



Manuel sur le régime d'avantages sociaux Flex Équipe TELUS

Les membres de l'équipe Cliniques TELUS Santé permanents à temps plein et permanents à temps partiel non régis par une convention collective

Table des matières

INTRODUCTION	2
APERÇU	3
Couverture principale	
Dollars santé	
Personnes à charge	
Faites votre régime	
Pour modifier vos régimes	
Coordination des prestations	
AVANTAGES	10
Assurance accidents	
Assurance accidents en voyage d'affaires	
Assurance maladies graves	
Assurance vie	
Compte Mieux-être	
Compte Soins de santé	
Crédits	
Invalidité de courte durée	
Invalidité de longue durée	
Soins dentaires	
• Soins dentaires de base	
• Soins dentaires majeurs	
• Soins d'orthodontie	
Soins médicaux complémentaires	
• Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays	
• Médicaments d'ordonnance	
• Services et appareils médicaux	
• Soins paramédicaux	
• Soins de la vue	
Soins Virtuels	
Glossaire	90
Annexe I – Aperçu des tarifs du régime d'avantages sociaux	93
Flex Équipe TELUS pour 2021	
Annexe II – Promoteurs, règlements, personnes-ressources	97
et assistance	

Le présent document offre un aperçu des régimes d'avantages sociaux pour les membres de l'équipe Cliniques TELUS Santé permanents non régis par une convention collective. Les membres de l'équipe doivent être résidents du Canada.

Le guide est un sommaire et, à ce titre, il ne peut pas contenir tous les détails des régimes. En cas de divergence, les prestations seront versées conformément aux documents officiels du régime, aux contrats et aux lois applicables.

Introduction

Vos régimes d'avantages sociaux représentent une partie importante de votre régime de rémunération global à TELUS.

Il est important que vous compreniez les différentes options de ces régimes pour choisir celles qui répondent le mieux à vos besoins et à ceux de votre famille. Vous constaterez que le régime Flex Équipe TELUS vous permet de personnaliser les avantages en fonction de vos besoins.

Ce guide comporte des renseignements détaillés sur chacun des avantages sociaux. Il compte deux Annexes :

[L'Annexe I](#) présente un résumé des dollars santé et des tarifs pour l'année en cours et vous fournit tout le nécessaire à propos des coûts avant votre inscription.

[L'Annexe II](#) comprend l'information suivante :

- Promoteurs des régimes d'avantages sociaux et demandes de règlement
- Questions et réponses
- Personnes-ressources et assistance

La période de validité du régime d'avantages sociaux est du 1^{er} mars 2021 au 28 février 2022.

L'inscription avec Flexit360, l'outil d'inscription en ligne, est facile et rapide.

Besoin d'aide?

- Communiquez avec infoRH en ligne ou visitez mesRH
 - Posez une question par [clavardage](#) ou par [courriel](#)
 - Clavardez directement avec un membre de l'équipe infoRH au 1-866-899-8999.



Aperçu du régime Flex Équipe TELUS

En vertu du régime Flex Équipe TELUS, vous profitez d'un ensemble d'avantages sociaux payés par TELUS (les régimes de base) et vous recevez également un montant payé par l'employeur (dollars et crédits santé). Vous choisissez ensuite la meilleure façon d'utiliser ces dollars et crédits santé et de personnaliser votre régime.

Si vous êtes un nouveau membre de l'équipe, vos protections de base (à l'exception de l'assurance invalidité de courte durée) entrent en vigueur dès votre premier jour de travail. Toutes les autres protections et celle de vos personnes à charge sont rétroactives au jour de votre entrée en service après votre inscription. Si vous vous inscrivez durant la période d'inscription annuelle, les protections commencent le 1^{er} mars.

Protections de base

Les protections de base comprennent les avantages sociaux suivants payés par TELUS :

- Assurance accidents en voyage d'affaires
- Crédits
- Assurance accidents de l'employé
- Assurance vie de l'employé
- Soins médicaux complémentaires
 - Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays seulement
 - Soins paramédicaux de psychologie et d'orthophonie
- Assurance invalidité de longue durée (à l'exception des protections supplémentaires d'assurance invalidité de longue durée)
- Invalidité de courte durée
- Compte Mieux-être

Dollars santé

Chaque année, vous obtenez des dollars santé de TELUS selon le nombre de personnes nécessitant une couverture au titre de votre régime d'avantages sociaux. Vous pouvez appliquer ces dollars à votre régime de soins médicaux complémentaires ou de soins dentaires, les porter à votre compte Soins de santé ou les ajouter à votre paie à titre de revenu imposable.

Si vous sélectionnez une option de couverture plus étendue, vous payez le coût supplémentaire de la protection non couverte par vos dollars santé au moyen de retenues salariales après impôt.

Personnes à charge

Les personnes à charge admissibles sont les résidents du Canada qui sont :

- Le conjoint : la personne légalement mariée au membre de l'équipe, ou la personne qui vit maritalement depuis au moins six mois avec le membre de l'équipe. Le conjoint doit être retiré du régime d'avantages sociaux au plus tard dans les six mois suivant une séparation.

- Les enfants à charge (biologiques, adoptés ou dont le membre de l'équipe est le tuteur légal*) qui dépendent grandement du membre de l'équipe sur le plan financier, qui ne sont pas mariés et ayant :
 - moins de 21 ans (ou n'importe quel âge s'ils sont handicapés**)
 - entre 21 et 24 ans inclusivement s'ils fréquentent à temps plein un collège, une université ou toute autre institution d'enseignement reconnue***

* La tutelle légale doit être obtenue en vertu des lois canadiennes, et le tuteur doit fournir une ordonnance d'un tribunal comme preuve.

** La couverture pour une personne à charge invalide de n'importe quel âge est uniquement offerte aux personnes déjà couvertes par les régimes de TELUS à titre d'enfant à charge admissible.

*** La couverture pour soins médicaux complémentaires à l'intention des personnes à charge qui fréquentent l'école à temps plein se termine à la fin de l'année où ces personnes atteignent 25 ans. Au Québec, selon les exigences de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), ces personnes à charge peuvent maintenir leur couverture jusqu'à leur 26^e anniversaire de naissance. Si vous êtes un membre de l'équipe du Québec et que vous devez prolonger la couverture d'une personne à charge dans cette situation, vous devez téléphoner à mesRH pour le traitement de ce prolongement.

Remarques :

Cette définition s'applique à tous les avantages sauf pour le compte Soins de santé, où les personnes à charge sont définies différemment.

Vous pourriez avoir à prouver qu'une personne que vous avez désignée comme personne à charge satisfait aux critères de la définition.

Crédits

Chaque année, les membres de l'équipe reçoivent des crédits équivalant à 1,15 % de leur salaire de base, ce qui correspond à trois jours de paie. Vous pouvez utiliser ces crédits pour acheter jusqu'à trois (3) journées de congé additionnelles (journées complètes seulement) ou vous pouvez choisir de porter certains crédits à votre compte Soins de santé ou au remboursement de votre prêt étudiant.

Lors de l'année de votre entrée en service, vos crédits sont automatiquement utilisés pour l'achat de journées de congé additionnelles. Un membre de l'équipe embauché entre :

- le 1^{er} mars et le 31 août a droit à trois journées de congé additionnelles;
- le 1^{er} septembre et le 31 janvier a droit à une journée de congé additionnelle;
- le 31 janvier et le 28 février n'a droit à aucune journée de congé additionnelle jusqu'à l'année suivante du régime.

Les membres de l'équipe qui travaillent 50 % du temps ou moins ne reçoivent pas de crédits.

Les membres de l'équipe qui retournent d'un congé autorisé pendant l'année de validité du régime ont droit à des journées de congé additionnelles.

La valeur des crédits portés à votre compte Soins de santé est basée sur votre salaire au moment de votre inscription et peut être utilisée dès le début de l'année du régime (1^{er} mars). Si vous choisissez les journées de congé additionnelles, le congé est payé selon votre salaire de base au moment où vous prenez le congé, avec les retenues

habituelles. Les journées de congé additionnelles doivent être utilisées au cours l'année du régime durant laquelle elles sont attribuées. Les journées de congé additionnelles non inutilisées sont annulées à la fin de l'année du régime d'avantages sociaux (28 février) ou à la date de fin de votre emploi.

Prêts étudiants

Si vous choisissez d'utiliser les crédits pour rembourser un prêt étudiant que vous ou qu'une personne à charge admissible a contracté, la valeur des crédits vous sera versée après que vous aurez fourni une preuve de prêt étudiant non remboursé à l'équipe de la paie. Le montant minimum pouvant être porté au remboursement d'un prêt étudiant est de 200 \$.

Les preuves d'un prêt étudiant non remboursé sont les suivantes :

- Relevé d'un prêt étudiant **en cours**.
- Marge de crédit pour étudiants **en vigueur**.

Pour recevoir le remboursement, vous devez faire parvenir les documents à Payroll@telus.com. Si le Service de la paie ne reçoit pas les documents avant la fin de l'année du régime au cours de laquelle vous avez obtenu les crédits, le paiement sera annulé.

Lorsque les fonds auront été traités, ils seront ajoutés à vos gains sur votre relevé de paie et assujettis à l'impôt.

Remarque : Les prêts étudiants convertis en marge de crédit, les marges de crédit personnelles, les relevés de carte de crédit, les relevés de prêt personnel et les reçus ne sont pas des documents acceptés.

Faites votre régime

Vous pouvez choisir parmi les avantages suivants :

- Assurance accidents
- Crédits
- Assurance maladies graves
- Soins dentaires
 - Soins dentaires de base
 - Soins dentaires majeurs et d'orthodontie
- Soins médicaux complémentaires
 - Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays et services et appareils médicaux
 - Soins paramédicaux et de la vue
 - Médicaments d'ordonnance
- Compte Soins de santé
- Assurance vie
- Invalidité de longue durée
- Compte Mieux-être

Avantages par défaut : première inscription au régime

Si vous ne vous inscrivez pas, votre régime par défaut offrira seulement la protection suivante :

- Assurance accidents : option 2 – 1x salaire de base
- Assurance accidents en voyage d'affaires
- Crédits : options 1 à 3 – utilisés pour acheter des journées de congé additionnelles (les membres de l'équipe qui travaillent 50 % du temps ou moins ne sont pas admissibles aux crédits)
- Soins dentaires
 - Soins dentaires de base : option 4 – 100 %, examens de rappel aux 12 mois
 - Soins dentaires majeurs et soins d'orthodontie : option 1 – retrait
- Soins médicaux complémentaires
 - Services et appareils médicaux/Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays : option 3 – remboursement à 80 %
 - Soins paramédicaux et soins de la vue : option 3 – 200 \$ pour les soins de la vue, 500 \$ pour les soins paramédicaux
 - Médicaments d'ordonnance : option 3 – aucune franchise, niveaux 90 %/80 %/35 %
- Assurance vie : protection de base – 1x salaire de base
- Assurance invalidité de longue durée : protection de base plus option 2, rémunération de l'employé à 30 %, indexée
- Assurance invalidité de courte durée
- Compte Mieux-être

Votre protection par défaut n'inclut **PAS** :

- Compte Soins de santé
- Assurance vie facultative de l'employé, du conjoint et des enfants, assurance accidents et assurance maladies graves facultatives

Remarque : Votre succession est le bénéficiaire par défaut.

Pour modifier vos régimes

Vous pouvez modifier vos régimes aux dates suivantes : au moment de l'adhésion annuelle (pour les modifications entrant en vigueur le 1^{er} mars) et à la suite d'un événement marquant admissible.

Remarques : Certaines protections supérieures sont assujetties à une durée fixe de deux ans pendant laquelle aucun changement ne peut être apporté.

Événements marquants admissibles

Vous pouvez changer au cours de l'année la plupart de vos régimes dans les 31 jours suivant un événement marquant admissible, qui est défini comme suit :

- Ajout d'un conjoint (après le mariage ou six mois d'une union de fait)
- Naissance, adoption ou garde légale d'un enfant

- Décès du conjoint ou d'un enfant
- Divorce ou séparation
- Cessation de la protection de votre conjoint dans le cadre du programme d'avantages sociaux de son employeur

Ajout d'une personne à charge admissible (ne constituant pas un événement marquant)

Si vous devez ajouter une personne à charge admissible à vos protections de soins médicaux complémentaires ou de soins dentaires durant l'année (ex. une personne à charge ayant dépassé l'âge limite, mais qui retourne aux études à temps plein), communiquez avec infoHR.

Coordination des prestations

Si votre conjoint adhère au régime d'avantages sociaux offert par son employeur et que ce régime permet la coordination des prestations d'assurance des soins médicaux et dentaires, vous devrez comparer ces avantages avec les vôtres pour déterminer comment obtenir le remboursement maximal.

Dans certains cas, il pourrait s'avérer avantageux pour vous et votre conjoint de vous inscrire tous deux au régime de l'autre en tant que personne à charge, avec vos enfants. Dans d'autres, il pourrait être préférable pour l'un d'entre vous de conserver sa couverture individuelle (sans personne à charge). Pour prendre une décision éclairée, vous devez calculer les frais totaux, comparer les franchises et estimer vos dépenses en soins de santé complémentaires et dentaires pour l'année à venir.

Si vous pouvez coordonner les prestations, vous soumettez d'abord vos propres dépenses pour le remboursement par votre régime d'assurance pour soins médicaux complémentaires ou dentaires, puis au régime de votre conjoint.

Votre conjoint, pour sa part, demande le remboursement de ses frais auprès de son propre régime, puis du vôtre.

Si vous avez des enfants à charge, soumettez d'abord les demandes de remboursement au régime du parent dont le mois de naissance arrive en premier dans l'année (il ne s'agit pas nécessairement du parent le plus âgé), puis au régime de l'autre parent. Si votre conjoint participe également au régime Flex Équipe TELUS, vous recevez tous deux vos dollars santé et vous pouvez coordonner les prestations.

En fin de compte

Chaque protection est assortie d'un coût. Dans certains cas, il s'agit d'un pourcentage de votre salaire, dans d'autres, il s'agit d'un tarif fixe ou encore d'un tarif établi en fonction de l'âge (au 1^{er} mars au début de l'année de garantie), du genre et du fait que la personne protégée fume ou non.

Si le coût des options choisies excède votre solde de dollars santé, la différence est réglée par retenues salariales. Si le coût des options choisies est inférieur à votre solde de dollars santé, le montant restant sera versé à votre compte Soins de santé ou ajouté au montant de votre paie. Les dollars santé ajoutés à votre paie sont calculés au prorata et versés sur 24 paies. Ce montant est imposable.

Maintien de la protection pendant les périodes de congé

Congé d'invalidité

Si, à cause d'une invalidité, vous touchez des prestations d'assurance invalidité de courte durée, votre assurance demeure en vigueur et les primes sont déduites de votre salaire. Si vous touchez des prestations d'assurance invalidité de longue durée, vous n'avez aucune prime à payer jusqu'à votre retour au travail ou jusqu'à votre 65^e anniversaire de naissance, tant que vous demeurez à l'emploi de TELUS, conformément aux modalités du régime applicable.

Congé de maternité, parental, pour soins de compassion ou pour proches aidants

Votre assurance demeure en vigueur pendant votre congé de maternité, parental, pour soins de compassion ou pour proches aidants et vous continuez à payer les primes applicables.

Autres congés

En cas de congé autorisé pour des raisons personnelles ou autres, vous devez conclure une entente avec le service des avantages sociaux pour que la protection soit maintenue pendant cette période. Vous serez responsable des coûts des régimes d'avantages sociaux.

Fin de la protection

Votre protection du régime de soins médicaux complémentaires et de soins dentaires prend fin le jour où vous quittez votre emploi. Pour obtenir une protection personnelle, vous pouvez souscrire l'un des régimes individuels de Desjardins en faisant une demande dans les 60 jours suivant la fin de votre régime d'avantages sociaux collectif, sous réserve des modalités du régime que vous choisissez.

L'assurance vie, l'assurance accidents et l'assurance maladies graves prennent fin à la première des éventualités ci-dessous :

- Vous atteignez l'âge de 72 ans
- Votre conjoint atteint l'âge de 72 ans (pour l'assurance du conjoint seulement)
- La fin de votre emploi
- Votre conjoint ou votre enfant ne correspond plus à la définition de personne à charge admissible

Vous pouvez convertir jusqu'à 200 000 \$ de votre protection de base et optionnelle en une police personnelle. (voir Transformation de la protection).

Vous pouvez convertir la protection maladies graves pour vous ou votre conjoint jusqu'à 100 000 \$ et jusqu'à 20 000 \$ pour votre enfant.

L'assurance invalidité de longue durée prend fin lors de la première des éventualités suivantes :

- Le jour de votre cessation d'emploi.
- Six mois avant votre 65^e anniversaire.

Vous ne pouvez pas convertir votre assurance invalidité de longue durée en une police d'assurance privée.

Régime Flex Équipe TELUS

La présente section du guide décrit vos régimes d'avantages sociaux.

Régime d'assurance maladie provincial

Les régimes d'assurance maladie provinciaux couvrent les frais d'hospitalisation en salle, les honoraires des médecins et des chirurgiens et les frais des services de laboratoire et de radiologie requis. Les autres avantages sociaux varient selon la province.

Si vous avez des questions concernant les frais remboursés par votre assurance maladie provinciale, communiquez avec le ministère de la Santé de votre province de résidence.

Pour avoir droit à la protection pour soins médicaux complémentaires de votre régime, vous devez bénéficier de la protection du régime d'assurance maladie de votre province.

Si vous n'êtes pas admissible à une protection, vous devrez souscrire une assurance maladie temporaire pour personnes en attente d'une couverture d'assurance maladie provinciale jusqu'à ce que vous soyez admissible au régime d'assurance maladie de votre province de résidence.



Votre régime d'avantages sociaux

Votre régime rembourse de nombreux frais médicaux qui ne sont pas couverts par le régime provincial d'assurance maladie. Il vous suffit de choisir le niveau de protection qui répond le mieux à vos besoins.

Vous trouverez dans le tableau un aperçu des avantages pour lesquels vous avez des options. Les dollars santé et les coûts se trouvent à [l'Annexe I](#).

	Soins médicaux complémentaires			Soins dentaires		Assurance vie	Assurance accidents	Assurances Assurance invalidité de longue durée (ILD) de base	Assurances Assurance invalidité de longue durée (ILD) – régime complémentaire – payée par le membre de l'équipe	
	Médicaments d'ordonnance	Services paramédicaux / soins de la vue	Frais médicaux d'urgence à l'extérieur du pays ou de la province et Fournitures et appareils médicaux	Soins dentaires de base	Soins dentaires majeurs / Orthodontie					
<div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Plus de protection</div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Moins de protection</div>	Option 1	<ul style="list-style-type: none"> Renonciation (avec preuve d'une autre protection) 	<ul style="list-style-type: none"> Psychologie/ Orthophonie seulement : 5 000 \$ – inclus dans toutes les options de cette catégorie 	<ul style="list-style-type: none"> Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/du pays seulement : 100 % (max. viager 5 millions \$) 	<ul style="list-style-type: none"> Non disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> Non disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> 1 x salaire de base annuel 	<ul style="list-style-type: none"> Non disponible 	<ul style="list-style-type: none"> 30 % du salaire, non indexé Avantage non imposable 	
	Option 2	<ul style="list-style-type: none"> Franchise : 1 000 \$ Niveau 1 : 90 % Niveau 2 : 80 % Niveau 3 : 35 % 	<ul style="list-style-type: none"> Soins de la vue : examens de la vue seulement, aux 2 ans Services paramédicaux : 300 \$ combiné 	<ul style="list-style-type: none"> Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/du pays : 100 % (max. viager 5 millions \$) Fournitures et appareils médicaux : 70 % 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % Rappel : 12 mois Max. 500 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> Majeurs : 50 % (max. : 2 000 \$)** Ortho : 50 % (max. : 2 500 \$)** 		<ul style="list-style-type: none"> 1 x salaire de base annuel 		<ul style="list-style-type: none"> 30 % du salaire, indexé Avantage non imposable
	Option 3	<ul style="list-style-type: none"> Aucune franchise Niveau 1 : 90 % Niveau 2 : 80 % Niveau 3 : 35 % 	<ul style="list-style-type: none"> Soins de la vue : 200 \$ et examens de la vue aux 2 ans Services paramédicaux : 500 \$ combiné 	<ul style="list-style-type: none"> Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/du pays : 100 % (max. viager 5 millions \$) Fournitures et appareils médicaux : 80 % 	<ul style="list-style-type: none"> 20 % Rappel : 12 mois Aucun maximum 	<ul style="list-style-type: none"> Majeurs : 70 % (max. : 2 500 \$)** Ortho : 50 % (max. : 3 000 \$)** 				
	Option 4	<ul style="list-style-type: none"> Aucune franchise Niveau 1 : 100 % Niveau 2 : 90 % Niveau 3 : 45 % 	<ul style="list-style-type: none"> Soins de la vue : 300 \$ et examens de la vue aux 2 ans Services paramédicaux : 1 000 \$ combiné** 	<ul style="list-style-type: none"> Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/du pays : 100 % (max. viager 5 millions \$) Fournitures et appareils médicaux : 90 % 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % Rappel : 12 mois Aucun maximum 					
	Option 5		<ul style="list-style-type: none"> Soins de la vue : 400 \$ et examens de la vue aux 2 ans Services paramédicaux : 1 500 \$ combiné** 		<ul style="list-style-type: none"> 100 % Rappel : 6 mois Aucun maximum 					

Remarques :

- Tous les maximums s'appliquent par personne.
- Tous les maximums sont payés en vertu du barème de Desjardins, qui représente les frais usuels et coutumiers dans chaque province.
- Médicaments d'ordonnance : option 2 – une franchise de 1 000 \$ signifie que vous ne serez pas admissible à un remboursement jusqu'à ce que vos dépenses admissibles relatives à des médicaments d'ordonnance atteignent 1 000 \$ dans le cadre de votre régime.
- * Vous devez conserver ces options pendant deux ans avant de pouvoir y apporter des modifications.
- ** Les enfants de moins de 18 ans ont droit aux soins suivants :
 - Soins de la vue : un examen de la vue par année du régime
 - Soins dentaires de base : un examen de rappel tous les six mois
- Pour avoir droit à la protection pour soins médicaux complémentaires de votre régime, vous devez bénéficier de la protection du régime d'assurance maladie de votre province. Si vous n'êtes pas admissible à une

protection, vous devrez souscrire une assurance maladie temporaire pour personnes en attente d'une couverture d'assurance maladie provinciale jusqu'à ce que vous soyez admissible au régime d'assurance maladie de votre province de résidence.

