

Ball Packaging Products Canada Corp.

Numéros des polices d'assurance collective : G0037952, G0085237

Régime E1 : Salariés ayant pris leur retraite avant le 1^{er} janvier 1993

Régime F1 : Salariés ayant pris leur retraite le 1^{er} janvier 1993 ou après cette date et embauchés avant le 1^{er} avril 2018

Nom du salarié : _____

Numéro de certificat : _____

Bienvenue à votre régime d'avantages sociaux

Date d'effet de la police 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.

Le Service à la clientèle de la Financière Manuvie peut vous renseigner sur vos garanties ou vous indiquer la marche à suivre pour présenter une demande de règlement. Veuillez l'appeler au 1 800 268-6195. Vous trouverez également des renseignements sur le site Web de l'Assurance collective Financière Manuvie à l'adresse www.manuvie.ca/assurancecollective.

Brochure produite le 7 mai 2018

Table des matières

Comment utiliser votre brochure	4
Définition de termes fréquemment utilisés	6
Pourquoi des avantages sociaux?	9
Modifications	9
Traitement des demandes de règlement	10
Désignation d'un bénéficiaire	10
Comment présenter une demande de règlement.....	10
Versement des prestations – Soins médicaux complémentaires.....	10
Coordination des prestations – Soins médicaux complémentaires	10
Qui peut bénéficier de la couverture?	13
Admissibilité	13
Preuve d'assurabilité	13
Date d'effet de la couverture	13
Cessation de l'assurance	13
Vos avantages sociaux	15
Assurance-vie du salarié.....	15
Assurance-vie facultative du salarié	16
Soins médicaux complémentaires	17
Prolongation de la couverture des survivants	31
Notes	32

Comment utiliser votre brochure

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. 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.

Comment utiliser votre brochure

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

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.

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 votre garantie Soins médicaux complémentaires.

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.

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.

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

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.

Personne à charge

Votre conjoint assuré au titre du régime provincial.

- Conjoint

Votre conjoint légitime, ou la personne avec qui vous vivez une relation de couple de façon continue depuis au moins 12 mois.

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

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.

Pharmacoéconomie

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

Le 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.

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 publics n'offrent qu'une couverture de base et que devoir assumer des frais médicaux peut entraîner des difficultés financières pour vous et votre famille.

Des régimes privés qui offrent une protection contre la maladie 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.

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'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 et l'assurance vie facultative 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 sur le site Web de l'Assurance collective Financière Manuvie, doivent être dûment remplis, signés et datés. N'oubliez pas de toujours indiquer le numéro de votre police ou de votre exposé de régime et de votre certificat (qui figurent sur votre carte d'avantages sociaux) afin d'éviter que le traitement de votre demande soit retardé inutilement.

Le service à la clientèle de l'Assurance collective Financière Manuvie 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, veuillez communiquer avec le service à la clientèle de l'Assurance collective Financière Manuvie au 1 800 268-6195.

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 le service à la clientèle de l'Assurance collective Financière Manuvie au 1 800 268-6195.

Vous pouvez également vous inscrire au virement automatique des prestations qui vous sont versées au titre de la garantie Soins médicaux complémentaires en vous rendant à l'adresse www.manuvie.com/assurancecollective.

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.

Traitement des demandes de règlement

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 couverts, jusqu'à concurrence de 100 % de ces frais.

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.
- En ce qui concerne les demandes de règlement portant sur les traitements de blessures accidentelles aux dents naturelles, les régimes de soins médicaux complémentaires 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.

Traitement des demandes de règlement

Présentation des demandes touchées par 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 versement 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 couvert au titre du régime provincial et :

- être un salarié retraité de Ball Packaging Products Canada Corp.,
- appartenir à une catégorie admissible et compter au moins dix années de service, et
- être domicilié au Canada.

L'âge de cessation peut 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.

Preuve d'assurabilité

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

Pour présenter une attestation médicale, remplissez le formulaire « Preuve d'assurabilité », que vous pouvez vous trouver sur le site Web de l'Assurance collective Financière Manuvie. 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 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 couverture.

