous avez le droit, sur demande, d'obtenir une copie de la police, de votre demande d'assurance, de toutes déclarations écrites ou de tout autre document que vous avez fournis à la Great-West à titre de preuve d'assurabilité.

Actions en justice

Toute action en justice ou procédure judiciaire contre un assureur pour le règlement des sommes payables aux termes d'un contrat d'assurance est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée durant le délai prescrit dans la loi sur les assurances ou dans toute autre loi applicable (p. ex., *Loi de 2002 sur la prescription des actions* de l'Ontario, Code civil du Québec).

Procédure d'appel

Vous avez le droit d'appeler du refus de la Great-West d'accorder la totalité ou une partie de l'assurance ou des prestations décrites dans le contrat dans l'année suivant le refus initial. Vous devez alors faire appel par écrit en précisant les raisons pour lesquelles vous jugez le refus injustifié.

Suspension des prestations en raison d'un paiement en trop

Si des prestations qui n'auraient pas dû être versées aux termes de la police sont payées, vous êtes tenu de les rembourser dans les 30 jours suivant l'envoi par la Great-West d'un avis de paiement en trop ou à l'intérieur d'un délai plus long convenu par écrit avec la Great-West. Si vous ne respectez pas cette obligation, le versement des prestations au titre de la police sera interrompu jusqu'au remboursement du paiement en trop. Cette action ne limite aucunement le droit de la Great-West à recouvrer par d'autres moyens légaux les sommes versées en trop.

Protection de vos renseignements personnels

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels vous concernant sont conservés dans un dossier confidentiel dans les bureaux de la Great-West ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. La Great-West peut, pour ce faire, avoir recours à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Great-West ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Nous nous servons de ces renseignements personnels pour la gestion du régime collectif aux termes duquel vous êtes couvert. Cela comprend notamment :

- la détermination de votre admissibilité à la protection aux termes du régime
- l'adhésion à la protection
- l'évaluation de vos demandes de règlement et le paiement des prestations
- la gestion de vos demandes de règlement
- la vérification et le contrôle de l'admissibilité et des demandes de règlement
- la création et la conservation des documents relatifs à notre relation
- la tarification, comme la détermination du coût du régime et l'analyse des options du régime
- la production de rapports exigés aux fins de la réglementation, comme les feuillets d'impôt

Il se peut que nous échangions des renseignements personnels avec vos fournisseurs de soins, le gestionnaire de votre régime, d'autres compagnies d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de régimes offerts par l'État ou d'autres régimes de garanties, d'autres organisations ou les fournisseurs de services qui travaillent avec nous, lorsque cela est nécessaire pour gérer le régime.

À titre de participant au régime, vous êtes responsable des demandes de règlements que vous soumettez. Il se peut que nous partagions des renseignements personnels relatifs aux demandes de règlement avec vous et une personne agissant pour votre compte lorsque cela est nécessaire pour confirmer l'admissibilité et pour gérer mutuellement les demandes de règlement.

Vous pouvez demander à examiner ou à rectifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier. Toute demande d'examen ou de rectification doit être présentée par écrit et envoyée à tout bureau de la Great-West ou à notre siège social.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez l'adresse www.lagreatwest.com.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Renseignements sur votre régime flexible d'avantages sociaux	1
Prise d'effet et expiration de la protection	2
Personnes à charge couvertes	3
Désignation de bénéficiaire	3
Assurance-vie de base - salariés	3
Assurance-vie facultative	4
Assurance mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers (MMA)	4
Rente d'invalidité de longue durée (ILD)	8
Garantie soins médicaux supplémentaires	12
Les services d'optique PVS	23
Garantie soins dentaires	24
Compte de gestion des dépenses santé (CGDS)	29
Coordination des prestations	31
Services de diagnostic et de soutien lié au traitement (Réseau Best Doctors ^{MD})	31

Renseignements sur votre régime flexible d'avantages sociaux

- Tous les changements d'option et les modifications du montant de l'assurance-vie facultative prennent effet le 1^{er} août de chaque année, sauf dans le cas d'une modification consécutive à un changement dans la situation de famille. Dans ce dernier cas, la modification prend effet à la date de la demande en ce sens, à condition que celle-ci soit présentée dans le délai de 31 jours après la date du changement dans la situation de famille. À défaut de présenter la demande dans le délai imparti, la modification ne prend effet que le 1^{er} août suivant.

À noter :

Si vous avez choisi l'Option 4 ou 5 à l'égard des médicaments sur ordonnance, vous devez demeurer à ce niveau pendant deux ans.

Si vous choisissez l'Option 4 ou 5 à l'égard de la garantie Soins médicaux supplémentaires, vous devez demeurer à ce niveau pendant deux ans.

Si vous avez choisi l'Option 4 à l'égard des soins paramédicaux, vous devez demeurer à ce niveau pendant deux ans.

Toutes les options choisies (à l'exception de l'Option 1, car la couverture n'est pas offerte) à l'égard des soins oculaires, vous devez demeurer à ce niveau pendant deux ans.

Si vous avez choisi l'Option 4 ou 5 à l'égard de la garantie Soins dentaires, vous devez demeurer à ce niveau pendant deux ans.

Si vous avez choisi des options autres que celles mentionnées ci-haut, vous devez demeurer à ce niveau pendant seulement un an et lors de la prochaine période de réinscription, vous pourrez monter ou descendre que d'un seul niveau d'option à la fois.

Ces restrictions sont annulées si vous changez d'option par suite d'un changement dans la situation de famille.

- On entend par « changement de situation de famille » tout changement ci-dessous :
 - salarié qui a pour la première fois un conjoint assurable ou un enfant assurable;
 - perte involontaire d'une protection similaire couvrant le salarié ou les personnes à charge aux termes du programme d'avantages sociaux du conjoint (par exemple, en raison d'un changement dans les états de service de votre conjoint);
 - décès du conjoint assurable ou de l'enfant unique assurable;
 - conjoint ou enfant unique du salarié qui cesse de répondre à la définition de personne à charge assurable (par exemple, à la suite d'un divorce ou après que l'enfant a atteint l'âge limite – Reportez-vous à Personnes à charge couvertes du présent livret).

Vous pourrez être exonéré de la couverture à l'égard des médicaments sur ordonnance, des garanties Soins médicaux supplémentaires et Soins dentaires uniquement si votre conjoint bénéficie déjà de ces couvertures par l'entremise du régime de son employeur.

Pour toute augmentation du montant de l'assurance-vie facultative (que ce soit par suite d'un changement dans la situation de famille ou pour toute autre raison), vous devez fournir une preuve d'assurabilité et votre demande d'augmentation doit être approuvée par la Great-West.

À noter : Veuillez consulter votre gestionnaire pour des détails au plus tard 31 jours après le changement dans la situation de famille. Certaines conditions s'appliquent.

PRISE D'EFFET ET EXPIRATION DE LA PROTECTION

Vous êtes admissible au régime après trois mois de service continu. Vous êtes réputé être en service continu seulement si vous êtes en activité de service durant la période d'attente visant l'admissibilité.

- Vous et les personnes à votre charge êtes couverts d'office par le régime dès que vous y devenez admissibles.

Vous pouvez renoncer à la protection de soins médicaux ou de soins dentaires (ou aux deux) si vous profitez déjà de ces protections aux termes du régime de votre conjoint. Si votre protection aux termes du régime de votre conjoint prend fin, vous devez vous inscrire au présent régime dans les 31 jours suivant l'expiration de votre protection. Passé ce délai, ou si votre demande d'adhésion a été antérieurement refusée par la Great-West, vous et vos personnes à charge pourriez être tenus de présenter une preuve de bonne santé satisfaisant la Great-West pour bénéficier de la protection de soins médicaux. Quant à la garantie Soins dentaires, la Great-West pourrait refuser de l'accorder ou pourrait appliquer certaines restrictions.

- La protection ne prend effet que si vous êtes en activité de service. Si vous êtes absent du travail le jour où votre protection est censée entrer en vigueur, celle-ci ne prend effet qu'à la date de votre retour au travail.

Dans le cas d'une augmentation du montant de la protection ou des prestations en cours de garantie, la modification ne prend effet que si vous êtes en activité de service.

- Le salarié qui occupe un emploi temporaire, saisonnier ou à temps partiel ne peut participer au régime.

Votre protection expire lorsque votre service prend fin, lorsque vous n'y êtes plus admissible ou lorsque le régime collectif expire, selon la première éventualité.

- La protection à l'égard de vos personnes à charge expire lorsque votre protection prend fin ou lorsque votre personne à charge n'y est plus admissible, selon la première éventualité.
- Dans certains cas, le versement des prestations peut se poursuivre après l'expiration de la protection. Votre employeur vous renseignera à ce sujet.

Prestations de survie

Si vous décédez alors que votre protection est encore en vigueur, la protection aux termes des garanties Soins médicaux supplémentaires et Soins dentaires, à l'égard de vos personnes à charge, se poursuit pendant une période de deux ans ou jusqu'à ce qu'elles cessent d'être admissibles, selon la première éventualité.

PERSONNES À CHARGE COUVERTES

Par « personne à charge » on entend les personnes ci-dessous.

- Votre conjoint (légitime ou de fait).
- Vos enfants célibataires âgés de moins de 21 ans, ou de moins de 25 ans s'ils sont étudiants à temps plein.

À noter : Si vous résidez au Québec, les étudiants à temps plein sont couverts aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance jusqu'à l'âge de 26 ans.

Les enfants de moins de 21 ans ne sont pas couverts s'ils travaillent plus de 30 heures par semaine, à moins qu'ils ne soient étudiants à temps plein.

Les enfants qui sont incapables de subvenir à leurs besoins pour cause de handicap physique ou mental sont couverts peu importe leur âge si l'incapacité s'est manifestée avant l'âge de 21 ans, ou avant l'âge de 25 ans s'ils étudiaient à temps plein, et si elle subsiste de façon continue depuis.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Vous pouvez effectuer, modifier ou révoquer une désignation de bénéficiaire, dans la mesure permise par la loi. Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire de temps à autre afin de vous assurer qu'elle reflète vos intentions actuelles. Vous pouvez modifier cette désignation à tout moment en remplissant une formule que vous pouvez obtenir de votre employeur.

ASSURANCE-VIE DE BASE - SALARIÉS

À votre décès, la Great-West versera votre prestation d'assurance-vie à votre bénéficiaire désigné. Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire ou si le bénéficiaire désigné n'est pas vivant au moment de votre décès, le paiement sera fait à votre succession. Votre employeur se chargera d'expliquer les modalités de règlement à votre bénéficiaire.

- Votre assurance-vie expire lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans ou au moment de votre retraite, selon la première éventualité.
- Si vous devenez invalide en cours de garantie, la Great-West pourrait, après la période d'attente, exonérer le paiement des primes exigibles en contrepartie de votre assurance-vie, et ce, durant la période d'indemnisation.

