

Ball Packaging Products Canada Corp.

Numéro de la police d'assurance collective : G0037952, G0085237

Régime D1 : Salariés horaires – Whitby

Nom du salarié : _____

Numéro de certificat : _____

Bienvenue à votre régime d'avantages sociaux

Date d'effet du contrat d'assurance collective : 1^{er} juin 2009

La présente brochure a été conçue expressément pour répondre à vos besoins. Elle vous permet d'accéder facilement à tous les renseignements dont vous avez besoin sur les garanties auxquelles vous avez droit.

Les avantages sociaux sont importants, non seulement en raison de l'aide financière qu'ils vous procurent, mais aussi parce qu'ils apportent à votre famille ainsi qu'à vous-même, une sécurité particulièrement appréciable en cas de besoins imprévus.

L'administrateur de votre régime peut vous renseigner sur vos garanties ou vous indiquer la marche à suivre pour présenter une demande de règlement.

Brochure produite le 26 mai 2022

Table des matières

Sommaire des garanties	3
Comment utiliser votre brochure	7
Définition de termes fréquemment utilisés en assurance.....	9
Pourquoi des avantages sociaux?	13
L'administrateur de votre régime	13
Demande d'adhésion	13
Modifications	13
Traitement des demandes de règlement.....	14
Désignation d'un bénéficiaire	14
Comment présenter une demande de règlement.....	14
Versement des prestations – Soins médicaux complémentaires	14
Coordination des prestations – Soins médicaux complémentaires	14
Qui peut bénéficier de la couverture?	17
Admissibilité	17
Preuve d'assurabilité	17
Adhésion tardive	18
Date d'effet de la couverture	18
Cessation de l'assurance	18
Vos avantages sociaux	19
Assurance vie du salarié	19
Soins médicaux complémentaires.....	20
Prolongation de la couverture des survivants.....	33
Indemnité hebdomadaire (Invalidité)	33
Notes	38

Le présent sommaire des garanties fournit des renseignements sur les garanties de votre régime qui sont souscrites auprès de la Financière Manuvie.

Assurance vie du salarié

Montant d'assurance

70 000 \$

Âge de cessation – votre assurance prend fin à votre départ à la retraite.

Soins médicaux complémentaires

La garantie

Vous pouvez renoncer à l'assurance ou choisir l'Option A ou l'Option B.

Prestation maximale globale – 125 000 \$ la vie durant. Chaque 1^{er} janvier, la prestation maximale globale versée par la Financière Manuvie est rétablie, jusqu'à concurrence de 1 000 \$, et ce, jusqu'à ce que vous atteigniez l'âge de 65 ans. Lorsque le maximum à l'égard d'une personne assurée est inférieur d'au moins 1 000 \$ à la prestation maximale globale, cette personne peut demander le rétablissement à hauteur de la prestation maximale globale si elle fournit à la Financière Manuvie des renseignements qui permettent d'établir de manière satisfaisante qu'elle a recouvré la santé.

Ne s'applique pas aux frais suivants :
Soins hospitaliers

Franchise

Sans objet

Pourcentage de remboursement

100 % pour les frais suivants :

- Soins hospitaliers
- Soins de la vue
- Services professionnels
- Services et matériel médicaux (sauf les chaussures orthopédiques ne faisant pas partie d'un appareil orthopédique)
- Médicaments (Option B seulement)

80 % pour les frais suivants :

- Médicaments (Option A seulement, jusqu'à concurrence de la contribution maximale, et 100 % par la suite)

50 % pour les frais suivants :

- Services et matériel médicaux (chaussures orthopédiques ne faisant pas partie d'un appareil orthopédique)

Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un traitement médical reçu d'urgence à l'extérieur de la province/à l'étranger est de 100 %.

Sommaire des garanties

Contribution maximale

Option A seulement

500 \$ par année civile pour la couverture familiale

Âge de cessation – âge du salarié à son départ à la retraite

Régime de médicaments génériques Manuscript 2 –Médicaments prescrits

Sous réserve de la prestation maximale indiquée dans le Tableau des garanties, les frais de médicaments prescrits par un médecin (M.D.), un dentiste ou tout autre professionnel de la santé autorisé à le faire en vertu de la législation provinciale, et dispensés par un pharmacien agréé ou un médecin (M.D.) légalement autorisé à le faire. Comprend les frais pour médicaments injectables, Metamucil, Lactaid, Cromolyn, shampoing Ionil-T, benzoyl (gel nettoyant pour la peau), Therapain (vaporisateur), Viagra, vaccinations et immunisations visant la prévention des maladies infectieuses, agents sclérosants et fournitures nécessaires contre l'incontinence, p. ex. les couches.

- médicaments prescrits par écrit par un médecin ou un dentiste pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure
- contraceptifs oraux, stérilets et diaphragmes
- vitamines hématiniques (vitamines utilisées dans le traitement des maladies sanguines) qui figurent dans le « Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques »
- vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection)
- vitamines vendues sur ordonnance
- médicaments utilisés pour le traitement d'une dysfonction sexuelle
- médicaments contre l'obésité
- produits antibagiques (y compris les produits qui sont homologués par Santé Canada à titre de produits de santé naturels et qui peuvent être vendus au Canada)
- fournitures pour diabétiques (à l'exclusion des tampons d'ouate, de l'alcool à friction, des injecteurs automatiques à pression et d'autres appareils semblables)

Les frais engagés pour ce qui suit sont exclus :

- administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables
- médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe
- frais de médicaments jugés inadmissibles à la suite du processus de diligence raisonnable
- suppléments diététiques, aliments naturels, produits nutritionnels et vitamines (sauf les vitamines injectables et hématiniques) et produits de santé naturels

- Maximums relatifs aux frais de médicaments

Tous les autres frais de médicaments couverts – aucun; les frais sont assujettis à la prestation maximale globale

- Prestation payable

Le remboursement des frais engagés pour des médicaments couverts tient compte de la franchise, du maximum des frais d'exécution d'ordonnance, du pourcentage de remboursement des frais de médicaments et, s'il y a lieu, du maximum.

Le montant des frais remboursables ne pourra dépasser le coût du médicament équivalent moins cher qui peut être légalement utilisé pour exécuter l'ordonnance, selon la liste des médicaments couverts par le régime provincial ou un équivalent moins cher qui donne des résultats semblables sur le plan thérapeutique reconnu par la Financière Manuvie.

La Financière Manuvie peut limiter les frais remboursables au coût d'un médicament interchangeable moins cher au moment de l'achat du médicament.

Lorsqu'il n'existe aucun médicament équivalent moins cher pouvant être utilisé à la place du médicament prescrit, le montant des frais remboursables est égal au coût du médicament prescrit.

- Aucune substitution

Lorsque le médecin ou le dentiste indique sur l'ordonnance que le médicament prescrit ne doit pas être remplacé par un autre, la totalité des frais engagés pour ce médicament sera remboursable si celui-ci est couvert par la présente garantie.

Si la mention « aucune substitution » figure sur votre ordonnance, veuillez demander à votre pharmacien de l'indiquer sur le reçu. Vous pourrez ainsi recevoir la prestation maximale à laquelle vous avez droit lorsque vous présenterez votre demande de règlement à la Financière Manuvie.

- Règlement des frais de médicaments

Lorsque vous présentez votre carte médicaments à votre pharmacien, celui-ci peut vérifier immédiatement quels médicaments sont couverts par le régime. Lorsque vous présentez votre carte médicaments à tiers payant au moment de l'achat, vous et les personnes à votre charge n'avez pas à payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures prescrits.

La carte est acceptée par les pharmaciens participants qui affichent la vignette ayant trait au programme de médicaments à tiers payant.

Pour obtenir les médicaments ou fournitures couverts qui vous ont été prescrits, vous devez :

- présenter votre carte médicaments au pharmacien au moment de l'achat; et
- acquitter la partie des frais qui n'est pas couverte au titre de la présente garantie.

Vous devrez payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits au moment de leur achat :

- si vous ne trouvez pas de pharmacie participante;
- si vous n'avez pas votre carte médicaments;
- si les médicaments qui vous ont été prescrits ne peuvent pas être payés avec votre carte médicaments.

Pour de plus amples renseignements sur les modalités de remboursement des frais de médicaments que vous avez réglés, veuillez vous adresser à l'administrateur de votre régime.

Sommaire des garanties

Soins de la vue

- examens de la vue, à raison d'un examen par période de 24 mois
- achat et ajustement de lunettes d'ordonnance ou de lentilles cornéennes, ainsi que les réparations, ou interventions au laser visant à corriger la vue, jusqu'à concurrence de 275 \$ par période de 24 mois
- entraînement visuel, jusqu'à concurrence de 200 \$ la vie durant

Services professionnels

Services offerts par les praticiens diplômés suivants :

- Chiropraticien – 500 \$ par année civile pour l'ensemble des honoraires du chiropraticien et du massothérapeute
- Massothérapeute – 500 \$ par année civile pour l'ensemble des honoraires du chiropraticien et du massothérapeute
- Orthophoniste – aucun; les frais sont assujettis à la prestation maximale globale
- Physiothérapeute – aucun; les frais sont assujettis à la prestation maximale globale
- Ergothérapeute – aucun; les frais sont assujettis à la prestation maximale globale

Indemnité hebdomadaire (Invalidité)

Montant de la garantie

À compter du 1^{er} décembre 2017 : 595 \$

À compter du 1^{er} décembre 2019 : 625 \$

À compter du 1^{er} décembre 2020 : 650 \$

À compter du 7 juin 2022 : 700 \$

Période d'attente – aucune, si l'invalidité est attribuable à un accident; quatre jours civils, si l'invalidité est attribuable à une maladie

- Si vous êtes hospitalisé en raison d'une maladie avant la fin de la période d'attente, le service de l'indemnité commence dès le premier jour d'hospitalisation.