Cessation de l'assurance

Votre assurance prendra fin à la première des dates suivantes :

- le jour où vous cessez d'être un salarié admissible
- le jour où votre employeur met fin à votre couverture
- le jour de votre entrée à temps plein dans les forces armées de tout pays

Qui peut bénéficier de la couverture?

- la date de résiliation de la police d'assurance collective ou la date de cessation de la couverture de la catégorie à laquelle vous appartenez
- le jour 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, selon la première éventualité.

La couverture Soins médicaux complémentaires des personnes à charge pourrait être maintenue au titre de la garantie Prolongation de la couverture des survivants.

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

- Régime E1

- Retraités âgés de moins de 65 ans – 100 % du montant d'assurance en vigueur à votre départ à la retraite
- Retraités âgés de 65 ans ou plus et comptant au moins 10 ans, mais moins de 15 ans de service – 2 500 \$
- Retraités âgés de 65 ans ou plus et comptant au moins 15 ans, mais moins de 25 ans de service – 5 000 \$
- Retraités âgés de 65 ans ou plus et comptant plus de 25 ans de service – 10 000 \$

- Régime F1

15 000 \$

Maximum sans attestation médicale

- Régime E1

Sans objet

- Régime F1

15 000 \$

Âge de cessation – votre assurance prend fin à votre décès

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 six mois qui suivent le décès.

Vos avantages sociaux

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.

Assurance-vie facultative du salarié

Advenant votre décès pendant que l'assurance vie facultative est en vigueur, votre bénéficiaire toucherait le capital-décès de cette assurance. 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

- Régime E1

Retraités comptant au moins 10 ans de service – 90 % du montant d'assurance en vigueur le premier jour du mois suivant votre 65^e anniversaire de naissance.

- Régime F1

Non couverte

Âge de cessation – votre assurance est réduite de 10 % au premier jour du mois suivant votre 65^e anniversaire de naissance ou votre départ à la retraite, selon la première éventualité, puis est de nouveau réduite de 10 % tous les ans pendant les neuf années suivantes, et prend fin à 75 ans.

Exclusions

Dans le cas d'un suicide, aucun montant ne sera versé au titre de toute assurance-vie facultative ayant été en vigueur depuis moins d'un an.

Rente de survie

Montant de la garantie

- Régime E1

100 \$ par mois ou 15 % du revenu de retraite du salarié, selon le montant le plus élevé.

- Régime F1

Non couverte

Période maximale d'indemnisation

La période d'indemnisation prend fin au décès de votre conjoint.

Âge de cessation

Âge au décès du survivant admissible

Définition de survivant

À la date de votre décès, votre conjoint légitime, ou la personne avec qui vous viviez une relation de couple de façon continue depuis au moins 12 mois.

Versement des prestations

Les prestations sont versées au conjoint survivant à compter du premier jour du mois qui suit le décès du salarié.

Cessation du versement des prestations

Le versement des prestations prend fin à la date à laquelle le survivant admissible décède.

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.

La garantie

Vous pouvez choisir l'assurance ou y renoncer.

Prestation maximale globale

- Régime E1

50 000 \$ la vie durant

Ne s'applique pas aux frais suivants :
Soins hospitaliers

- Régime F1

50 000 \$ la vie durant. Lorsque le maximum à l'égard d'une personne assurée est inférieur d'au moins 10 000 \$ 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

Vos avantages sociaux

Franchise

Individuelle 25 \$ par année civile
Familiiale 25 \$ par année civile

Ne s'applique pas aux frais suivants :
Soins hospitaliers

Pourcentage de remboursement

- Régime E1

100 % pour les frais suivants :
Soins hospitaliers
Médicaments
Services professionnels
Services et matériel médicaux (sauf les chaussures orthopédiques ne faisant pas partie d'un appareil orthopédique ou d'une attelle)

50 % pour les frais suivants :
Services et matériel médicaux (chaussures orthopédiques ne faisant pas partie d'un appareil orthopédique ou d'une attelle)

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

Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un renvoi à l'étranger pour un traitement qui se donne au Canada est de 100 %.