La période d'attente à satisfaire aux termes de l'assurance-vie est la même qu'aux termes de la garantie Rente d'invalidité de longue durée.

La période d'indemnisation est définie comme la période consécutive à la période d'attente pendant laquelle votre état de santé répond à la définition de l'invalidité aux termes de la garantie Rente d'invalidité de longue durée. La période d'indemnisation ne se poursuit jamais au-delà de votre 65^e anniversaire.

- Si une partie ou la totalité de votre assurance prend fin à votre 65^e anniversaire ou avant, vous pouvez, dans certains cas, souscrire une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité. Vous devez présenter votre demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de votre assurance collective. Communiquez avec votre employeur pour obtenir tous les détails à ce sujet.

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE

L'assurance-vie facultative vous permet de souscrire un supplément d'assurance pour vous et votre conjoint. Consultez l'**Aperçu des garanties** pour connaître le montant que vous pouvez obtenir. L'admissibilité à l'assurance-vie facultative est assujettie à la remise d'une justification d'assurabilité et à l'approbation de la Great-West. Si vous ou votre conjoint mourez dans les deux ans qui suivent la prise d'effet de l'assurance-vie facultative, la Great-West se réserve le droit de vérifier tous les renseignements d'ordre médical que vous ou votre conjoint lui aurez fournis. Si des inexactitudes sont décelées, le règlement sera refusé et toute prime versée en contrepartie de l'assurance sera remboursée.

À votre décès, la Great-West versera votre prestation d'assurance-vie à votre bénéficiaire désigné. Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire ou si le bénéficiaire désigné n'est pas vivant au moment de votre décès, le paiement sera fait à votre succession. Votre employeur se chargera d'expliquer les modalités de règlement. Si votre conjoint décède, vous recevrez le montant pour lequel il était assuré.

- Si vous avez droit à l'exonération des primes exigées en contrepartie de votre assurance-vie de base, votre assurance-vie facultative et celle de votre conjoint, le cas échéant, se poursuivront sans autre paiement de prime, et ce, tant que votre assurance-vie de base restera en vigueur, mais jamais passé la date à laquelle votre assurance facultative prendrait normalement fin aux termes des présentes.
- Si votre assurance-vie facultative ou celle de votre conjoint prend fin, vous ou votre conjoint pouvez, dans certains cas, souscrire une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité. Vous devez présenter votre demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de votre assurance collective. Communiquez avec votre employeur pour obtenir tous les détails à ce sujet.
- Votre assurance-vie facultative prend fin à votre 65^e anniversaire. L'assurance-vie facultative de votre conjoint prend fin en même temps que la vôtre ou à son 65^e anniversaire, ou encore lorsqu'il cesse d'être votre conjoint, selon la première éventualité.

Restriction en cas de suicide

Aucune prestation n'est payable en cas de suicide dans les deux ans qui suivent la prise d'effet de l'assurance-vie facultative ou une augmentation de cette assurance. En pareil cas, la Great-West rembourse toutes les primes qui lui ont été versées.

ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES ET SINISTRES PARTICULIERS (MMA)

Si vous subissez l'un des sinistres énumérés ci-dessous à la suite d'un accident survenu en cours de garantie, on vous versera le multiple ou la fraction du capital assuré figurant en regard de la perte en question au tableau ci-dessous. La prestation n'est payable que si la perte survient dans les 365 jours suivant l'accident et si, dans le cas de perte de l'usage, celle-ci dure de façon continue pendant au moins 365 jours. Si vous subissez plus d'une perte touchant le même membre au cours d'un même accident, une prestation ne sera versée qu'à l'égard de la perte correspondant au montant à recevoir le plus élevé.

Si vous décédez à la suite d'un accident, la Great-West versera le capital assuré à votre bénéficiaire désigné. Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire ou si le bénéficiaire désigné n'est pas vivant au moment de votre décès, le paiement sera fait à votre succession. Votre employeur se chargera d'expliquer les modalités de règlement à votre bénéficiaire.

Le capital assuré est le montant maximum payable en compensation de tous les sinistres attribuables à un même accident. En cas de paraplégie, d'hémiplégie ou de quadriplégie, le montant maximum payable en compensation de tous les sinistres attribuables à un même accident correspond à deux fois le capital assuré.

de la vie	capital assuré
des deux mains ou des deux pieds	capital assuré
de la vision des deux yeux	capital assuré
d'une main et d'un pied	capital assuré
d'une main et de la vision d'un oeil	capital assuré
d'un pied et de la vision d'un oeil	capital assuré
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	capital assuré
d'un bras ou d'une jambe	3/4 du capital assuré
d'une main ou d'un pied ou de la vision d'un oeil	1/2 du capital assuré
de la parole	1/2 du capital assuré
de l'ouïe des deux oreilles	1/2 du capital assuré
du pouce et de l'index ou d'au moins 4 doigts de la main	1/4 du capital assuré
de tous les orteils d'un pied	1/8 du capital assuré

En cas de perte de l'usage :

des deux bras et des deux jambes (quadriplégie)	2 X le capital assuré
des deux jambes (paraplégie)	2 X le capital assuré
d'un bras et d'une jambe du même côté du corps (hémiplegie)	2 X le capital assuré
d'un bras et d'une jambe des côtés opposés du corps	capital assuré
des deux bras ou des deux mains	capital assuré
d'une main et d'une jambe	capital assuré
d'une jambe ou d'un bras	3/4 du capital assuré
d'une main	1/2 du capital assuré

Votre assurance MMA expire à votre 70^e anniversaire ou à la date de votre retraite, selon la première éventualité.

L'assurance MMA continuera sans autre versement de prime durant toute période où votre assurance-vie se poursuit aux termes de la garantie d'exonération des primes. Votre assurance en vertu de cette exonération des primes expirera d'office lorsque cette garantie prendra fin.

Réimplantation

S'il y a réimplantation d'un membre, la Great-West verse 50 % de la prestation qui aurait été payable si la perte avait été permanente, peu importe le degré d'usage recouvré. L'autre moitié de la prestation est versée si la réimplantation ne réussit pas et que la partie du corps réimplantée est enlevée dans l'année qui suit la réimplantation.

Transport du corps

Si vous mourez par suite d'un accident qui survient à au moins 150 kilomètres de votre domicile, la Great-West rembourse jusqu'à concurrence de 2 500 \$ pour la préparation du corps et son transport jusqu'à l'endroit de l'inhumation ou de la crémation, moins les sommes versées aux termes de la garantie Assistance médicale globale du présent régime.

Allocation pour études à l'égard des enfants à charge

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations en cas de votre décès, la Great-West rembourse les frais de scolarité engagés par un enfant à charge pour fréquenter à plein temps un établissement d'enseignement postsecondaire. L'enfant à charge n'est admissible à cette allocation pour études que s'il était inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement postsecondaire au moment où est survenu l'accident qui a causé votre décès ou il doit avoir été inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans une école secondaire au moment où est survenu l'accident qui a causé votre décès et il s'inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement postsecondaire dans les 365 jours de cet accident.

La Great-West verse le moins élevé d'entre 5 % du capital assuré, ou 5 000 \$ pour chaque année d'études dans un établissement d'enseignement. La Great-West verse l'allocation pour études chaque année pendant au plus quatre années consécutives sur réception de la preuve de l'inscription à plein temps de l'enfant en question.

Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais de scolarité engagés avant l'accident ou des frais de logement ou autres frais de subsistance, frais de déplacement ou dépenses d'habillement.

Frais de transport engagés par la famille

Si vous êtes hospitalisé à plus de 150 kilomètres de votre lieu de résidence par suite d'une blessure à l'égard de laquelle des prestations sont prévues en vertu de la présente garantie, la Great-West paie les frais réellement déboursés, réduits de tout montant versé à l'égard des mêmes dépenses aux termes de la garantie Assistance médicale globale du régime jusqu'à concurrence de 2 000 \$ pour les frais de transport d'un membre de la famille afin qu'il puisse vous rejoindre, ainsi que les frais d'hébergement de cette personne.

Le remboursement pour frais d'hébergement se limite aux frais exigibles dans un hôtel jugé de confort moyen dans la région où la personne couverte est hospitalisée. Les appels téléphoniques ainsi que les courses en taxi et les coûts de location de voiture sont également couverts. Le prix des repas n'est cependant pas remboursable.

Le remboursement pour frais de transport se limite au coût d'un billet aller-retour, tarif classe économique. Si un véhicule privé est utilisé, le remboursement se limite à 0,44 \$ par kilomètre parcouru.

Formation professionnelle du conjoint

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations en cas de votre décès, la Great-West rembourse les frais engagés par votre conjoint pour participer à un programme de formation professionnelle reconnu. Le programme de formation doit avoir pour but de donner au conjoint les compétences minimales nécessaires pour exercer une profession qu'il n'aurait pu exercer autrement.

La Great-West verse le moins élevé d'entre 10 % du capital assuré ou 10 000 \$.

Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais engagés plus de trois ans après l'accident qui a causé votre décès ou frais de logement ou autres frais de subsistance, frais de déplacement ou dépenses d'habillement.

Allocation pour études

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations relativement à une blessure qui vous oblige à changer de profession, la Great-West rembourse les frais de scolarité que vous engagez pour fréquenter, comme étudiant, un établissement d'enseignement postsecondaire en vue d'y recevoir une formation dans une nouvelle profession. Pour être admissible à l'allocation pour études, vous devez vous inscrire dans un établissement d'enseignement postsecondaire dans les 365 jours suivant la date de l'accident. La Great-West paiera jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais de scolarité engagés avant la date de l'accident, des frais engagés plus de deux ans après la date de l'accident ayant causé la blessure et des frais de logement ou autres frais de subsistance, des frais de déplacement ou des dépenses d'habillement.

Allocation pour fauteuil roulant

Si aux termes de la présente garantie des prestations sont payables pour une blessure et que par suite d'une telle blessure, vous devez vous servir d'un fauteuil roulant pour vous déplacer, la Great-West rembourse les frais engagés pour les modifications apportées à votre résidence principale afin que vous puissiez y accéder et vous déplacer en fauteuil roulant; et les modifications apportées à votre véhicule automobile afin que vous puissiez y monter et en descendre ou le conduire.

L'allocation pour les modifications apportées à la maison est payable uniquement si la ou les personnes faisant les modifications est spécialisée dans ce genre de travaux et a été recommandée par un organisme reconnu garantissant des services d'aide et de soutien aux personnes en fauteuil roulant.

L'allocation pour les modifications apportées au véhicule est payable uniquement si la ou les personnes faisant les modifications est spécialisée dans ce genre de travaux; et si les modifications ont été approuvées par les autorités provinciales délivrant les permis des véhicules automobiles.