Période maximale d'indemnisation – 78 semaines

Âge de cessation – âge du salarié à son départ à la retraite

Conçue pour répondre à vos besoins

La présente brochure fournit les renseignements dont vous avez besoin sur votre régime d'avantages sociaux et a été conçue expressément pour répondre à VOS besoins. Elle comprend :

- une table des matières détaillée vous permettant de trouver rapidement les renseignements que vous cherchez;
- une brève définition de certains termes fréquemment utilisés en assurance dans la présente brochure;
- une explication claire et précise de vos avantages sociaux;
- les renseignements dont vous avez besoin pour présenter une demande de règlement.

Avis important

La présente brochure a pour objectif d'expliquer dans les grandes lignes les garanties auxquelles vous avez droit à titre de salarié de Ball Packaging Products Canada Corp. Les renseignements qu'elle contient ne font que résumer les dispositions de la police d'assurance collective pour l'assurance vie du salarié, l'assurance Soins médicaux complémentaires et l'assurance Indemnité hebdomadaire. S'il y avait divergence entre la brochure et la police (que vous pouvez consulter en vous adressant à votre employeur), la police aurait préséance.

La brochure n'est fournie qu'à titre de renseignement, ne confère aucun droit et n'impose aucune obligation.

Le simple fait de posséder cette brochure ne signifie aucunement que vous ou les personnes à votre charge êtes couverts. La police doit être en vigueur et vous devez répondre à toutes ses exigences.

Sous réserve de la loi applicable, vous ou toute personne présentant une demande de règlement au titre de la police, avez le droit de demander une copie des documents suivants :

- la police,
- votre demande d'adhésion au régime,
- toute preuve d'assurabilité que vous avez produite à l'appui de votre demande d'adhésion.

Dans le cas d'une personne présentant une demande de règlement, l'accès aux documents précités est restreint à ce qui est pertinent dans le cadre de la présentation, ou du refus, de cette demande au titre de la police.

La Financière Manuvie se réserve le droit de vous facturer ces copies après votre première demande.

Nous vous recommandons de lire attentivement la présente brochure, puis de la conserver en lieu sûr avec tous vos autres documents importants.

Comment utiliser votre brochure

Votre carte d'avantages sociaux

Le document le plus important qui puisse être établi à votre nom dans le cadre du régime d'avantages sociaux est votre carte d'avantages sociaux. C'est le seul document qui témoigne de votre participation au régime. Avant qu'on vous admette à l'hôpital ou qu'on vous fournisse des soins dentaires ou médicaux, il se pourrait qu'on exige le numéro de votre police ou de votre certificat personnel.

Il vous faudra aussi indiquer ces numéros CHAQUE FOIS que vous adresserez des documents à la Financière Manuvie. Pour retrouver plus facilement le numéro de votre certificat, vous pouvez l'inscrire sur la couverture de la présente brochure.

Votre carte d'avantages sociaux constitue un important document. Ayez-la toujours à portée de la main.

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

Nous vous donnons ici une définition de certains termes fréquemment utilisés dans la présente brochure.

Autorisation préalable

Mécanisme de gestion des demandes de règlement qui s'applique à une liste définie de médicaments, de fournitures, de soins ou de services pour déterminer leur admissibilité selon des critères cliniques prédéfinis et une évaluation pharmacoéconomique ou une analyse coût-efficacité.

Autorisé, diplômé

La situation d'une personne légalement autorisée à exercer sa profession en vertu d'un permis ou d'un certificat délivré par l'autorité compétente à l'endroit où les services sont fournis.

Contribution maximale

La partie des frais remboursables, comprenant les franchises et la quote-part, que vous devez payer avant que les frais ne soient remboursables à 100 %.

Diligence raisonnable

Processus utilisé par la Financière Manuvie pour évaluer de nouveaux médicaments, les nouvelles indications de médicaments existants, des soins, des services ou des fournitures dans le but de déterminer leur admissibilité au titre du régime. Ce processus s'appuie sur les principes de la pharmacoéconomie, sur les renseignements de référence des analyses coût-efficacité des listes de médicaments fédérales ou provinciales, sur les normes reconnues de pratique clinique ou sur les recommandations des organismes consultatifs.

Distributeurs exclusifs

Fournisseurs approuvés par la Financière Manuvie.

Équivalent moins cher

Si au moins deux médicaments, ou deux types de fournitures, de soins ou de services peuvent donner des résultats semblables sur le plan thérapeutique, ou que les lignes directrices en matière de prescription indiquent que les médicaments, fournitures, soins ou services équivalents doivent être essayés en premier, l'équivalent moins cher sera remboursé.

Frais couverts

Frais qui seront pris en considération dans le calcul du paiement exigible au titre de vos garanties Soins médicaux complémentaires et Soins dentaires.

Frais raisonnables et habituels

Le moins élevé des montants suivants :

- le prix courant qui, selon la Financière Manuvie, est demandé pour un service ou un article identique ou comparable dans la région où les frais sont engagés;
- le montant figurant dans le barème des honoraires établi par l'association professionnelle pertinente; ou
- le prix maximal fixé par la loi applicable.

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

Franchise

La partie des frais couverts que vous ou les personnes à votre charge devez assumer avant que des prestations puissent être versées par la Financière Manuvie.

Maximum sans attestation médicale

Montant au-dessus duquel vous devez fournir une attestation médicale satisfaisante à la Financière Manuvie.

Médicament

Produit dont l'usage est approuvé par Santé Canada et auquel est attribué un code d'identification (DIN).

Médicament interchangeable

« Médicament interchangeable » s'entend entre autres de ce qui suit :

- tout produit générique équivalant au médicament de marque qui est jugé interchangeable selon la loi applicable dans la province où l'ordonnance est exécutée;
- un médicament qui contient le même ingrédient actif qui n'a pas été jugé interchangeable dans la province où l'ordonnance est exécutée, mais qui a été reconnu comme interchangeable par la Financière Manuvie.

Médicaments de soutien vital

Médicaments vendus sans ordonnance qui sont nécessaires au maintien de la vie.

Méthode de traitement expérimentale

Méthode non reconnue comme étant efficace, appropriée et essentielle dans le cadre du traitement d'une blessure ou d'une maladie.

Nécessaire du point de vue médical

Accepté et reconnu par le corps médical canadien et la Financière Manuvie comme étant un traitement efficace, approprié et essentiel dans le cadre d'une maladie ou d'une blessure. Après avoir exercé une diligence raisonnable, la Financière Manuvie se réserve le droit de déterminer si le médicament, le soin, le service ou les fournitures sont couverts au titre du régime.

Observance thérapeutique

Utilisation des médicaments, des soins, des services et des fournitures prescrits de la façon recommandée et aux fins prévues.

Organisme consultatif

Experts externes approuvés par la Financière Manuvie qui peuvent fournir à la Financière Manuvie des recommandations fondées sur une évaluation pharmacoéconomique ou une analyse coût-efficacité.

Période probatoire

Période continue de service que vous devez accomplir pour le compte de votre employeur pour avoir droit aux avantages sociaux.

Personne à charge

Votre conjoint ou enfant assuré au titre du régime provincial.

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

- Conjoint

Votre conjoint légitime, ou une personne avec qui vous vivez une relation de couple de façon continue depuis au moins 12 mois, ou depuis moins de 12 mois si un enfant est né de cette relation.

Un seul conjoint sera admissible à l'assurance prévue par la présente police, soit celui que vous avez indiqué dans votre demande d'adhésion à l'assurance. Si ce renseignement ne figure pas sur votre demande, la personne répondant en dernier à la définition de conjoint est considérée comme le conjoint admissible.

- Enfant

- Un enfant naturel ou adopté ou un enfant du conjoint qui :
 - n'est pas marié;
 - est âgé de moins de 21 ans ou est un étudiant à temps plein;
 - ne travaille pas à temps plein; et
 - n'est pas admissible à l'assurance à titre de salarié aux termes du présent régime ou de tout autre régime d'avantages sociaux.
- Un enfant qui est atteint d'incapacité à la date à laquelle sa couverture arriverait normalement à échéance continuera d'être considéré comme une personne à charge admissible. Toutefois, l'enfant doit être assuré par le présent régime d'avantages sociaux immédiatement avant cette date.

L'enfant est considéré comme atteint d'incapacité s'il n'est pas à même d'exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison d'un handicap physique ou mental, il dépend de vous pour ses besoins et sa subsistance.

La Financière Manuvie peut exiger une preuve par écrit de l'état de santé de la personne à charge aussi souvent que cela s'avérera raisonnablement nécessaire.

- Pour être admissible, l'enfant du conjoint doit habiter avec vous.
- Un nouveau-né est admissible à la couverture dès l'âge de 24 heures.

Pharmacoeconomie

Discipline scientifique qui évalue la valeur des médicaments pharmaceutiques, des services cliniques ou des fournitures. Cette discipline tient notamment compte des évaluations cliniques, de l'analyse des risques, de la valeur économique et des conséquences en matière de coût pour les régimes. Les études pharmacoéconomiques servent à guider la répartition optimale des ressources de soins de santé, d'une façon normalisée et basée sur des données scientifiques, selon les modalités fixées par la Financière Manuvie.