- Régime F1

100 % pour les frais suivants :
Soins hospitaliers

80 % pour les frais suivants :
Médicaments
Services professionnels
Services et matériel médicaux (sauf les chaussures orthopédiques ne faisant pas partie d'un appareil orthopédique ou d'une attelle)

50 % pour les frais suivants :
Services et matériel médicaux (chaussures orthopédiques ne faisant pas partie d'un appareil orthopédique ou d'une attelle)

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

Contribution maximale

- Régime E1

Sans objet

- Régime F1

250 \$ par année civile dans le cas de la couverture individuelle, et 500 \$ par année civile dans le cas de la couverture familiale

Âge de cessation – âge du salarié à son décès.

Prolongation de la couverture Soins médicaux complémentaires des survivants

Sous réserve de l'admissibilité du conjoint à la garantie Soins médicaux complémentaires

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 assujetti 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.

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 devez 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.

Vos avantages sociaux

S'il y a lieu, la Financière Manuvie peut vérifier si vous ou les personnes à votre charge font 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 s'inscrivent et participent 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.

Soins hospitaliers

- Régime E1

- frais de séjour en chambre à deux lits excédant le tarif de salle, jusqu'à concurrence de 240 jours, à condition que :
 - la personne soit hospitalisée, et
 - le type de chambre ait été expressément choisi par écrit par le patient
- frais de séjour en chambre à un lit excédant le tarif de salle, jusqu'à concurrence de 15 \$ par jour pour un maximum de 240 jours, à condition que :
 - la personne soit hospitalisée, et
 - le type de chambre ait été expressément choisi par écrit par le patient
- frais de séjour en chambre à deux lits dans un hôpital de réadaptation qui commence dans les trois jours suivant une hospitalisation, jusqu'à concurrence de 15 \$ par jour. Une nouvelle durée maximale de séjour commence à courir si la personne assurée n'est pas hospitalisée dans un hôpital de réadaptation pendant un minimum de 30 jours.

Les frais couverts sont remboursables jusqu'à concurrence de 5 000 \$ la vie durant.

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 F1

- frais de séjour en chambre à deux lits excédant le tarif de salle, jusqu'à concurrence de 125 \$ par jour pour un maximum de 365 jours, à condition que :
 - la personne soit hospitalisée, et
 - le type de chambre ait été expressément choisi par écrit par le patient
- frais de séjour en chambre à deux lits dans un hôpital de réadaptation qui commence dans les trois jours suivant une hospitalisation, sous réserve d'une période maximale de 180 jours. Une nouvelle durée maximale de séjour commence à courir si la personne assurée n'est pas hospitalisée dans un hôpital de réadaptation pendant un minimum de 30 jours.

Les frais couverts sont remboursables jusqu'à concurrence de 10 000 \$ la vie durant.

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.

Médicaments d'ordonnance

Les frais suivants sont couverts s'ils sont engagés pour des médicaments ou des fournitures prescrits par écrit par un médecin ou un dentiste et délivrés par un pharmacien autorisé.

- médicaments qui servent au traitement d'une maladie ou d'une blessure et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance du médecin ou du dentiste en vertu de la loi
- 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
- vitamines injectables vendues sans ordonnance
- produits antitabagiques (y compris les produits homologués à titre de produit naturel indiqués par la Financière Manuvie)
- seringues, aiguilles et aides diagnostiques ordinaires, nécessaires au traitement du diabète
- médicaments contre l'obésité

Les frais engagés pour ce qui suit sont exclus :

- tampons d'ouate, alcool à friction, injecteurs automatiques à pression et autres appareils semblables
- honoraires demandés par un professionnel de la santé ou un médecin pour administrer des médicaments injectables

Vos avantages sociaux

- médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont destinés à être administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe et qui ne sont pas destinés à être utilisés par un patient à la maison
- suppléments diététiques, aliments naturels, produits nutritionnels et vitamines (sauf les vitamines injectables et hématiniques) et les produits naturels (à moins d'indication contraire)

- Maximums relatifs aux frais de médicaments

Médicaments contre la stérilité – 6 000 \$ la vie durant

Produits antitabagiques – 125 \$ la vie durant (y compris les produits naturels)