- *Les membres de l'équipe du Québec doivent s'inscrire au minimum à l'option 3 de la protection de médicaments d'ordonnance, sauf s'ils présentent une preuve de couverture dans le cadre d'un autre régime. Au Québec, les membres de l'équipe doivent inscrire à leur régime d'avantages sociaux leur conjoint et leurs enfants à charge admissibles qui ne bénéficient pas d'une couverture dans le cadre d'un autre régime.*
- *Les membres de l'équipe résidant dans les provinces autres que le Québec doivent fournir une preuve d'adhésion à un autre régime s'ils n'adhèrent pas à la protection de médicaments d'ordonnance.*

Médicaments d'ordonnance

Le régime prévoit le remboursement des médicaments qui requièrent une ordonnance en vertu de la loi, qui portent un numéro d'identification du médicament, qui sont sous réserve des restrictions et des caractéristiques de l'assurance médicaments et qui sont préparés par un pharmacien ou un médecin, notamment :

- Les injections nécessaires à la cure de désensibilisation (allergies) prodiguée par un médecin.
- Certains médicaments en vente libre servant au maintien des fonctions vitales.
- Les médicaments sous ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste.
- Les médicaments contre la stérilité (les coûts liés aux traitements contre la stérilité sont couverts sous la catégorie Services et appareils médicaux. Vous devez bénéficier de la couverture pour les médicaments et pour les services et appareils médicaux afin d'obtenir le remboursement des médicaments et des traitements). Les coûts liés aux médicaments contre la stérilité seront combinés à ceux des traitements connexes sous la catégorie Services et appareils médicaux, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 15 000 \$.
 - o Communiquez avec Desjardins pour confirmer que les dépenses liées à votre test, à votre traitement ou à vos médicaments contre la stérilité sont admissibles. Seules les demandes de règlement papier sont acceptées.
- Les préparations d'insuline utilisées dans le traitement du diabète, ainsi que les fournitures nécessaires au contrôle de la glycémie, les aiguilles et les seringues.
- Les narcotiques pour un maximum annuel de 3 000 \$.
- Les contraceptifs d'ordonnance.
- Les médicaments de désaccoutumance au tabac : maximum viager de 500 \$.
- Le traitement de la dysfonction érectile est limité à un maximum de 1 200 \$ par année de garantie.
- Les vitamines B-12 utilisées dans le traitement de l'anémie pernicieuse.
- Les médicaments permettant la perte de poids (y compris les vitamines B6 et B12 administrées dans le cadre d'un programme supervisé par un médecin). Maximum annuel de 1 800 \$ et maximum viager de 5 000 \$. Le remboursement comprend le coût des médicaments, pas le coût de l'injection ni de l'administration du médicament.
 - o Une autorisation préalable est requise. Il est possible d'obtenir un formulaire pour médicaments anti-obésité nécessitant une autorisation spéciale auprès de Desjardins.

Remarque : *Les composés dont l'ingrédient principal ne nécessite aucune ordonnance ne sont pas couverts.*

Restrictions et caractéristiques de l'assurance médicaments

TELUS s'associe à TELUS Santé et à Desjardins pour développer et mettre en œuvre des programmes qui aideront à faire face à la hausse des coûts associés aux demandes de règlement de médicaments. Voici les caractéristiques et restrictions de ces programmes :

- **Option 2 : franchise de 1 000 \$** – Si vous choisissez cette option, vous ne serez pas admissible à un remboursement jusqu'à ce que vos dépenses admissibles relatives à des médicaments d'ordonnance atteignent 1 000 \$ dans le cadre de votre régime de soins de santé complémentaires.
- **Remboursement des frais de médicaments par niveau** : L'approche à plusieurs niveaux vous garantit le remboursement des médicaments d'ordonnance dont vous avez besoin au meilleur rapport coût-efficacité. Le régime d'assurance médicaments Vers l'avant de TELUS reconnaît que les nouveaux médicaments ou les médicaments plus coûteux ne sont pas nécessairement plus efficaces que les autres pour traiter la même affection, encourageant de ce fait l'utilisation de médicaments vivement recommandés par les professionnels de la médecine, efficaces sur le plan clinique, sécuritaires et offrant la meilleure valeur. Les médicaments sont soumis au moins 10 fois par année à un examen par une équipe de professionnels de la santé composée de pharmaciens et d'économistes du secteur de la santé (le Comité de gestion de la liste de médicaments de TELUS Santé) et par un panel d'experts indépendants (le Comité externe d'évaluation des médicaments). Les experts du comité externe mettent à profit leur expérience en analyses cliniques et pharmacoéconomiques pour fournir à TELUS Santé une évaluation objective.
 - **Les médicaments sont classés selon trois niveaux** :
 - Niveau 1** - Les médicaments génériques contiennent les mêmes ingrédients actifs que leurs équivalents de marque et coûtent moins cher. Les médicaments de marque pour lesquels un médicament générique existe sont compris dans le niveau 1 et remboursés en fonction du prix le plus bas du médicament générique.
 - Niveau 2** - Médicaments de marque pour lesquels aucun médicament générique n'existe, mais qui sont économiques, sécuritaires et grandement recommandés par les médecins comme thérapie de première ligne. Ce niveau comprend aussi les médicaments qui exigent une autorisation préalable, les vaccins, et certains médicaments assortis d'un montant maximal annuel ou viager (par ex., médicaments pour traiter la stérilité, la dysfonction érectile, la perte de poids, ou pour cesser de fumer ou de consommer de la drogue). Pour certains médicaments de ce niveau, seule une demande de règlement papier est possible.
 - Niveau 3** - Médicaments qui ne sont pas génériques ou qui ne sont pas considérés comme des thérapies de première ligne dans le traitement de certaines maladies. Vous pouvez remplacer un médicament classé au niveau 3 par un compris dans le niveau 1 ou 2, ou vous pouvez le conserver et payer plus cher. Discutez avec votre médecin des différentes options qui s'offrent à vous.
- Pour déterminer à quel niveau le médicament d'ordonnance appartient, consultez l'outil de recherche de médicaments de Desjardins. Dans cet outil, vous ne trouverez aucun médicament d'ordonnance pour lequel une demande de règlement papier est exigée. Veuillez communiquer avec Desjardins pour confirmer le niveau de protection.

- **Frais d'exécution d'ordonnance** : Le montant maximal des frais d'exécution d'ordonnance admissible est de 9 \$ (par ordonnance) et assujéti au niveau de remboursement de votre régime. Lorsque les frais d'exécution d'ordonnance ne sont pas ventilés dans le coût des médicaments, un pourcentage de la demande de règlement sera considéré comme des frais d'exécution d'ordonnance et le remboursement sera limité à 9 \$.
- **Médicaments génériques** : Le régime d'assurance médicaments de TELUS prévoit le remplacement obligatoire par un médicament générique ou par un médicament de substitution à moindre coût. Par conséquent, lorsque vous présentez votre carte-médicaments, le pharmacien doit automatiquement préparer la version générique du médicament qui vous a été prescrit ou le médicament de substitution le moins coûteux. Si vous optez pour le médicament de marque malgré l'existence d'un équivalent générique, vous serez remboursé en fonction du niveau du médicament générique ou du prix le moins élevé.
- **Programme d'autorisation préalable** : Il peut être nécessaire d'obtenir une autorisation préalable pour une nouvelle ordonnance de médicaments de spécialité précis. Pour obtenir une autorisation préalable, vous devez demander à votre médecin de remplir un formulaire et de l'envoyer à Desjardins avant que le régime rembourse le médicament. Ainsi, si vous achetez un des médicaments couverts dans le cadre du programme d'autorisation préalable avant d'obtenir l'autorisation, vous devrez payer pour le médicament à la pharmacie, puis faire une demande d'autorisation. Une fois la demande approuvée, vous pouvez soumettre le reçu de votre achat avec une demande de règlement à Desjardins pour obtenir un remboursement. Une fois l'autorisation accordée, vous pouvez utiliser votre carte-médicaments pour payer le médicament. Veuillez consulter le site web ou l'application mobile de Desjardins pour obtenir des renseignements à jour sur les noms des médicaments touchés par ce programme.
- **Programme de maintien** : Dans le cadre du programme de maintien de Desjardins, lorsque cela est possible, vous obtenez des renouvellements à long terme (c.-à-d. des médicaments de maintien) pour des provisions de médicaments de trois à six mois au lieu d'être obligé de renouveler l'ordonnance chaque mois. En réduisant le nombre de visites chez le médecin ou à la pharmacie pour renouveler les ordonnances, TELUS et vous gagnez du temps et économisez de l'argent (par la diminution des frais d'exécution d'ordonnance). Les prescriptions pour les médicaments d'entretien sont limitées à cinq par année par médicament d'entretien. Une fois cette limite atteinte, les frais d'exécution d'ordonnance ne seront plus couverts jusqu'à la prochaine année du régime.
- **Quantités d'essai** : S'il y a lieu, les nouvelles ordonnances sont préparées en quantités d'essai. Le programme d'ordonnance d'essai de Desjardins cible les médicaments qui sont reconnus comme ayant potentiellement plus d'effets secondaires. Ce programme ne comprend pas les médicaments qui sont normalement préparés en plus petites quantités, les médicaments qui doivent être délivrés dans leur emballage original, ou les médicaments qui doivent être pris pendant des périodes plus longues pour être efficaces. Le programme contribue à diminuer une partie du gaspillage et des coûts inutiles qui surviennent lorsque l'ordonnance originale ne produit pas les résultats escomptés pour le patient.

Lorsque vous présenterez votre carte pour obtenir un médicament qui fait partie de ce programme, le pharmacien vous suggérera de commencer par une quantité initiale, généralement une provision d'une semaine. Si le médicament vous convient (c.-à-d. que vous n'avez pas d'effets secondaires), le pharmacien préparera le reste de l'ordonnance après quelques jours. Vous n'aurez pas à déboursé d'autres frais d'exécution d'ordonnance. Si vous ressentez des effets secondaires ou si le médicament n'est pas efficace, vous ou votre pharmacien pourrez discuter avec votre médecin d'une solution de rechange.

Soins paramédicaux

Le cas échéant, les demandes de règlement ne sont pas remboursées avant que le montant maximal annuel du régime provincial n'ait été versé.

Psychologie et orthophonie

Toutes les options offrent une protection pour les services psychologiques et orthophoniques jusqu'à un maximum combiné de 5 000 \$ par année du régime. La protection offerte pour les services psychologiques comprend tout traitement offert dans votre province de résidence par les praticiens agréés ou autorisés suivant :

- Conseiller clinicien
- Psychologue clinicien
- Psychothérapeute
- Travailleur social
- Orthophoniste

La thérapie numérique – BEACON, une thérapie cognitive et comportementale virtuelle confidentielle, est incluse dans la couverture pour services psychologiques paramédicaux. Cette thérapie coûte 500 \$ et comprend la messagerie illimitée pendant 12 semaines avec un thérapeute ainsi que l'accès aux ressources de BEACON pendant 12 mois.

Pour accéder au programme:

- payer 50 \$ pour compléter l'évaluation avant de commencer le processus BEACON
- payer 150 \$ toutes les deux (2) semaines, pour 3 versements
- Les demandes de règlement peuvent être soumises à Desjardins pour remboursement.

Visitez le site web pour en savoir davantage : www.mindbeacon.com/telus

Autres soins paramédicaux

Le remboursement des services psychologiques comprend tout traitement offert dans votre province de résidence par les praticiens agréés ou autorisés suivant :

- Acuponcteur
- Thérapeute en sport
- Audiologiste
- Chiropraticien
- Diététiste
- Massothérapeute
- Naturopathe
- Ergothérapeute
- Ostéopathe
- Physiothérapeute
- Podiatre

Remarque : *Les demandes de règlement sont remboursées en totalité en vertu du barème de Desjardins, qui représente les frais usuels et coutumiers dans chaque province.*

Soins de la vue

Voici ce que comprennent les soins de la vue :

- les montures avec verres de prescription, les verres de prescription uniquement et les lentilles cornéennes
 - la protection des soins de la vue peut également couvrir les frais d'une chirurgie oculaire au laser
- un examen de la vue toutes les deux années de garantie pour les adultes et les enfants de 18 ans et plus
- un examen de la vue par année de garantie pour les enfants de moins de 18 ans (sauf si votre régime d'assurance maladie provincial rembourse les examens de la vue)

Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays

Cette assurance rembourse jusqu'à un maximum viager de 5 millions de dollars par personne lorsque le membre de l'équipe ou une personne à sa charge nécessite des services médicaux d'urgence pendant un voyage d'agrément ou d'affaires à l'extérieur de la province ou du Canada. Pour être admissibles, les frais doivent être nécessaires du point de vue médical et être engagés au cours des 180 premiers jours suivant la date de départ du membre de l'équipe de sa résidence.

On entend par urgence toute blessure ou maladie subite ou imprévisible qui exige des soins médicaux immédiats, avant même que l'une des personnes à votre charge ou vous-même ne soyez en état de rentrer à la maison. Si, au cours des trois mois précédant le départ, l'une des personnes à votre charge ou vous-même êtes atteints de troubles médicaux nécessitant un traitement ou la modification de votre médication, demandez à votre médecin de vous indiquer si votre état de santé est suffisamment stable pour partir en voyage. Si une demande de règlement fait l'objet d'une contestation, on vous demandera de fournir un certificat médical attestant que les frais étaient imprévisibles.

Pour que les personnes à charge bénéficient de cette protection, il faut choisir la protection de couple ou familiale. Dans le cadre de cette protection, les termes « membres de la famille » désignent le membre de l'équipe et les personnes à sa charge.

ASSURANCE VOYAGE

Lorsqu'une personne couverte doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, DSF rembourse les frais admissibles conformément aux conditions suivantes :

la personne doit être couverte par un régime provincial d'assurance maladie au Canada;

les frais doivent être couverts en vertu de la garantie accident-maladie; et

l'état de santé de la personne couverte devait être stable avant la date de début du voyage.

L'adhérent doit communiquer avec DSF si la durée du séjour à l'étranger est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi la personne couverte pourrait ne pas être couverte.

Les décisions médicales prises par un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par cette dernière, sont fondées sur des facteurs médicaux et servent à déterminer la nécessité d'offrir les services ci-dessous.

Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable
<u>Frais médicaux</u>	
Frais de séjour dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne couverte reçoive son congé de l'hôpital	Chambre semi-privée
Autres services hospitaliers	
Honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste	
Tous les autres frais admissibles en vertu de la disposition « Au Canada » de cette garantie	
<u>Frais de transport</u>	
Pour être admissibles, les frais énumérés ci-dessous doivent être approuvés et planifiés par Voyage Assistance.	
Les frais de rapatriement de la personne couverte à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés dès que son état de santé le permet	Ces frais ne sont pas admissibles si le moyen de transport initialement prévu pour le retour peut être utilisé
Les frais pour le rapatriement, en même temps que le rapatriement de la personne couverte, de toute autre personne couverte en vertu de cette garantie	Ces frais ne sont pas admissibles si le moyen de transport initialement prévu pour le retour peut être utilisé
Le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié lorsque prescrit par le médecin traitant	L'accompagnateur ne pas être un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage
Le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne couverte qui séjourne à l'hôpital pendant au moins 7 jours	La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont limités à 1 500 \$ La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant
Les frais de retour du véhicule de la personne couverte ou celui qu'elle a loué, si :	2 500 \$ par voyage

<p>la personne couverte souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale;</p> <p>l'incapacité est certifiée par un médecin et empêche la personne couverte de conduire ce véhicule; et</p> <p>aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne peut retourner le véhicule.</p> <p>Le retour peut être effectué par une agence commerciale.</p>	
<p>En cas de décès de la personne couverte, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement</p>	<p>La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus</p>
<p>En cas de décès de la personne couverte, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train)</p>	<p>5 000 \$</p>
<p><u>Frais de subsistance</u></p>	
<p>Le coût des repas et de l'hébergement de la personne couverte qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'un accident constaté par un médecin et qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage</p> <p>Les frais additionnels de garde des enfants qui n'accompagnent pas la personne couverte</p>	<p>200 \$ par jour par personne couverte, pendant un maximum de 10 jours par voyage, pour l'ensemble de ces frais</p>
<p><u>Frais d'appels interurbains</u></p>	
<p>Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne couverte est hospitalisée</p>	<p>50 \$ par jour et un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation</p> <p>La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus</p>

	Ces frais sont admissibles si des frais de transport pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne hospitalisée ne sont pas remboursés
Prestation maximale globale	
Tous les frais admissibles	Montant viager de 5 000 000 \$ par personne couverte

Exclusions additionnelles applicables à l'assurance voyage
<p>Voyage Assistance doit être contactée immédiatement lorsque des services à l'extérieur de la province de résidence de l'adhérent sont nécessaires en raison d'une urgence médicale. À défaut d'effectuer cette démarche, le remboursement d'une partie des frais admissibles engagés pourrait être réduit ou refusé. DSF n'est pas responsable de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux administrés.</p> <p>Aucun remboursement n'est effectué :</p> <ul style="list-style-type: none"> si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers; pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne couverte sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale; si la personne couverte ne consent pas : <ul style="list-style-type: none"> au traitement prescrit par le médecin ou par Voyage Assistance; à changer d'hôpital ou de clinique; à se faire examiner pour permettre l'établissement d'un diagnostic; au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance; pour toute urgence médicale survenue dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis un des avertissements suivants avant la date de début du voyage : <ul style="list-style-type: none"> éviter tout voyage non essentiel; ou éviter tout voyage. La personne couverte qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par cette exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais; si la personne couverte refuse de divulguer les renseignements nécessaires à DSF relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à DSF l'utilisation de tels renseignements; si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage;

si un médecin a déconseillé à la personne couverte de voyager;

pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés après les 32 premières semaines de grossesse;

pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne couverte d'une activité sportive à titre professionnel, ou d'un sport ou d'une activité représentant un haut degré de risque, notamment :

le deltaplane et le parapente;

le parachutisme et la chute libre;

le saut à l'élastique (bungee jumping);

l'escalade et l'alpinisme;

le ski acrobatique;

les activités sous-marines;

les sports de combat;

les courses de véhicules motorisés;

d) pour le décès ou les frais qui résultent directement ou indirectement de :

la consommation de drogues, ou

la consommation abusive de médicaments ou d'alcool.

La consommation abusive de médicament est celle qui dépasse la posologie recommandée. La consommation d'alcool est considérée abusive si le taux d'alcool dans le sang dépasse celui permis par le Code criminel du Canada.

e) pour le coût du cercueil ou de l'urne.

Services et appareils médicaux

Les services, tests et appareils médicaux sont remboursés jusqu'à concurrence du niveau de remboursement choisi et peuvent être assujettis à un maximum annuel, semestriel ou viager. Desjardins peut aussi fixer des limites usuelles et coutumières.

Pour bon nombre des éléments couverts suivants, une recommandation d'un médecin est exigée. Nous vous conseillons de communiquer avec Desjardins avant tout achat.

Services et appareils couverts

- Les membres artificiels ou toute autre prothèse.
- Les glycomètres (d'un maximum viager de 700 \$).
- Les supports et les prothèses, sauf s'ils sont utilisés uniquement pour faire du sport.
- Les chaussures orthopédiques sur mesure, les modifications de chaussures à des fins orthopédiques et les orthèses (500 \$ par année du régime) prescrites par un médecin ou un podiatre. Les soins doivent être dispensés par un podiatre, un chiropodiste, un podo-orthésiste, un orthoptiste ou un chiropraticien.
- Les coûts associés aux tests et aux traitements de fertilité seront combinés à ceux des médicaments contre la stérilité, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 15 000 \$. Les coûts des médicaments contre la stérilité sont couverts par le volet des médicaments

du régime. Vous devez bénéficier de la protection pour les médicaments et pour les services et appareils médicaux afin d'obtenir le remboursement des médicaments et des traitements.