Pourcentage de remboursement

Pourcentage des frais couverts qui est payable par la Financière Manuvie.

Proche parent

Vous-même, votre conjoint ou votre enfant; votre père ou votre mère, ou le père ou la mère de votre conjoint; votre frère ou votre sœur, ou le frère ou la sœur de votre conjoint.

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

Produits de santé naturels

Produits qui sont homologués par Santé Canada à titre de produits de santé naturels et qui peuvent être vendus au Canada.

Programmes d'aide aux patients

Programme qui offre un service d'aide pour vous ou vos personnes à charge à qui des médicaments, des fournitures, des soins ou des services particuliers ont été prescrits. Les fabricants et les distributeurs peuvent offrir des programmes d'aide aux patients qui comprennent une aide financière, ainsi que des services d'information et de formation.

Programmes de gestion des maladies

Approche de la santé qui enseigne aux patients la façon de gérer une maladie chronique. Système de coordination des interventions et des communications liées aux soins de santé à l'intention des patients souffrant d'affections nécessitant des efforts considérables de leur part pour gérer leur maladie (autosoins).

Régime provincial

Tout régime public prévoyant des prestations d'hospitalisation, médicales ou dentaires, établi par le gouvernement de la province où réside la personne assurée.

Salle

Une chambre d'hôpital comptant trois lits ou plus, destinée à héberger les patients.

Pourquoi des avantages sociaux?

Les régimes offerts par le gouvernement peuvent couvrir des frais médicaux de base comme les frais d'hospitalisation et les honoraires de médecins et, en cas d'invalidité, ces régimes (par exemple : l'assurance-emploi, le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, la *Loi sur l'indemnisation des accidents du travail*) peuvent également offrir une certaine aide financière.

Il est bon de savoir que les régimes gouvernementaux n'offrent qu'une garantie de base et que devoir assumer des frais médicaux ou être atteint d'une invalidité peut entraîner des difficultés financières pour vous et votre famille.

Des régimes privés qui offrent une protection contre la maladie et l'invalidité viennent s'ajouter aux régimes gouvernementaux et peuvent offrir des garanties que ces derniers ne renferment pas, permettant ainsi à votre famille et à vous-même de jouir d'une sécurité au moment où vous en avez le plus besoin.

Ball Packaging Products Canada Corp. s'est jointe à la Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers pour vous offrir votre régime d'assurance collective.

L'administrateur de votre régime

Il incombe à l'administrateur de votre régime de veiller à ce que tous les salariés soient couverts au titre des garanties auxquelles ils ont droit. Pour ce faire, il devra verser les primes voulues, signaler les nouvelles adhésions, les cessations d'emploi et les modifications et tenir tous les dossiers à jour.

En tant que participant au régime d'avantages sociaux, il vous appartient de fournir à l'administrateur de votre régime tous les renseignements dont il a besoin pour accomplir sa tâche.

L'administrateur de votre régime est _____
Numéro de téléphone : _____

Veillez inscrire le nom de l'administrateur de votre régime et son numéro de téléphone dans l'espace prévu à cette fin.

Demande d'adhésion

Pour présenter une demande d'adhésion, vous devez présenter le formulaire « Demande d'adhésion ou de réadhésion » que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime. Ce dernier se chargera de faire parvenir votre formulaire à la Financière Manuvie.

Modifications

Afin de maintenir à jour nos renseignements sur votre couverture et celle des personnes à votre charge, il est essentiel que vous communiquiez tout changement à l'administrateur de votre régime. Il peut s'agir :

- d'un changement à la couverture des personnes à charge;
- d'un changement de bénéficiaire;
- d'une demande d'adhésion à une garantie que vous avez précédemment refusée;
- d'un changement de nom.

Pour apporter de telles modifications, vous devez remplir le formulaire « Demande de modification » que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime.

Traitement des demandes de règlement

Désignation d'un bénéficiaire

La Financière Manuvie n'accepte pas de désignations de bénéficiaire pour d'autres garanties que l'assurance vie du salarié.

Le présent régime renferme une disposition qui révoque ou limite le droit de la personne assurée par une assurance vie collective de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables.

Comment présenter une demande de règlement

Tous les formulaires de demande de règlement, que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime, doivent être dûment remplis, signés et datés. N'oubliez pas de toujours indiquer le numéro de votre police et de votre certificat (qui figurent sur votre carte d'avantages sociaux) afin d'éviter que le traitement de votre demande ne soit retardé inutilement.

L'administrateur de votre régime peut vous aider à remplir les formulaires et vous renseigner sur le traitement des demandes et sur votre régime d'avantages sociaux.

Vous ne pouvez tenter aucune action en justice contre la Financière Manuvie dans les 60 jours qui suivent la production des preuves comme il est indiqué à la section Présentation des demandes de règlement. Les actions ou instances en recouvrement des sommes payables au titre du régime intentées contre la Financière Manuvie sont irrecevables sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable.

Versement des prestations – Soins médicaux complémentaires

Après avoir traité la demande de règlement, la Financière Manuvie vous fera parvenir un relevé de règlement.

La partie supérieure du formulaire résume la ou les demandes de règlement présentées, la somme retenue pour les besoins de la franchise et le pourcentage de remboursement ayant servi au calcul des prestations auxquelles vous avez droit. Si vous avez des questions à propos de la somme versée, l'administrateur de votre régime pourra vous fournir des explications.

La partie inférieure du formulaire constitue le chèque de remboursement, le cas échéant. Il vous suffit de le détacher en suivant le pointillé et de l'endosser pour pouvoir ainsi l'encaisser dans n'importe quelle banque à charte ou société de fiducie.

Vous devriez normalement recevoir le remboursement dans les trois semaines suivant la date de présentation de votre demande à la Financière Manuvie. Si vous n'avez rien reçu dans ce délai, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime.

Coordination des prestations – Soins médicaux complémentaires

Si vous ou les personnes à votre charge bénéficiez d'une couverture similaire au titre d'un autre régime, il en sera tenu compte lorsque viendra le temps de déterminer le montant des frais payables au titre du présent régime.

Cette méthode est connue sous le nom de « coordination des prestations ». Elle prévoit le remboursement, au titre de l'ensemble des régimes, des frais engagés pour des soins médicaux ou des soins dentaires couverts, jusqu'à concurrence de 100 % de ces frais.

Traitement des demandes de règlement

Régime s'entend de :

- tout autre programme d'assurance collective;
- toute autre entente prise pour couvrir les personnes d'un groupe; et
- toute assurance voyage individuelle.

Le terme « régime » n'englobe ni l'assurance scolaire ni les régimes provinciaux.

Ordre de préséance des régimes

Divers facteurs servent à déterminer quel régime sera considéré comme étant celui de l'« assureur principal » (c'est-à-dire à qui il revient de régler en premier les frais remboursables) et quel régime relèvera de l'« assureur secondaire » (c'est-à-dire à qui il revient de régler le solde des frais remboursables).

- Si l'autre régime ne prévoit pas la coordination des prestations, il sera considéré comme celui de l'assureur principal, c'est-à-dire à qui il revient de régler en premier les frais remboursables.
- Si l'autre régime prévoit la coordination des prestations, les règles suivantes s'appliquent afin de déterminer quel est le régime de l'assureur principal.

- Frais engagés pour vous ou votre conjoint à charge :

Les prestations seront versées au titre du régime qui vous couvre, vous ou votre conjoint à charge, en tant que salarié ou participant avant le régime qui vous couvre en tant que personne à charge.

Lorsque vous ou votre conjoint êtes couverts en tant que salarié ou participant au titre de plus d'un régime, l'ordre de paiement des prestations sera déterminé comme suit :

- en premier lieu, le régime au titre duquel la personne est un salarié actif à temps plein,
- en deuxième lieu, le régime au titre duquel la personne est un salarié actif à temps partiel, et enfin,
- le régime au titre duquel la personne est couverte en tant que personne retraitée.

- Frais engagés pour un enfant à votre charge :

Le régime qui couvre le parent dont l'anniversaire de naissance (jour et mois) survient le premier au cours de l'année civile est le régime principal. Si l'anniversaire de naissance des deux parents est le même, le régime principal est celui du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.

Cependant, si vous et votre conjoint êtes séparés ou divorcés, l'ordre suivant s'impose :

- le régime du parent ayant la garde de l'enfant, puis
- en deuxième lieu, le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant (par exemple si le parent ayant la garde de l'enfant se remarie ou a un conjoint de fait, les prestations à l'égard de l'enfant à charge seront versées au titre du régime du nouveau conjoint),
- le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant, puis
- le régime du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant (par exemple, si le parent n'ayant pas la garde de l'enfant se remarie ou a un conjoint de fait, les prestations à l'égard de l'enfant à charge seront versées au titre du régime du nouveau conjoint).