La Great-West paie les frais réellement déboursés, réduits de tout montant versé à l'égard des mêmes dépenses aux termes de la garantie Soins médicaux supplémentaires du régime jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour les modifications apportées à la résidence et au véhicule.

Aucune allocation n'est versée relativement aux frais engagés plus de 365 jours après l'accident ou aux réparations subséquentes apportées à votre résidence ou à votre véhicule après qu'une première demande d'allocation ait été faite aux termes de la présente garantie.

Restrictions

Aucune prestation n'est payable en cas de décès ou de blessures résultant des faits suivants.

- Blessure intentionnelle ou suicide.
- Infection virale ou bactérienne, sauf s'il s'agit d'une infection pyogénique consécutive à une blessure accidentelle faisant l'objet d'une demande de règlement.
- Toute forme d'affection ou d'infirmité physique ou mentale.
- Traitement médical ou chirurgical, sauf dans le cas de la réimplantation d'une partie du corps.

- Guerre, insurrection, ou participation volontaire à une émeute.
- Service dans les forces armées d'un pays quel qu'il soit.
- Accident subi en exerçant des fonctions en qualité de membre de l'équipage d'un aéronef, en voyageant à bord d'un appareil appartenant à l'employeur ou affrété par celui-ci ou encore en voyageant à bord d'un aéronef mal immatriculé ou dont le pilote n'est pas titulaire du brevet valable pour l'appareil utilisé.

Comment faire une demande de règlement

- Si vous avez subi un sinistre, demandez la formule d'indemnisation appropriée à votre employeur et renvoyez-la-lui dûment remplie.
- Si vous mourez par suite d'un accident, votre employeur se chargera d'expliquer les formalités de règlement à votre bénéficiaire.
- Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date du sinistre.

RENTE D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD)

Le régime vous garantit un revenu régulier en cas de perte de salaire attribuable à une longue invalidité pour cause de maladie ou de blessure. La rente est versée dès l'expiration de la période d'attente, et ce soit jusqu'à la fin de votre invalidité (**conformément à la définition donnée pour ce terme dans la police**), mais pas pendant plus de 24 mois à l'égard de l'Option 1 ou jusqu'à votre 65^e anniversaire de naissance à l'égard de toutes les autres options, selon la première éventualité. Consultez l'**Aperçu des garanties** pour connaître le montant de la rente et la période d'attente.

- Dans le cas où l'invalidité ne se poursuit pas de façon continue, il y a cumul du nombre de jours pendant lesquels vous souffrez d'invalidité jusqu'à concurrence du nombre de jours de la période d'attente, à condition qu'il n'y ait pas plus de deux semaines d'intervalle entre les périodes d'invalidité et que l'invalidité soit attribuable à la même maladie ou à la même blessure.
- La rente ILD est servie durant les 24 premiers mois à l'égard des options 1, 2 et 3, et durant les 36 premiers mois à l'égard de l'option 4, qui suivent la période d'attente lorsque, par suite d'une blessure ou d'une maladie, vous êtes dans l'impossibilité de vous acquitter des tâches essentielles de votre profession habituelle **et** que vous **n'occupez pas** un emploi vous procurant un revenu égal ou supérieur à la rente d'invalidité de longue durée prévue par le présent régime, telle qu'elle figure au Survol des avantages, sauf s'il s'agit d'un emploi dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé.
- Après 24 mois à l'égard des options 2 et 3 ou après 36 mois à l'égard de l'option 4, la rente ILD continue d'être versée seulement si votre invalidité vous empêche d'exercer quelque activité lucrative que ce soit. Par « activité lucrative », on entend tout emploi que votre état de santé vous permet d'exercer, pour lequel vous possédez la qualification minimum nécessaire et qui vous garantit un revenu au moins égal à 60 % de la rémunération mensuelle que vous receviez avant le début de votre invalidité, après indexation
- La perte de tout permis requis dans le cadre de l'emploi ne sera pas prise en considération dans l'évaluation de l'invalidité.
- Après la période d'attente, les périodes successives d'invalidité attribuable à la même maladie ou à la même blessure sont réputées faire partie d'une seule et même période d'invalidité, à moins qu'elles ne soient séparées par un intervalle d'au moins six mois.

- Comme vous supportez la totalité du coût de l'assurance ILD, la rente n'est pas imposable.
- Votre assurance ILD expire à votre 65^e anniversaire.

Revenus d'autres sources

Votre rente ILD est diminuée des revenus d'autres sources auxquels vous avez droit au cours de votre invalidité. Votre rente est d'abord diminuée des montants indiqués ci-dessous.

- Montant égal à 92,5 % des prestations d'invalidité auxquelles vous avez droit, à titre personnel, aux termes du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec.
- Prestations de retraite versées aux termes du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec.
- Prestations versées en vertu d'une loi des accidents du travail ou de toute autre loi analogue.
- Prestations d'invalidité de courte durée aux termes d'un régime parrainé par l'employeur ou prestations de maladie de l'employeur.
- Prestations pour perte de revenu prévues par une assurance-automobile, lorsque la loi le permet.
- 50 % de la rémunération reçue dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé.

Votre rente ILD est encore réduite si la somme des revenus indiqués ci-dessous est supérieure à 85 % de la rémunération mensuelle nette que vous receviez avant le début de votre invalidité, après indexation. Dans ce cas, la rente d'invalidité est diminuée du montant excédant 85 % de la rémunération mensuelle nette.

- Rente payable aux termes du présent régime.
- Montant égal à 92,5 % des prestations auxquelles un membre de votre famille a droit, du fait de votre invalidité, aux termes du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, et qui vous sont versées directement.
- Prestations auxquelles vous ou un membre de votre famille avez droit, conformément à la législation en vigueur, pour perte de revenu consécutive à votre invalidité (exception faite des prestations d'assurance-emploi et des indemnités prévues par une assurance-automobile).
- Portion de toute indemnité versée aux victimes d'actes criminels visant à remplacer le revenu.
- Prestations d'invalidité versées aux termes d'une assurance offerte aux membres d'une association.
- Rémunération, prestations d'invalidité ou prestations de retraite provenant d'un emploi, exception faite du revenu reçu dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé, des prestations d'invalidité de courte durée aux termes d'un régime parrainé par l'employeur ou des prestations de maladie de l'employeur (les indemnités de cessation d'emploi, les prestations de départ et toute autre indemnité similaire versée en cas de cessation d'emploi, y compris toute indemnité tenant lieu de préavis, constituent un revenu d'emploi aux termes de la présente disposition).

Votre rente ILD n'est pas diminuée davantage du reste de la rémunération que vous recevez dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé, sauf si la somme du reste de la rémunération provenant d'un tel plan, de la rente prévue par le présent régime et des revenus d'autres sources énumérés ci-dessus est supérieure à la rémunération mensuelle que vous receviez avant le début de votre invalidité, après indexation. Dans ce cas, la rente d'invalidité est diminuée du montant excédant la rémunération mensuelle.

Les augmentations attribuables à la hausse du coût de la vie qui s'appliquent aux revenus d'autres sources énumérés ci-dessus (exception faite du revenu reçu dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé) et qui prennent effet au cours d'une période d'indemnisation ne sont pas prises en compte.

Réadaptation professionnelle

La notion de réadaptation professionnelle englobe toute activité liée au travail ou tout programme de formation visant à vous aider à reprendre votre propre emploi ou à exercer une autre activité lucrative et ayant été recommandé ou approuvé par la Great-West. Au moment de déterminer si elle recommande ou approuve un plan de réadaptation, la Great-West tient compte de facteurs tels que la durée prévue de l'invalidité et le niveau d'activité requis pour permettre un retour au travail dans les meilleurs délais.

Coordination des soins médicaux

La coordination des soins médicaux est un programme recommandé ou approuvé par la Great-West qui vise à permettre au salarié d'atteindre un état de santé stable et à garantir des soins de qualité au meilleur coût possible. Au moment de déterminer si elle recommande ou approuve un programme de coordination des soins médicaux, la Great-West tient compte de facteurs tels que la durée prévue de l'invalidité et le niveau d'activité requis pour permettre la stabilisation de l'état de santé.

Protection contre l'inflation

(à l'égard des options 3 et 4 seulement)

Le montant de la rente ILD alors offerte est rajusté un an après le début du service des prestations d'invalidité et annuellement par la suite en fonction des augmentations de l'indice des prix à la consommation, sous réserve d'une hausse d'au plus 3 % par année.

Restrictions

Aucune prestation n'est payable dans les cas ci-dessous.

- Invalidité attribuable à une maladie ou à une blessure pour laquelle vous avez reçu des soins médicaux antérieurement à la prise d'effet de votre assurance.

Cette restriction ne s'applique pas si vous devenez invalide après avoir été assuré de façon continue pendant un an, ou après une période continue de deux ans se terminant au plus tôt à la date d'effet de votre assurance et pendant laquelle vous n'avez reçu aucuns soins médicaux relativement à la maladie ou à la blessure dont vous souffrez.

- Période pendant laquelle vous omettez de vous soumettre au programme de traitement médical recommandé dans le cas de l'affection dont vous souffrez ou pendant laquelle vous refusez d'y participer de bonne foi.

Compte tenu de la gravité de votre état, il se pourrait que vous soyez tenu de vous faire suivre par un spécialiste.

Si votre invalidité est imputable en partie à une toxicomanie, le traitement doit comprendre une cure de désintoxication dans le cadre d'un programme reconnu.

- Période pendant laquelle vous ne faites pas le nécessaire pour demander d'autres prestations d'invalidité ou le maintien du versement de ces prestations, ou pour appeler d'une décision prise à l'égard de ces prestations, lorsque la Great-West le juge approprié.
- Période pendant laquelle vous refusez de participer à un plan de réadaptation approuvé ou pendant laquelle vous n'y participez pas de bonne foi.
- Période pendant laquelle vous refusez de participer à un programme de coordination des soins médicaux approuvé ou pendant laquelle vous n'y participez pas de bonne foi.
- Période pendant laquelle vous omettez de vous livrer à une évaluation médicale ou professionnelle, ou de vous y soumettre de bonne foi.
- Durée prévue d'un congé autorisé.

La présente restriction ne s'applique pas à toute période d'un congé de maternité au cours de laquelle vous souffrez d'invalidité attribuable à la grossesse.

- Période pendant laquelle vous êtes à l'extérieur du Canada. Cette restriction ne s'applique pas pendant les 30 premiers jours d'absence ou si la Great-West a autorisé l'absence avant votre départ.
- Période d'incarcération, de détention ou d'emprisonnement par autorité de justice.
- Invalidité attribuable à la guerre ou à une insurrection, ou encore à la participation volontaire à une émeute.