- o Communiquez avec Desjardins pour confirmer que les dépenses liées à votre test, à votre traitement ou à vos médicaments contre la stérilité sont admissibles. Seules les demandes de règlement papier sont acceptées.
- Les épreuves diagnostiques de laboratoire et radiographiques.
- Les coûts occasionnés pour remplir les formulaires suivants :
 - formulaire d'évaluation du praticien (10 053);
 - formulaire sur les capacités fonctionnelles (10 020); et
 - formulaires de suivi médical de TELUS (10 030 – 10 070), exigés par TELUS.
 - Formulaires d'attestation médicale requis par Desjardins pour les personnes à charge handicapées ayant dépassé l'âge limite.

Le nom du formulaire doit être précisé sur le reçu. Les frais facturés par un praticien pour un examen médical ne sont pas couverts.

- Les prothèses et soutiens-gorge postopératoires.
- Les accessoires pour stomie et iléostomie.
- L'oxygène.
- Les plâtres en plâtre de Paris ou en fibre de verre.
- La location ou l'achat d'équipement durable nécessaire à un usage thérapeutique temporaire au domicile du patient. L'équipement durable comprend, sans y être limité, les articles suivants :
 - Les appareils respiratoires.
 - Les pompes à perfusion d'insuline et les capteurs, récepteurs et transmetteurs de mesure de glucose en continu.
 - La protection pour les enfants à charge est de 6 500 \$ tous les quatre ans.
 - Les adultes doivent transmettre certains documents pour bénéficier de cette protection. Contactez Desjardins pour de plus amples renseignements.
- Les lits d'hôpital.
- Les bonnets couvre-segment.
- Les dispositifs de traction.
- Les bandages herniaires, colliers, attelles et béquilles.
- Les ambulateurs, les canes et les embouts caoutchouc.
- Un fauteuil roulant et ses réparations.
 - Si le coût d'un fauteuil roulant dépasse le maximum prévu, la demande est étudiée. Communiquez avec le Service des avantages sociaux pour de plus amples renseignements.
- Les perruques et postiches (requis en raison d'un traitement médical).

Opérations d'affirmation de genre

Cette couverture est offerte à tous les membres du régime et à leurs personnes à charge de 18 ans ou plus. La personne couverte par le régime sera remboursée après la chirurgie, à condition que les critères relatifs à la couverture et à la chirurgie soient respectés.

Le régime prévoit le remboursement des frais engagés pour les interventions chirurgicales visant à adapter certains traits féminins ou masculins au genre de la personne en transition, telles que la réduction de la structure osseuse du visage, l'augmentation des joues ou la pose d'implants pectoraux.

Il y a un maximum de 10 000 \$ par année de prestations et un maximum à vie de 50 000 \$.

Soins dentaires découlant d'un accident

Les frais engagés pour des soins dentaires sont admissibles lorsqu'ils sont exigés et prodigués par un dentiste au cours des 52 semaines suivant une blessure accidentelle alors que la personne est protégée par le régime. On entend par blessure accidentelle toute lésion à la dentition naturelle produite immédiatement par un coup direct porté de l'extérieur à la bouche ou au visage. Les frais relatifs à des lésions causées par un objet placé dans la bouche ne sont pas admissibles.

Les remboursements sont effectués conformément au guide des tarifs de l'Association dentaire de la province où les soins sont prodigués. Les soins temporaires ou incomplets, les doubles traitements, ainsi que les frais engagés pour corriger les traitements qui n'ont pas donné les résultats attendus ne sont pas remboursés.

Services ambulanciers d'urgence

Le régime prévoit le remboursement des frais médicaux nécessaires engagés pour des services ambulanciers autorisés à destination de l'hôpital le plus proche dans votre province et dotés du matériel nécessaire pour prodiguer au patient les soins essentiels à sa survie. Les frais de transport aérien sont remboursés en cas d'urgence extrême, lorsque l'état du patient empêche l'utilisation de tout autre moyen de transport.

Appareil auditif

Les appareils auditifs et leur réparation pour vous et les personnes à votre charge sont couverts jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par personne pour chaque oreille toutes les quatre années civiles. Les frais engagés pour l'achat de piles, de chargeurs et de tout autre accessoire semblable ne sont pas remboursés.

Services hospitaliers

Les frais supplémentaires engagés pour une chambre à deux lits ou à un lit dans un hôpital ou un service hospitalier de soins de longue durée sont remboursés, de même que les frais de coassurance demandés pour l'hospitalisation dans un service hospitalier de soins de longue durée.

Les frais de location d'un téléphone, d'un téléviseur ou de tout autre matériel semblable ne sont pas remboursés.

Soins infirmiers privés

Le régime prévoit le remboursement des frais engagés pour des soins infirmiers privés à domicile prodigués par du personnel infirmier diplômé à un patient atteint d'une maladie aiguë. Seuls les frais usuels et raisonnables pour de tels soins sont remboursés, jusqu'à concurrence de 25 000 \$ tous les trois ans par membre de l'équipe ou personne à charge. Une approbation doit être obtenue avant de se retenir les services d'une infirmière. Communiquez avec Desjardins pour obtenir les formulaires appropriés.

Frais non remboursés

Le régime de soins médicaux complémentaires ne prévoit pas le remboursement des frais suivants :

- Services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainé par l'État, sous réserve des dispositions énoncées ci-dessous sous la rubrique Intégration du régime avec les programmes de l'État.
- Implants, prothèses ou appareils médicaux (par exemple, anneaux gastriques, implants mammaires, implants rachidiens et prothèses de hanche).
- Matériel que Desjardins exclut de sa garantie (exemples : matelas orthopédiques, appareils d'exercice physique, climatiseurs et purificateurs d'air, baignoires d'hydromassage et humidificateurs).
- Services ou articles qui ne sont pas habituellement fournis pour le traitement d'une maladie, y compris les traitements expérimentaux ou les traitements de recherche. Les traitements expérimentaux ou de recherche sont des traitements qui ne sont pas approuvés pour le grand public par Santé Canada ou par un autre organisme de réglementation gouvernemental.
- Services ou articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).
- Services ou articles pour lesquels aucuns frais ne seraient exigés en l'absence de la présente protection.

Le régime ne couvre pas les demandes de règlement qui se rapportent à une maladie attribuable à l'une des causes suivantes :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- exercice d'une activité rémunérée pour le compte d'une autre personne que l'employeur qui offre le présent régime; ou
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Le présent régime intègre les prestations qu'il prévoit avec celles qui sont payables ou disponibles au titre du régime ou programme parrainé par l'État (le programme de l'État).

Les frais remboursables au titre de ce régime correspondent à la portion des frais qui n'est pas payable ou couverte au titre du programme de l'État, sans égard à ce qui suit :

- le fait que vous ayez ou non présenté une demande au titre du programme de l'État;
- le fait que votre protection au titre de ce régime ait une incidence sur votre admissibilité ou votre droit à toute prestation prévue par le programme de l'État; ou
- toute liste d'attente.

Les détails

Carte-médicaments de Desjardins

Vous pouvez utiliser votre carte-médicaments de Desjardins pour régler la plupart de vos achats de médicaments sur ordonnance. Cette carte permet le traitement immédiat de votre demande à la pharmacie (voir la rubrique Demandes de règlement).

- Accédez à votre compte Desjardins en ligne ou mobile app pour imprimer ou consulter votre carte-médicaments de Desjardins.

- Au moment de l'achat, présentez votre carte-médicaments de Desjardins et une carte d'identité au pharmacien. Si vous ne pouvez pas utiliser votre carte-médicaments de Desjardins, payez le médicament d'ordonnance, puis faites une demande de règlement (voir la rubrique Demandes de règlement).
- Les demandes de règlement pour les médicaments contre la stérilité, les tests et les traitements connexes doivent être soumises par formulaire papier.
- La protection de soins médicaux complémentaires paie immédiatement sa part des frais et le solde vous incombe. Vous êtes responsable des frais non remboursés par Desjardins. Pour être entièrement remboursé de vos frais grâce à la coordination des prestations avec un autre régime, vous pouvez remplir une demande de règlement et la soumettre à Desjardins ou remplir votre demande de règlement en ligne au site web de services aux participants de Desjardins
- La plupart des pharmaciens canadiens et des autres fournisseurs qui permettent les demandes de règlement en ligne acceptent la carte-médicaments de Desjardins.

Points à considérer

Au moment de faire vos choix, considérez les points suivants :

- Une autre protection possiblement offerte par le régime de votre conjoint.
- Vos besoins en matière de soins de santé. Si vous ne croyez pas avoir fréquemment recours à des soins de santé ou à des fournitures médicales, vous pourriez ne choisir aucune protection ou choisir une protection réduite, ce qui vous permettra d'accumuler des dollars santé dans votre compte Soins de santé ou de recevoir un montant en espèces imposable.

Si le coût des options choisies est supérieur à votre solde de dollars santé, vous payez la différence au moyen de retenues salariales après impôt. Si vous affectez des fonds à votre compte Soins de santé, vous pouvez déclarer la retenue salariale après impôt comme dépense admissible (à l'exclusion des taxes de vente provinciales du Manitoba, de l'Ontario et du Québec).

Questions fiscales

Dans les provinces autres que le Québec, les dollars santé utilisés pour payer un régime de soins médicaux complémentaires, de même que les remboursements de frais médicaux, ne sont pas considérés comme un avantage imposable.

Les résidents du Québec doivent payer de l'impôt provincial sur la valeur moyenne prévue des demandes de règlement, moins les retenues salariales remboursables. Ce montant est ajouté au revenu comme avantage imposable.

Les membres de l'équipe au Manitoba, en Ontario et au Québec doivent également payer la taxe de vente provinciale.

Soins dentaires

Le régime de soins dentaires rembourse les services visant à restaurer et maintenir des dents et des gencives saines.

Il n'y a pas de protection de base de soins dentaires. Cette protection est facultative; vous pouvez choisir de ne prendre aucune protection. Si vous désirez une protection, vous devez choisir les options de soins dentaires. Les dollars santé et les coûts de cette protection se trouvent à l'[Annexe I](#).

Frais remboursés

Les soins ci-dessous sont remboursés jusqu'à concurrence des montants limites indiqués dans la grille tarifaire de l'Association dentaire en vigueur dans la province dans laquelle les soins sont prodigués.

Tous les maximums s'appliquent par membre de l'équipe ou par personne à charge. Les frais des spécialistes sont payés à le guide de frais de spécialistes.

Soins de prévention et de restauration de base

- Examens de rappel : comprend un examen oral et une interprétation des radiographies par le dentiste, le cas échéant (tous les 12 mois pour les adultes, tous les 6 mois pour les enfants de moins de 18 ans, à l'exception de l'option 5 qui couvre un examen de rappel tous les 6 mois et un maximum de 2 par année du régime).
- Polissages, nettoyages et applications topiques de fluorure (tous les 12 mois pour les adultes, tous les 6 mois pour les enfants de moins de 18 ans, à l'exception de l'option 5 qui couvre un examen de rappel tous les 6 mois et un maximum de 2 par année du régime).
- Détartrages et aplanissements des racines (maximum combiné de 16 unités par année du régime; le nombre de visites peut dépasser celui pour les examens de rappel).
- Obturations (à l'amalgame, mixtes, acryliques ou l'équivalent).
- Extractions.
- Extractions de dents incluses et anesthésie connexe.
- Scellements des puits et fissures (enfants de moins de 18 ans).
- Mainteneurs d'espace pour les dents primaires manquantes.
- Dispositifs pour prévenir le grincement et le serrement des dents.
- Réparations des prothèses (prothèses dentaires, ancrage, etc.).
- Traitements d'endodontie (traitement de canal et obturations canalaires).
- Périodonties (traitement d'une maladie des gencives).
- Autres examens :
 - examens complets (un tous les 24 mois);
 - examens urgents (un tous les 12 mois);
 - examens périodontiques limités (un tous les six mois);
 - examens précis (un tous les 12 mois).

- Radiographies :
 - radiographies péricoronaires (une tous les 12 mois);
 - séries complètes OU radiographies panoramiques (une tous les 24 mois).

Services majeurs

- Incrustations en profondeur et de surface.
- Couronnes et réparation de couronnes.
 - Le coût de l'installation d'un implant est remboursé jusqu'à concurrence du coût de l'installation d'une couronne ou prothèse extrinsèque. Les frais pour la chirurgie et les établissements ne sont pas couverts.
- Services de prothèse (confection et mise en place de ponts ou de prothèses amovibles standard).
- Réparations de ponts.

Lorsqu'un traitement à moindres frais est adéquat, le régime rembourse les frais correspondant à ce traitement plutôt qu'à un autre plus coûteux.

Le remplacement de prothèses, de couronnes ou de ponts existants est limité à un par période de cinq ans.

Services orthodontiques

- Traitements de malposition des dents (appareils) :
 - ajustements, réparations et entretien;
 - examens;
 - services de laboratoire;
 - appareils amovibles ou fixes, ou une combinaison des deux.

Frais non remboursés

Dans le cadre du régime de soins dentaires, les frais suivants ne sont pas admissibles :

- Soins dentaires donnés à des fins principalement esthétiques.
- Frais de remplacement d'appareils perdus, égarés ou volés.
- Frais de rendez-vous non respectés.
- Frais de rédaction de demandes de règlement.
- Services ou articles pour lesquels aucuns frais ne seraient exigés en l'absence de la présente protection.
- Appareils normalement rattachés à l'exercice d'un sport (par exemple, un protège-dents).
- Frais de soins et d'articles relatifs à la restauration buccale complète (mise en place de couronnes sur toutes les dents), à la rectification de la dimension verticale (changement de la façon dont les dents entrent en contact), y compris l'abrasion (usure des dents), la modification ou la reconstitution de l'occlusion (du contact entre les mâchoires), ou à la contention au moyen d'une prothèse (mise en place de couronnes pour rendre les dents plus solides).
- Transplants et modification des rapports entre maxillaires.
- Traitements expérimentaux.

Le régime ne couvre pas les soins dentaires résultant de ce qui suit :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- malformations dentaires présentes à la naissance ou apparues pendant la croissance;
- participation à la perpétration d'un acte criminel.
- tout autre article dont le remboursement ne fait pas explicitement partie des prestations.

Les détails

Guide des tarifs

Le remboursement est calculé selon les frais engagés, jusqu'à concurrence des montants limites indiqués dans le guide des tarifs de l'Association dentaire en vigueur dans la province dans laquelle les soins sont prodigués. Les frais des spécialistes sont payés à le guide de frais de spécialistes.

Vérifiez au préalable auprès de votre dentiste la part des frais susceptible de vous être remboursée. Si le dentiste demande des tarifs supérieurs à ceux qui sont prévus par le régime, vous devrez payer la différence entre le paiement du régime et des frais du dentiste.

Autorisation préalable

Si un traitement dentaire onéreux ou important doit être entrepris, votre dentiste peut faire parvenir à Desjardins une description du traitement proposé afin que l'assureur vous indique les frais et services qui vous seront remboursés et si une autorisation préalable est nécessaire.

Maintien de la protection pendant les périodes de congé

Congé d'invalidité

Si, à cause d'une invalidité, vous touchez des prestations d'assurance invalidité de courte durée, votre assurance demeure en vigueur et les primes sont déduites de votre salaire. Si vous touchez des prestations d'assurance invalidité de longue durée, vous n'avez aucune prime à payer jusqu'à votre retour au travail ou jusqu'à votre 65^e anniversaire de naissance, tant que vous demeurez à l'emploi de TELUS, conformément aux modalités du régime applicable.

Congé de maternité, parental, pour soins de compassion ou pour proches aidants

Vous continuez à profiter des avantages sociaux du régime pendant votre congé de maternité, parental, pour soins de compassion ou pour proches aidants et vous continuez à payer les primes applicables.

Autres congés

En cas de congé autorisé pour des raisons personnelles ou autres, vous devez conclure une entente avec le service des avantages sociaux pour que la protection soit maintenue pendant cette période. Vous serez responsable des coûts des régimes d'avantages sociaux.

Échéances

Modification de la protection

Vous pouvez modifier votre protection au cours de la période d'inscription annuelle. Les modifications entreront en vigueur le 1^{er} mars, à moins que vous ayez choisi l'option 2 ou 3 pour les soins dentaires majeurs et l'orthodontie, option que vous devez conserver pendant au moins deux années de régime. Le seul autre moment où vous pouvez modifier votre protection est à la suite d'un événement marquant admissible (voir la rubrique Événements marquants admissibles).

Points à considérer

Au moment de faire votre choix, considérez les points suivants :

- Une autre protection possiblement offerte par le régime de votre conjoint (vous pouvez ne choisir aucune protection).
- Vos besoins en matière de soins dentaires. Si vous ne croyez pas avoir fréquemment recours à des soins dentaires, vous pouvez ne choisir aucune protection afin d'accumuler des dollars santé dans votre compte Soins de santé.
- Votre solde de dollars santé. Si le coût des options choisies est supérieur à votre solde, vous payez la différence au moyen de retenues salariales après impôt. Si vous affectez des fonds à votre compte Soins de santé, vous pouvez déclarer la retenue salariale après impôt comme dépense admissible (à l'exclusion des taxes de vente provinciales du Manitoba, de l'Ontario et du Québec).

Compte Soins de santé

Le compte Soins de santé constitue une excellente manière d'obtenir un remboursement exempt d'impôt* pour vos demandes de règlement des frais médicaux ou dentaires qui :

- sont admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (et pour lesquels vous ne demandez pas un remboursement sur votre déclaration de revenus); et
- ne sont pas remboursées par un autre régime d'assurance (public ou privé).

* Les résidents du Québec doivent payer l'impôt provincial sur les remboursements.

Vous devez utiliser dans l'année du régime la totalité du montant que vous avez alloué au compte Soins de santé; sinon, vous le perdez. Toutefois, vous pouvez reporter des frais à l'année de période des prestations suivante (mais pas au-delà d'une année).

Contribution optionnelle

À chaque période d'inscription, vous choisissez le montant de dollars santé, de crédits ou encore la part de votre Compte Mieux-être (s'il y a lieu) que vous désirez déposer dans votre compte Soins de santé. C'est comme si vous disposiez d'un compte-chèques à fins déterminées.

- Le dépôt maximal permis par année correspond au montant total des dollars santé, des crédits et des fonds de votre compte Mieux-être. La décision est irrévocable.
- Les fonds de votre compte Soins de santé peuvent être utilisés dès le mois de mars suivant votre inscription annuelle.
- Les fonds du compte Soins de santé doivent être utilisés dans l'année de période de prestations où ils sont déposés, sinon ils seront perdus.
- Pour pouvoir demander un remboursement ou reporter des frais à l'année de prestations suivante, vous devez avoir un compte Soins de santé au moment où les frais sont engagés.

Points à considérer

Déterminez vos frais médicaux et dentaires annuels, c'est-à-dire les frais qui ne vous sont pas remboursés par un autre régime d'assurance. Ils comprennent les franchises, la coassurance (lorsque le régime rembourse moins de la totalité des frais et que vous payez la différence) et les frais qui dépassent les plafonds prévus par le régime (par exemple, les verres correcteurs qui coûtent plus que le maximum prévu par votre assurance maladie supplémentaire ou celle de votre conjoint). Ils peuvent également comprendre les frais pour soins médicaux et dentaires qui ne sont pas remboursés par un régime.

Questions fiscales

Tous les dollars santé, crédits ou fonds provenant du compte Mieux-être que vous déposez dans votre compte Soins de santé sont exempts d'impôt. Les remboursements des frais admissibles sont exempts d'impôt dans toutes les provinces à l'exception du Québec.

Pour les résidents du Québec, les remboursements au titre du compte Soins de santé sont assujettis à l'impôt provincial sur le revenu.

Voici un exemple pour un résident du Québec :

Si vous affectez 400 \$ à votre compte Soins de santé et que vous utilisez la totalité de ce montant, vous créez un avantage imposable d'environ 459 \$, qui comprend la taxe sur la prime, la taxe de vente et certains frais administratifs.

Si votre taux marginal d'imposition provincial est de 23 %, l'impôt provincial sur ce montant s'élève à 106 \$. Le compte Soins de santé est toutefois exempté d'impôt fédéral, c'est là son principal avantage.

Frais remboursés

La liste des dépenses admissibles relève de l'Agence du revenu du Canada. Si vous n'êtes pas certain de l'admissibilité d'une dépense, communiquez avec Desjardins pour obtenir des précisions.

Vous pouvez demander le remboursement de primes versées pour souscrire un régime privé d'assurance maladie avec des dollars après impôt (par exemple, régime Flex TELUS, le régime d'avantages sociaux de votre conjoint ou une assurance maladie en voyage), le remboursement des franchises et de la coassurance.