Traitement des demandes de règlement

- Lorsque vous et votre conjoint partagez la garde de l'enfant (garde partagée), le régime qui couvre le parent dont l'anniversaire de naissance (jour et mois) survient le premier au cours de l'année civile est le régime principal. Si l'anniversaire de naissance des deux parents est le même, le régime principal est celui du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.
- En ce qui concerne les demandes de règlement portant sur les traitements de blessures accidentelles aux dents naturelles, les régimes de soins médicaux couvrant les traitements dentaires effectués par suite d'un accident ont préséance sur les régimes d'assurance dentaire.
- Si les règles précédentes ne permettent pas d'établir l'ordre de préséance des régimes, les prestations seront calculées de façon proportionnelle entre les divers régimes par rapport aux sommes qui auraient été versées au titre de chaque régime comme s'il n'existait aucune clause de coordination des prestations.
- Si la personne visée est également couverte au titre d'une assurance voyage individuelle, la coordination des prestations se fera conformément aux directives fournies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

Présentation des demandes assujetties à la coordination des prestations

Voici la marche à suivre pour la présentation des demandes où la coordination des prestations entre en jeu :

- Conformément à la section sur la détermination de l'ordre de paiement des prestations, déterminez d'abord lequel des régimes est celui de l'assureur principal et lequel est celui de l'assureur secondaire.
- Présentez tous les formulaires de demande et les reçus originaux nécessaires à l'assureur principal.
- Conservez une photocopie de chaque reçu ou demandez à l'assureur principal de vous retourner les reçus originaux une fois que votre demande aura été réglée.
- Une fois que l'assureur principal aura réglé votre demande, vous recevrez un relevé de règlement. Présentez à l'assureur secondaire ce relevé en même temps que tous les formulaires de demande et reçus nécessaires à un nouvel examen de votre demande, le cas échéant.

Qui peut bénéficier de la couverture?

Admissibilité

Pour être admissible aux avantages sociaux, vous devez :

- être un salarié horaire permanent actif de Ball Packaging Products Canada Corp. travaillant à temps plein à l'usine de Whitby, en Ontario, et travailler au moins le nombre d'heures exigé,
- appartenir à une division admissible,
- ne pas avoir atteint l'âge de cessation,
- être domicilié au Canada,
- être couvert au titre du régime d'assurance maladie provincial, et
- avoir accompli la période probatoire.

Le salarié devient admissible à l'assurance à la plus éloignée des dates suivantes :

- la date d'effet; ou
- le premier jour du mois suivant la date d'embauche.

Couverture Médicaments (Option B)

La couverture d'un salarié à l'égard des Médicaments (Option B) prendra effet à la plus éloignée des dates suivantes :

- a) date à laquelle le salarié devient admissible;
- b) date à laquelle le salarié fait une demande par écrit dans les 31 jours de la date d'admissibilité; et
- c) le 1^{er} janvier de l'année suivant la réception de la demande par écrit du salarié à l'égard de prélèvements par retenues salariales.

L'âge de cessation et la période probatoire peuvent varier d'une garantie à l'autre. Vous trouverez ce genre de renseignement dans la section intitulée « Vos avantages sociaux ».

Les personnes à votre charge ont droit à la couverture le jour où vous y devenez admissible ou le jour où vous avez la charge d'une personne pour la première fois, selon la dernière éventualité. Toutefois, vous devez présenter une demande d'adhésion à l'assurance pour vous-même afin que les personnes à votre charge soient admissibles à l'assurance.

Nombre d'heures exigé

Salariés à temps plein : horaire régulier d'au moins 25 heures par semaine.

Preuve d'assurabilité

Une attestation médicale est nécessaire pour toute couverture en excédent du maximum sans attestation médicale.

Pour toutes les garanties, une attestation médicale est également nécessaire en cas de demande d'adhésion tardive pour toute personne.

Qui peut bénéficier de la couverture?

Adhésion tardive

Si vous voulez adhérer à certaines garanties auxquelles vous aviez renoncé parce que vous bénéficiez d'une couverture similaire au titre du régime de votre conjoint, l'adhésion est considérée comme tardive dans les cas suivants :

- vous présentez votre demande plus de 31 jours après la cessation de l'assurance au titre du régime de votre conjoint; ou
- vous présentez une demande et l'assurance au titre du régime de votre conjoint est toujours en vigueur.

Pour présenter une attestation médicale, remplissez le formulaire « Preuve d'assurabilité » que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime. La Financière Manuvie se réserve le droit d'exiger des attestations médicales supplémentaires.

Date d'effet de la couverture

- Lorsqu'une preuve d'assurabilité n'est pas exigée, vos avantages sociaux entrent en vigueur à la date à laquelle vous y devenez admissible.
- Lorsqu'une preuve d'assurabilité est exigée, votre couverture entre en vigueur le jour de votre admissibilité ou le jour où la Financière Manuvie approuve cette attestation, s'il est postérieur.

L'assurance n'entrera en vigueur que si vous êtes un salarié effectivement au travail. Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre assurance devrait normalement entrer en vigueur, celle-ci entrera en vigueur le jour de votre retour au travail.

L'assurance des personnes à votre charge entre en vigueur le jour où ces dernières y deviennent admissibles. Par contre, si une attestation médicale est exigée à leur égard, la couverture n'entrera en vigueur que le jour où la Financière Manuvie approuvera cette attestation.

L'assurance des personnes à votre charge n'entrera pas en vigueur avant la date d'effet de votre assurance.

Cessation de l'assurance

Votre assurance prendra fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous cessez d'être un salarié admissible
- la date à laquelle vous cessez d'être effectivement au travail, à moins que la police d'assurance collective ne prévoie la prolongation de votre couverture
- la date à laquelle votre employeur met fin à votre couverture
- la date de votre entrée à temps plein dans les forces armées de tout pays
- la date de résiliation de la police d'assurance collective ou de cessation de la couverture de la division à laquelle vous appartenez
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de cessation
- la date de votre décès

L'assurance des personnes à votre charge prendra fin en même temps que votre propre assurance ou dès que celles-ci cesseront d'être à votre charge.

Assurance vie du salarié

Si vous décédez pendant que votre assurance est en vigueur, cette garantie procure à votre bénéficiaire un soutien financier. Si votre bénéficiaire décède avant vous ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, la prestation est versée à vos ayants droit.

La garantie

Montant d'assurance

70 000 \$

Maximum sans attestation médicale

70 000 \$

Âge de cessation – votre assurance prend fin à votre départ à la retraite.

Période probatoire

- premier jour du mois suivant la date d'embauche dans le cas des salariés engagés à la date d'effet de la police d'assurance collective ou avant cette date.
- premier jour du mois suivant la date d'embauche dans le cas de tous les autres salariés.

Désignation d'un bénéficiaire

Vous avez le droit de désigner un bénéficiaire ou de modifier votre désignation, sous réserve de la loi applicable. Vous pouvez obtenir les formulaires nécessaires auprès de l'administrateur de votre régime.

Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire pour vous assurer qu'elle correspond à vos intentions actuelles.

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement d'assurance vie du salarié, votre bénéficiaire doit remplir le formulaire « Déclaration de sinistre-décès » qu'il pourra se procurer auprès de l'administrateur de votre régime.

Les documents qui doivent être présentés en même temps que le formulaire sont énumérés dans ce dernier.

Les formulaires de déclaration de sinistre doivent être présentés, dûment remplis, dans les 90 jours qui suivent le décès.

Droit de transformation

En cas de cessation ou de réduction de votre couverture, il se pourrait que vous ayez le droit de transformer votre assurance vie du salarié en assurance individuelle, sans avoir à présenter d'attestation médicale. Vous devez faire parvenir votre demande de transformation, accompagnée de la première prime mensuelle, dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction. Si vous décédez au cours du délai de transformation de 31 jours, le capital d'assurance transformable est versé à votre bénéficiaire ou à vos ayants droit, que vous ayez ou non présenté une demande de transformation.

Pour plus de renseignements sur le droit de transformation, consultez l'administrateur de votre régime. Selon la province, des règles différentes peuvent s'appliquer.

Vos avantages sociaux

Soins médicaux complémentaires

Si vous ou les personnes à votre charge engagez des frais couverts parmi ceux énumérés ci-après, vous aurez peut-être droit à une aide financière au titre de la garantie Soins médicaux complémentaires.

Le paiement de frais couverts est limité au montant des prestations maximales figurant sous la rubrique « La garantie » et dans la liste des frais couverts.

Les sommes prises en compte dans le calcul de la prestation maximale correspondent aux sommes versées après déduction de la franchise et l'application du pourcentage de remboursement ou de toute autre clause applicable.

Garantie Médicaments et Services pharmaceutiques pour les personnes domiciliées au Québec

Les régimes d'avantages sociaux prévoyant une garantie Médicaments pour les personnes domiciliées au Québec doivent répondre à certaines exigences de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec (Loi sur l'assurance médicaments et Loi sur l'assurance maladie et modifiant diverses dispositions législatives). Si vous et les personnes à votre charge êtes domiciliés au Québec, les clauses précisées à la section Garantie Médicaments et Services pharmaceutiques pour les personnes domiciliées au Québec s'appliqueront à votre garantie Médicaments.

La garantie

Vous pouvez renoncer à l'assurance ou choisir l'Option A ou l'Option B.

Prestation maximale globale – 125 000 \$ la vie durant. Chaque 1^{er} janvier, la prestation maximale globale versée par la Financière Manuvie est rétablie, jusqu'à concurrence de 1 000 \$, et ce, jusqu'à ce que vous atteigniez l'âge de 65 ans. Lorsque le maximum à l'égard d'une personne assurée est inférieur d'au moins 1 000 \$ à la prestation maximale globale, cette personne peut demander le rétablissement à hauteur de la prestation maximale globale si elle fournit à la Financière Manuvie des renseignements qui permettent d'établir de manière satisfaisante qu'elle a recouvré la santé.

Ne s'applique pas aux frais suivants :
Soins hospitaliers

Franchise

Sans objet

Pourcentage de remboursement

100 % pour les frais suivants :

- Soins hospitaliers
- Soins de la vue
- Services professionnels
- Services et matériel médicaux (sauf les chaussures orthopédiques ne faisant pas partie d'un appareil orthopédique)
- Médicaments (Option B seulement)

80 % pour les frais suivants :

- Médicaments (Option A seulement, jusqu'à concurrence de la contribution maximale, et 100 % par la suite)

50 % pour les frais suivants :

- Services et matériel médicaux (chaussures orthopédiques ne faisant pas partie d'un appareil orthopédique)

Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un traitement médical reçu d'urgence à l'extérieur de la province/à l'étranger est de 100 %.