Comment faire une demande de règlement

- Afin de soumettre une demande de règlement en ligne, allez au www.lagreatwest.com / Service à la clientèle / Formulaire pour les participants de régimes collectifs / Formulaire de demande de règlement standards. Cliquez ensuite sur « Présenter une demande de prestations d'invalidité » et suivez les instructions fournies à la section « Soumission de la demande de règlement en ligne ».
- Afin de soumettre une demande de règlement sur papier, procurez-vous le Guide de présentation des demandes de règlement du salarié (formule M4307B (f)) et suivez-en les directives.

Vous pouvez vous procurer ce guide auprès de votre employeur ou en ligne sur le site web corporatif de la Great-West en vous rendant au www.lagreatwest.com / Service à la clientèle / Formulaire pour les participants de régimes collectifs / Formulaire de demande de règlement standards / Présenter une demande de prestations d'invalidité. Sous la section « Soumission de la demande de règlement sur papier », cliquez sur « Assurance invalidité de longue durée – Guide ».

Assurez-vous de soumettre votre demande de règlement à la Great-West dans les meilleurs délais, mais jamais plus de trois mois après qu'on ait demandé la preuve du sinistre.

GARANTIE SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES

Vous pouvez avoir à payer une franchise avant d'être remboursé de vos frais médicaux. Tous les frais sont remboursés selon les règlements proportionnels indiqués dans l'**Aperçu des garanties**.

L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez l'**Aperçu des garanties** à ce sujet.

Le régime couvre les frais courants engagés pour les soins, fournitures et services ci-dessous. Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par la profession médicale canadienne, s'il est reconnu comme efficace, et si sa nature, son intensité, sa fréquence et sa durée sont essentielles au diagnostic ou au contrôle d'une maladie ou d'une blessure données.

Vous êtes couverts uniquement à l'égard de l'option que vous avez choisie pour les soins médicaux supplémentaires tels indiqués dans l'**Aperçu des garanties**.

Sauf disposition contraire prévue par la loi, la garantie Soins médicaux supplémentaires expire lorsque vous atteignez l'âge de 70 ou à votre retraite, selon la première éventualité ans.

Frais couverts

- Service d'ambulance jusqu'au centre le plus proche en mesure de fournir les soins voulus.
- Frais d'hospitalisation en chambre individuelle ou à deux lits au Canada ou, dans une maison de soins infirmiers, jusqu'à concurrence de la partie de tels frais autorisée par l'État lorsque les soins sont reçus au Canada et qu'il s'agit de soins de courte durée, de soins de convalescence ou de soins palliatifs.
 - On entend par « soins de courte durée » les soins actifs qui s'imposent en vue de diagnostiquer ou de contrôler une affection qui risquerait autrement de s'aggraver.
 - On entend par « soins de convalescence » tous les soins actifs ou tout traitement de réadaptation qui permettent une amélioration sensible de l'état du malade, et qui suivent une période d'hospitalisation de trois jours au cours de laquelle le malade a reçu des soins de courte durée.
 - On entend par « soins palliatifs » tout traitement visant à soulager la douleur lorsque la maladie en est à la phase terminale.

Les frais de séjour à l'hôpital en chambre individuelle ou à deux lits à l'extérieur de la province sont couverts si les soins reçus sont des soins de courte durée, des soins de convalescence ou de soins palliatifs. Dans le cas d'un séjour à l'hôpital à l'extérieur de la province, le régime couvre également la différence entre les frais de séjour en salle commune et l'indemnité prévue aux termes du régime gouvernemental en vigueur dans la province de résidence du malade.

Le régime couvre également les frais de services hospitaliers relatifs à une chirurgie dentaire ainsi que tous les autres frais de soins et de fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital situé hors de la province du malade et qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans sa province de résidence.

- Les frais de séjour dans une résidence destinée principalement aux personnes âgées ou qui dispense des soins personnels plutôt que des soins médicaux ne sont pas couverts.

- Soins donnés à domicile par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé lorsqu'ils sont donnés au Canada. Aucune prestation n'est payable lorsque les soins sont donnés par un membre de votre famille ou lorsque les soins ne nécessitent pas les compétences spéciales d'un infirmier auxiliaire autorisé.

Avant le début des soins infirmiers à domicile, il serait préférable que vous fassiez établir une évaluation des soins à donner.

- Soins prolongés donnés au Canada dans un hôpital, dans une maison de soins infirmiers ou à domicile, lorsqu'il est peu probable que l'état du malade s'améliore ou se détériore au cours des 12 mois suivants.
- Médicaments et fournitures de médicaments indiqués ci-dessous lorsqu'ils sont prescrits par une personne autorisée à les prescrire en vertu de la loi, délivrés par une personne autorisée à les délivrer en vertu de la loi, et qu'ils sont obtenus au Canada. Les prestations visant des frais de médicaments et de fournitures de médicaments engagés à l'extérieur du Canada ne sont payables qu'aux termes de la clause relative aux soins d'urgence reçus hors du pays.
 - Médicaments nécessitant une ordonnance écrite conformément à la Loi sur les aliments et drogues (Canada) ou à la législation en vigueur dans la province où ils sont délivrés, y compris les médicaments contraceptifs et les produits contenant un médicament contraceptif.
 - Préparations injectables, y compris les vitamines, l'insuline et les extraits allergisants. Les seringues pour auto-injection sont également couvertes.
 - Aiguilles jetables s'utilisant avec un dispositif d'injection d'insuline non jetable, lancettes et bandelettes pour tests.
 - Préparations ou composés extemporanés contenant, entre autres ingrédients, un médicament couvert.
 - Certains médicaments ne nécessitant pas légalement une ordonnance peuvent être couverts. Si vous avez des questions, communiquez avec le gestionnaire de régime avant d'engager des frais.

À moins qu'une preuve médicale indiquant la raison pour laquelle un médicament ne doit pas être remplacé lui soit présentée, la Great-West peut limiter les frais couverts au coût du médicament de remplacement le moins cher. Cette restriction n'est pas applicable à l'égard de l'Option 1.

En ce qui concerne les médicaments couverts par le régime d'assurance-médicaments en vigueur dans votre province, le remboursement au titre du présent régime se limite à la franchise et à votre part du règlement proportionnel prévus aux termes du régime provincial.

Médicaments sur ordonnance -
Contribution maximale
des résidents du Québec

Si vous résidez au Québec, une contribution maximale est prévue relativement aux frais engagés dans la province pour des médicaments qui figurent sur la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (liste de médicaments couverts par l'État). Si la somme des montants non remboursables que vous êtes tenu de verser à l'égard de frais de médicaments qui figurent sur la liste de médicaments couverts par l'État pour vous et vos enfants à charge ou pour votre conjoint atteint dans une année civile la contribution maximale établie par la loi, le montant payable à l'égard de frais de médicaments qui figurent sur la liste de médicaments couverts par l'État engagés pour ces mêmes personnes pendant le reste de l'année civile est rajusté comme suit :

1. le remboursement est fait à 100 %;
2. aucune autre contribution ne s'applique.

La contribution maximale ci-dessus ne s'applique pas aux frais de médicaments engagés hors du Québec.

- Location ou, au choix de l'employeur, achat de certaines fournitures et de certains appareils et prothèses prescrits par un médecin.
- Orthèses du pied sur mesure et chaussures orthopédiques ajustées sur mesure, y compris les modifications apportées à des chaussures orthopédiques, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin.
- Appareils auditifs, y compris les piles, les raccords et les embouts auriculaires obtenus à l'achat, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Fournitures nécessaires aux diabétiques prescrites par un médecin : stylos d'injection Novolin-Pen et autres dispositifs d'injection d'insuline à aiguille, dispositifs de prélèvement de sang, y compris les plaques mais non les lancettes. Les lancettes sont couvertes aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance.
- Appareils de contrôle de la glycémie, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Radiodiagnostic et analyses de laboratoire, lorsqu'ils ne sont pas couverts par le régime de votre province.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un chiropraticien autorisé (y compris les radiodiagnostic) pour traiter des troubles musculaires ou osseux.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un physiothérapeute autorisé pour corriger les troubles de motricité.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podiatre autorisé (y compris les radiodiagnostic) pour traiter les affections du pied.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podologue autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un psychologue agréé ou un travailleur social dûment qualifié.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un orthophoniste autorisé pour corriger les défauts d'élocution.

- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un massothérapeute autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un acupuncteur autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un ostéopathe autorisé (y compris les radiodiagnostic).
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un naturopathe autorisé.

Soins oculaires

- Examens de la vue, y compris la réfraction de l'oeil, lorsqu'ils sont effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé et ne sont pas couverts par le régime de votre province.
- Lunettes et lentilles cornéennes nécessaires à la correction de la vision lorsqu'elles sont fournies par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien autorisé.
- Chirurgie oculaire au laser nécessaire pour corriger la vision, lorsqu'elle est pratiquée par un ophtalmologiste autorisé.

Pour obtenir des renseignements sur les rabais offerts à l'égard de la lunetterie ou des soins de la vue, reportez-vous à la partie Services d'optique PVS du présent livret à la suite de la Garantie Soins médicaux supplémentaires.

Programme d'Assistance médicale globale

Le programme AMG vous garantit une aide lors d'une urgence médicale grâce à un réseau mondial de communications accessible 24 heures sur 24. Si vous ou une personne à votre charge êtes en vacances, ou encore en voyage d'affaires ou d'études et que vous devez obtenir des soins médicaux de toute urgence, le personnel affecté au programme vous indiquera l'adresse du médecin ou de l'établissement les plus proches en mesure d'offrir les soins voulus et obtiendra l'approbation nécessaire de la Great-West. Si vous voyagez au Canada, le programme couvre uniquement les frais engagés pour une urgence survenant à plus de 500 kilomètres de votre domicile. Vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie du gouvernement de votre province de résidence pour être admissible aux garanties de l'Assistance médicale globale. Les soins et services ci-dessous sont couverts, sous réserve de l'approbation préalable de la Great-West.

- Frais d'admission à l'hôpital payables sur-le-champ, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 \$.
- Si vous ou une personne à votre charge voyagez au Canada et que les soins appropriés ne sont pas offerts dans un établissement local, frais de transport du malade à l'hôpital le plus près en mesure de fournir les soins voulus. Si toutefois vous êtes à l'extérieur du Canada, le programme couvre les frais de transport du malade à l'hôpital canadien ou à l'hôpital étranger le plus près offrant les soins requis.

Lorsque les soins et services sont couverts aux termes de la présente disposition, ils ne le sont pas aux termes des autres dispositions décrites dans le présent livret.