La liste des dépenses admissibles est longue et comprend notamment les éléments suivants :

- dispositifs d'assistance;
- soins hospitaliers;
- soins dentaires;
- médicaments;
- soins médicaux et paramédicaux;
- transport, repas et hébergement pour raison médicale;
- autres dépenses médicales;
- dispositifs et appareils médicaux sur ordonnance;
- soins de la vue.

La plupart des régimes d'avantages sociaux d'employeur remboursent plusieurs des frais admissibles, mais le remboursement autorisé peut être inférieur à 100 %. Le compte Soins de santé peut servir à combler la différence. Si vous ne bénéficiez pas d'une autre protection ou si vous avez atteint le montant limite de votre régime, vous pouvez présenter une demande de règlement dans le cadre du compte Soins de santé pour obtenir le remboursement de la totalité des frais.

Frais non remboursés

Voici des exemples de frais qui ne sont pas remboursés par le compte Soins de santé, même s'ils font l'objet d'une ordonnance médicale, parce qu'ils ne figurent pas explicitement dans la liste des frais admissibles prescrite par l'Agence du revenu du Canada :

- Climatiseurs, humidificateurs, déshumidificateurs ou purificateurs d'air (même pour des personnes affligées de troubles respiratoires chroniques).
- Sérums contre les allergies, en excluant les honoraires d'un médecin.

- Fournitures chiropratiques (par exemple, un oreiller Normalizer, un oreiller d'eau).
- Cours de réanimation cardiorespiratoire (par exemple, un cours sur les soins d'urgence de l'Ambulance Saint-Jean).
- Primes d'assurance invalidité.
- Médicaments ou remèdes d'un naturopathe.
- Bouchons d'oreille (même sur ordonnance par suite d'une chirurgie).
- Pansements oculaires.
- Primes des régimes d'assurance maladie provinciaux.
- Primes d'assurance maladie et dentaire collective payées à l'aide de dollars santé plutôt qu'au moyen de dollars après impôt.
- Soins homéopathiques, sauf s'ils sont prodigués par un naturopathe.
- Coussins d'air lombaire et coussins de soutien lombaire cylindrique.
- Bracelets Medic Alert.
- Services de sages-femmes, sauf s'ils sont prodigués par une infirmière autorisée.
- Chaises OBUS.
- Réflexologie.
- Traitements de shiatsu.
- Programmes de désaccoutumance au tabac.

Détails

Report des frais

Selon la réglementation fiscale, il faut utiliser les fonds déposés dans le compte Soins de santé au cours de l'année, à défaut de quoi vous les perdrez. Vous pouvez reporter à l'année de période de prestations suivante des frais impayés pour lesquels vous pouvez être remboursé à partir du dépôt de l'année suivante dans votre compte Soins de santé, à la condition de disposer d'un compte Soins de santé au moment d'engager ces frais.

Voici un exemple de report des frais.

Report des frais portés au compte Soins de santé							
Date du dépôt : 1 ^{er} mars	Montant du dépôt	Frais de l'année précédente	Solde du compte après paiement des frais reportés	Frais de l'année en cours	Solde du compte au 28 février	Frais reportés	Fonds perdus
Année 1	600 \$	0 \$	600 \$	800 \$	0 \$	200 \$	0 \$
Année 2	700 \$	200 \$	500 \$	400 \$	100 \$	0 \$	100 \$
Année 3	500 \$	0 \$	500 \$	650 \$	0 \$	150 \$	0 \$
Année 4	600 \$	150 \$	450 \$	500 \$	0 \$	50 \$	0 \$

Demandes de règlement

Pour demander un remboursement dans le cadre du compte Soins de santé :

- Assurez-vous d'abord que tous les régimes vous ont remboursé leur part.
- Vous pouvez remplir votre demande de règlement en ligne sur le site web de Desjardins et votre remboursement sera déposé directement dans votre compte bancaire. Visitez le site sunlife.ca/participant pour vous inscrire et obtenir votre NIP afin de remplir vos demandes de règlement en ligne.
- Vous pouvez également imprimer le formulaire de demande Soins de santé à partir du site web de Desjardins. L'adresse postale figure au bas du formulaire.
- Pour obtenir un remboursement rapide et exact, remplissez le formulaire en entier sans oublier d'indiquer le numéro de police, votre nom et votre numéro d'employé. Ces numéros figurent sur votre carte-médicaments de Desjardins.
- Joignez vos reçus originaux ou le Relevé d'indemnités de Desjardins ou celui de tout autre assureur au formulaire.
- Si vous voulez que votre portion des frais soit prélevée directement dans votre compte Soins de santé une fois que votre régime de soins de santé complémentaires aura remboursé sa portion, utilisez le formulaire pour les soins médicaux et cochez la case autorisant Desjardins à envoyer directement votre demande de règlement au compte Soins de santé.
- Les retenues salariales pour payer les coûts des régimes de soins de santé complémentaires et de soins dentaires peuvent être réclamées au moyen de votre relevé de paie, sur lequel les renseignements confidentiels auront été masqués. Le montant à réclamer correspond aux coûts totaux des régimes de soins de santé complémentaires et de soins dentaires moins les dollars santé exempts d'impôt fournis par TELUS.
- Conservez une copie de vos reçus et de vos formulaires de demande de règlement dans vos dossiers.

Les remboursements à partir du compte Soins de santé sont traités et expédiés aussitôt que vous les envoyez, s'il vous reste des dollars dans votre compte.

Vous avez jusqu'au dernier jour de février pour engager des frais qui vous seront remboursés à partir de votre compte Soins de santé pour l'année de période de prestations. Les demandes de règlement doivent être reçues par Desjardins au plus tard le 31 mai, ou dans les 90 jours après la fin de votre admissibilité au compte Soins de santé, selon la première éventualité. Si vous dépensez tous les dollars santé de votre compte Soins de santé, ou si vous attendez le 31 mai pour demander le règlement de vos frais, vous pouvez reporter ceux-ci et demander le remboursement en utilisant les dollars santé attribués à votre compte pour l'année de période de prestations suivante, à condition de toujours avoir un compte Soins de santé.

Échéances

Entrée en vigueur de la protection

Si vous adhérez au compte Soins de santé lors de la période d'adhésion annuelle, tous les fonds déposés peuvent être utilisés dès le 1^{er} mars suivant la période d'adhésion. Si vous êtes un nouveau membre de l'équipe, tous les fonds déposés peuvent être utilisés le premier jour de la période de paie suivant votre adhésion.

Modification de la protection

Vous pouvez seulement modifier vos fonds du compte Soins de santé au cours de la période d'inscription annuelle. Les modifications entreront en vigueur le 1^{er} mars. Vous ne pouvez pas diminuer votre allocation au compte Soins de santé à la suite d'un événement marquant admissible.

Expiration du compte Soins de santé

Le compte Soins de santé prend fin le jour où vous quittez votre emploi ou le jour où vous passez à un autre régime d'avantages sociaux de TELUS et ne participez plus au compte Soins de santé. Cependant, vous pouvez demander le règlement de frais engagés pendant que vous étiez encore en fonction ou que vous participiez encore au compte Soins de santé. Les dollars santé du compte Soins santé disponibles pour remboursement consisteront en des fonds provenant de votre compte Mieux-être, des crédits et des dollars santé excédentaires. Vous devez envoyer votre demande de règlement dans les 90 jours suivant la date de la fin de votre emploi ou de votre participation au compte Soins de santé.

Compte Mieux-être

Le compte Mieux-être (aussi appelé « compte de dépenses personnel » dans les systèmes de Desjardins) est une ressource flexible qui vous aide à être au meilleur de vous-même à la maison comme au travail. Ce compte couvre les dépenses liées à votre bien-être physique, psychologique, social, financier et environnemental afin de répondre à vos besoins et à vos intérêts. Il est conçu pour être flexible et entièrement autogéré. Vous pouvez demander le règlement de frais pour vous ou l'une de vos personnes à charge admissibles couvertes par votre régime de soins dentaires ou de soins médicaux complémentaires.

Le compte Mieux-être est doté d'un montant forfaitaire imposable de 500 \$ versé par TELUS aux membres de l'équipe qui travaillent à temps plein, à temps partiel et dans le cadre d'un emploi partagé au moins 51 % du temps. Les membres de l'équipe qui travaillent 50 % du temps ou moins reçoivent la moitié de ce montant. Quant à eux, les nouveaux employés reçoivent un montant calculé au prorata en fonction de leur date d'embauche.

Desjardins vous remboursera jusqu'à concurrence de la totalité du montant auquel vous êtes admissible durant la période de validité du régime et signalera le remboursement à TELUS. TELUS portera ensuite le montant sur un relevé de paie subséquent pour que l'impôt applicable y soit prélevé.

Vous pouvez aussi utiliser les fonds du compte Mieux-être de façon efficace sur le plan fiscal en transférant une partie ou la totalité de ceux-ci à votre compte Soins de santé lors de la période d'inscription annuelle ou, si vous êtes nouvellement embauché, lors de votre première inscription.

Vous avez jusqu'au dernier jour de février pour engager des frais qui vous seront remboursés à partir de votre compte Mieux-être pour l'année de période de prestations. La demande de règlement doit être reçue par Desjardins au plus tard le 31 mai, ou jusqu'à 90 jours après la résiliation de votre Compte Mieux-être, selon la première échéance. Les dollars non réclamés le 31 mai seront perdus.

Aperçu

Les fonds du Compte Mieux-être peuvent être utilisés pour tout produit, article ou activité qui vous aidera à atteindre l'équilibre entre le travail et la vie personnelle. Vous gérez ce compte. Les frais admissibles comprennent notamment les éléments suivants :

- frais de soins aux enfants ou aux aînés;
- cotisations à un REER, un REEE ou un CELI;
- planification successorale et/ou dépenses juridiques;
- adhésion à un centre d'entraînement physique ou équipement d'entraînement physique;
- évaluation de la santé ou du mode de vie;
- cours de loisir ou d'intérêt général;
- laissez-passer de transport en commun.

Consultez la [liste complète](#) sur MesRH.

Questions fiscales

Les remboursements provenant du Compte Mieux-être sont considérés comme un revenu imposable, sauf s'ils sont transférés au compte Soins de santé (les fonds alloués au Compte Soins de santé sont imposables au Québec) au moment de l'inscription annuelle ou de l'inscription initiale.

Demandes de règlement

Les demandes de règlement pour les dépenses engagées peuvent être présentées en tout temps pendant l'année de période de prestations au moyen de l'outil en ligne ou de l'application mobile de Desjardins. Veuillez toutefois conserver vos reçus pendant 24 mois, puisqu'ils pourraient être demandés aux fins de vérification. Les remboursements seront faits directement par Desjardins et un avantage imposable sera ajouté à votre paie.

Les demandes de règlement doivent être reçues par Desjardins au plus tard le 31 mai, ou jusqu'à 90 jours après la résiliation de votre Compte Mieux-être, selon la première échéance. Les dollars non réclamés le 31 mai seront perdus.

Remarques :

- *Suivant chaque période d'inscription annuelle, vous pouvez utiliser tous les fonds de votre compte Mieux-être.*
- *Les membres de l'équipe en congé de maternité, parental, pour soins de compassion ou pour proches aidants sont admissibles au compte Mieux-être pendant leur absence. Les membres de l'équipe en congé autorisé pour des raisons personnelles ou autres n'y sont pas admissibles.*

Vacances

Tous les employés de TELUS ont droit à des vacances annuelles. Le nombre de journées accordé est calculé en fonction du nombre d'années de service. Les vacances peuvent être prises entre le **1^{er} janvier et le 31 décembre**. Les vacances peuvent être accumulées tout au long de l'année sur 26 périodes de paies.

Si vous travaillez à temps partiel ou si vous partagez un poste, le nombre de journées de vacances est calculé en fonction du nombre d'heures travaillées.

Veillez consulter le site [mesRH](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur le nombre de journées de vacances auxquelles vous avez droit.

Assurance vie

Les tarifs de la couverture d'assurance vie se trouvent à [l'Annexe I](#).

Assurance vie de l'employé

Avec l'assurance vie de l'employé, votre bénéficiaire reçoit un montant forfaitaire advenant votre décès.

Protection de base

Vous, comme tous les membres de l'équipe, avez droit à une assurance vie de base correspondant à votre salaire annuel de base. Les membres de l'équipe qui travaillent 50 % du temps ou moins reçoivent la moitié de ce montant.

En plus de votre assurance vie de base, vous pouvez souscrire des montants d'assurance vie additionnels pour vous, votre conjoint et vos enfants.

Lors de chaque période d'inscription annuelle, vous pouvez accroître la protection de votre assurance vie facultative d'une unité de 10 000 \$ sans présenter de déclaration d'état de santé.

Vous devez cependant remplir et soumettre un formulaire de preuve d'assurabilité si le montant des unités additionnelles achetées dépasse 10 000 \$ par année, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$, ou 100 unités. La compagnie d'assurance doit approuver le montant d'assurance additionnel pour qu'il entre en vigueur. Le coût varie selon les facteurs suivants :

- Votre âge au 1^{er} mars de chaque année.
- Votre sexe.
- Le fait que vous fumez ou non.

Assurance vie du conjoint – facultative

Avec l'assurance vie facultative du conjoint, le bénéficiaire reçoit un montant forfaitaire advenant le décès du conjoint.

Vous pouvez souscrire des montants d'assurance vie du conjoint en unités de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ ou 100 unités.

Votre conjoint doit remplir une preuve d'assurabilité, et la compagnie d'assurance doit approuver le montant d'assurance pour que la protection entre en vigueur. Le coût varie selon les facteurs suivants :

- L'âge de votre conjoint au 1^{er} mars de chaque année.
- Le sexe de votre conjoint.
- Le fait qu'il fume ou non.

Double protection

Si votre conjoint est employé par TELUS et qu'il est admissible à une protection, vous pouvez tous les deux souscrire une assurance vie du conjoint.

Assurance vie des enfants – facultative

Avec l'assurance vie facultative des enfants, le bénéficiaire reçoit un montant forfaitaire advenant le décès de l'un des enfants, quelle qu'en soit la cause. Vous pouvez assurer les enfants à charge admissibles à partir de l'âge de 24 heures. Seuls les enfants qui répondent à la définition d'enfants à charge admissibles dans le cadre du régime Flex Équipe TELUS peuvent être assurés.

Le montant que vous choisissez couvre chacun de vos enfants. Le coût est le même quel que soit le nombre d'enfants, et chaque enfant est assuré pour le même montant.

Vous pouvez souscrire des montants d'assurance vie facultative des enfants en unités de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 20 000 \$ ou deux unités.

Double protection

Si votre conjoint est employé par TELUS et qu'il est admissible à l'assurance vie des enfants facultative, vous pouvez tous les deux souscrire une assurance vie des enfants, jusqu'à concurrence de 40 000 \$. Chaque régime permet d'assurer tous vos enfants.

Détails de l'assurance vie

Fumeur ou non-fumeur

Vous êtes considéré comme non-fumeur si vous n'avez pas fumé ni utilisé de cigarette, de cigarette électronique, de pipe, de cigare, de timbre de nicotine ou de gomme à la nicotine, de tabac à chiquer, de narguilé, ou de produit au tabac ou à la nicotine sous quelque forme que ce soit une seule fois au cours des 12 derniers mois.

Vous devez déclarer si vous êtes fumeur ou non-fumeur au moment de votre adhésion initiale. Si vous commencez à fumer au cours de l'année, vous devez le signaler pour que votre protection demeure valide. Si vous vous êtes inscrit comme non-fumeur et qu'il est prouvé que vous avez consommé l'un ou l'autre des produits indiqués, l'assureur peut invalider votre assurance et refuser de verser le capital assuré à vos bénéficiaires.

Vous pouvez également aviser l'assureur si vous devenez non-fumeur au cours de l'année.

Le fait que votre enfant fume ou non n'a aucune incidence sur son assurance vie.

Preuve d'assurabilité

En déclarant que vous êtes en bonne santé, vous indiquez que vous ne constituez pas un risque important pour l'assureur. Pour ce faire, vous devez remplir le formulaire de preuve d'assurabilité, que vous pouvez vous procurer à go/flexit360.

Vous n'avez pas à remplir de formulaire de preuve d'assurabilité pour la protection de base.

Si vous augmentez votre protection d'assurance vie de 20 000 \$ (deux unités supplémentaires) ou plus au moment de l'inscription annuelle, vous devez remplir le formulaire de preuve d'assurabilité.

En tout temps, si vous désirez augmenter votre capital assuré, vous devez remplir le formulaire de preuve d'assurabilité, peu importe le capital demandé.

En plus de la preuve d'assurabilité, l'assureur peut demander un supplément d'information, notamment un prélèvement sanguin ou un examen médical.

Transformation de la protection

Vous pouvez transformer votre assurance vie de base ou facultative de l'employé ou l'assurance vie facultative de votre conjoint en une assurance vie individuelle d'un capital assuré égal ou inférieur, jusqu'à concurrence de 200 000 \$, si vous êtes âgé de 65 ans ou moins et si :

- Vous quittez votre emploi à TELUS.
- Vous n'êtes plus admissible à cette protection.
- Vous devenez invalide sans être exonéré de vos primes.

Vous ne pouvez pas transformer l'assurance vie pour les enfants en une assurance individuelle.

Contactez askHR@telus.com pour demander le formulaire de notification de privilège de conversion. Vous devez demander une telle transformation et payer votre première prime dans les 31 jours qui suivent la modification de votre situation.

Échéances

Entrée en vigueur de la protection

- L'assurance vie de base entre en vigueur le jour de votre entrée en service.
- Si, au moment de l'inscription annuelle, vous souscrivez la tranche d'assurance vie supplémentaire pour laquelle vous n'êtes pas tenu de fournir une preuve d'assurabilité, celle-ci entre en vigueur le 1^{er} mars.
- L'assurance vie pour les enfants entre en vigueur le jour de votre embauche après votre inscription, ou le 1^{er} mars si vous adhérez durant la période d'inscription annuelle.
- Toute autre tranche d'assurance vie supplémentaire pour laquelle vous êtes tenu de fournir une preuve d'assurabilité entre en vigueur après que l'assureur a approuvé votre demande.
- L'augmentation du capital assuré ne peut entrer en vigueur pendant un congé autorisé.

Modification de la protection

Vous pouvez modifier l'assurance vie de l'employé selon les modalités suivantes :

En tout temps

- Vous pouvez modifier une désignation de bénéficiaires révocable en allant sur go/flexit360 et en sélectionnant Bénéficiaires. Faites les changements, apposez votre signature et inscrivez la date sur le formulaire, puis envoyez-le au Service des avantages sociaux au 3777 Kingsway, 6^e étage, Burnaby (C.-B.) V5H 3Z7. Conservez une copie dans vos dossiers. Pour modifier une désignation de bénéficiaire irrévocable, écrivez à benefits@telus.com.
- Vous pouvez augmenter le montant du capital assuré de votre assurance vie de l'employé facultative. Vous trouverez le formulaire de preuve d'assurabilité à go/flexit360. Toute augmentation du capital assuré entre en vigueur après l'approbation par l'assureur de votre preuve d'assurabilité.

- Vous pouvez mettre fin à l'assurance vie pour les enfants si vous n'avez plus d'enfant admissible à votre charge.

Durant la période d'inscription annuelle

- Vous pouvez modifier le capital assuré de l'assurance vie de l'employé, et ces modifications entreront en vigueur le 1^{er} mars. Vous pouvez augmenter votre capital assuré d'une tranche de 10 000 \$ sans avoir à fournir une preuve d'assurabilité.
- Par contre, si vous souscrivez un capital assuré supplémentaire de 20 000 \$ ou plus, vous devez fournir une preuve d'assurabilité.
- Toute augmentation du capital assuré entre en vigueur après l'approbation par l'assureur de votre preuve d'assurabilité.

Après un événement marquant admissible

- Vous pouvez augmenter votre capital assuré à la suite d'un événement marquant admissible. Toute augmentation du capital assuré entre en vigueur après l'approbation par l'assureur de votre preuve d'assurabilité.

Points à considérer

Si vous envisagez de souscrire une assurance vie facultative de l'employé, du conjoint ou des enfants, vous devriez prendre en considération quelques-uns des points suivants :

- Le nombre de personnes à charge – si vous ou votre conjoint subvenez aux besoins de plusieurs personnes, il peut être préférable de souscrire un capital assuré plus élevé. Si vous n'avez aucune personne à charge, la prestation de décès de 10 000 \$ ou le régime de base pourrait vous convenir. En effet, vous n'avez peut-être pas besoin d'un capital assuré supplémentaire.
- L'âge des personnes à charge – si vous avez de jeunes enfants, vous souhaitez peut-être souscrire un montant d'assurance vie suffisant pour aider à payer le coût de leurs études.
- L'autonomie financière des membres de votre famille – par exemple, si votre conjoint travaille et que vous n'avez pas de jeunes enfants, vous pourriez choisir un capital assuré moins élevé.
- Les dettes que vous laisseriez – un emprunt hypothécaire important pourrait justifier un capital assuré plus élevé.
- Les frais funéraires.
- Les frais de déplacement et d'hébergement à l'hôtel pour les membres de la famille de l'extérieur.
- La possibilité d'absence de travail non rémunérée.
- D'autres polices d'assurance vie que vous pourriez détenir, y compris :
 - une police individuelle;
 - un régime de conjoint payé par l'employeur;
 - une police souscrite par l'intermédiaire d'une association professionnelle ou une autre organisation.