Contribution maximale

Option A seulement

500 \$ par année civile pour la couverture familiale

Âge de cessation – âge du salarié à son départ à la retraite

Période probatoire

- premier jour du mois suivant la date d'embauche dans le cas des salariés à temps plein engagés à la date d'effet de la police d'assurance collective ou avant cette date.
- premier jour du mois suivant la date d'embauche dans le cas de tous les autres salariés à temps plein.

Frais couverts

Les frais précisés sont couverts pourvu qu'ils soient raisonnables et habituels, selon la Financière Manuvie, et qu'ils soient :

- jugés nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure et recommandés par un médecin;
- engagés pour le traitement d'une personne couverte, en cours de garantie, au titre du présent régime d'avantages sociaux;
- raisonnables compte tenu de tous les facteurs;
- non remboursables au titre du régime provincial ou de tout autre régime gouvernemental;
- assurables en vertu de la loi;
- liés à des médicaments, des fournitures, des soins ou des services reçus selon l'usage prescrit ou recommandés par un médecin;
- associés à toute fourniture ou à tout médicament, service ou soin assujéti au processus de diligence raisonnable, que le processus ait été effectué et que la fourniture, le médicament, le soin ou le service soit admissible au titre du régime en date de l'approbation, selon les modalités fixées par la Financière Manuvie et comme indiqué à votre employeur, s'il y a lieu.

Dans le cas où les soins, les services, les traitements et les fournitures cessent d'être couverts, en tout ou en partie, par un régime provincial, un programme ou un régime public ou encore un programme prévu par la loi, les frais qui ne sont plus couverts par le régime ou le programme en question ne seront pas remboursables d'office au titre du présent régime. Au moment du changement, une évaluation sera faite en vue de déterminer si les frais sont remboursables.

Le présent régime ne prend pas automatiquement en charge l'ensemble des médicaments, des soins, des services et des fournitures. Les nouveaux médicaments, les nouvelles indications de médicaments existants, les soins, les services et les fournitures sont passés en revue par la Financière Manuvie conformément au processus de diligence raisonnable. À la fin du processus, la Financière Manuvie prend l'une des décisions suivantes : couvrir, couvrir en utilisant des critères d'autorisation préalable, exclure ou appliquer des plafonds de remboursement.

Vos avantages sociaux

La Financière Manuvie tient à jour une liste de médicaments, de soins, de services et de fournitures qui nécessitent une autorisation préalable. L'autorisation préalable vise à vérifier si le traitement prescrit est nécessaire du point de vue médical. Lorsqu'il existe un traitement équivalent moins cher, ou que les lignes directrices en matière de prescription indiquent que les médicaments équivalents doivent être essayés en premier, vous ou la personne à votre charge admissible devrez d'abord essayer le traitement équivalent, à moins qu'il n'y ait une contre-indication médicale au traitement équivalent.

Si elle le juge approprié, la Financière Manuvie demandera au médecin des renseignements médicaux, des résultats de test ou d'autres documents pour déterminer l'admissibilité du médicament, du soin, du service ou des fournitures.

S'il y a lieu, la Financière Manuvie peut vérifier si vous ou les personnes à votre charge faites appel aux réseaux de distribution exclusifs de la Financière Manuvie pour l'achat de médicaments, de soins, de services ou de fournitures. La Financière Manuvie peut refuser de rembourser les frais de médicaments, de soins, de services ou de fournitures obtenus d'un fournisseur ne faisant pas partie du réseau de distribution exclusif.

Observance thérapeutique

La non-observance thérapeutique peut faire en sorte que les médicaments, les soins, les services ou les fournitures n'ouvrent plus droit à un remboursement.

Programmes d'aide aux patients

La Financière Manuvie peut exiger que vous ou les personnes à votre charge vous inscrivez et participiez à tout programme d'aide aux patients auquel vous êtes admissibles. La Financière Manuvie se réserve le droit de déduire des frais remboursables le montant de l'aide financière à laquelle vous ou les personnes à votre charge avez droit dans le cadre d'un programme d'aide aux patients.

Programmes de gestion des maladies

La participation à un programme de gestion des maladies peut être exigée. La décision relative à l'obligation de participer au programme revient à la Financière Manuvie.

Provision maximale

Le remboursement de produits qui sont couverts au titre de la présente garantie et qu'on peut se procurer en grandes quantités sera limité à un approvisionnement de trois mois au maximum par achat.

- Frais de médicaments

La quantité maximale de médicaments couverte pour chaque ordonnance sera la plus petite des quantités suivantes :

- la quantité prescrite par le médecin ou le dentiste, ou
- une provision de 34 jours.

Une provision maximale de 100 jours pourra être couverte dans le cas d'un traitement de longue durée, si le médecin et le pharmacien jugent qu'il convient de prescrire une plus grande quantité de médicaments.

Soins hospitaliers

- frais de séjour en chambre à deux lits excédant le tarif de salle, à condition que :
 - la personne soit hospitalisée, et
 - le type de chambre ait été expressément choisi par écrit par le patient.

- la partie des frais de séjour en salle ou des frais modérateurs facturée au patient à l'hôpital (ou les frais similaires) n'est pas couverte.

Régime de médicaments génériques ManuScript 2 – Médicaments prescrits

Sous réserve de la prestation maximale indiquée dans le Tableau des garanties, les frais de médicaments prescrits par un médecin (M.D.), un dentiste ou tout autre professionnel de la santé autorisé à le faire en vertu de la législation provinciale, et dispensés par un pharmacien agréé ou un médecin (M.D.) légalement autorisé à le faire. Comprend les frais pour médicaments injectables, Metamucil, Lactaid, Cromolyn, shampoing Ionil-T, benzoyle (gel nettoyant pour la peau), Therapain (vaporisateur), Viagra, vaccinations et immunisations visant la prévention des maladies infectieuses, agents sclérosants et fournitures nécessaires contre l'incontinence, p. ex. les couches.

- médicaments prescrits par écrit par un médecin ou un dentiste pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure
- contraceptifs oraux, stérilets et diaphragmes
- vitamines hématiniques (vitamines utilisées dans le traitement des maladies sanguines) qui figurent dans le « Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques »
- vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection)
- vitamines vendues sur ordonnance
- médicaments utilisés pour le traitement d'une dysfonction sexuelle
- médicaments contre l'obésité
- produits antitabagiques (y compris les produits qui sont homologués par Santé Canada à titre de produits de santé naturels et qui peuvent être vendus au Canada)
- fournitures pour diabétiques (à l'exclusion des tampons d'ouate, de l'alcool à friction, des injecteurs automatiques à pression et d'autres appareils semblables)

Les frais engagés pour ce qui suit sont exclus :

- administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables
- médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe
- frais de médicaments jugés inadmissibles à la suite du processus de diligence raisonnable
- suppléments diététiques, aliments naturels, produits nutritionnels et vitamines (sauf les vitamines injectables et hématiniques) et produits de santé naturels

- Maximums relatifs aux frais de médicaments

Tous les autres frais de médicaments couverts – aucun; les frais sont assujettis à la prestation maximale globale

Vos avantages sociaux

- Prestation payable

Le remboursement des frais engagés pour des médicaments couverts tient compte de la franchise, du maximum des frais d'exécution d'ordonnance, du pourcentage de remboursement des frais de médicaments et, s'il y a lieu, du maximum.

Le montant des frais remboursables ne pourra dépasser le coût du médicament équivalent moins cher qui peut être légalement utilisé pour exécuter l'ordonnance, selon la liste des médicaments couverts par le régime provincial ou un équivalent moins cher qui donne des résultats semblables sur le plan thérapeutique reconnu par la Financière Manuvie.

La Financière Manuvie peut limiter les frais remboursables au coût d'un médicament interchangeable moins cher au moment de l'achat du médicament.

Lorsqu'il n'existe aucun médicament équivalent moins cher pouvant être utilisé à la place du médicament prescrit, le montant des frais remboursables est égal au coût du médicament prescrit.

- Aucune substitution

Lorsque le médecin ou le dentiste indique sur l'ordonnance que le médicament prescrit ne doit pas être remplacé par un autre, la totalité des frais engagés pour ce médicament sera remboursable si celui-ci est couvert par la présente garantie.

Si la mention « aucune substitution » figure sur votre ordonnance, veuillez demander à votre pharmacien de l'indiquer sur le reçu. Vous pourrez ainsi recevoir la prestation maximale à laquelle vous avez droit lorsque vous présenterez votre demande de règlement à la Financière Manuvie.

- Règlement des frais de médicaments

Lorsque vous présentez votre carte médicaments à votre pharmacien, celui-ci peut vérifier immédiatement quels médicaments sont couverts par le régime. Lorsque vous présentez votre carte médicaments à tiers payant au moment de l'achat, vous et les personnes à votre charge n'avez pas à payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures prescrits.

La carte est acceptée par les pharmaciens participants qui affichent la vignette ayant trait au programme de médicaments à tiers payant.

Pour obtenir les médicaments ou fournitures couverts qui vous ont été prescrits, vous devez :

- présenter votre carte médicaments au pharmacien au moment de l'achat; et
- acquitter la partie des frais qui n'est pas couverte au titre de la présente garantie.