Tous les autres frais de médicaments couverts – aucun maximum

Services professionnels

- Régime E1

Services offerts par les praticiens diplômés suivants :

- Chiropraticien – 8 \$ par visite, jusqu'à concurrence de 20 visites par année civile
- Orthophoniste – aucun maximum
- Physiothérapeute – aucun maximum
- Psychologue – aucun maximum
- Ergothérapeute – aucun maximum

Certains de ces services professionnels sont payés en partie par les régimes provinciaux. Il peut être interdit par la législation provinciale de couvrir les frais non remboursés avant que le plafond 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.

- Régime F1

Services offerts par les praticiens diplômés suivants :

- Chiropraticien – 500 \$ par année civile
- Orthophoniste – 500 \$ par année civile
- Physiothérapeute – 500 \$ par année civile
- Psychologue – 500 \$ par année civile
- Ergothérapeute – 500 \$ par année civile

Certains de ces services professionnels sont 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.

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, ou sous la supervision une infirmière diplômée ou par une infirmière auxiliaire. Les services de soins à domicile incluent les traitements suivants :

- façon intermittente par une infirmière diplômée ou par une infirmière auxiliaire, ou les soins supervisés par de telles infirmières;
- les services d'un aide soignant à domicile, qui consistent principalement à prendre soin du patient, à temps partiel ou de façon intermittente;
- 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, les médicaments prescrits par un médecin dans la mesure où ces frais auraient été couverts si le patient était resté à l'hôpital.

Les frais couverts sont remboursables, jusqu'à concurrence de 25 000 \$ par année civile dans le cas du Régime E1 et de 5 000 \$ par année civile dans le cas du Régime F1.

Les frais engagés pour ce qui suit ne sont pas couverts :

- 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

Vos avantages sociaux

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

- lentilles cornéennes ou verres à la suite d'une chirurgie de la cataracte, sous réserve d'une paire la vie durant
- prothèses externes
- 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 et nécessaires en raison d'une anomalie physiologique qui, selon les attestations médicales, ne peut 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 autorisé en chaussures orthopédiques).
- orthèses moulées, fabriquées sur mesure (la recommandation d'un médecin ou d'un podiatre est exigée)
- dans le cas du Régime F1, coût, mise en place, réparation et entretien d'aides auditives (sauf l'achat de piles), jusqu'à concurrence de 500 \$ par période de cinq années civiles

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 autorisé dans la province de 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. 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.

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.

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.

- dans le cas du Régime E1, renvoi à l'étranger en vue d'un traitement offert au Canada, à condition que les frais soit en partie remboursables en vertu du régime provincial de la personne couverte, sous réserve de la prestation maximale globale prévue par la garantie Soins médicaux complémentaires.

Si, pendant qu'elle suit un traitement médical pour lequel elle a été dirigée à l'étranger, la personne assurée a besoin d'un traitement pour une affection qui est liée directement ou indirectement à ce traitement, la totalité des frais remboursables pour l'ensemble du traitement est assujettie à la prestation maximale globale prévue par la garantie Soins médicaux complémentaires.

Vos avantages sociaux

Dans le cas d'un traitement médical non urgent administré à l'étranger :

- le traitement doit être recommandé par un médecin exerçant au Canada, et
- il vous est conseillé de présenter une description détaillée du traitement à des fins d'évaluation des coûts, avant que ne commence le traitement. Vous serez ensuite informé de la somme qui sera accordée, le cas échéant.

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 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 votre administrateur de votre régime.

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 ayez 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 vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et 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
- 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

Vos avantages sociaux

- 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.

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.

Vous serez considéré comme invalide si vous êtes incapable de vous livrer à tout emploi auquel votre formation, votre instruction ou votre expérience vous rendent ou pourraient vous rendre raisonnablement apte à exercer.

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, et
- 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 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, et
- ii. seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à 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 :

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

f) **Âge de cessation 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 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 :

- dans le cas du Régime F1, 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
- date à laquelle la police d'assurance collective cesse d'être en vigueur.