- D'autres sources de prestations possibles pour vos bénéficiaires advenant votre décès :
 - montant forfaitaire ou rente du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
 - REER collectif de TELUS.

Bénéficiaire

- Il est préférable de nommer une personne en particulier comme bénéficiaire plutôt qu'une succession pour assurer le paiement rapide et direct du capital assuré. Si le capital assuré est versé à votre succession, il servira d'abord à payer les dettes avant d'être versé aux bénéficiaires de votre succession.
- Si vous nommez un enfant de moins de 18 ans comme bénéficiaire, vous devez aussi nommer un fiduciaire pour gérer les fonds, sinon un fiduciaire sera nommé par l'État.
- Vous pouvez nommer des bénéficiaires subsidiaires pour votre couverture d'assurance. Il s'agit de bénéficiaires qui touchent le capital assuré dans l'éventualité où les bénéficiaires désignés décèdent avant ou en même temps que vous.
- Si la ou les personnes que vous désignez comme bénéficiaires ou bénéficiaires subsidiaires sont décédées, le capital assuré sera versé à votre succession.

Questions fiscales

Votre bénéficiaire ne paie pas d'impôt sur le versement du capital assuré. Si votre succession est le bénéficiaire, les fonds pourraient être assujettis à l'impôt successoral.

Les primes d'assurance vie payées par l'employeur sont un avantage imposable en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu. Par conséquent, les primes que TELUS paie pour votre assurance vie de l'employé de base sont un avantage imposable. L'assurance facultative que vous souscrivez n'est pas un avantage imposable puisque vous en payez le coût par voie de retenues salariales après impôt.

Les résidents du Québec, de l'Ontario et du Manitoba doivent payer la taxe de vente provinciale sur les primes d'assurance vie.

Assurance maladies graves

Les tarifs de l'assurance maladies graves se trouvent à [l'Annexe I](#).

L'assurance maladies graves prévoit le versement d'un montant forfaitaire non imposable dans le cas où l'employé, le conjoint ou l'enfant assuré est frappé par une maladie grave, par exemple, le cancer, une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral et qu'il survit au diagnostic, comme l'indique la partie sur les maladies couvertes. L'assurance maladies graves vise à assurer les personnes qui sont actuellement en bonne santé. Elle peut vous aider à composer avec les coûts supplémentaires associés aux traitements et à la période de convalescence que les régimes provinciaux de soins de santé complémentaires ne couvrent pas, notamment :

- la garde d'enfants;
- la perte de revenu pour vous ou la personne responsable des soins;
- le coût des nouvelles options de traitement;
- les frais de déplacement, comme le transport et l'hébergement.

Assurance maladies graves pour employé – facultative

Il n'y a pas de protection de base. La protection est optionnelle. Vous devez être âgé de moins de 72 ans au moment de votre première inscription. Vous pouvez souscrire une assurance maladies graves facultative de l'employé par tranches de capital assuré de 10 000 \$. Il est nécessaire de présenter une déclaration d'état de santé pour toute demande d'augmentation de la protection, à l'exception d'une nouvelle embauche, d'un événement marquant ou durant la période d'inscription annuelle où la couverture n'excédant pas 50 000 \$ est offerte sans présentation d'une déclaration d'état de santé. Vous pouvez acheter une protection minimale de 10 000 \$, jusqu'à un maximum de 200 000 \$. Le coût varie selon les facteurs suivants :

- Votre âge au 1^{er} mars de chaque année.
- Votre sexe.
- Le fait que vous fumez ou non.

Double protection

Si votre conjoint est aussi employé par TELUS et qu'il est admissible à l'assurance maladies graves facultative, vous pouvez tous les deux souscrire cette assurance, jusqu'à concurrence d'une protection combinée de 400 000 \$.

Assurance maladies graves pour conjoint – facultative

Il n'y a pas de protection de base. La protection est optionnelle. Votre conjoint et vous devez être âgés de moins de 72 ans au moment de votre première inscription.

Vous pouvez souscrire une assurance maladies graves facultative du conjoint par tranches de capital assuré de 10 000 \$. Il est nécessaire de présenter une déclaration d'état de santé pour toute demande d'augmentation de la protection, à l'exception d'une nouvelle embauche, d'un événement marquant ou durant la période d'inscription annuelle où la couverture n'excédant pas 50 000 \$ est offerte sans présentation d'une déclaration d'état

de santé. Vous pouvez acheter une protection minimale de 10 000 \$, jusqu'à un maximum de 200 000 \$. Le coût varie selon les facteurs suivants :

- L'âge de votre conjoint au 1^{er} mars de chaque année.
- Le sexe de votre conjoint.
- Le fait qu'il fume ou non.

Assurance maladies graves facultative des enfants

L'assurance maladies graves facultative des enfants couvre six autres maladies touchant particulièrement les enfants. Il n'y a pas de protection de base. La protection est facultative, toutefois, vous devez avoir souscrit une assurance maladies graves de l'employé ou du conjoint pour acheter une assurance maladies graves des enfants. Vous devez être âgé de moins de 72 ans au moment de votre première inscription.

Vous pouvez souscrire une assurance maladies graves des enfants par tranches de capital assuré de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 20 000 \$.

L'assurance maladies graves des enfants peut uniquement être achetée au moment de l'embauche, de l'inscription annuelle ou à la suite d'un événement marquant. Il n'est pas nécessaire de fournir une déclaration d'état de santé pour s'inscrire à cette protection.

L'assurance maladies graves des enfants protège tous vos enfants admissibles, quel que soit leur nombre.

Seuls les enfants qui répondent à la définition d'enfants à charge admissibles dans le cadre du régime Flex Équipe TELUS peuvent être protégés en vertu d'une assurance maladies graves des enfants.

Double protection

Si votre conjoint est employé par TELUS et qu'il est admissible à l'assurance maladies graves des enfants, vous pouvez tous les deux souscrire cette assurance, jusqu'à concurrence de 40 000 \$. Chaque régime permet d'assurer tous vos enfants.

Maladies couvertes

On entend par maladies graves la détérioration de la santé ou un trouble physique qui, alors que l'assurance de la personne était en vigueur, mène à un diagnostic initial de l'une des maladies ou l'un des problèmes de santé couverts en vertu de l'assurance ou à une chirurgie couverte, selon la liste de maladies graves présentée plus bas. De plus, pour que la maladie diagnostiquée soit reconnue comme une maladie grave en vertu du régime, le diagnostic doit être posé par un spécialiste et répondre aux critères indiqués dans la section « Définitions des maladies couvertes ». Pour toute opération chirurgicale couverte, un spécialiste doit en confirmer la nécessité sur le plan médical.

Accident vasculaire cérébral	Insuffisance rénale
Anémie aplastique	Lupus érythémateux disséminé
Angioplastie coronarienne	Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie
Brûlures graves	Maladie de Parkinson ou syndrome parkinsonien atypique
Cancer (mettant la vie en danger)	Maladie du motoneurone
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)	Mélanome au stade 1A
Carcinome intracanauxaire du sein	Méningite bactérienne
Cécité	Myocardiopathie dilatée
Chirurgie de l'aorte	Paralysie
Chirurgie de remplacement de la hanche	Perte d'autonomie
Chirurgie de remplacement du genou	Perte de la parole

Coma	Perte de membres
Crise cardiaque	Polyarthrite rhumatoïde grave
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	Pontage coronarien
Dystrophie musculaire	Remplacement ou réparation valvulaire
Hépatite virale fulminante	Sclérodermie généralisée
Hypertension artérielle pulmonaire primitive	Sclérose en plaques
Infection professionnelle par le VIH	Surdité
Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente	Transplantation d'un organe vital
Insuffisance hépatique � un stade avancé	Tumeur cérébrale bénigne

Les maladies ou problèmes de santé graves non définis dans les présentes dispositions ne sont pas couverts en vertu de cette protection. Par conséquent, aucune prestation n'est versée pour de telles maladies ou de tels problèmes de santé.

Autres maladies (18) touchant particulièrement les enfants

Les **maladies graves** d'un enfant à charge assuré sont définies comme l'une des maladies, conditions ou interventions chirurgicales suivantes qui, alors que l'assurance de la personne était en vigueur, mène à un diagnostic initial de l'une des maladies ou l'un des problèmes de santé couverts en vertu de l'assurance, ou à une opération chirurgicale couverte, selon la liste de maladies graves présentée plus bas. De plus, pour que la maladie diagnostiquée soit reconnue comme une maladie grave en vertu du régime, le diagnostic doit être posé par un spécialiste et répondre aux critères indiqués dans la section « Définitions des maladies couvertes ». Pour toute opération chirurgicale couverte, un spécialiste doit en confirmer la nécessité sur le plan médical.

Brûlures graves	Insuffisance rénale
Cancer (mettant la vie en danger)	Paralysie
Cardiopathie congénitale nécessitant une chirurgie	Paralysie cérébrale
Cécité	Perte de la parole
Coma	Spina bifida
Dystrophie musculaire	Surdité
Fibrose kystique	Syndrome de Down
Handicap intellectuel	Transplantation d'un organe vital
Insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente	Tumeur cérébrale bénigne

Les maladies ou problèmes de santé graves non définis dans les présentes dispositions ne sont pas couverts en vertu de cette protection. Par conséquent, aucune prestation n'est versée pour de telles maladies ou de tels problèmes de santé.

Définitions des maladies couvertes

D'autres maladies sont également couvertes en vertu de ce régime. Elles sont définies à la section « Garantie complémentaire en cas de certaines maladies ».

Accident vasculaire cérébral est défini comme le diagnostic définitif d'un accident vasculaire aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de symptômes neurologiques;
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés à l'examen clinique;

qui persistent pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent aussi être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas suivants :

- Accident ischémique transitoire.
- Accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme.
- Infarctus lacunaire ne correspondant pas à la précédente description de ce qu'est un accident vasculaire cérébral.

Anémie aplastique est définie comme le diagnostic définitif, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin, et un traitement qui comprend au moins un (1) élément parmi les suivants :

- Stimulation de la moelle osseuse
- Immunosuppresseurs
- Greffe de la moelle osseuse

Brûlures graves sont définies comme le diagnostic définitif de brûlures du troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Cancer (mettant la vie en danger) est défini comme le diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Sont inclus le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas suivants :

- Lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de frontières (borderline), de non invasives, de carcinome *in situ* (Tis) ou tumeurs au stade Ta.
- Cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1,0 mm, à moins qu'il ne soit ulcéré ou accompagné d'une atteinte des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance.
- Tout cancer de la peau sans mélanome, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance.

- Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance.
- Cancer papillaire ou folliculaire de la thyroïde, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans atteinte ganglionnaire ni métastases à distance.
- Leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai.
- Tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC (American Joint Committee on Cancer).

De plus, aucune prestation ne sera versée en rapport avec cette affection s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans les quatre-vingt-dix (90) premiers jours suivant la dernière fois où l'assurance de la personne est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- la personne assurée a présenté des signes ou symptômes de cancer ou subi des examens menant à un diagnostic de cancer (couvert ou non), sans égard à la date du diagnostic;
- la personne assurée a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non).

Restriction : Les renseignements susmentionnés doivent nous être transmis dans les six (6) mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne nous sont pas fournis, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par le traitement d'un cancer.

Références : Pour les besoins de la présente police, les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC sont utilisés au sens défini dans le Cancer Staging Manual de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7^e édition, 2010. Pour les besoins de la présente police, le terme « classification de Rai » est utilisé au sens défini dans Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia, KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack : Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia. Blood, vol. 46, p. 219 (1975).

Cardiomyopathie dilatée est définie comme une condition affaiblie de la fonction ventriculaire entraînant une déficience physique considérable d'au moins classe III selon la classification de la New York Heart Association (NYHA) en matière d'insuffisance cardiaque. Le diagnostic de cardiomyopathie dilatée doit être confirmé par de nouvelles anomalies cardiaques démontrées par échocardiographie avec une faible fraction d'éjection (moins de 40 %) pendant au moins 3 mois.

La classe III de déficience cardiomyopathique de la NYHA correspond à l'état du patient qui ne ressent pas d'inconfort au repos, mais qui présente des symptômes dans les activités exigeant de moins grands efforts que les activités normales et quotidiennes malgré la consommation de médicaments et des ajustements diététiques, avec des preuves d'anomalies de la fonction ventriculaire mises en évidence par un examen physique et des analyses de laboratoire.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection relative à des causes ischémiques et toxiques de la cardiomyopathie dilatée (y compris l'alcool et les médicaments avec ou sans ordonnance).

Cécité est définie comme le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux ou par un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Chirurgie de l'aorte est définie comme une intervention chirurgicale visant à traiter une affection de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Par « aorte », on entend l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée, ou d'intervention non chirurgicale.

Coma est défini comme le diagnostic définitif d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant au moins quatre-vingt-seize (96) heures consécutives. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre (4) ou moins pendant ces quatre-vingt-seize (96) heures.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas suivants :

- Un coma médicalement provoqué.
- Un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue.
- Un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque est définie comme le diagnostic définitif de la nécrose du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine et qui entraîne :

L'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, le tout accompagné d'au moins une (1) des manifestations suivantes :

- Symptômes de crise cardiaque.
- Changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque.
- Apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas suivants :

- Augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne et à défaut de nouvelles ondes Q.
- Changements à l'ECG suggérant un précédent infarctus du myocarde, mais qui ne correspondent pas à la précédente description de crise cardiaque.

Déficiência mentale est définie comme le diagnostic définitif d'un développement insuffisant de l'intelligence démontré par un quotient intellectuel (QI) de moins de 70 selon les résultats de tests normatifs.

Démence, y compris la maladie d'Alzheimer, est définie comme le diagnostic définitif de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire accompagnée d'au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- Aphasie (trouble du langage).
- Apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes).
- Agnosie (difficulté à reconnaître des objets).

- Perturbation des fonctions exécutives (par exemple, incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

L'état de la personne doit aussi être caractérisé par ce qui suit :

- Une démence de gravité au moins modérée, qui doit être démontrée par un examen de l'état mental (Mini-Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans le cadre d'un autre test médical généralement reconnu sur les fonctions cognitives.
- Des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs, soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six (6) mois.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas de troubles affectifs ou schizophréniques, ou de délire.

Dystrophie musculaire est définie comme le diagnostic définitif de tous les signes suivants :

- (a) Présentation clinique comportant une faiblesse des muscles squelettiques, des douleurs musculaires et la myotonie.
- (b) Changements caractéristiques d'électromyographie.
- (c) Biopsie musculaire confirmant le diagnostic de dystrophie musculaire.

Fibrose kystique est définie comme le diagnostic définitif d'une maladie génétique touchant les glandes sudoripares et muqueuses, particulièrement dans les poumons et le système digestif, caractérisée par des sécrétions de mucus excessives menant progressivement à une maladie respiratoire chronique et à des problèmes nutritionnels.

Hépatite virale fulminante est définie comme le diagnostic définitif d'une nécrose hépatique submassive à massive causée par un virus qui entraîne précipitamment une insuffisance hépatique. La prestation relative à cette affection ne sera payable que si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- (a) Diminution rapide du volume du foie, confirmée par une échographie abdominale.
- (b) Nécrose impliquant entièrement les lobules, ne laissant qu'une trame réticulaire, confirmée par histologie, si applicable.
- (c) Tests démontrant une détérioration rapide des fonctions hépatiques.
- (d) Amplification d'ictère.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas suivants :

- Hépatite chronique.
- Insuffisance hépatocellulaire causée par l'alcool ou par des toxines ou des drogues.

Hypertension artérielle pulmonaire primitive (hypertension artérielle pulmonaire idiopathique ou hypertension artérielle pulmonaire familiale) est définie comme le diagnostic définitif d'hypertension artérielle pulmonaire primitive avec un élargissement substantiel du ventricule droit, confirmé par des analyses et incluant un cathétérisme cardiaque, entraînant une déficience physique irréversible et permanente d'au moins

classe IV selon la classification des insuffisances cardiaques de la New York Heart Association (NYHA).

Dans la 39^e édition du Current Medical Diagnosis and Treatment, il est mentionné que la classe IV

rend la personne incapable d'entreprendre quelque activité sans ressentir d'inconfort et que des symptômes peuvent se manifester même au repos.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas d'hypertension artérielle pulmonaire de quelque autre forme que ce soit.

Infection professionnelle au VIH est définie comme le diagnostic définitif d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH durant l'exercice de ses fonctions habituelles. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu pendant que la personne est couverte par la présente assurance.

La prestation relative à cette affection ne sera payable que si toutes les conditions suivantes sont respectées :

- (a) La blessure accidentelle doit être déclarée à l'assureur dans les quatorze (14) jours suivant l'accident.
- (b) Une sérologie du VIH doit être effectuée dans les quatorze (14) jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif.
- (c) Une sérologie du VIH doit être effectuée entre quatre-vingt-dix (90) et cent quatre-vingts (180) jours après la blessure accidentelle et le résultat doit être positif; la personne assurée doit survivre au moins quatorze (14) jours à compter de la date de cette seconde sérologie.
- (d) Tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé du Canada ou des États-Unis.
- (e) La blessure accidentelle doit être déclarée, faire l'objet d'une enquête et être documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail en vigueur au Canada ou aux États-Unis.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas suivants :

- La personne assurée a refusé d'utiliser tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH.
- Un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH est devenu disponible avant la blessure accidentelle.
- L'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non accidentelle (y compris, mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogues intraveineuses).

L'insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente est définie comme le diagnostic définitif d'une défaillance irréversible des fonctions du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, qui rend une transplantation médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation relative à l'insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente, la personne assurée doit être inscrite comme receveuse dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis et où s'effectue la forme de transplantation requise. Aux fins de la

définition de la période de survie, la date du diagnostic est la date d'inscription de la personne assurée à un tel centre de transplantation.

Insuffisance hépatique à un stade avancé est définie comme le diagnostic définitif d'insuffisance hépatique due à une cirrhose et entraînant tout ce qui suit :

- (a) Ictère permanent.
- (b) Ascites.
- (c) Encéphalopathie.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas d'insuffisance hépatique entraînée par une consommation d'alcool ou de drogues (sauf s'ils sont pris en conformité avec la prescription du médecin).

Insuffisance rénale est définie comme le diagnostic définitif du stade terminal d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale ou une éventuelle greffe rénale.

Maladie congénitale du cœur nécessitant une chirurgie est définie comme le diagnostic définitif d'une malformation cardiaque grave présente à la naissance et pour laquelle une chirurgie correctrice a été réalisée.

Maladie de Parkinson ou syndrome parkinsonien atypique

Maladie de Parkinson est définie comme le diagnostic définitif de la maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins l'un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos.

Syndromes parkinsoniens atypiques sont définis comme le diagnostic définitif de paralysie supra nucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue. Dans tous les cas, la personne assurée doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans tout autre type de parkinsonisme.

De plus, aucune prestation ne peut être payable en rapport avec la maladie de Parkinson ou des syndromes parkinsoniens atypiques s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans l'année suivant la dernière fois où l'assurance de la personne est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- La personne assurée a présenté des symptômes ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, et cela sans égard à la date d'établissement du diagnostic.
- La personne assurée a fait l'objet d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de toute autre forme de parkinsonisme.

Restriction : Les renseignements susmentionnés doivent nous être transmis dans les six (6) mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne nous sont pas

fournis dans ce délai, l'assureur a le droit de refuser toute demande de prestation portant sur la maladie de Parkinson ou sur un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou par un syndrome parkinsonien atypique ou par leur traitement.

Maladie du motoneurone est définie comme le diagnostic définitif d'une (1) des maladies suivantes :

- Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig).
- Sclérose latérale primitive.
- Amyotrophie spinale progressive.
- Paralyse bulbaire progressive.
- Paralyse pseudo-bulbaire.

Méningite bactérienne est définie comme le diagnostic définitif de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien révélant une croissance de bactéries pathogènes en culture. Il doit y avoir une déficience neurologique qui persiste pendant au moins 90 jours après la date du diagnostic.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans le cas d'une méningite virale.

Paralyse est définie comme le diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux (2) membres, par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, et cela pendant une période d'au moins quatre-vingt-dix (90) jours à compter de l'événement déclencheur.

Paralyse cérébrale est définie comme le diagnostic définitif d'une maladie chronique qui se manifeste au cours des premières années de la vie, causée par une lésion aux zones motrices du cerveau et caractérisée par différents degrés de faiblesse des membres, par des mouvements involontaires et par des difficultés d'élocution.

Perte d'autonomie est définie comme le diagnostic définitif d'une incapacité totale d'effectuer par soi-même au moins deux (2) des six (6) activités suivantes de la vie courante pendant une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Les activités de la vie courante sont :

- Prendre son bain : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle.
- Se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, ainsi que les orthèses, membres artificiels ou autres appareils, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle.
- Faire sa toilette : capacité de s'asseoir sur le siège des toilettes et de s'en relever, ainsi que d'assurer son hygiène personnelle, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle.
- Être continent : capacité de maîtriser les fonctions intestinale et urinaire avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou appareils de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle acceptable.