Vous devrez payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits au moment de leur achat :

- si vous ne trouvez pas de pharmacie participante;
- si vous n'avez pas votre carte médicaments à tiers payant;
- si les médicaments qui vous ont été prescrits ne peuvent être payés avec votre carte médicaments.

Pour de plus amples renseignements sur les modalités de remboursement des frais de médicaments que vous avez réglés, veuillez vous adresser à l'administrateur de votre régime.

Soins de la vue

- examens de la vue, à raison d'un examen par période de 24 mois
- achat et ajustement de lunettes d'ordonnance ou de lentilles cornéennes, ainsi que les réparations, ou interventions au laser visant à corriger la vue, jusqu'à concurrence de 275 \$ par période de 24 mois
- entraînement visuel, jusqu'à concurrence de 200 \$ la vie durant

Services professionnels

Services offerts par les praticiens diplômés suivants :

- Chiropraticien – 500 \$ par année civile pour l'ensemble des honoraires du chiropraticien et du massothérapeute
- Massothérapeute – 500 \$ par année civile pour l'ensemble des honoraires du chiropraticien et du massothérapeute
- Orthophoniste – aucun; les frais sont assujettis à la prestation maximale globale
- Physiothérapeute – aucun; les frais sont assujettis à la prestation maximale globale
- Ergothérapeute – aucun; les frais sont assujettis à la prestation maximale globale

Les frais engagés pour recevoir des services professionnels de la part d'un chiropraticien peuvent être payés en partie par les régimes provinciaux. Dans les provinces où c'est le cas, le présent régime prend en charge les frais une fois que le plafond prévu par le régime provincial pour l'année de couverture a été atteint.

Les frais engagés pour recevoir des services professionnels de la part de tout autre professionnel de la santé peuvent être payés en partie par les régimes provinciaux. Il peut être interdit par la législation provinciale de couvrir les frais non remboursés avant que le maximum prévu par le régime provincial soit atteint. Dans les provinces où c'est le cas, le présent régime prend en charge les frais une fois que le plafond prévu par le régime provincial pour l'année de couverture a été atteint.

Il n'est pas nécessaire qu'un médecin recommande les services professionnels.

Services et matériel médicaux

Dans le cas du matériel médical couvert au titre de la présente clause, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil ou de l'article qui répond adéquatement aux besoins médicaux fondamentaux du patient.

Soins infirmiers privés

Soins infirmiers privés qui sont réputés inclus dans le champ de pratique des soins infirmiers et qui sont fournis au domicile du patient par une infirmière diplômée ou une infirmière auxiliaire, ou sous la supervision de telles infirmières. Les services de soins à domicile incluent les traitements suivants :

- les services d'une infirmière diplômée ou d'une infirmière auxiliaire, ou les soins supervisés par de telles infirmières, à temps partiel ou de façon intermittente;
- les services d'un aide-soignant à domicile, qui consistent principalement à prendre soin du patient, à temps partiel ou de façon intermittente;

Vos avantages sociaux

- les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, d'inhalothérapie ou d'assistance médico-sociale, les conseils en matière d'alimentation, l'hémodialyse, l'oxygène, son administration ainsi que les services diagnostiques;
- les fournitures médicales et les médicaments prescrits par un médecin dans la mesure où ils auraient été prescrits si le patient était resté à l'hôpital.

Les frais engagés pour ce qui suit sont exclus :

- soins de garde, travaux ménagers ou services de surveillance
- soins donnés par une infirmière ou un infirmier qui est un proche parent du patient ou qui habite sous le même toit que lui
- soins donnés pendant que le patient séjourne dans un hôpital, une maison de repos ou un autre établissement semblable
- soins pouvant être donnés par une personne moins qualifiée, un parent ou un ami du patient, ou une personne habitant sous le même toit que lui

Détermination préalable des frais remboursables

Il vous est conseillé de présenter un plan de traitement détaillant les coûts prévus avant d'avoir recours à des soins infirmiers privés. Vous serez alors avisé de toute prestation payable.

Ambulance

- le transport en ambulance autorisée fourni dans la province du domicile du patient, y compris en ambulance aérienne, pour transférer le patient au plus proche hôpital en mesure de fournir le traitement requis

Appareils médicaux

- location, ou achat si la Financière Manuvie le permet, du matériel suivant :
 - Matériel de mobilité : béquilles, cannes, ambulateurs et fauteuils roulants
 - Équipement médical durable : lit d'hôpital manuel, respirateur et appareil pour l'administration de l'oxygène et autres appareils médicaux que l'on ne trouve habituellement que dans les hôpitaux

Prothèses non dentaires, supports et aides auditives

- prothèses externes
- lentilles cornéennes ou lunettes à la suite d'une chirurgie de la cataracte, sous réserve d'un maximum d'une paire la vie durant
- bas de soutien
- soutiens-gorge post-mastectomie
- attelles (sauf les attelles podologiques), bandages herniaires, colliers, orthèses de la jambe, plâtres et éclisses

- chaussures orthopédiques de série et modifications ou ajustements aux chaussures orthopédiques de série ou aux chaussures ordinaires (la recommandation d'un médecin ou d'un podiatre est exigée) et chaussures fabriquées sur mesure qui sont nécessaires en raison d'une anomalie physiologique qui, selon les attestations médicales, ne peut pas être corrigée par des chaussures orthopédiques de série ni des chaussures orthopédiques de série modifiées (les chaussures fabriquées sur mesure doivent être fabriquées par un spécialiste dûment autorisé en chaussures orthopédiques), jusqu'à concurrence d'une paire par année civile
- orthèses moulées, fabriquées sur mesure (la recommandation d'un médecin ou d'un podiatre est exigée)
- coût, mise en place, réparation et entretien d'aides auditives (à l'exclusion de l'achat de piles), jusqu'à concurrence de 500 \$ par période de 60 mois

Autres services et matériel médicaux

- fournitures nécessaires contre l'incontinence ou par suite d'une iléostomie ou d'une colostomie
- pansements médicamenteux et vêtements pour brûlés
- perruques et prothèses capillaires pour les patients qui ont temporairement perdu leurs cheveux par suite d'un traitement médical
- oxygène
- masques CPAP, y compris les remplacements
- mains courantes
- sièges d'aisances levés
- tests microscopiques et autres actes et tests diagnostiques semblables effectués dans un laboratoire dûment autorisé au Québec
- traitement de blessures accidentelles causées aux dents naturelles ou à la mâchoire, pourvu que le traitement soit fourni dans les 12 mois suivant l'accident, à moins qu'un délai plus long ne soit requis par la loi. Les blessures résultant de la mastication sont exclues.

Frais engagés à l'extérieur de la province/à l'étranger

- traitement médical requis par suite d'une urgence médicale survenant pendant un séjour temporaire à l'extérieur de la province du domicile, pourvu que la personne assurée qui reçoit le traitement soit aussi assurée par le régime provincial pendant ce séjour à l'extérieur de la province du domicile, jusqu'à concurrence de 40 000 \$ la vie durant.

Par « urgence médicale », on entend :

- une blessure soudaine et inattendue ou une maladie imprévue survenant au cours d'un voyage de la personne assurée (vous ou une personne à votre charge) à l'extérieur de la province du domicile, ou
- un problème de santé particulier ou une affection précise déjà diagnostiquée, mais stable du point de vue médical, lors du départ.

Vos avantages sociaux

Par « stable », on entend que, dans les 90 jours précédant la date du départ, la personne assurée (vous ou une personne à votre charge) n'a :

- reçu aucun traitement ni subi d'examen à l'égard de nouveaux symptômes ou d'une nouvelle affection;
- connu aucune aggravation des symptômes existants ni augmentation de leur fréquence;
- dû apporter aucun changement à ses traitements ou médicaments (à part les ajustements de routine dans le cadre de soins continus);
- pas été hospitalisée pour recevoir un traitement lié à l'affection.

La couverture n'est pas offerte s'il est prévu que vous (ou la personne à votre charge) subissiez un test, un examen ou un traitement inhabituel relativement à votre affection ou à une affection non diagnostiquée.

La couverture s'applique en cas d'urgence médicale liée à la grossesse, pourvu que le voyage soit terminé au moins quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement.

L'urgence médicale prend fin lorsque le médecin traitant estime, d'après les renseignements médicaux dont il dispose, que l'état du patient est suffisamment stable pour lui permettre de retourner dans sa province ou son territoire de résidence.

Les frais engagés pour ce qui suit sont remboursables au titre de cette garantie :

- services d'un médecin
- frais de séjour à l'hôpital selon les tarifs de salle normaux. Les frais excédant le tarif de salle sont remboursables si la clause « Soins hospitaliers » fait partie du présent régime.
- services hospitaliers spéciaux
- frais engagés à l'hôpital en consultation externe
- transport en ambulance autorisée, y compris en ambulance aérienne, pour transférer le patient au plus proche établissement médical ou hôpital en mesure de fournir le traitement requis
- évacuation sanitaire en vue de l'admission dans un hôpital ou un établissement médical dans la province du domicile habituel du patient

La somme payable à l'égard de ces frais correspond aux frais raisonnables et habituels, réduits de la somme payable au titre du régime provincial.

Tous les autres frais engagés à l'extérieur de la province de domicile au titre de la garantie Soins médicaux complémentaires sont remboursés au même titre que s'ils avaient été engagés dans la province de domicile.