- Si vous ou une personne à votre charge voyagez seuls et que vous êtes hospitalisés pendant plus de sept jours, frais de transport et d'hébergement d'un membre de la famille pour qu'il puisse rejoindre le malade. Le programme couvre les frais de transport aller-retour en classe économique et les frais d'hébergement de cette personne dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$.

- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés pendant que vous voyagez en compagnie d'une autre personne et que vous ne pouvez respecter vos réservations de vol de retour en raison de votre état de santé ou de celui de votre personne à charge, frais d'hébergement supplémentaires pour le compagnon de voyage, dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$.
- Si vous ou une personne à votre charge et le compagnon de voyage ne pouvez utiliser le billet de retour prépayé pour cause d'hospitalisation, prix équivalent du billet de retour au domicile lorsque celui-ci n'est pas remboursable. Cependant, les frais engagés pour la location d'un véhicule ne sont pas remboursables aux termes du présent alinéa.
- En cas de décès, frais de préparation et de transport du corps jusqu'au lieu du domicile.
- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés ou décédez, coût du billet de retour au domicile pour un mineur seul et, s'il y a lieu, du billet aller-retour d'une personne chargée de l'accompagner.
- Si vous ou une personne à votre charge ne pouvez conduire par suite d'une maladie ou d'une blessure, frais exigés pour ramener votre véhicule à votre domicile ou à l'agence de location la plus près, jusqu'à concurrence de 1 000 \$. Aucune prestation n'est toutefois versée aux termes du présent alinéa lorsque le prix équivalent du billet de retour au domicile est remboursé par le programme.

Les prestations pour l'hébergement sont limitées aux frais engagés dans un hôtel de confort moyen. Les appels téléphoniques, les courses en taxi et les frais de location de voiture sont compris, mais les frais de repas ne sont pas couverts.

Soins reçus hors du pays

- **Les soins d'urgence** reçus à l'extérieur du pays sont couverts s'ils sont nécessaires par suite d'une urgence médicale survenant pendant que vous ou votre personne à charge vous trouvez temporairement à l'extérieur du Canada pour des vacances, ou pour un voyage d'affaires ou d'études. Pour avoir droit aux garanties, vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province de résidence.

Par « urgence médicale » on entend une blessure fortuite et soudaine, ou une maladie fortuite et soudaine ou la phase aiguë d'une maladie qui n'aurait pu être raisonnablement prévue compte tenu des troubles médicaux antérieurs du malade.

Par soins d'urgence, on entend un traitement médical couvert qui est prodigué par suite d'une urgence médicale et immédiatement après celle-ci.

Si l'état du malade lui permet de revenir au Canada, le remboursement se limite au moindre d'entre :

- le montant qui serait payable aux termes du présent régime si les soins continuaient d'être reçus hors du pays; et
- le montant qui serait payable aux termes du présent régime pour des soins comparables donnés au Canada, plus le coût du retour au pays.

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants.

- Soins médicaux donnés ultérieurement relativement à une urgence médicale après la phase initiale aiguë du traitement, ce qui comprend les soins continus en situation de non-urgence du trouble traité au départ en situation d'urgence.
- Tout épisode ultérieur et connexe durant la même absence du Canada.
- Frais se rapportant à la grossesse et à l'accouchement, y compris les soins au nourrisson :
 - après la 34^e semaine de grossesse; ou
 - durant toute la grossesse si les antécédents médicaux de la malade indiquent un risque supérieur à la normale d'un accouchement prématuré ou de complications.
- **Les soins non urgents** reçus à l'extérieur du pays sont couverts relativement à vous et à vos personnes à charge :
 - s'ils sont nécessaires par suite de la recommandation de votre médecin canadien habituel.
 - s'ils ne sont fournis dans aucune province canadienne et doivent être reçus ailleurs pour des raisons autres que les listes d'attente ou des difficultés d'horaire;
 - si vous êtes couvert par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province de résidence pour une partie des coûts; et
 - si une autorisation préalable des prestations est approuvée par la Great-West avant que vous quittiez le Canada pour recevoir le traitement.

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants.

- Traitement de recherche ou expérimental.
- Frais de transport ou d'hébergement.

Le régime couvre les soins, services et fournitures suivants reliés à un traitement médical couvert reçu hors du pays.

- Soins donnés par un médecin.
- Radiodiagnostic et analyses de laboratoire.
- Séjour à l'hôpital en salle commune, en chambre à deux lits ou à l'unité de soins intensifs, lorsque le séjour commence pendant que vous ou votre personne à charge êtes couvert.
- Fournitures médicales obtenues au cours d'une hospitalisation couverte.
- Soins paramédicaux reçus au cours d'une hospitalisation couverte.
- Soins et fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital.

- Fournitures médicales obtenues hors du milieu hospitalier qui seraient couvertes au Canada.
- Médicaments.
- Soins d'infirmier professionnel donnés hors du milieu hospitalier.
- Pour des soins d'urgence seulement, transport par un service d'ambulance autorisé au centre de traitement le plus proche en mesure de donner les soins voulus.

Autres soins, services ou fournitures

Selon les modalités que le gestionnaire de régime détermine, les frais de soins, services ou fournitures qui ne sont pas couverts aux termes du présent régime pourraient être couverts, à condition qu'ils représentent un traitement raisonnable.

Frais non couverts

Une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures obtenus auprès d'un fournisseur qui n'est pas approuvé par le gestionnaire de régime pourrait être refusée.

Les frais couverts pour des soins, un service ou une fourniture peuvent être limités au coût de soins, d'un service ou d'une fourniture moins chers qui constituent un traitement raisonnable.

Aucune prestation n'est payable au titre des frais suivants, sauf disposition contraire prévue par la loi.

- Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un régime privé d'avantages sociaux.
- Soins, services ou fournitures pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection.
- Partie des frais pour des soins, services ou fournitures qui est remboursable en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence, que vous soyez ou non couvert en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental.
- Partie des soins, services ou fournitures que vous avez le droit de recevoir ou qui vous donne droit à une prestation ou à un remboursement aux termes de la loi ou d'un régime régi, financé ou administré en tout ou en partie par l'État (« régime d'État »), sans égard à la protection offerte aux termes du présent régime.

Aux fins de la présente restriction, le terme « régime d'État » ne s'entend pas d'un régime collectif à l'intention de fonctionnaires.

- Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins, services ou fournitures reliés :
 - à un traitement donné uniquement à des fins d'esthétique
 - aux divertissements et aux activités sportives, mais non à l'exercice des activités quotidiennes ordinaires
 - au diagnostic ou au traitement de l'infertilité
 - à la contraception, à l'exception des médicaments contraceptifs et des produits contenant un médicament contraceptif.

- Soins, services ou fournitures non énumérés dans la liste des frais couverts, sauf s'ils sont désignés par le gestionnaire de régime comme étant des frais couverts.
- Fournitures médicales de rechange ou de remplacement.
- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur du Canada, sauf tel qu'il est prévu dans la clause relative aux soins reçus hors du pays et à la partie intitulée Assistance médicale globale.
- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur de la province mais au Canada, sauf si vous êtes couvert par le régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence et si des prestations auraient été versées en vertu du présent régime pour des soins, services et fournitures comparables obtenus dans votre province de résidence.

Cette restriction ne s'applique pas aux frais couverts par l'Assistance médicale globale.

- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection, ou de la participation volontaire à une émeute.
- Soins donnés par un podiatre dont une partie des frais est remboursée par l'Assurance-santé de l'Ontario. Des prestations pour ces soins sont payables uniquement quand le plafond annuel fixé par l'Assurance-santé de l'Ontario est atteint.
- Soins et fournitures oculaires demandés par l'employeur comme condition d'embauche.

En outre, aucune prestation n'est payable aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance en remboursement des frais ci-dessous.

- Atomiseurs, appareils, prothèses, fournitures nécessaires par suite d'une colostomie, fournitures nécessaires à l'analyse, au diagnostic ou à l'administration des premiers soins.
- Dispositifs d'injection d'insuline non jetables ou dispositifs à ressort utilisés dans le prélèvement du sang.
- Dispositifs nécessaires à l'administration de médicaments devant être inhalés.
- Vitamines s'administrant par voie orale, minéraux, suppléments diététiques, préparations homéopathiques, lactés pour bébés et solutions injectables servant à l'alimentation parentérale totale.
- Diaphragmes, condoms, gelées, mousses, éponges, suppositoires, implants et autres produits ou articles servant habituellement à des fins contraceptives.
- Médicaments nécessaires au traitement de l'infertilité.
- Médicaments contre l'obésité.
- Médicaments n'ayant pas de code d'identification numérique, tel qu'il est stipulé dans la Loi sur les aliments et drogues (Canada).
- Tout achat de médicaments ne pouvant être normalement utilisé au cours d'une période de 34 jours, exception faite de certains médicaments nécessaires au maintien de la vie qui peuvent être achetés pour une période de 100 jours.
- Médicaments administrés à l'hôpital dans le cadre d'un traitement en salle d'urgence ou à titre de malade hospitalisé.

- Vaccins et anatoxines donnés à des fins préventives pour conférer une immunisation.
- Extraits allergisants non injectables.
- Médicaments qui sont considérés comme des produits cosmétiques, tels que les solutions topiques de minoxidil et les écrans solaires, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales.
- Médicaments utilisés dans le traitement de la dysérection.
- Médicaments ou fournitures de médicaments qui ne figurent pas sur la Liste des médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec en vigueur à la date d'achat ou qui sont reçus à l'extérieur de la province, s'ils sont prescrits à l'intention d'un enfant à charge qui est un étudiant de plus de 24 ans et que vous résidez au Québec.

À noter : Si vous êtes un salarié âgé de 65 ans ou plus et résidez au Québec, vous cessez d'être couvert aux termes de la protection de base pour les médicaments sur ordonnance du présent régime et êtes couvert aux termes de l'assurance-médicaments de base de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, à moins que vous choisissiez de conserver la protection du présent régime tel qu'il est indiqué ci-dessous.

Il n'est possible d'opter pour la protection du présent régime qu'une seule fois. Ce choix doit être fait et signalé à votre employeur avant l'expiration d'une période de 60 jours suivant :

- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans; ou
- si vous êtes âgé de 65 ans ou plus, la date à laquelle vous devenez résident du Québec, au sens de la Loi sur l'assurance-maladie du Québec.

Lorsqu'un salarié a choisi d'être couvert aux termes du présent régime, il est réputé ne pas être admissible à la protection de l'assurance-médicaments de base de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Par « protection de base pour les médicaments sur ordonnance », on entend la part des frais de médicaments qui est remboursée au titre de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Programme d'autorisation préalable

Afin de déterminer si certains soins, services ou fournitures sont couverts, le gestionnaire de régime conserve une liste limitée de soins, services et fournitures qui nécessitent une autorisation préalable.