- Se mouvoir : capacité de se mettre au lit et d'en sortir, de s'asseoir sur une chaise ou dans un fauteuil roulant et de s'en relever, avec ou sans l'utilisation d'une aide fonctionnelle.
- Se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

La **perte de la parole** est définie comme le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole à la suite d'une blessure ou d'une maladie physique pendant une période d'au moins 180 jours.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection si la perte de la parole est due à une cause psychiatrique.

Perte de membres est définie comme le diagnostic définitif de la séparation irréversible et complète de deux (2) ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Pontage coronarien est défini comme une intervention chirurgicale au cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée, ou d'intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque est défini comme une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée, ou d'intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques est définie comme le diagnostic définitif d'au moins une (1) des manifestations suivantes :

- Au moins 2 poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation.
- Des anomalies neurologiques bien définies persistant pendant au moins six (6) mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux montrant des lésions multiples de démyélinisation.
- Une seule poussée confirmée par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux montrant des lésions multiples de démyélinisation s'étant développées à des intervalles d'au moins un (1) mois.

Sclérose généralisée évolutive est définie comme le diagnostic définitif de sclérodermie généralisée évolutive avec atteinte systémique du cœur, des poumons ou des reins. Le diagnostic doit être catégoriquement confirmé par des signes cliniques et sérologiques et une biopsie si disponible.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas suivants :

- Sclérodémie localisée (sclérodémie ou morphee linéaire).
- Fasciite éosinophile.
- Syndrome de CREST.

Spina bifida cystica est définie comme le diagnostic définitif d'une anomalie congénitale causée par l'échec de la colonne vertébrale de correctement fermer, ce qui permet à la moelle épinière et à son enveloppe protectrice (méninges) de traverser la peau, le tout caractérisé par divers degrés de ce qui suit :

- (a) Hydrocéphalie.
- (b) Paralyse.
- (c) Problèmes intestinaux.
- (d) Problèmes urinaires.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas de spina bifida occulta.

Surdité est définie comme le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.

Syndrome de Down est défini comme le diagnostic définitif d'une anomalie congénitale causée par la présence d'un chromosome supplémentaire à la 21^e paire, cette anomalie étant caractérisée principalement par différents degrés de retard mental, d'autres troubles peuvent se manifester, dont la cardiopathie congénitale.

Transplantation d'un organe vital est définie comme une transplantation chirurgicale rendue médicalement nécessaire après le diagnostic d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie ou de la moelle osseuse. Pour qu'une transplantation soit considérée comme une transplantation d'un organe vital aux fins de l'assurance, la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour se faire greffer un cœur, un poumon, un foie ou de la moelle osseuse.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas de transplantation de tout autre organe que ceux qui sont prévus dans la présente description.

Tumeur cérébrale bénigne est définie comme le diagnostic définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou radiologique ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Exclusion : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas de microadénomes pituitaires de moins de 10 mm.

De plus, aucune prestation ne sera payable pour cette affection s'il s'est produit l'un ou l'autre des événements suivants dans les quatre-vingt-dix (90) premiers jours suivant la dernière fois où l'assurance de la personne est entrée en vigueur en vertu de la présente garantie :

- La personne assurée a présenté des signes ou symptômes de tumeur cérébrale bénigne ou subi des examens menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non), sans égard à la date du diagnostic.
- La personne assurée a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non).

Restriction : Les renseignements susmentionnés doivent nous être transmis dans les six (6) mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne nous sont pas fournis dans ce délai, l'assureur a le droit de refuser toute demande de règlement pour une tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par le traitement d'une tumeur cérébrale bénigne.

Garantie complémentaire en cas de certaines maladies (versée à l'employé assuré et au conjoint assuré)

En plus des maladies graves décrites à la section « Définitions des maladies couvertes », les maladies définies ci-après sont couvertes en vertu de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies.

1. Angioplastie coronarienne
2. Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
3. Carcinome intracanalair du sein
4. Lupus érythémateux disséminé
5. Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie
6. Mélanome au stade 1A
7. Opération chirurgicale pour le remplacement de la hanche ou du genou
8. Polyarthrite rhumatoïde grave

Angioplastie coronarienne est définie comme une intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur pour permettre une circulation ininterrompue de sang.

Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) est défini comme le diagnostic définitif de cette maladie confirmé par un examen pathologique du tissu prostatique.

Carcinome intracanalair du sein est défini comme le diagnostic de cette maladie, confirmée par biopsie.

Lupus érythémateux disséminé est défini comme le diagnostic définitif du lupus érythémateux disséminé touchant le système rénal et nécessitant un traitement par corticostéroïde pendant une durée ininterrompue de six (6) mois, et entraînant une insuffisance rénale permanente dont les analyses indiquent un débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 30mL/min/1.73m². De plus, un contrôle ANA doit s'avérer positif.

Exclusions : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans tout autre cas de lupus, comme le lupus discoïde et le lupus avec manifestations hématologiques et articulaires.

Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie est définie comme le diagnostic sans équivoque de la maladie de Crohn confirmé par les résultats de l'endoscopie et de l'histopathologie. La personne assurée doit aussi présenter des fistules ou des abcès dans la zone intra-abdominale ou anale, ou une obstruction ou une perforation intestinale, ou une maladie réfractaire à un traitement non chirurgical. De plus, les symptômes doivent persister malgré un traitement optimal non chirurgical, et une intervention chirurgicale, dont au moins une résection intestinale, doit être nécessaire pour des raisons médicales.

Mélanome malin au stade 1A est défini comme le diagnostic d'un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V. Le diagnostic de cette maladie doit être confirmé par biopsie.

Opération chirurgicale pour le remplacement de la hanche ou du genou est définie comme une chirurgie ouverte donnant lieu au remplacement par une prothèse de la hanche ou du genou complet (arthroplastie totale du genou), sous réserve des conditions suivantes :

- Pour que le remplacement de la hanche soit admissible en vertu de cette garantie, la tige fémorale doit être remplacée. De plus, cette procédure doit être effectuée par arthroplastie totale et hémiarthroplastie (unipolaire et bipolaire).
- Pour que le remplacement du genou soit admissible en vertu de cette garantie, les trois parties du genou (médial, latéral et fémoro-patellaire) doivent être remplacées.

Exclusions : Aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas d'un traitement arthroscopique des surfaces articulaires ou d'une révision d'un remplacement total précédent d'une hanche ou d'un genou.

Polyarthrite rhumatoïde grave est définie comme le diagnostic définitif de polyarthrite rhumatoïde séropositive qui s'accompagne d'une destruction articulaire généralisée touchant au moins 3 grandes articulations (épaules, coudes, hanches, genoux et chevilles), ainsi que 3 petites articulations (articulations métacarpophalangiennes, articulations interphalangiennes proximales, articulations interphalangiennes du pouce, articulations des poignets et deuxièmes à cinquièmes métatarsophalangiennes). Des preuves cliniques et radiologiques doivent confirmer le diagnostic de destruction et de déformation des articulations.

Si l'employé assuré ou le conjoint assuré reçoit un diagnostic de l'une des maladies indiquées précédemment dans cette section pendant que la garantie est en vigueur et que toutes les conditions relatives à la période de survie sont satisfaites et sous réserve des restrictions indiquées dans la section « Conditions de renouvellement de la protection », l'assureur versera à l'employé assuré ou au conjoint assuré :

1. 10 % du capital assuré, jusqu'à un maximum de 25 000 \$ pour les affections suivantes :
 - Angioplastie coronarienne.
 - Carcinome intracanalair du sein.
 - Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).
 - Mélanome au stade A.

Le versement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies du groupe (1) ci-dessus s'ajoute au capital assuré et n'est versé qu'une fois dans une vie, conformément aux restrictions indiquées dans la section « Conditions de renouvellement de la protection ».

2. 10 % du capital assuré, jusqu'à un maximum de 10 000 \$ pour les affections suivantes :
 - Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie.
 - Polyarthrite rhumatoïde grave.
 - Lupus érythémateux disséminé.

Le versement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies du groupe (2) ci-dessus s'ajoute au capital assuré et n'est versé qu'une fois dans une vie, conformément aux restrictions indiquées dans la section « Conditions de renouvellement de la protection ».

3. 10 % du capital assuré, jusqu'à un maximum de 10 000 \$ pour les affections suivantes :
 - Chirurgie de remplacement de la hanche.
 - Chirurgie de remplacement du genou.

Le versement de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies du groupe (3) ci-dessus s'ajoute au capital assuré et n'est versé qu'une fois dans une vie, conformément aux restrictions indiquées dans la section « Conditions de renouvellement de la protection ».

Protection en cas de récurrence de cancer (pour l'employé assuré et le conjoint assuré)

L'assureur versera un montant du capital assuré si l'employé assuré ou le conjoint assuré reçoit un nouveau diagnostic de cancer plus de soixante (60) mois depuis le diagnostic de cancer précédent et aucun traitement lié directement ou indirectement au cancer n'a été administré durant cette période de soixante (60) mois (la prise de médicaments préventifs et les visites de suivi chez le médecin ne sont pas considérées comme un traitement).

Le diagnostic subséquent doit être posé pendant que la protection est en vigueur.

Protection en cas de multiples maladies (pour l'employé assuré et le conjoint assuré)

Si l'employé assuré ou le conjoint assuré reçoit un diagnostic d'une maladie grave couverte pour laquelle le capital assuré (ou 10 % du capital assuré en vertu de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies) a été versé, puis reçoit plus tard un diagnostic d'une autre maladie grave couverte, l'assureur verse un montant du capital assuré (ou 10 % de ce capital assuré en vertu de la garantie complémentaire en cas de certaines maladies) sous réserve de certaines exclusions indiquées dans la section Conditions de renouvellement de la protection.

Pour donner droit au versement d'une prestation en vertu de la protection en cas de multiples maladies, le diagnostic subséquent doit être posé quatre-vingt-dix (90) jours ou plus après la date de l'autre maladie diagnostiquée.

Conditions de renouvellement de la protection (pour l'employé assuré et le conjoint assuré)

Si l'employé assuré ou le conjoint assuré a déjà reçu une prestation pour une maladie grave couverte, la couverture demeure en vigueur pour cette personne, à condition que le paiement de la prime soit maintenu. Le versement subséquent de prestations est sous réserve des exclusions liées au renouvellement de la protection indiquées en annexe.

Seconde opinion médicale

SSQ, Société d'assurance-vie inc., en collaboration avec AXA Assistance Canada Inc., fournit le programme de seconde opinion médicale aux personnes assurées au titre de la police d'assurance pour maladies graves.

1. Les services suivants seront fournis sans frais, à moins d'indications contraires, à une personne assurée qui a reçu un diagnostic de l'une des maladies graves couvertes au titre de la police mentionnée :
 - (a) Choix du spécialiste le plus qualifié pour fournir les services médicaux du programme de seconde opinion médicale en fonction de la maladie grave diagnostiquée à la personne assurée.
 - (b) Transmission, au spécialiste choisi, des documents médicaux pertinents et nécessaires envoyés par la personne assurée ou le médecin traitant.
 - (c) Communication du délai de la seconde opinion médicale établi après l'évaluation.
 - (d) Organisation d'une rencontre avec le spécialiste, au besoin et si la personne assurée accepte cette rencontre. Les frais engagés sont à la charge de la personne assurée.

- (e) Analyse des documents médicaux et établissement d'un diagnostic par le spécialiste choisi ainsi que des recommandations sur les options de traitement, le tout consigné dans un rapport médical.
 - (f) Transmission du rapport médical à la personne assurée et au médecin traitant.
 - (g) À la demande de la personne assurée, orientation vers trois (3) spécialistes ayant les qualifications médicales pour traiter la personne assurée.
2. Pour l'obtention de soins médicaux à l'extérieur du pays, les services suivants seront rendus à toute personne assurée ayant reçu un diagnostic de maladie grave couverte par la police d'assurance sur les maladies graves. Les frais engagés sont à la charge de la personne assurée.
- (a) Organisation de rendez-vous médicaux avec des médecins traitants ou des spécialistes à l'extérieur du Canada.
 - (b) Admission dans une clinique à l'extérieur du Canada.
 - (c) Réservation de chambres d'hôtel.
 - (d) Organisation du transport.
 - (e) Recherche de services de traduction ou d'interprétation, au besoin.
 - (f) Aide pour régler les honoraires et les demandes de règlement concernant les services ou les traitements médicaux reçus à l'extérieur du Canada, si la personne assurée fait la demande d'une telle aide. Les personnes assurées qui font la demande d'une seconde opinion médicale doivent communiquer avec AXA Assistance et fournir l'information suivante :
 - Le nom de l'appelant, le numéro de téléphone et son lien avec l'employé assuré.
 - Le nom de l'employé assuré et le numéro de police 1SP40.
 - Le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du lieu de travail du médecin traitant et, le cas échéant, ces mêmes renseignements pour les spécialistes.

Le numéro de téléphone est le 1-877-266-6550.

AXA Assistance aidera la personne assurée à prendre les dispositions pour obtenir une seconde opinion médicale ou des soins à l'extérieur du pays. Ni SSQ, Compagnie d'assurance-vie inc. ni AXA Assistance ne pourra toutefois être tenue pour responsable de la disponibilité, de la non-disponibilité, de la quantité, de la qualité ou des résultats des services ou traitements médicaux reçus ou du défaut d'obtenir de tels services ou traitements.

SSQ, Compagnie d'assurance-vie inc. peut fournir des cartes sur lesquelles figurent le numéro de téléphone à composer pour obtenir le service de seconde opinion médicale. Le service est offert 24 heures sur 24, 365 jours par année.

Les détails

Problème de santé préexistant

Problème de santé préexistant désigne la présence des symptômes dans les douze (12) mois précédant la date d'entrée en vigueur de la couverture individuelle de la personne assurée pour lesquels une personne raisonnablement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement; ou une maladie ou un état de santé pour lesquels la personne assurée, durant les douze (12) mois précédant la date d'entrée en vigueur de sa couverture individuelle, a engagé des frais médicaux, reçu un traitement médical, pris des médicaments sous ordonnance ou sans ordonnance ou consulté un médecin.

Protection pour l'employé et le conjoint en cas de multiples maladies

Si vous ou votre conjoint avez reçu un diagnostic d'une maladie grave couverte pour laquelle vous avez reçu une prestation, puis recevez plus tard un diagnostic d'une autre maladie grave couverte (au moins 90 jours après le versement de la prestation), vous ou votre conjoint recevrez une deuxième prestation complète, sous réserve de certaines exclusions liées au renouvellement de la protection.

Transformation de la protection

Si vous ou votre conjoint avez moins de 65 ans et perdez votre couverture en raison d'une perte d'emploi, d'un changement de statut matrimonial ou d'un départ à la retraite, vous pouvez transformer votre protection jusqu'à concurrence de 100 000 \$ pour vous et votre conjoint et de 20 000 \$ pour votre enfant. Contactez askHR@telus.com pour demander le formulaire de notification de privilège de conversion. Vous devez présenter une demande et effectuer votre premier paiement de prime dans les 31 jours suivant votre changement de statut..

Preuve d'assurabilité

En déclarant que vous êtes en bonne santé, vous indiquez que vous ne constituez pas un risque important pour l'assureur. Pour ce faire, vous devez remplir le formulaire de déclaration d'assurabilité, que vous pouvez vous procurer à go/flexit360.

Vous devez remplir ce formulaire si vous augmentez votre protection au-delà des montants maximaux supérieurs sans preuve d'assurabilité au moment de l'inscription annuelle, en tant que nouvel employé ou à la suite d'un événement marquant.

En plus de ce formulaire, l'assureur peut demander un supplément d'information, notamment un prélèvement sanguin ou un examen médical.

Maintien de la protection pendant les périodes de congé

Congé d'invalidité

Si, à cause d'une invalidité, vous touchez des prestations d'assurance invalidité de courte durée, votre assurance demeure en vigueur et les primes sont déduites de votre salaire. Si vous touchez des prestations d'assurance invalidité de longue durée, vous pouvez prendre des dispositions afin que votre assurance demeure en vigueur moyennant le versement des primes, tant que vous demeurez à l'emploi de TELUS, conformément aux modalités du régime applicable.

Congé de maternité, parental, pour soins de compassion ou pour proches aidants

Votre assurance demeure en vigueur pendant votre congé de maternité, parental, pour soins de compassion ou pour proches aidants et vous continuez à payer les primes d'assurance vie facultative applicables.

Autres congés

En cas de congé autorisé pour des raisons personnelles ou autres, vous devez conclure une entente avec le service des avantages sociaux pour que la protection soit maintenue pendant cette période. Vous serez responsable des coûts des régimes d'avantages sociaux.

Échéances

Entrée en vigueur de la protection

Si, au moment de l'inscription annuelle, vous souscrivez une assurance pour laquelle vous n'êtes pas tenu de fournir une déclaration d'assurabilité, celle-ci entre en vigueur le 1^{er} mars.

Si, lors d'une nouvelle embauche, vous souscrivez une assurance pour laquelle vous n'êtes pas tenu de fournir une déclaration d'assurabilité, celle-ci sera rétroactive au jour de votre embauche après votre inscription.

Toute couverture pour laquelle vous êtes tenu de fournir une déclaration d'assurabilité entre en vigueur après que l'assureur a approuvé votre demande.

Modification de la protection

Vous pouvez modifier l'assurance maladies graves de l'employé ou du conjoint selon les modalités suivantes :

En tout temps

Vous pouvez augmenter le capital assuré de l'assurance maladies graves en remplissant une déclaration d'assurabilité pour l'assurance maladies graves, que vous pouvez vous procurer à [go/flexit360](#). L'augmentation entre en vigueur dès l'approbation de la preuve d'assurabilité par l'assureur.

Vous pouvez modifier l'assurance maladies graves de l'employé, du conjoint ou des enfants selon les modalités suivantes :

Durant la période d'inscription annuelle

Vous pouvez modifier le montant du capital assuré de votre assurance maladies graves à compter du 1^{er} mars. Toute augmentation du capital assuré pour laquelle vous êtes tenu de fournir une déclaration d'assurabilité entre en vigueur dès l'approbation de la déclaration par l'assureur.

Après un événement marquant admissible

Vous pouvez augmenter le capital assuré de l'assurance maladies graves à la suite d'un événement marquant admissible en remplissant une déclaration d'assurabilité pour l'assurance maladies graves, que vous pouvez vous procurer à [go/flexit360](#). Toute augmentation du capital assuré entre en vigueur après l'approbation par l'assureur de votre déclaration d'assurabilité.

Fin de la protection

L'assurance maladies graves de l'employé prend fin à la première des éventualités ci-dessous :

- Votre emploi prend fin.
- Vous ou votre conjoint atteignez l'âge de 72 ans.
- Votre conjoint ou votre enfant ne correspond plus à la définition de personne à charge admissible.

Remarque : L'assurance maladies graves des enfants prend fin lors du paiement d'une demande de règlement pour un enfant. La protection demeure en vigueur pour les autres enfants admissibles pour lesquels aucune demande de règlement n'a été présentée.

Points à considérer

Si vous envisagez de souscrire une assurance maladies graves de l'employé, du conjoint ou des enfants, vous devriez prendre en considération quelques-uns des points suivants :

- La situation financière pour les membres de la famille si vous, votre conjoint ou votre enfant deviez tomber soudainement malade.
- La possibilité d'absence de travail non rémunérée.
- La possibilité d'embaucher une personne responsable des soins.
- Les frais pour soins d'enfant.
- Les dépenses liées aux nouvelles options de traitement.
- Les possibles frais de déplacement, comme le transport et l'hébergement.

Questions fiscales

Vous n'avez pas à payer l'impôt sur le montant forfaitaire versé par l'assurance maladies graves. Cette assurance facultative que vous souscrivez n'est pas un avantage imposable puisque vous en payez le coût par voie de retenues salariales après impôt.

Les membres de l'équipe au Manitoba, en Ontario et au Québec doivent payer la taxe de vente provinciale sur les primes d'assurance maladies graves.

Assurance accidents

Les tarifs de l'assurance accidents se trouvent à l'[Annexe I](#).

L'assurance accidents s'ajoute à l'assurance accidents en voyage d'affaires.

Assurance accidents de l'employé

L'assurance accidents de l'employé verse un montant forfaitaire à votre bénéficiaire si vous décédez à la suite d'un accident, ou à vous-même si vous perdez l'usage d'un membre, de la vue, ou de l'ouïe ou si vous subissez une perte de mobilité. Les protections additionnelles spécifiques sont décrites ci-dessous.

Protection de base

Si vous choisissez d'adhérer au régime, TELUS assume entièrement le coût de l'assurance accidents de l'employé, dont le capital assuré correspond à une fois le salaire de base annuel. Les membres de l'équipe qui travaillent 50 % du temps ou moins reçoivent la moitié de ce montant.

Vous pouvez souscrire l'assurance accidents facultative en unités de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 500 000 \$ (50 unités).