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement au titre de la garantie Soins médicaux complémentaires, vous devez remplir le formulaire « Demande de règlement – Assurance-maladie complémentaire », sauf s'il s'agit d'honoraires du médecin ou de frais d'hospitalisation engagés à l'extérieur de la province de votre domicile. Pour ces frais, vous devez utiliser le formulaire « Frais engagés à l'extérieur de la province ou à l'étranger – Demande de règlement Maladie ». Vous pouvez obtenir les formulaires auprès de l'administrateur de votre régime.

Vos avantages sociaux

Les reçus appropriés doivent être joints au formulaire dûment rempli lorsqu'une demande est présentée à la Financière Manuvie.

Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés.

Les demandes de règlement pour des frais engagés à l'étranger doivent d'abord être présentées au régime provincial. Toute demande portant sur un solde impayé peut ensuite être présentée à la Financière Manuvie, accompagnée des explications de remboursement du régime provincial.

Subrogation (Responsabilité des tiers)

Si vous engagez des frais médicaux par suite d'une blessure causée par un tiers et que vous avez le droit d'intenter une action en dommages-intérêts, la Financière Manuvie peut vous demander de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlement.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par la Financière Manuvie dépasse les frais effectivement engagés, vous devrez rembourser l'excédent à la Financière Manuvie.

Exclusions

Sont exclus de la garantie Soins médicaux complémentaires les frais liés à ce qui suit :

- dans le cas de la couverture Frais engagés à l'extérieur de la province/à l'étranger seulement, blessures auto-infligées, directement ou indirectement, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale
- guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire
- perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel
- blessures subies pendant que la personne au volant d'un véhicule motorisé est sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool
- maladie ou blessure pour laquelle des prestations sont payables au titre d'un régime d'État, d'une commission des accidents du travail ou d'un organisme semblable
- examens médicaux périodiques, rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, voyages pour raisons de santé ou honoraires demandés pour remplir des formulaires de demande de règlement
- services ou fournitures fournis par le service médical ou dentaire de l'employeur
- services ou fournitures qui ne seraient normalement pas facturés s'il n'y avait pas d'assurance
- services ou fournitures qui auraient été pris en charge par un régime d'État s'il n'y avait pas eu d'assurance
- services ou fournitures dont la loi n'autorise pas le remboursement
- services ou fournitures nécessaires à des fins récréatives ou sportives
- services ou fournitures qui auraient été pris en charge par le régime provincial si une demande avait été présentée en bonne et due forme

Vos avantages sociaux

- traitements médicaux inhabituels ou de nature expérimentale
- soins médicaux ou chirurgicaux à des fins esthétiques
- services ou fournitures reçus de la personne assurée, d'un proche parent ou d'une personne qui habite avec la personne assurée
- services ou fournitures reçus pendant le séjour à l'hôpital
- services ou fournitures qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre de la présente garantie

Prolongation de la couverture

Si une personne est invalide à la date à laquelle l'assurance prend fin au titre de la présente garantie, la Financière Manuvie continuera à rembourser les frais couverts liés au traitement de l'invalidité pendant un maximum de 90 jours. Toute demande de règlement sera soumise aux délais prescrits dans la section Exigences concernant la présentation des demandes de règlement, à moins qu'un délai plus long ne soit requis par la loi.

Toutefois, la couverture prendra fin si la personne invalide devient admissible à l'assurance prévue par un autre régime d'avantages sociaux.

Vous serez considéré comme invalide si vous êtes admissible à des prestations d'invalidité conformément à toute disposition de la présente police.

Les personnes à votre charge seront considérées comme invalides si elles sont traitées par un médecin et sont hospitalisées ou obligées de demeurer à la maison.

Garantie Médicaments et Services pharmaceutiques pour les personnes domiciliées au Québec

Si vous et les personnes à votre charge êtes domiciliés au Québec, les clauses suivantes s'appliquent à votre garantie Médicaments.

Frais couverts

Les frais suivants sont couverts :

- médicaments figurant sur la Liste des médicaments publiée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (Liste de la RAMQ) au moment où les frais sont engagés;
- services pharmaceutiques couverts qui doivent être payés lorsque le médicament figure sur la Liste de la RAMQ; et
- médicaments faisant partie des frais couverts précisés dans la présente brochure, mais ne figurant pas sur la Liste de la RAMQ.

Couverture des médicaments figurant sur la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (Liste de la RAMQ) et services pharmaceutiques offerts aux personnes bénéficiant d'un régime privé

Les clauses suivantes s'appliquent aux médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ et aux services pharmaceutiques offerts aux personnes bénéficiant d'un régime privé et sont conformes aux exigences de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec et à la Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29-01). Les clauses standard précisées dans la présente brochure s'appliquent à tous les autres médicaments couverts :

a) Pourcentage de remboursement

Si le montant de la contribution maximale annuelle n'a pas été atteint, la prestation payable par la présente garantie est calculée conformément à ce qui suit :

- i) si les médicaments figurent sur la Liste de la RAMQ et ne sont normalement pas remboursables par la présente garantie, les frais sont remboursés selon le pourcentage de remboursement prescrit par la réglementation alors applicable;
- ii) si les services pharmaceutiques prescrits par les lois ne sont pas couverts par le régime, le pourcentage de remboursement est celui prescrit par la réglementation alors applicable;
- iii) si les médicaments figurent sur la Liste de la RAMQ et sont également couverts par la présente garantie, les frais sont remboursés selon :
 - le pourcentage stipulé à la rubrique La garantie, ou
 - le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable, s'il est plus élevé.

Lorsque la contribution annuelle maximale est atteinte, le pourcentage de remboursement des frais couverts au titre de la présente garantie est de 100 %.

b) Contribution maximale annuelle

La contribution maximale annuelle correspond à une partie des frais de médicaments ou des services pharmaceutiques couverts que vous et votre conjoint devez payer au cours d'une année civile avant que le pourcentage de remboursement au titre de la présente garantie soit de 100 %. Les sommes affectées à ce maximum sont les suivantes :

- i) le montant de la franchise;
- ii) la partie des frais de médicaments couverts qu'une personne couverte doit payer, lorsque le pourcentage de remboursement prévu par la présente garantie est inférieur à 100 %; et
- iii) les services pharmaceutiques couverts qui sont rendus par les pharmaciens pour des médicaments figurant sur la Liste de médicaments de la RAMQ.

Votre contribution maximale annuelle et celle de votre conjoint sont stipulées dans la réglementation et comprennent la partie des médicaments couverts et des services pharmaceutiques couverts liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ payés à l'égard de vos enfants à charge.

Aux fins du calcul de votre contribution maximale annuelle et de celle de votre conjoint, la partie des frais de médicaments et des services pharmaceutiques couverts payés à l'égard de vos enfants à charge s'ajoute aux frais de la personne dont la contribution se rapproche le plus du maximum.

Vos avantages sociaux

c) **Franchise**

Le montant de la franchise de la garantie Médicaments, s'il y a lieu, s'applique, jusqu'à ce que la personne ait atteint la contribution maximale annuelle. Par la suite, la franchise ne s'applique pas.

d) **Maximum la vie durant**

Le maximum la vie durant, s'il y a lieu, ne s'applique pas aux médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ ni aux services pharmaceutiques couverts. Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture médicaments et des services pharmaceutiques prévue lorsque le maximum la vie durant est atteint :

- i) seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ,
- ii) seuls sont couverts les services pharmaceutiques rendus à l'égard des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ, et
- iii) le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

e) **Enfants à charge admissibles**

Vos enfants à charge admissibles qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement reconnu sont couverts jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge suivant :

- i) l'âge précisé dans la brochure (veuillez vous reporter à la définition d'enfant dans la section Définition de termes fréquemment utilisés en assurance), ou
- ii) 26 ans, si cet âge est plus élevé.

Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture médicaments et des services pharmaceutiques des enfants à charge ayant atteint l'âge limite précisé dans la présente brochure :

- i) seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ,
- ii) seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ; et
- iii) le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

f) **Cessation de la couverture en raison de l'âge, dans le cas des médicaments et des services pharmaceutiques**

À condition que vous soyez admissible à la garantie Médicaments, la cessation de la couverture en raison de l'âge prévue pour cette garantie, s'il y a lieu, ne s'applique pas. Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture médicaments des participants ayant atteint l'âge de cessation de la couverture :

- i) seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ;
- ii) seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ;
- iii) le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable;
- iv) la contribution maximale annuelle est celle qui est stipulée dans la réglementation alors applicable;

- v) la prime exigée pour la couverture médicaments est celle de la garantie Soins médicaux complémentaires.

Couverture des médicaments figurant sur la liste des frais couverts précisés dans la présente brochure, mais non sur la Liste de la RAMQ

Toutes les clauses standard précisées dans la brochure s'appliquent aux médicaments couverts au titre de la présente garantie mais ne figurant pas sur la Liste de la RAMQ.

Prolongation de la couverture des survivants

Si vous décédez pendant que les personnes à votre charge sont couvertes au titre du présent régime d'avantages sociaux, la Financière Manuvie maintiendra en vigueur la garantie Soins médicaux complémentaires sans paiement de la prime, jusqu'à la première des dates suivantes à survenir :

- date à laquelle la personne à charge ne répond plus à la définition de personne à charge (voir la section Définition de termes fréquemment utilisés en assurance)
- date à laquelle la personne à charge devient admissible à des garanties semblables auprès d'un autre assureur
- la fin du mois suivant le mois de votre décès
- date à laquelle la police d'assurance collective cesse d'être en vigueur

Indemnité hebdomadaire (Invalidité)

Si vous devenez totalement invalide pendant que vous êtes couvert et que vous répondez aux critères d'admissibilité de la présente garantie, la Financière Manuvie vous versera des prestations d'invalidité.