La liste de ces soins, fournitures et services, y compris une liste des médicaments pour lesquels une autorisation préalable est requise, est disponible sur le site internet de la Great-West :

http://www.lagreatwest.com/001/Service_a_la_clientele/Participants_de_regimes_collectifs/Formulaires/Formulaires_d_autorisation_prealable/index.htm

L'autorisation préalable permet de vérifier si des soins, un service ou une fourniture donnés constituent un traitement raisonnable.

Si l'utilisation de soins, d'un service ou d'une fourniture moins chers représente un traitement raisonnable, on pourrait, avant d'accepter de couvrir les soins, le service ou la fourniture prescrit, exiger de vous ou de vos personnes à charge que vous fournissiez au gestionnaire de régime une preuve médicale justifiant le fait que les soins, le service ou la fourniture le moins chers ne peuvent pas remplacer les soins, le service ou la fourniture prescrits.

Gestion des dossiers médicaux

Si vous ou l'une de vos personnes à charge présente une demande relativement au programme d'autorisation préalable, la Great-West pourrait vous contacter afin de participer au programme de gestion des dossiers médicaux. La gestion des dossiers médicaux est un programme recommandé ou approuvé par le gestionnaire de régime; elle peut notamment inclure ce qui suit :

- un entretien avec vous ou votre personne à charge et le médecin traitant afin de comprendre le plan de traitement recommandé par ce dernier;
- en collaboration avec le médecin traitant, la comparaison entre le plan de traitement recommandé et les autres possibilités qui pourraient constituer un traitement raisonnable, le cas échéant;
- le signalement d'occasions d'information et de soutien au médecin traitant; et
- la surveillance quant à votre adhésion ou celle de votre personne à charge au plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

Lors du processus de détermination relatif à la mise en place de la gestion des dossiers médicaux, le gestionnaire de régime pourrait tenir compte de facteurs tels que le soin, le service ou la fourniture, l'état de santé de la personne et l'existence de protocoles généralement reconnus servant à mesurer de façon objective l'efficacité du plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

Restrictions relatives à la gestion des dossiers médicaux

Selon les modalités et conditions que le gestionnaire de régime juge appropriées, le remboursement de soins, d'un service ou d'une fourniture pourrait être limité dans l'une des situations suivantes :

- vous ou votre personne à charge refusez de participer à un programme de gestion des dossiers médicaux mis en place par le gestionnaire de régime ou n'y participez pas de bonne foi; ou
- vous ou votre personne à charge ne vous êtes pas conformée au plan de traitement recommandé par le médecin traitant relativement à l'usage des soins, du service ou de la fourniture.

Restrictions relatives aux fournisseurs désignés

Pour les soins, services ou fournitures qui requièrent une autorisation préalable ou à l'égard desquels le gestionnaire de régime a recommandé ou approuvé la gestion des dossiers médicaux, le gestionnaire de régime pourrait exiger que les soins, services ou fournitures en question soient obtenus auprès d'un fournisseur désigné ou administrés par celui-ci; et :

- limiter les frais couverts à l'égard de soins, de services ou de fournitures n'ayant pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné ou administrés par celui-ci au montant qu'il en aurait coûté s'ils avaient été obtenus auprès du fournisseur désigné ou administrés par celui-ci; ou
- refuser une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures qui n'ont pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par le gestionnaire de régime ou qui n'ont pas été administrés par le fournisseur désigné.

Programme d'aide aux patients

Un programme d'aide aux patients est un programme qui vous offre, à vous et à vos personnes à charge, un soutien financier, éducatif ou autre à l'égard de certains soins, services et fournitures.

Si vous ou vos personnes à charge êtes admissibles à un programme d'aide aux patients, le gestionnaire du régime peut exiger de vous ou de vos personnes à charge que vous vous inscriviez et participiez à un tel programme. Lorsque le programme d'aide auquel le gestionnaire du régime exige que vous ou vos personnes à charge participiez offre un soutien d'ordre financier, les frais couverts peuvent également être réduits jusqu'à concurrence du montant d'assistance financière auquel vous et vos personnes à charge êtes admissibles pour des soins, un service ou une fourniture.

Comment faire une demande de règlement

- Les demandes de règlement visant des **frais engagés à l'étranger (autres que celles relatives à l'Assistance médicale globale)** doivent être présentées à la Great-West le plus tôt possible après que les frais ont été engagés. Il est très important que vous fassiez parvenir vos demandes de règlement immédiatement à notre Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger vu que la régie de l'assurance-maladie de votre province ou de votre territoire a fixé des délais très stricts à cet égard.

Accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M5432 (f) (Demande de règlement – Frais médicaux à l'étranger) à votre employeur. Vous devez également obtenir la formule de cession des prestations de l'État alors que les résidents de la Colombie-Britannique, du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador doivent aussi obtenir la demande de règlement spéciale de l'État. Le Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Great-West vous enverra, à votre attention, la formule de l'État appropriée au moment voulu.

Vous devez remplir les formules appropriées en prenant soin de donner tous les renseignements demandés. Annexe tous les reçus originaux à ces formules et envoyez le tout au Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Great-West. Assurez-vous de conserver une copie pour vos dossiers. Aux termes du régime, vous serez remboursé de tous les frais admissibles, y compris de la partie couverte par votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie. La régie de l'assurance-maladie de votre province ou de votre territoire remboursera ensuite directement au régime la partie des frais couverte par celle-ci.

Les demandes de règlement pour frais médicaux engagés à l'étranger doivent être présentées dans un laps de temps précis qui varie par province ou par territoire. Pour connaître le délai qui s'applique dans la province ou le territoire où vous habitez à l'égard de la présentation des demandes de règlement ou si vous avez besoin d'aide pour remplir les formules, veuillez communiquer avec notre Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger au 1 800 957-9777.

- Les demandes de règlement, visant des **frais engagés au Canada relativement aux soins paramédicaux et soins oculaires**, peuvent être présentées en ligne. Afin d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Les demandes de règlement doivent être présentées à la Great-West dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 6 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Great-West aux fins d'enregistrement de la transaction, et vous devez les présenter à la Great-West, lorsque celle-ci le demande.

- En ce qui concerne les demandes de règlement pour les **autres frais médicaux**, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M635D (f) à votre employeur. Remplissez-la en prenant soin de donner tous les renseignements demandés.

Annexe vos reçus à la formule d'indemnisation et envoyez le tout au Service des indemnités de la Great-West dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

- En ce qui concerne les **médicaments sur ordonnance**, votre employeur vous remettra une carte d'identité relative aux médicaments sur ordonnance. Présentez cette carte au pharmacien avec votre ordonnance.

Avant que votre ordonnance soit exécutée, on procédera à une vérification au moyen du système Assure Demandes de règlement. Assure Demandes de règlement est une série de sept vérifications électroniques effectuées sur vos antécédents en matière de médicaments sur ordonnance pour des raisons de sécurité et de vérification de conformité. Cette démarche a pour but d'améliorer votre santé et votre qualité de vie ainsi que celles de vos personnes à charge. Les vérifications effectuées portent sur l'interaction médicamenteuse, la duplication thérapeutique et la durée du traitement, ce qui permet au pharmacien de réagir avant la remise du médicament. Selon les résultats des vérifications, il se pourrait que le pharmacien refuse d'exécuter l'ordonnance.

À l'expiration de votre protection, vous devez retourner à votre employeur la carte d'identité permettant le remboursement direct de vos frais de médicaments sur ordonnance.

LES SERVICES D'OPTIQUE PVS

Le programme PVS est un service que la Great-West fournit à ses clients par l'entremise du réseau de fournisseurs privilégiés PVS.

Le programme PVS vous permet de réaliser des économies sur un vaste éventail de produits d'optique de qualité et les ajouts (traitement contre les rayures, coût pour teinter le verre) relatifs aux soins de la vue, et ce, lorsque vous faites appel à un opticien ou à un optométriste membre du réseau PVS. Vous pouvez obtenir une réduction du coût de la chirurgie oculaire au laser au sein du réseau PVS.

Le programme PVS vous permet d'obtenir une réduction du coût des appareils auditifs (piles, raccords et embouts auriculaires) lorsque vous achetez ces articles chez un fournisseur du réseau PVS.

Vous êtes admissible aux tarifs réduits PVS que vous soyez ou non inscrit à la garantie Soins médicaux supplémentaires décrite dans le présent livret. Vous et vos personnes à charge admissibles avez la possibilité d'utiliser le réseau PVS autant de fois que vous le désirez.

Pour profiter des services PVS, il vous suffit de procéder comme suit :

- Afin d'obtenir des renseignements sur le réseau PVS et sur le fonctionnement du programme, utilisez la **ligne téléphonique de renseignements PVS** en composant le **1 800 668-6444** ou visitez le site Web du réseau à l'adresse **www.pvs.ca**.
- Prenez un rendez-vous pour un essai, un examen de la vue, une évaluation audiolinguistique ou un test auditif, au besoin.
- Lorsque vient le temps de régler l'achat des produits d'optique ou d'un appareil auditif ou lors de la consultation initiale pour la chirurgie oculaire au laser, présentez la carte d'identité de votre régime d'avantages sociaux afin de confirmer que vous êtes bénéficiaire des services PVS par l'entremise de la Great-West.
- Payez les tarifs réduits PVS. Si vous bénéficiez de la garantie pour soins de la vue ou pour les appareils auditifs à l'égard des produits et services en cause, demandez un reçu et soumettez-le à votre assureur accompagné d'un formulaire d'indemnisation comme vous le faites habituellement.

GARANTIE SOINS DENTAIRES

Vous pouvez avoir à payer une franchise avant d'être remboursé de vos frais de soins dentaires. Tous les frais sont remboursés selon les règlements proportionnels indiqués dans votre **Aperçu des garanties**. L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez l'**Aperçu des garanties** à ce sujet.

Le régime couvre les frais courants engagés pour les soins, fournitures et services ci-dessous, jusqu'à concurrence des honoraires maximums du barème de soins dentaires indiqué dans l'**Aperçu des garanties**. Si les soins sont donnés par un denturologiste, les frais indiqués dans le barème des denturologistes s'appliquent. Le barème des soins relatifs aux hygiénistes dentaires s'applique aux soins donnés par un hygiéniste dentaire indépendant.

Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par l'Association dentaire canadienne, s'il est reconnu comme efficace et si sa nature, sa fréquence et sa durée sont essentielles à la santé dentaire de la personne. Pour être considéré comme raisonnable, le traitement doit être effectué par un dentiste, sous la supervision de celui-ci, par un hygiéniste dentaire indépendant autorisé, ou par un denturologiste.

Vous êtes couverts uniquement à l'égard de l'option que vous avez choisie pour les soins dentaires tels indiqués dans votre **Aperçu de vos garanties**.