Assurance accidents du conjoint – facultative

L'assurance accidents du conjoint verse un montant forfaitaire au bénéficiaire si votre conjoint décède à la suite d'un accident, ou à votre conjoint s'il perd l'usage d'un membre, de la vue, ou de l'ouïe ou s'il subit une perte de mobilité.

Vous pouvez souscrire l'assurance accidents facultative du conjoint en unités de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 500 000 \$ (50 unités).

Assurance accidents des enfants – facultative

L'assurance accidents des enfants verse un montant forfaitaire au bénéficiaire si votre enfant décède à la suite d'un accident, ou à vous-même s'il perd l'usage d'un membre, de la vue, ou de l'ouïe ou s'il subit une perte de mobilité.

Vous pouvez souscrire l'assurance accidents facultative des enfants en unités de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 50 000 \$ (5 unités).

Double protection

Si votre conjoint est aussi employé par TELUS et est admissible à une assurance accidents du conjoint, vous pouvez tous les deux souscrire l'assurance accidents du conjoint. Le capital assuré maximal combiné pour une vie, qu'il s'agisse du membre de l'équipe ou du conjoint, ne peut dépasser 500 000 \$.

Si votre conjoint est admissible à l'assurance vie pour enfants, vous pouvez tous les deux la souscrire, mais la protection combinée ne peut pas dépasser 50 000 \$.

Situations donnant droit à la protection

Les indemnités décrites ci-après sont versées uniquement si le décès ou la perte est accidentel. Elles ne sont pas versées si le décès ou la perte est attribuable à toute autre cause.

Les montants suivants sont versés en cas de perte :

Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle

Deux fois le capital assuré	Quadruplégie (paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs) Paraplégie (paralysie totale des membres inférieurs) Hémiplégie (paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps)
Capital assuré	Vie Vision complète des deux yeux Parole et ouïe des deux oreilles Une main et un pied Deux mains ou deux pieds Une main et vision complète d'un œil Un pied et vision complète d'un œil
Quatre cinquièmes du capital assuré	Un bras ou une jambe
Trois quarts du capital assuré	Vision complète d'un œil Parole Ouïe des deux oreilles Une main ou un pied
Deux cinquièmes du capital assuré	Ouïe d'une oreille Pouce et index ou au moins quatre doigts de la même main
Tiers du capital assuré	Tous les orteils d'un pied

Protection additionnelle propre à l'assurance accidents de l'employé

Frais de garde

Si vous décédez, la personne responsable d'assumer les dépenses de services de garde sera remboursée pour chaque enfant à charge admissible de moins de 13 ans, soit de 5 % de votre capital assuré pendant un maximum de cinq années consécutives, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année, pour les frais engagés pour que l'enfant fréquente une garderie agréée. L'enfant doit être inscrit à la garderie à la date du décès ou au cours de l'année qui suit votre décès.

Indemnité d'agression

Si vous êtes blessé et subissez une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle qui découle d'une agression dans les locaux dont TELUS est propriétaire ou locataire ou si l'agression s'est produite lors d'un voyage d'affaires approuvé par l'entreprise, vous êtes admissible à une indemnité supplémentaire 10 % de votre capital assuré jusqu'à concurrence de 25 000 \$.

Indemnité de formation professionnelle

Si vous décédez des suites d'une blessure qui entraîne des paiements en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, votre conjoint recevra des prestations pour des frais raisonnables et nécessaires en vue de suivre un programme de formation professionnelle officiel dans les trois ans suivant votre décès, jusqu'à concurrence de 15 000 \$ afin de se qualifier pour un nouvel emploi. Ce montant ne comprend pas les frais de pension ou tous autres frais habituels de subsistance, de transport ou d'habillement.

Indemnité de modification du lieu de travail et d'adaptation

Si vous subissez une blessure donnant lieu à une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle et que vous avez besoin d'équipement adapté ou de modifications à votre lieu de travail, votre employeur recevra une somme pouvant atteindre 5 000 \$ pour couvrir ces dépenses.

Indemnité de réadaptation

Si vous êtes blessé et subissez une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle et vous devez suivre un programme de réadaptation, le régime prévoit le remboursement des frais raisonnables et nécessaires que vous engagez à cette fin au cours des trois années suivant la date d'une telle perte, jusqu'à concurrence de 15 000 \$.

Indemnité de survivant

Si vous êtes blessé et que vous recevez des prestations en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, et que vous décédez ensuite dans les 365 jours de la date de l'accident, un versement additionnel est effectué pour chaque enfant survivant à votre charge et assuré, pendant les douze (12) mois suivant votre décès.

Indemnité d'invalidité totale permanente

Si vous êtes blessé, devenez complètement invalide dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date de l'accident et que l'invalidité totale s'étend sur une période de douze (12) mois consécutifs à partir du début et devient permanente à la fin de cette période, vous êtes admissible à 100 % de votre capital assuré, moins tout paiement versé par suite du même accident en vertu de la rubrique « Indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle ».

Prolongation de la couverture familiale

Si vous décédez, quelle que soit la cause, votre couverture demeurera en vigueur pour votre conjoint et vos enfants à charge assurés pendant un maximum de six (6) mois, sans paiement de prime.

Scolarité

Si vous décédez, la personne responsable d'assumer les dépenses liées aux études sera remboursée pour chaque enfant à charge admissible, soit de 5 % de votre capital assuré

pendant un maximum de cinq années consécutives, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année, pour les frais de scolarité de l'enfant, à condition qu'il soit inscrit comme étudiant à temps plein dans un établissement scolaire, un collège ou une université accrédités à la date de votre décès ou dans l'année qui suit votre décès.

Protection additionnelle propre à l'assurance accidents de l'employé et du conjoint

Indemnité de décès simultanés

Si votre conjoint assuré et vous êtes blessés et décédez des suites du même accident, la couverture d'assurance de votre conjoint, si elle est moindre que la vôtre, sera augmentée jusqu'au montant de votre couverture. Le montant total payable en vertu de cette garantie est de 1 000 000 \$.

Indemnité pour psychothérapie

Si vous ou votre conjoint êtes blessé et subissez une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, vous êtes admissible à une psychothérapie donnée par un conseiller professionnel dans les 365 jours suivant la blessure. Les prestations maximales sont versées pour 12 séances ou un maximum de 5 000 \$, selon la première éventualité.

Protection additionnelle propre à l'assurance accidents des enfants

Majoration de l'indemnité pour enfants

Si votre enfant à charge assuré subit une blessure donnant lieu à une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, sauf s'il décède, vous recevrez le double des prestations prévues à moins que l'enfant à charge ne décède dans les 90 jours suivant la date de l'accident.

Protection additionnelle de l'assurance accidents de l'employé, du conjoint et des enfants

Assurance aviation

La protection comprend les blessures survenues :

- Après avoir été frappé par un avion.
- Au cours de l'embarquement ou du débarquement.
- Au cours d'un vol dans un avion dûment autorisé qui est piloté par une personne autorisée à piloter ce type d'avion et à bord duquel l'assuré prend place à titre de passager (et non de pilote ou de membre d'équipage).

L'assurance accidents ne prévoit pas le versement de prestations dans le cas de blessures survenues alors que l'assuré pilotait un avion appartenant ou loué à TELUS ou qu'il y prenait place.

Ceinture de sécurité

Si vous subissez une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle par suite d'un accident au cours duquel vous conduisiez un véhicule ou y preniez place après avoir bouclé correctement votre ceinture de sécurité, vous toucherez une indemnité supplémentaire correspondant à dix pour cent de la somme payable pour la perte en question, jusqu'à un maximum de 50 000 \$.

Identification

Si vous décédez des suites d'une blessure qui entraîne des paiements en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, que votre corps se trouve à plus de 50 km de votre domicile et que vous n'étiez accompagné d'aucun membre de votre famille immédiate, le régime prévoit le versement d'un montant jusqu'à concurrence de 25 000 \$ pour le déplacement d'un (1) membre de votre famille immédiate ou d'un représentant de la famille (un seul) aux fins d'identification de votre dépouille si la police ou une autorité gouvernementale l'exige.

Indemnité d'aménagement de la résidence ou d'un véhicule

Si vous subissez la perte, ou la perte d'usage, des deux pieds ou des deux jambes, ou si vous devenez quadriplégique, paraplégique ou hémiparalysé, le régime prévoit le remboursement des frais engagés pour adapter votre résidence et votre véhicule afin d'en permettre l'accès en fauteuil roulant, jusqu'à concurrence de 15 000 \$ en tout. De tels frais doivent être engagés au cours des trois années qui suivent l'accident.

Indemnité de coma

Si un médecin détermine que vous êtes devenu comateux dans les 365 jours qui suivent une blessure et que vous êtes dans le coma depuis six (6) mois consécutifs, vous êtes admissible à 100 % de votre capital assuré, moins tout montant versé pour une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle.

Indemnité de coussin de sécurité gonflable

Si vous êtes blessé et subissez une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle et en vertu de l'indemnité lié au port de la ceinture de sécurité, et qu'un coussin de sécurité gonflable a été déployé, vous êtes admissible à une indemnité supplémentaire jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Indemnité de déplacement pour raisons familiales

Si, à la suite d'une blessure donnant lieu à une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, vous êtes hospitalisé à plus de 150 km de votre domicile, les frais raisonnables engagés pour le transport et l'hébergement d'un membre de votre famille immédiate ou d'un représentant de la famille (un seul) sont remboursés, jusqu'à concurrence de 25 000 \$ en tout. Le transport doit être fait en empruntant l'itinéraire le plus direct vers l'hôpital et la protection ne comprend pas les frais de pension ou autres frais habituels de subsistance, de transport ou d'habillement.

Indemnité de détournement de voiture

Si vous êtes blessé lors du détournement du véhicule que vous conduisiez, à l'embarquement ou au débarquement, ou en tant que passager et subissez une perte inscrite dans le Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, vous êtes admissible à une indemnité supplémentaire de 10 % de votre capital assuré jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Indemnité de deuil

Si vous décédez des suites d'une blessure indemnizable en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, votre conjoint et les enfants à votre charge seront admissibles à des consultations pour endeuillés pour un montant jusqu'à concurrence de 2 500 \$. Si votre enfant décède, vous ou votre conjoint y serez admissibles.

Indemnité de frais funéraires

Si vous décédez des suites d'une blessure qui entraîne des paiements en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle, des prestations allant jusqu'à 5 000 \$, moins tout paiement effectué pour toute dépense liée à la préparation de la dépouille pour le déplacement payée ou payable en vertu de la rubrique intitulée « Indemnité de rapatriement », seront versées à la personne qui a engagé les frais funéraires.

Indemnité de lésion cérébrale

Si vous subissez des lésions cérébrales en raison d'une blessure, vous pouvez être admissible à 100 % de votre capital assuré, moins tout paiement déjà versé en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle.

Indemnité de préjudice esthétique

Vous êtes couvert en cas de préjudice esthétique des suites de blessures par brûlures.

Indemnité de greffage par chirurgie

Si vous subissez une blessure donnant lieu à une perte complète d'un membre ou d'un appendice ou d'une partie d'un membre ou d'un appendice et que celui-ci est greffé par chirurgie dans les 365 jours qui suivent, que vous regagniez l'usage du membre ou de l'appendice sectionné ou non, vous pourriez être admissible à l'ensemble ou à une partie des prestations payables en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle.

Indemnité de transport public

Si vous décédez des suites d'une blessure qui entraîne des paiements en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle pendant que vous étiez passager dans un transport public à horaire régulier, qu'il s'agisse d'un moyen de transport terrestre, aérien ou aquatique, autorisé à transporter des passagers qui ont payé leur passage, y compris un train, un autobus, un taxi, un métro, un tramway, un bateau ou un avion commercial, et qu'un paiement est versé en vertu de la rubrique intitulée « Indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle », un paiement additionnel de 100 % de votre capital assuré sera versé.

Indemnité d'exposition et de disparition

Vous êtes couvert pour toute perte admissible susceptible de survenir par suite de phénomènes naturels inévitables ou en cas de disparition et si votre corps reste introuvable après plus d'une année suivant le naufrage ou le sauvetage du moyen de transport où vous étiez; vous serez considéré comme décédé.

Indemnité d'hospitalisation

Si vous êtes blessé par suite d'un accident et devez rester à l'hôpital pour le traitement des blessures pendant au moins quatre (4) jours consécutifs, vous serez admissible à une indemnité quotidienne pour une période allant jusqu'à concurrence de 365 jours payable à partir du premier jour d'hospitalisation. Le versement quotidien est calculé à un trentième de 1 pour cent (1/30^e de 1 %) de votre capital assuré, jusqu'à concurrence de 2 500 \$.

Indemnité d'indexation

Si vous êtes blessé et recevez un paiement en vertu des rubriques intitulées « Indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle », « Indemnités permanentes versées en cas de double protection », « Indemnité de coma » ou « Indemnité de lésion cérébrale », vous serez admissible à des versements indexés en

fonction du nombre d'années continues pendant lesquelles votre couverture était en vigueur.

Rapatriement

Si vous décédez des suites d'une blessure qui entraîne des paiements en vertu du Tableau des indemnités spécifiques versées en cas de perte accidentelle et que vous vous trouvez à plus de 50 km de votre domicile, le régime prévoit le versement d'un montant jusqu'à concurrence de 25 000 \$ pour la préparation et le transport de votre dépouille.

Situations exclues de la protection

Les indemnités sont versées uniquement si le décès ou la perte découle d'un accident, et pas si le décès ou la perte est attribuable à toute autre cause. Cette protection ne prévoit aucune indemnité pour les pertes occasionnées par :

- Des blessures auto-infligées, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non.
- Une guerre, déclarée ou non, que la personne assurée y ait participé ou non.
- Un mouvement populaire, une émeute, une insurrection ou un conflit armé auquel la personne assurée a participé.
- Le service de la personne assurée dans les forces armées de quelque pays que ce soit, et ce, en tant que combattante ou non.
- Le fait que la personne assurée était passagère d'un véhicule ou d'un appareil de navigation aérienne ou s'y trouvait à tout autre titre, autrement que dans la mesure indiquée à la section intitulée « Assurance aviation ».
- Un traitement médical ou une chirurgie, sauf si ceux-ci sont nécessaires à la suite d'un accident.

Détails

Preuve d'assurabilité

Il n'est pas nécessaire de produire une preuve d'assurabilité pour souscrire l'assurance accidents.

Maintien de la protection pendant les périodes de congé

Congé d'invalidité

Si, à cause d'une invalidité, vous touchez des prestations d'assurance invalidité de courte durée, votre assurance demeure en vigueur et les primes sont déduites de votre salaire. Si vous touchez des prestations d'assurance invalidité de longue durée, vous n'avez aucune prime à payer jusqu'à votre retour au travail ou jusqu'à votre 65^e anniversaire de naissance, tant que vous demeurez à l'emploi de TELUS, conformément aux modalités du régime applicable.

Congé de maternité, parental, pour soins de compassion ou pour proches aidants

Votre assurance demeure en vigueur pendant votre congé de maternité, parental, pour soins de compassion ou pour proches aidants et vous continuez à payer les primes d'assurance vie facultative applicables.

Autres congés

En cas de congé autorisé pour des raisons personnelles ou autres, vous devez conclure une entente avec le service des avantages sociaux pour que la protection soit maintenue pendant cette période. Vous serez responsable des coûts des régimes d'avantages sociaux.

Échéances

Entrée en vigueur de la protection

Si vous êtes un nouveau membre de l'équipe, votre assurance accidents de l'employé entre en vigueur le jour de votre embauche après votre inscription. Si vous vous inscrivez durant la période d'inscription annuelle, la protection commence le 1^{er} mars.

Modification de la protection

En tout temps

Vous pouvez modifier vos bénéficiaires en allant sur go/flexit360 et en sélectionnant Bénéficiaires en haut à gauche sur la page d'accueil. Remplissez le formulaire, apposez votre signature et la date, puis envoyez-le au Service des avantages sociaux au 3777 Kingsway, 6^e étage, Burnaby (C.-B.) V5H 3Z7. Conservez une copie dans vos dossiers.

Durant la période d'inscription annuelle

Vous pouvez modifier le capital assuré dans le cadre de l'assurance accidents de l'employé jusqu'au montant maximal. La nouvelle protection entre en vigueur le 1^{er} mars.

Après un événement marquant admissible

Vous pouvez modifier le capital assuré jusqu'au montant maximal.

Fin de la protection

L'assurance accidents de l'employé prend fin à la première des éventualités ci-dessous :

- Vous atteignez l'âge de 72 ans.
- Votre emploi prend fin.

Points à considérer

Lorsque vous envisagez de souscrire une assurance accidents, la plupart des points à considérer pour l'assurance vie s'appliquent aussi.

Prenez compte des facteurs suivants, qui sont susceptibles d'accroître le risque d'accident des enfants et ainsi d'influer sur votre décision :

- La participation à des sports.
- La fréquence des déplacements.

Bénéficiaire

Les facteurs qui s'appliquent à l'assurance vie s'appliquent aussi à l'assurance accidents.

Questions fiscales

L'assurance accidents payée par l'employeur est un avantage imposable en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu. Par conséquent, la protection de base constitue un avantage imposable. L'assurance additionnelle que vous souscrivez pour vous, votre conjoint ou vos enfants n'est pas un avantage imposable puisque vous en payez le coût par voie de retenues salariales après impôt.

Les membres de l'équipe au Manitoba, en Ontario et au Québec doivent payer la taxe de vente provinciale sur les primes d'assurance accidents.

Le bénéficiaire ne paiera pas d'impôt sur les prestations d'assurance accidents. Si votre succession est le bénéficiaire, les fonds peuvent être assujettis à l'impôt sur les successions, ce qui ne sera pas le cas si vous nommez une personne comme bénéficiaire.

L'indemnité que vous recevez à la suite d'une blessure n'est pas imposable.

.

Assurance accidents en voyage d'affaires

L'assurance accidents en voyage d'affaires prévoit le versement d'une indemnité forfaitaire en cas de décès, de perte d'un membre ou d'invalidité permanente à la suite d'un accident survenu au cours d'un voyage d'affaires. Ces prestations s'ajoutent à celles versées au titre de vos régimes d'assurance de l'employé.

Protection de base

Le capital assuré est égal à trois fois votre salaire annuel jusqu'à un maximum défini dans la police et est versé si le décès est attribuable à un accident admissible. En cas de perte de mobilité, l'indemnité versée est égale à deux fois le salaire annuel. Divers pourcentages sont versés en cas de perte d'un membre. Le montant de la protection dépend du type de déplacement effectué par le membre de l'équipe lors de la perte. Les déplacements doivent être autorisés et payés par l'entreprise.

Admissibilité

- Tous les employés actifs de moins de 70 ans.
- Le conjoint d'un membre de l'équipe TELUS a droit à une protection maximale de 50 000 \$ et ses enfants à charge, à une protection maximale de 10 000 \$ s'ils voyagent avec le membre de l'équipe par affaires ou pour un déménagement, sous réserve que ce déplacement soit autorisé ou demandé par la direction de TELUS et que l'entreprise paie les frais de déplacement. Ceci s'applique uniquement au décès ou à la perte d'un membre à la suite d'un accident.
- Les invités de TELUS voyageant pour affaires ou à bord d'un aéronef de l'entreprise sont assurés jusqu'à concurrence de 500 000 \$.

L'entreprise assume entièrement le coût de cette assurance.

L'assureur est la Compagnie d'assurance AIG du Canada.

Bénéficiaire

En cas de décès accidentel, le capital assuré est versé au bénéficiaire nommé dans votre régime de base de l'assurance vie de l'employé. Si personne n'a été nommé, le bénéficiaire sera votre succession.

Questions fiscales

Le bénéficiaire ne paiera pas d'impôt sur les prestations d'assurance accidents. De même, les prestations que vous touchez à la suite d'une blessure ne sont pas imposables.

Autres dispositions

En cas de décès

D'un membre de l'équipe :

- Indemnité de rapatriement de la dépouille du défunt, si l'accident est survenu à plus de 150 km du domicile : jusqu'à concurrence de 15 000 \$.
- Si le membre de l'équipe décède à plus de 150 km de son domicile, indemnité d'identification : jusqu'à concurrence de 5 000 \$ pour le

déplacement d'un membre de la famille immédiate aux fins d'identification de la dépouille, s'il y a lieu.

- Indemnité de frais de garde et de scolarité pour les enfants à charge : jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année, pendant un maximum de quatre années consécutives.
- Indemnité de deuil pour consultation aux endeuillés pendant 12 mois : jusqu'à concurrence de 1 000 \$ (personne seule) ou 2 000 \$ (famille).

De toute personne assurée :

- Indemnité de frais funéraires : jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

En cas de blessure :

- Indemnité pour frais médicaux encourus à la suite d'un accident et qui ne sont pas couverts par le régime provincial : jusqu'à concurrence de 10 000 \$.
- Indemnité pour évacuation d'urgence vers l'hôpital le plus près : jusqu'à concurrence de 100 000 \$.
- Indemnité de transport des membres de la famille qui doivent se rendre au chevet du membre de l'équipe blessé si l'accident est survenu à plus de 150 km du domicile : jusqu'à concurrence de 15 000 \$.
- Indemnité de réadaptation pour formation spéciale : jusqu'à concurrence de 15 000 \$.
- Indemnité d'adaptation du logement et du véhicule : jusqu'à concurrence de 15 000 \$.
- Indemnité d'hospitalisé : jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par mois, pendant 12 mois.