Définition d'invalidité totale

« Invalidité totale » s'entend d'une restriction ou d'une incapacité, attribuable à une maladie ou à une blessure, qui vous empêche d'accomplir les tâches de votre emploi.

La Financière Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.

Si vous devez avoir un permis de l'État pour pouvoir accomplir votre travail, vous n'êtes pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis vous est retiré ou n'est pas renouvelé.

Montant de la garantie :

À compter du 1^{er} décembre 2017 : 595 \$

À compter du 1^{er} décembre 2019 : 625 \$

À compter du 1^{er} décembre 2020 : 650 \$

À compter du 7 juin 2022 : 700 \$

Période d'attente – aucune, si l'invalidité est attribuable à un accident; quatre jours civils, si l'invalidité est attribuable à une maladie

- Si vous êtes hospitalisé en raison d'une maladie avant la fin de la période d'attente, le service de l'indemnité commence dès le premier jour d'hospitalisation.

Vos avantages sociaux

Période maximale d'indemnisation – 78 semaines

Âge de cessation – âge du salarié à son départ à la retraite

Période probatoire

- premier jour du mois suivant la date d'embauche dans le cas des salariés engagés à la date d'effet de la police d'assurance collective ou avant cette date.
- premier jour du mois suivant la date d'embauche dans le cas de tous les autres salariés.

Critères d'admissibilité

Pour avoir droit aux prestations d'invalidité, vous devez répondre aux critères suivants :

- vous devez être totalement invalide pendant toute la période d'attente;
- La Financière Manuvie doit recevoir des attestations médicales indiquant en quoi votre maladie ou votre blessure entraîne des restrictions ou une incapacité vous empêchant d'accomplir les tâches de votre emploi.
- vous devez être suivi par un médecin et recevoir des soins et des traitements, relativement à votre invalidité.

Périodes n'ouvrant pas droit au versement de prestations

Vous n'avez pas droit à des prestations pour toute période durant laquelle :

- vous n'êtes pas suivi par un médecin et ne recevez pas des soins et des traitements relativement à votre invalidité
- vous négligez de fournir à la Financière Manuvie des attestations médicales indiquant en quoi votre maladie ou votre blessure entraîne des restrictions ou une incapacité vous empêchant d'accomplir les tâches essentielles de votre emploi habituel
- vous refusez de subir un examen médical, psychiatrique, psychologique et/ou fonctionnel par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie, ou d'y participer ou de collaborer à son bon déroulement
- vous recevez des prestations de maternité, des prestations parentales, des prestations de compassion ou des prestations de parents ayant un enfant gravement malade au titre de l'assurance-emploi
- vous êtes mis à pied et devenez totalement invalide pendant cette période
- vous êtes en congé autorisé et devenez totalement invalide pendant cette période, à moins que l'employeur ne soit tenu de verser des prestations au cours de cette période en vertu d'une loi, d'un règlement ou de la jurisprudence;
- vous exercez un emploi quel qu'il soit, en vue d'une rémunération ou d'un profit, à l'exclusion d'une activité prévue par le programme de réadaptation
- vous êtes emprisonné, ou interné dans un établissement correctionnel ou psychiatrique, sur ordonnance d'une cour criminelle.

Montant de la prestation d'invalidité

Le montant de la prestation pouvant être versée correspond au montant de la garantie précitée, réduit des prestations d'invalidité suivantes que vous recevez :

- en raison de la même invalidité ou d'une invalidité connexe :
 - prestations versées au titre d'une assurance contre les accidents du travail ou d'une couverture semblable;
 - prestations versées au titre de tout régime provincial d'assurance automobile ou de tout contrat d'assurance automobile ne tenant pas compte des prestations d'invalidité versées au titre de l'assurance-emploi; et
 - prestations versées au titre d'un programme d'assurance salaire ou d'un régime de remplacement de revenu offert par votre employeur; et
- à titre de rémunération de l'employeur, y compris les indemnités de départ et les paies de vacances tel que stipulé au régime de l'assurance-emploi; et
- prestations versées au titre d'une pension de retraite ou d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations de personnes à charge

Règles de calcul des prestations

La Financière Manuvie appliquera les règles suivantes au calcul des prestations d'invalidité :

- les prestations d'autres sources et dont le versement a commencé avant le début de votre invalidité ne seront pas prises en considération;
- les prestations d'autres sources ne seront pas rajustées pour prendre en considération la différence entre la situation fiscale de ces prestations et celle des prestations payables par la Financière Manuvie;
- pour ce qui est des prestations qui ne sont pas versées sur une base hebdomadaire, la Financière Manuvie calculera l'équivalent hebdomadaire de ces prestations.

Subrogation

Si vous êtes en droit d'intenter une action en dommages-intérêts contre un tiers par suite de votre invalidité, la Financière Manuvie vous demandera de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlement Indemnité hebdomadaire.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par la Financière Manuvie dépasse votre revenu avant l'invalidité, vous devrez rembourser l'excédent à la Financière Manuvie.

Situation fiscale des prestations

Les versements que vous recevrez au titre de la présente garantie seront non imposables ou imposables selon que vous ou votre employeur payez le coût de la garantie.

Si votre employeur paie une partie ou la totalité du coût, toute prestation d'invalidité que vous toucherez sera imposable. Si vous payez le coût de la garantie en entier, les prestations d'invalidité que vous toucherez ne seront pas imposables.

Vos avantages sociaux

Versement des prestations d'invalidité

Les prestations d'invalidité sont versées chaque semaine à terme échu. Si un paiement ne porte pas sur une semaine complète, il est prévu pour chaque jour d'invalidité une indemnité égale à 1/7 de l'indemnité hebdomadaire.

Réadaptation professionnelle

Lorsque la Financière Manuvie aura établi que vous êtes totalement invalide, elle vous offrira, à sa discrétion et si elle le juge approprié, des services de réadaptation afin de vous aider à retourner au travail.

En vue de déterminer s'il y a lieu de vous offrir un programme de réadaptation, la Financière Manuvie tiendra compte de ce qui suit :

- la nature, l'étendue et la durée prévue de votre invalidité;
- votre formation, votre instruction ou votre expérience; et
- la nature, la portée, les objectifs et les coûts d'un programme de réadaptation.

- Programme de réadaptation

Un programme de réadaptation est un programme de formation ou de placement destiné à vous aider à retourner au travail.

S'il s'avère que des services de réadaptation sont appropriés à votre cas, la Financière Manuvie mettra sur pied, en collaboration avec vous et votre employeur, un programme de réadaptation structuré qui vous préparera à retourner au travail pour votre employeur.

- Prestations d'invalidité pendant la réadaptation

Vous continuerez d'avoir droit aux prestations d'invalidité pendant la réadaptation. Si vous touchez un revenu de l'activité de réadaptation, vos prestations d'invalidité seront réduites si votre revenu total (prestations d'invalidité plus le revenu de l'activité de réadaptation) excède 100 % de votre rémunération brute avant l'invalidité, ou de votre rémunération nette si vos prestations ne sont pas imposables.

Si vous cessez de participer à l'activité de réadaptation en raison d'un changement de votre état de santé, la Financière Manuvie exigera des documents médicaux attestant que votre état de santé vous empêche de poursuivre l'activité de réadaptation.

Si vous n'êtes pas disponible ou si vous refusez de coopérer ou de participer à l'activité de réadaptation, vous n'aurez plus droit aux prestations d'invalidité.

Cessation du versement des prestations

Le versement des prestations d'invalidité prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale de la garantie
- la date à laquelle la période d'indemnisation maximale prend fin
- la date à laquelle vous prenez votre retraite
- la date de votre décès

Invalidité récidivante

Si vous êtes de nouveau atteint d'invalidité totale en raison des mêmes causes ou de causes analogues au cours des deux semaines suivant la fin de la période d'indemnisation, la Financière Manuvie considérera l'invalidité comme une prolongation de l'invalidité précédente.

Vous ne serez pas tenu d'accomplir à nouveau toute période d'attente applicable. Les prestations seront calculées en fonction de votre rémunération à la date du début de votre invalidité précédente. Le versement des prestations pour l'ensemble des invalidités ne peut pas excéder la période d'indemnisation maximale.

Si vous êtes de nouveau atteint de la même invalidité plus de deux semaines suivant la fin de la période d'indemnisation, cette invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes différentes sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par au moins une journée de travail.

Présentation des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement, vous devez remplir le formulaire « Demande de prestations d'invalidité de courte durée » que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime. Votre médecin traitant doit aussi remplir une section de ce formulaire.

Ce formulaire doit être présenté à la Financière Manuvie, dûment rempli, dans les 180 jours qui suivent la fin de la période d'attente.

Exclusions

Aucune prestation n'est versée pour les invalidités liées à ce qui suit :

- tout accident ou maladie attribuable à l'exercice d'un emploi, à moins que votre demande n'ait été rejetée par une commission des accidents du travail
- tout accident ou maladie ouvrant droit à des prestations en vertu de la *Loi sur l'assurance automobile du Québec*
- blessures auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale
- guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire
- soins médicaux ou chirurgicaux donnés à des fins esthétiques seulement, sauf à la suite d'une maladie ou d'une blessure
- perpétration d'un acte criminel
- blessures subies pendant que vous conduisiez un véhicule motorisé sous l'effet de la drogue ou de l'alcool tel qu'il est interdit par la loi
- abus de drogues, ou d'alcool, sauf si vous participez à un programme de traitement médical pour des patients hospitalisés pour toxicomanie