La garantie Soins dentaires expire lorsque vous atteignez l'âge de 70 ou à votre retraite, selon la première éventualité ans.

Plan de traitement

- Avant le début de tout traitement dentaire coûteux ou encore de tout traitement orthodontique, faites établir un plan de traitement par votre fournisseur de soins dentaires, puis présentez-le au gestionnaire du régime. Ce dernier calculera les prestations payables pour que vous puissiez connaître à l'avance la part des frais que vous aurez à payer.

Soins ordinaires

Les frais engagés dans les cas suivants sont couverts.

- Services diagnostiques, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Un examen buccal complet une fois tous les neuf mois.
 - Examens buccaux partiels, une fois tous les neuf mois. Toutefois, un seul examen buccal partiel est couvert si un examen buccal complet est effectué dans la même période de 12 mois.
 - Examens parodontaux partiels, une fois tous les neuf mois.
 - Une série complète de radiographies tous les 24 mois.
 - Un maximum de 15 pellicules de radiographies intra-buccales tous les 24 mois et une radiographie panoramique tous les 24 mois. De telles radiographies ne sont pas couvertes lorsqu'elles sont effectuées pendant la même période de 12 mois qu'une série complète de radiographies.

- Soins préventifs, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Polissage des dents et application topique de fluorure, une fois tous les neuf mois.
 - Détartrage des dents, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 unités de temps par année contractuelle lorsque ces soins sont combinés avec le polissage parodontal des racines.

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.
 - Scellants de puits et fissures sur les prémolaires et les molaires permanentes, tous les 60 mois.
 - Mainteneurs d'espace et appareils servant à corriger les mauvaises habitudes.
 - Finition d'obturations.
 - Meulage interproximal des dents.
 - Retouches aux contours des dents.
- Soins de restauration ordinaires, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Traitement des caries et blessures et soulagement de la douleur.
 - Obturations au moyen d'amalgame ou de matériaux esthétiques. Le remplacement d'une obturation existante est couvert uniquement s'il s'est écoulé au moins deux ans depuis la date à laquelle l'obturation existante a été réalisée ou si celle-ci n'était pas couverte aux termes du présent régime.
 - Tenons de rétention et tenons préfabriqués pour obturations.
 - Couronnes préfabriquées pour dents temporaires.
- Soins endodontiques. Une seule série de soins par dent est couverte dans le cas du traitement radiculaire de dents permanentes. Cependant, si un premier traitement n'a pas donné les résultats escomptés 18 mois après le traitement, un deuxième traitement sera couvert.
- Soins parodontaux, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Polissage de la racine, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 unités de temps par année contractuelle lorsque ces soins sont combinés avec le détartrage des dents à titre préventif.
 - Ajustement et équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de quatre unités de temps tous les 12 mois.

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.
- Soins d'entretien de prothèses amovibles, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Rebasage superficiel de prothèses amovibles utilisées depuis au moins six mois, une fois tous les 36 mois.
 - Rebasage complet de prothèses amovibles utilisées depuis au moins deux ans, une fois tous les 36 mois.
 - Base élastique lors du rebasage superficiel ou complet de prothèses amovibles, après la période de trois mois suivant la mise en place, une fois tous les 36 mois.

- Chirurgie buccale.
- Soins complémentaires.

Soins extraordinaires

- Couronnes. En ce qui concerne les couronnes sur les molaires, le régime couvre uniquement le coût de couronnes en métal. Lorsqu'il s'agit de couronnes plus complexes, le régime ne couvre que le coût de couronnes ordinaires.
- Incrustations de surface. En ce qui concerne les incrustations de surface réalisées au moyen de matériaux esthétiques sur les molaires, le régime couvre uniquement le coût des incrustations de surface en métal.

Le remplacement de couronnes et d'incrustations de surface existantes est couvert uniquement lorsque la restauration existante date d'au moins cinq ans et que celles-ci ne peuvent être réparées.

- Prothèses amovibles complètes ordinaires, prothèses amovibles partielles ordinaires (moulées ou en acrylique) ou prothèses hybrides (ou télescopiques) ou ponts, lorsque ces prothèses ou ponts sont nécessaires pour remplacer une ou plusieurs dents naturelles extraites en cours de garantie. Les prothèses hybrides (ou télescopiques) ou ponts sont couverts si la mise en place de prothèses amovibles ordinaires complètes ou partielles ne constitue pas un traitement adéquat. En ce qui concerne les dispositifs de rétention réalisés au moyen de matériaux esthétiques et les pontiques mis en place sur des molaires, le régime couvre uniquement les frais de dispositifs de rétention et de pontiques en métal. Le remplacement d'une prothèse amovible ou d'un pont existants n'est couvert que dans les cas suivants :

- la prothèse ou le pont existants ont été mis en place temporairement et sont couverts;
- la prothèse ou le pont existants sont utilisés depuis au moins cinq ans et ne peuvent plus être réparés. Le remplacement d'une prothèse ou d'un pont existants utilisés depuis moins de cinq ans sera couvert si la prothèse ou le pont en question ne peuvent plus servir par suite de la mise en place d'une première prothèse amovible antagoniste ou de l'extraction d'autres dents en cours de garantie.

Si d'autres dents sont extraites mais que la prothèse ou le pont existants peuvent encore servir, seuls les frais engagés pour le remplacement des dents extraites sont couverts.

- Chirurgie reliée au port d'une prothèse amovible (remodelage et retouches aux contours des tissus buccaux).
- Entretien de prothèses amovibles ou de ponts après l'expiration d'une période de trois mois suivant la mise en place :
 - réfection de prothèses, une fois tous les 36 mois;
 - ajustement de prothèses, une fois tous les 12 mois;
 - réparation de prothèses amovibles et ajouts nécessaires, conditionnement des tissus et repositionnement des dents d'une prothèse amovible;
 - réparation d'un pont couvert;
 - enlèvement et recimentation d'un pont.

Soins orthodontiques

- Soins orthodontiques à l'égard des enfants à charge âgés de 6 à 18 ans au début du traitement.

Protection en cas de blessure accidentelle aux dents

- Traitement d'une blessure accidentelle aux dents naturelles et saines. Le traitement doit commencer dans les 60 jours suivant l'accident si l'état du patient le permet.

On entend par « dent saine » toute dent n'ayant nécessité aucune restauration immédiatement avant l'accident. On entend par « dent naturelle » toute dent n'ayant pas été remplacée par une dent artificielle.

Frais non couverts

Aucune prestation n'est payable au titre des frais ci-dessous.

- Doubles de radiographies, appareils de fluoration ordinaires, conseils d'hygiène bucco-dentaire et conseils en matière de nutrition.
- Soins endodontiques suivants : traitement radiculaire d'une dent temporaire; isolement d'une ou de plusieurs dents, alésage de la chambre pulpaire et implants intracoronaires endo-osseux.
- Soins parodontaux suivants : désensibilisation, application topique d'agents antimicrobiens, irrigation parodontale sous-gingivale, soins post-chirurgicaux et évaluations parodontales après le traitement.
- Soins chirurgicaux suivants : implantologie, déplacement chirurgical de dents, soins nécessaires pour remodeler ou retoucher les contours des tissus buccaux (autres que l'alvéoloplastie mineure, la gingivoplastie et la stomatoplastie) et alvéoloplastie ou gingivoplastie effectuées au moment de l'extraction d'une ou de plusieurs dents. Le remodelage et les retouches aux contours des tissus buccaux sont couverts au titre de la garantie Soins extraordinaires.
- Hypnose ou acupuncture.
- Facettes prothétiques, retouches aux contours de couronnes existantes et coloration de la porcelaine.
- Couronnes ou incrustations de surface lorsque la dent aurait pu être reconstituée autrement. Le remboursement au titre des couronnes, incrustations de surface et en profondeur est limité aux frais couverts pour obturations.
- Prothèses hybrides (ou télescopiques) ou mise en place d'un premier pont lorsqu'un traitement adéquat aurait été possible à l'aide de prothèses amovibles ordinaires (partielles ou complètes).

En ce qui concerne les prothèses hybrides (ou télescopiques), le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour des prothèses amovibles complètes ordinaires.

En ce qui concerne la mise en place d'un premier pont, le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour des prothèses amovibles partielles ordinaires moulées et les frais de restauration de dents piliers lorsqu'une telle restauration est nécessaire pour des raisons autres que la mise en place d'un pont.

Si un autre pont est mis en place sur la même arcade dentaire dans les 60 mois de la mise en place du premier pont, le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour l'ajout d'une ou de plusieurs dents à une prothèse amovible et les frais de restauration de dents piliers lorsqu'une telle restauration est nécessaire pour des raisons autres que la mise en place d'un pont.

Le remboursement est limité aux frais prévus pour des prothèses amovibles ou des ponts ordinaires dans le cas de la mise en place de prothèses équilibrées ou gnathologiques, de prothèses amovibles avec attachements de type amortisseur « stress breaker », d'attachements de précision ou de semi-précision, de prothèses amovibles avec connecteurs de type « swing lock », de prothèses hybrides (ou télescopiques) partielles ou encore de prothèses amovibles ou de ponts attachés à des implants.

- Frais couverts au titre de la garantie de prolongation de la protection d'un autre régime collectif.
- Traitement de blessures accidentelles aux dents effectué plus de 12 mois après l'accident, réparation ou remplacement de prothèses amovibles, soins orthodontiques.
- Frais dont la loi interdit tout remboursement aux termes d'un régime privé.
- Soins, services ou fournitures auxquels vous avez droit gratuitement en vertu d'une loi quelconque ou pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection d'assurance.
- Soins, services et fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins donnés uniquement à des fins d'esthétique.
- Correction de malformations congénitales ou liées à la croissance chez une personne âgée de 19 ans ou plus.
- Diagnostic ou traitement des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, correction de la dimension verticale ou soins nécessaires au soulagement de la douleur myofaciale.
- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection, ou de la participation volontaire à une émeute.

Comment faire une demande de règlement

- Les demandes de règlement visant les **frais engagés au Canada** peuvent être présentées en ligne. Accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M445D (f) à votre employeur, et faites-la remplir par votre fournisseur de soins dentaires. Cette formule remplie contiendra les informations nécessaires pour saisir les données de la demande de règlement en ligne. Afin d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Les demandes de règlement doivent être présentées à la Great-West dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 6 mois après la date des soins.

Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Great-West aux fins d'enregistrement de la transaction, et vous devez les présenter à la Great-West, lorsque celle-ci le demande.

- En ce qui concerne les demandes de règlement pour les **autres frais dentaires**, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M445D (f) à votre employeur. Faites-la remplir par le fournisseur de soins dentaires et retournez-la au Service des indemnités de la Great-West dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date des soins.

COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ (CGDS)

Le Compte de gestion des dépenses santé (CGDS) s'apparente à un compte de banque en ce sens qu'il vous permet d'obtenir le remboursement de frais médicaux et dentaires, jusqu'à concurrence d'un montant de crédits annuels prédéterminé. Votre employeur établit le nombre de crédits pour votre compte avant chaque année de protection. Ils peuvent être affectés au remboursement de frais non couverts au titre de régimes collectifs d'assurance-maladie supplémentaire ou servir à procurer une protection d'appoint relativement à la partie des frais non couverts au titre de tels régimes (notamment les franchises et les règlements proportionnels). De plus, comme les crédits annuels se présentent sous forme de dollars avant impôt, le CGDS constitue une méthode fiscalement avantageuse de payer vos frais médicaux et dentaires.

Admissibilité

Vous et vos personnes à charge êtes admissibles aux crédits du CGDS par l'entremise de votre employeur si vous êtes couvert à l'égard des soins médicaux de base aux termes de votre régime collectif d'assurance-maladie supplémentaire ou de celui de votre conjoint. Outre les personnes à charge admissibles aux termes de votre protection de soins médicaux de base, est également admissible toute autre personne à l'égard de laquelle vous pouvez vous prévaloir d'un crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).

Expiration de la protection

Votre protection au titre du CGDS prend fin à la date d'expiration de votre protection de soins médicaux de base, à la date à laquelle vous mettez fin à votre participation (à toute date d'inscription au régime) ou à la date à laquelle votre employeur met fin à la protection.

La protection de vos personnes à charge au titre du CGDS prend fin à la date d'expiration de votre protection ou à la date à laquelle vos personnes à charge n'y sont plus admissibles, selon la première éventualité.

Frais couverts

La Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) régit les types de frais qui peuvent être remboursés aux termes du CGDS. Fondamentalement, il s'agit des frais qui sont admissibles au crédit d'impôt pour frais médicaux. Pour obtenir la liste complète des frais admissibles, procurez-vous auprès du bureau de district de l'Agence du revenu du Canada un exemplaire du Bulletin d'interprétation en matière d'impôt sur le revenu IT-519R.

Des prestations sont versées pour la totalité des frais couverts que vous et vos personnes à charge engagez pendant que vous êtes couverts relativement à de tels frais, jusqu'à concurrence du plafond de remboursement annuel correspondant aux crédits dans votre CGDS. Les frais pour soins dentaires, à l'exception des soins orthodontiques, sont réputés être engagés à la date marquant la fin du traitement. Les frais pour soins orthodontiques sont réputés être engagés périodiquement pendant toute la durée du traitement. Tous les autres frais sont réputés être engagés à la date à laquelle la personne reçoit les soins, services ou fournitures.

Les crédits sont destinés aux frais couverts engagés au cours de l'année de protection. Les crédits non utilisés sont reportés pour être affectés aux frais couverts engagés au cours de l'année de protection suivante. S'ils ne sont pas affectés à des frais engagés au cours de cette année-là, les crédits sont automatiquement perdus.

Le plafond de remboursement annuel au titre du CGDS correspond aux crédits versés dans le compte pour l'année de protection plus, le cas échéant, les crédits non utilisés reportés de l'année de protection précédente.

Restrictions

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants.

- Frais dont le remboursement aux termes d'un régime privé d'avantages sociaux est interdit par la loi.
- Soins, services ou fournitures auxquels vous avez droit gratuitement en vertu de la loi ou pour lesquels des frais sont facturés uniquement parce que vous êtes couvert aux termes d'un régime privé d'avantages sociaux.
- Toute partie des frais pour soins, services ou fournitures pour laquelle des prestations sont payables aux termes de votre protection de soins médicaux de base, d'un autre régime collectif ou d'un régime de l'État.

Comment faire une demande de règlement

Aux termes du CGDS, vous vous voyez rembourser le solde des frais admissibles une fois que vous avez reçu votre remboursement au titre de tous les autres régimes d'assurance vous couvrant. Vous devez d'abord soumettre vos demandes de règlement à tous les régimes d'assurance publics ou privés aux termes desquels vous ou vos personnes à charge admissibles êtes couverts. Lorsque vous avez reçu votre remboursement au titre de tous les autres régimes vous couvrant, vous pouvez présenter une demande de règlement au titre du CGDS.

Les demandes de règlement au titre du CGDS peuvent être présentées sur une formule d'indemnisation. Les demandes de règlement, visant des frais engagés au Canada relativement aux médicaments sur ordonnance, soins paramédicaux, soins oculaires et soins dentaires, peuvent aussi être présentées en ligne.

- Afin de présenter vos demandes de règlements à l'aide d'une formule, utilisez la formule M5429A(f) ou la formule M445D(f) (CGDS) dans le cas des demandes de règlement pour soins dentaires et, dans le cas de toute autre demande de règlement, la formule M5431A(f) ou la formule M635D(f) (CGDS).
- Afin de présenter vos demandes de règlement en ligne, vous devrez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne, lequel vous avise par courriel du versement de vos prestations. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Great-West aux fins d'enregistrement de la transaction, et vous devez les présenter à la Great-West, lorsque celle-ci le demande.

Les demandes de règlement au titre du CGDS doivent être envoyées au Service des indemnités de la Great-West avant la première à survenir des dates suivantes :

- durant la période entre le 1^{er} août au 31 juillet de chaque année;
- 61 jours suivant la fin de l'année de protection au cours de laquelle les frais ont été engagés;
- la date de résiliation du contrat CGDS, si l'expiration est attribuable au défaut de l'employeur de verser les paiements requis; ou
- 31 jours après la date de résiliation du contrat CGDS, si l'expiration est attribuable à toute autre raison.

COORDINATION DES PRESTATIONS

- Les prestations auxquelles vous ou une personne à votre charge avez droit aux termes du présent régime sont diminuées de celles payables aux termes de tout régime de l'État. De plus, si vous ou une personne à votre charge avez droit à des prestations pour les mêmes frais aux termes du présent régime et de tout autre régime collectif, ou à la fois à titre de salarié et de personne à charge aux termes du présent régime ou encore à titre de personne à charge à la fois du père et de la mère aux termes du présent régime, il y a coordination des prestations de manière que le remboursement total aux termes de tous les régimes ne dépasse pas les frais réels.
- Vous et votre conjoint devez présenter vos demandes de règlement séparément aux termes de vos régimes respectifs. Les demandes visant des enfants à charge doivent être présentées aux termes du régime couvrant le conjoint dont la date de naissance (compte non tenu de l'année) est antérieure à l'autre dans l'année civile. Si vous et votre conjoint êtes séparés ou divorcés, l'ordre de préséance dans la détermination des prestations à l'égard des enfants à charge est le suivant :
 1. régime couvrant le père ou la mère qui a la garde de l'enfant;
 2. régime couvrant le conjoint du père ou de la mère qui a la garde de l'enfant;
 3. régime du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant;
 4. régime du conjoint du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant.

Tout solde des frais non couverts aux termes du régime ayant préséance sur l'autre peut ensuite faire l'objet d'une demande de règlement aux termes du régime de l'autre conjoint.

SERVICES DE DIAGNOSTIC ET DE SOUTIEN LIÉ AU TRAITEMENT (RÉSEAU BEST DOCTORS^{MD})

Ce service est conçu pour permettre l'accès à l'avis de spécialistes, à des ressources, à des renseignements ainsi qu'à des directives cliniques.

Vous, une personne à votre charge ainsi que votre médecin traitant, ou celui d'une des personnes à votre charge, pouvez vous prévaloir de ce service si le médecin pose un diagnostic d'une maladie ou d'une affection physique grave pour laquelle il y a des preuves objectives, ou si la personne couverte ou son médecin traitant soupçonne qu'elle en est atteinte. Le Réseau Best Doctors propose une démarche unique et méthodique afin de répondre aux questions et aux préoccupations relatives à une maladie ou à une affection physique grave. Cette démarche peut inclure la confirmation du diagnostic et la proposition du plan de traitement le plus efficace par un professionnel inscrit dans la base de données mondiale du Réseau Best Doctors, laquelle compte plus de 50 000 spécialistes renommés et reconnus dans leur domaine.

Fonctionnement du service

- Pour accéder aux services de diagnostic et de soutien lié au traitement, il suffit de composer le numéro sans frais 1 877 419-BEST (2378).
- L'appelant est alors mis en communication avec un conseiller qui s'occupe de son dossier et lui apporte son soutien tout au long du processus. Le conseiller recueille tous les renseignements pertinents relativement aux antécédents médicaux de la personne couverte et répond à toutes les questions de l'appelant. Aucune information fournie n'est divulguée à votre employeur ou au gestionnaire de votre régime de soins médicaux.
- En fonction des renseignements fournis, le conseiller détermine le niveau optimal de service à offrir.
- Le conseiller peut fournir des renseignements, des ressources et des conseils personnalisés visant à répondre aux besoins de la personne couverte en matière de santé, et trouver les ressources et les mesures de soutien offertes dans la collectivité.
- Lorsqu'il le juge approprié, le conseiller peut organiser un examen approfondi des dossiers médicaux de la personne couverte afin d'aider à confirmer le diagnostic et à élaborer un plan de traitement. Cet examen peut inclure la collecte, l'analyse et la synthèse des dossiers médicaux, la reprise des tests de spécimens pathologiques et l'analyse des résultats. Un rapport écrit détaillant les conclusions et les recommandations des spécialistes sera acheminé à l'appelant. En général, le processus prend de six à huit semaines. Les échéanciers peuvent varier selon la complexité du cas et le nombre de dossiers médicaux à évaluer.
- Si la personne couverte choisit de recevoir un traitement d'un autre médecin, le conseiller peut l'aider à trouver un spécialiste en mesure de répondre à ses besoins particuliers en matière de soins médicaux. Les frais engagés pour le déplacement et le traitement ne sont pas couverts aux termes du service offert par le Réseau Best Doctors.
- Si la personne couverte décide de se faire traiter à l'extérieur du pays, le conseiller peut lui obtenir les recommandations médicales dont elle a besoin et effectuer les réservations pour l'hébergement. Il peut aussi l'aider à avoir accès à des services hospitaliers et médicaux à des prix réduits, s'occuper de la transmission des renseignements médicaux et suivre de près le processus de traitement. Les frais engagés pour le déplacement et le traitement ne sont pas couverts aux termes du service offert par le Réseau Best Doctors.
- Le conseiller peut trouver un spécialiste du Réseau Best Doctors en mesure de répondre à des questions de base sur les problèmes de santé et les possibilités de traitement. L'appelant recevra les réponses dans un rapport écrit qui lui sera envoyé par courriel.

À noter : Ces services ne sont pas assurés. La Great-West n'est donc pas responsable de la prestation des services, de leurs résultats ou de tout traitement reçu ou demandé y étant lié.