Avenant lié au port de la ceinture de sécurité

Si le membre de l'équipe est blessé ou décède par suite d'un accident alors qu'il conduisait un véhicule privé ou y prenait place, et qu'il a été vérifié que sa ceinture de sécurité avait bien été bouclée, le membre de l'équipe ou son bénéficiaire touchera une prestation supplémentaire correspondant à 10 % de la somme payable.

Frais non remboursés

Exclusions

- Les accidents au cours des déplacements habituels entre le domicile et le lieu de travail du membre de l'équipe.
- Les accidents au cours des vacances, quelles qu'elles soient, même si elles sont combinées avec un voyage admissible à l'assurance.
- Les accidents qui surviennent alors que vous êtes en service actif dans les forces armées.
- Les accidents au cours d'une guerre déclarée ou non (cette exclusion ne s'applique pas aux voyages d'affaires dans des endroits à risque élevé).
- Les accidents qui se produisent alors que vous pilotez ou prenez place à bord d'un appareil destiné à la navigation aérienne qui n'appartient pas à un transporteur

aérien ou à l'entreprise ou qui n'est pas loué par l'entreprise, et qui n'est pas utilisé strictement pour transporter des passagers.

- Le suicide et les blessures auto-infligées.

Restrictions

- La perte d'usage doit être permanente et totale, et l'indemnité est versée après un an d'invalidité.
- Toutes les pertes doivent se produire dans l'année suivant la date de l'accident.
- L'indemnité maximale payable à la suite d'un accident subi à bord d'un aéronef appartenant à TELUS, ou encore loué ou affrété par TELUS, est de 15 000 000 \$.

Risque de guerre

Une couverture est octroyée en cas de blessures ou de décès résultant d'une guerre, déclarée ou non, dans tout endroit du monde où se trouve l'assuré pour affaires (autre que son pays de résidence permanente). Advenant une guerre entre les grandes puissances d'Europe ou d'Asie, la protection est automatiquement annulée.

Demandes de règlement

En cas d'accident qui entraîne une perte couverte en vertu de cette assurance, veuillez communiquer avec TELUS Gestion du risque et fournir les détails de l'accident. Veuillez également noter qu'un avis de réclamation doit être transmis à nos assureurs dans les trente (30) jours qui suivent la date de l'accident ou du début de l'invalidité en raison de maladie.

Invalidité de courte durée

L'assurance invalidité de courte durée (ICD) constitue une protection de base qui peut vous procurer un revenu si vous n'êtes pas en mesure de travailler en raison d'une maladie ou d'une blessure. Les prestations d'ICD varient selon votre ancienneté comme il est indiqué dans le tableau ci-dessous.

TELUS paie la totalité du coût de l'assurance invalidité de courte durée.

Aux fins de la présente section, « services de santé » désigne le service interne de TELUS et les entreprises tierces dont les services ont été retenus par TELUS pour accomplir des tâches au nom des services de santé de TELUS.

Calendrier de l'assurance invalidité de courte durée

Service	Journées rémunérées à 100 %	Journées rémunérées à 70%
3 premiers mois	Aucun paiement d'ICD	
De 4 mois à 8 ans	30 jours	100 jours
Plus de 8 ans	65 jours	65 jours

Remarque : Pour les membres de l'équipe permanents à temps partiel, la rémunération est calculée au prorata des heures travaillées.

Frais remboursés

Toute maladie ou blessure qui vous empêche de vous acquitter des principales tâches de votre profession et qui est prouvée au plan médical par un médecin traitant autorisé approprié. Sous réserve des conditions indiquées dans la section « Situations exclues de la protection ».

Détails

Montant des prestations

- Pour les membres de l'équipe permanents à temps plein, les paiements d'ICD sont fondés sur la rémunération de base et le paiement courant des commissions de vente comme déterminé par l'équipe Rémunération des ventes. Il en va de même pour les paiements d'ICD des membres de l'équipe permanents à temps partiel, qui sont calculés au prorata des heures travaillées.
 - Un membre de l'équipe qui reçoit des prestations d'ICD recevra des paiements d'un montant égal ou supérieur au montant maximal des prestations d'assurance-emploi qu'il recevrait pour la même période, s'il était bénéficiaire de telles prestations (pour 2021, l'employé recevrait au moins 595 \$/semaine ou 119,00 \$/jour). Pour les membres de l'équipe permanents à temps partiel, ce montant sera calculé au prorata des heures travaillées.
- Le nombre de jours pour lequel vous pouvez recevoir des paiements d'ICD est basé sur le nombre de jours d'ICD dont vous disposez au début de l'invalidité.

- Sous réserve des dispositions spécifiques énoncées ci-dessous, les paiements d'ICD ne dépasseront pas 130 jours ou le dernier jour du délai de carence (182 jours civils) pour l'admissibilité aux prestations d'invalidité de longue durée, selon la première éventualité.
- Le passage d'un anniversaire de service pendant que vous recevez des paiements d'ICD n'augmente pas le nombre de jours d'ICD dont vous disposez.

Exigences pour le versement

Les paiements d'ICD dépendent de la présentation d'une preuve d'invalidité et ne sont versés que lorsque vous :

- Avez avisé votre supérieur de votre absence dans les deux heures précédant le début de votre journée ou de votre quart de travail ou, dans des circonstances inévitables, dans les deux heures après le début de votre journée ou de votre quart de travail.
- Avez demandé un congé d'ICD et avez rempli les documents médicaux exigés pour les absences qui dépassent ou qui doivent dépasser cinq jours ouvrables consécutifs. Les documents médicaux doivent être dûment remplis par un médecin traitant autorisé approprié et retournés dans un délai raisonnable, au plus tard dans les 14 jours civils qui suivent le premier jour d'absence.
- Recevez les soins constants d'un médecin traitant autorisé approprié et vous conformez aux plans de traitement recommandés.
- Fournissez les documents médicaux à l'appui et les renseignements additionnels requis si on vous les demande et au moment où on vous les demande, notamment en cas d'absences fréquentes ou qui nuisent à l'accomplissement de votre travail.
- Participez de manière active à tous les processus médicaux, de réadaptation et d'évaluation appropriés.
- Évitez de participer à toute activité, y compris les voyages, allant à l'encontre de vos restrictions médicales et qui pourrait nuire à votre rétablissement ou à l'horaire de vos traitements.
- Restez régulièrement en contact avec votre supérieur et les services de santé.
- Fournissez les documents médicaux à l'appui, au besoin, avant votre retour au travail.
- Autorisez les services de santé, en signant le consentement médical approprié, à communiquer avec vos professionnels de la santé si nécessaire pour aider à déterminer votre admissibilité aux prestations d'ICD, pour aider à l'évaluation ou pour établir un programme de retour au travail, au besoin.
- Consultez un médecin tiers nommé par les services de santé.
- Participez au programme de retour au travail, au besoin.

Mode de fonctionnement et renouvellement de la protection d'ICD

Le temps que vous ne travaillez pas en raison d'une maladie ou d'une invalidité, y compris les absences ponctuelles pour maladie, réduit le nombre de jours d'ICD dont vous disposez.

- Si vous retournez au travail et redevenez malade ou invalide, vous êtes admissible aux journées d'ICD restantes, comme il est indiqué dans le tableau ci-dessus.

- Le nombre total de journées d'ICD, conformément au tableau ci-dessus, est renouvelé après un retour au travail pendant trois mois de service sans absence pour invalidité ou maladie.

Invalidité liée à la dernière absence rémunérée

Si vous avez épuisé toutes les journées d'ICD à votre disposition et que vous revenez au travail pendant moins de trois mois, puis que vous redevenez malade ou invalide pour la même raison ou pour toute raison liée à votre invalidité précédente, vous ne recevrez aucun autre paiement d'ICD de la part de TELUS.

Invalidité non liée à la dernière absence rémunérée

Si vous avez épuisé une partie ou la totalité de vos journées d'ICD, que vous retournez au travail pour au moins un mois sans absence pour invalidité ou maladie, et qu'ensuite vous tombez malade ou devenez invalide sans que cela soit lié à votre dernière absence rémunérée pour cause de maladie ou d'invalidité, vous serez admissible à un paiement d'ICD additionnel, sous réserve des conditions suivantes :

- Votre absence est de 7 jours de travail consécutifs ou plus.
- Vous recevrez 70 % du montant du paiement des prestations indiqué ci-dessus (ou un montant égal au montant maximal prévu par l'assurance-emploi, selon le cas).
- Les paiements d'ICD sont versés pendant un maximum de 15 semaines consécutives. Si une période plus longue est requise afin de combler l'écart nécessaire pour fournir un revenu continu jusqu'au versement des prestations d'invalidité de longue durée (ILD), il pourra être envisagé de prolonger les paiements d'ICD à 70 % du salaire si vous faites une demande d'invalidité de longue durée et dont l'approbation est probable.
- Vous devez fournir les documents médicaux à l'appui et l'approbation des services de santé.

Ces paiements d'ICD supplémentaires visent à fournir un revenu de remplacement en cas d'absence due à une invalidité importante lorsque vos paiements d'ICD réguliers sont épuisés. Vous n'aurez pas droit à ces paiements d'ICD additionnels pour remplacer votre revenu en cas d'absences ponctuelles lorsque vos paiements d'ICD réguliers sont épuisés.

Invalidité connexe durant le délai de carence de l'assurance ILD

Si vous retournez au travail pendant 31 jours civils, faites une rechute liée à une maladie ou à une invalidité connexe et devez observer de nouveau le délai de carence avant de recevoir les prestations d'ILD, il pourra être envisagé de verser des paiements d'ICD à 70 % de votre salaire (ou un montant égal au montant maximal des prestations d'assurance-emploi, selon le cas) pour combler l'écart avec le nouveau délai de carence de l'assurance ILD.

Pour recevoir ces prestations, vous devez :

- Fournir les documents médicaux à l'appui et obtenir l'approbation des services de santé.
- Soumettre une demande d'ILD dont l'approbation est probable.

Situations exclues de la protection

Les prestations d'ICD ne sont pas versées dans les circonstances suivantes :

- Pendant la période prévue d'un congé autorisé.
- Lorsque votre absence est due à une chirurgie non urgente (par exemple, chirurgie esthétique), à moins qu'elle n'ait été jugée nécessaire sur le plan médical.
- Lorsque vous recevez une indemnité de congé, pour vacances ou jour férié.
- Si l'absence tombe pendant une période de vacances prévues.
- Si vous travaillez pour un autre employeur ou exercez un autre travail rémunérateur.
- Si la maladie ou la blessure est couverte par le régime d'indemnisation des accidents du travail.
- Si l'absence est attribuable à un voyage hors du Canada pour subir une intervention chirurgicale, à moins que la raison de la chirurgie à l'extérieur du Canada ne soit jugée raisonnable par les services de santé (par exemple, car elle sera plus rapide), que le paiement de prestations d'ICD n'ait été préapprouvé par les services de santé et que vous ayez accepté de faire ce qui suit :
 - Fournir les coordonnées (téléphone et adresse de courriel) à utiliser pour vous joindre à l'étranger.
 - Rester en contact avec les services de santé et répondre aux demandes de renseignements.
 - Fournir des renseignements sur vos restrictions médicales ou fonctionnelles en anglais ou en français.
 - Fournir une estimation du moment du retour au Canada, étant entendu que vous reviendrez au Canada pour poursuivre votre convalescence dès que vous serez en mesure de voyager.

De plus, les prestations d'ICD ne sont pas versées si votre invalidité est liée directement ou indirectement aux circonstances suivantes :

- Le service au sein des Forces armées canadiennes ou des forces armées d'un autre pays.
- La participation à une émeute, à une guerre, ou implication volontaire au dérangement de l'ordre public.
- Des blessures ou maladies découlant de la commission d'un acte criminel.
- L'utilisation de drogues ou d'alcool, sauf lorsque vous recevez un traitement continu administré par un médecin autorisé approprié et que vous coopérez pleinement à tout processus médical ou processus de réadaptation ou d'évaluation approprié.
- Une peine d'emprisonnement.

Action intentée contre un tiers

Si TELUS vous verse des prestations d'ICD en raison d'une blessure, d'une maladie ou d'un trouble médical à l'égard duquel un tiers assume ou pourrait assumer la responsabilité, en tout ou en partie, de vous verser des dommages-intérêts, toutes les prestations qui vous sont versées par TELUS sont un prêt. À titre de condition pour recevoir toute prestation d'ICD de la part de TELUS, vous devez conclure une entente

de prêt dans laquelle vous vous engagez à respecter vos obligations de remboursement. TELUS a droit au remboursement, à même les sommes que vous recouvrez auprès du tiers, du montant intégral des prestations d'ICD qui vous ont été versées. Cependant, TELUS peut, à son entière discrétion, renoncer à une partie du montant du remboursement si vous recouvrez partiellement auprès du tiers des pertes de revenus ou une obligation de remboursement envers TELUS. TELUS peut, à son entière discrétion, renoncer à une partie du montant du remboursement attribuable aux frais juridiques et aux débours raisonnables engagés par vous afin de recouvrer les sommes auprès du tiers.

Vous avez certaines obligations envers TELUS que vous devez respecter à titre de conditions pour recevoir des prestations d'ICD. Vous devez notamment :

- Aviser sans tarder TELUS que vous pourriez soumettre une réclamation en justice contre un tiers.
- Réclamer au tiers un montant suffisant pour rembourser à TELUS le montant intégral des paiements d'ICD qui vous ont été versés.
- Informer régulièrement TELUS de l'état des procédures judiciaires.
- Éviter de conclure tout règlement avec le tiers ne prévoyant pas le remboursement intégral à TELUS de tous les paiements d'ICD qui vous ont été versés ou qui vous sont exigibles, à moins d'avoir obtenu le consentement écrit préalable de TELUS à le faire.
- Fournir à TELUS une autorisation signée et une directive irrévocable selon laquelle un tiers ou votre avocat doit rembourser TELUS à même les sommes recouvrées auprès du tiers.
- Fournir à TELUS, si elle le demande, tous les renseignements et documents utiles pour lui permettre de confirmer la répartition des sommes versées à titre de règlement et la pertinence de cette répartition comme il est indiqué ci-dessus.

De tous les paiements d'ICD qu'il reste à vous payer après un règlement ou un jugement, TELUS soustraira tous les montants recouverts auprès du tiers se rapportant à des pertes de revenus ou à votre obligation de remboursement envers TELUS.

Si vous ne respectez pas l'une des obligations susmentionnées envers TELUS, TELUS se réserve le droit, à son entière discrétion, de mettre fin immédiatement aux paiements d'ICD qui ont commencé, de ne verser aucun paiement d'ICD ultérieur et d'obtenir le remboursement immédiat du montant intégral des paiements d'ICD qui vous ont été versés, majoré des intérêts.

Échéances

Entrée en vigueur de la protection

Votre assurance invalidité de courte durée entre en vigueur la première journée après le 3^e mois de votre entrée en service.

Fin de la protection

La protection prend fin :

- Lorsque vous l'avez épuisée et qu'elle n'a pas été rétablie par suite de votre retour au travail, comme indiqué plus haut.
- Le jour de votre cessation d'emploi.

Questions fiscales

Vous payez l'impôt à votre taux normal sur les prestations d'assurance invalidité de courte durée que vous touchez.

Invalidité de longue durée

Votre protection d'invalidité de longue durée vous procure un revenu en cas de maladie ou de blessure vous empêchant de travailler pendant une période prolongée, soit pendant plus de 182 jours civils. TELUS assume entièrement le coût de la protection de base. Vous devez choisir une protection supplémentaire, l'option 1 ou l'option 2. Vous devez faire un choix.

Protection de base

Après une période d'invalidité totale de 182 jours civils, vous pourriez être admissible à une indemnisation au titre de l'assurance invalidité de longue durée, qui paie 30 % de votre rémunération mensuelle normale au moment où vous êtes devenu invalide. La prestation mensuelle maximale est de 7 500 \$.

Vous devez choisir une protection supplémentaire, l'option 1 ou l'option 2.

Option 1

Vous souscrivez une protection additionnelle d'ILD correspondant à 30 % de votre rémunération mensuelle régulière (cette protection s'ajoute à la protection d'ILD de base offerte par TELUS dont les modalités sont indiquées ci-dessus). Cette protection additionnelle de 30 % **n'est pas indexée** à l'inflation. La prestation mensuelle maximale est de 7 500 \$.

Option 2

Vous souscrivez une protection additionnelle d'ILD correspondant à 30 % de votre rémunération mensuelle régulière (cette protection s'ajoute à la protection d'ILD de base dont les modalités sont indiquées ci-dessus.) Cette protection additionnelle de 30 % **est indexée** à l'inflation. L'indexation équivaut à la variation annuelle de l'indice des prix à la consommation, jusqu'à un maximum de 4 % par année. La prestation mensuelle maximale est de 7 500 \$ plus l'indexation.

Vous payez les primes de l'option 1 ou de l'option 2 par voie de retenues salariales. Les coûts se trouvent dans l'[Annexe 1](#) du présent document.

Situations donnant droit à la protection

Invalidité totale

Vous êtes considéré comme totalement invalide si une maladie ou une blessure vous empêche d'accomplir vos tâches professionnelles pendant le délai de carence de 182 jours civils et les 12 mois suivants. Par la suite, votre invalidité doit vous empêcher d'occuper toute profession rémunérée pour laquelle vous êtes qualifié ou pourriez devenir qualifié en suivant des études, en suivant une formation ou en acquérant de l'expérience.

Invalidité récidivante

Une deuxième période d'invalidité est traitée comme le prolongement de l'invalidité précédente si l'attestation médicale fournie indique la même cause et la deuxième période d'invalidité commence dans les 182 jours civils suivant la fin de l'invalidité précédente. Dans ce cas, les prestations pour la deuxième période d'invalidité sont versées immédiatement.

Si vous retournez au travail pendant plus de 182 jours civils et faites une rechute liée à la même cause, l'invalidité est considérée comme une nouvelle demande de règlement et le délai de carence de 182 jours civils s'applique. Pendant ce délai, vous pouvez faire une demande de prestations d'invalidité de courte durée.

Si vous devenez invalide en raison d'une cause autre que celle ayant donné lieu à la précédente période d'invalidité et que vous revenez au travail pendant au moins une journée, cette nouvelle période d'invalidité est considérée comme une nouvelle invalidité et un nouveau délai de carence de 182 jours civils s'applique. Le versement de prestations d'invalidité de courte durée sera considéré uniquement durant le délai de carence si vous êtes revenu au travail pendant au moins 22 jours ouvrables consécutifs. L'assurance invalidité de courte durée prévoit dans ce cas le versement de prestations d'au maximum 15 semaines à 70 % du salaire (voir Invalidité de courte durée – Cas particuliers).

Situations exclues de la protection

Aucune prestation d'invalidité de longue durée n'est payée pour :

- Un problème de santé préexistant, c'est-à-dire une invalidité résultant d'une blessure ou d'une maladie pour laquelle vous avez reçu des soins avant l'entrée en vigueur de votre assurance. On considère comme l'obtention des soins le fait de consulter un médecin, de prendre un médicament recommandé ou prescrit par un médecin ou de recevoir d'autres fournitures ou services médicaux.
- Cette restriction ne s'applique pas si votre invalidité débute après une période d'une année au cours de laquelle vous étiez constamment assuré, ou si vous n'avez pas reçu de soins médicaux pour la maladie ou l'invalidité pendant une période de 90 jours se terminant à la date à laquelle votre assurance est entrée en vigueur ou après.
- Toute période où vous faites défaut de participer ou de coopérer à un plan de traitement habituel et raisonnable. Un plan de traitement habituel et raisonnable est un traitement systématique
 - administré ou prescrit par un médecin autorisé à exercer la médecine.
 - Il est de la nature et de la fréquence habituellement requises pour l'état en question.

Selon la gravité de votre état, il se peut qu'il soit requis que vous soyez sous les soins d'un spécialiste.

Si la consommation de drogue ou d'alcool a contribué à votre invalidité, le plan de traitement doit comprendre la participation à un programme reconnu d'arrêt de consommation.

- Toute période après que vous avez fait défaut de coopérer en présentant une demande pour d'autres prestations, en renouvelant une demande pour de telles prestations, ou en faisant appel d'une décision concernant de telles prestations, lorsque ces mesures sont jugées appropriées par Desjardins.
- Toute période après que vous avez fait défaut de participer ou de coopérer à un programme de réadaptation approuvé.
- Toute période après que vous avez fait défaut de participer ou de coopérer à un programme recommandé de coordination médicale.
- Toute période après que vous avez fait défaut de participer ou de coopérer à un programme requis d'évaluation médicale ou professionnelle.
- La période prévue d'un congé.

- Cela ne s'applique pas à toute portion d'un congé de maternité durant lequel vous êtes invalide en raison de la grossesse.
- Toute période durant laquelle vous êtes à l'extérieur du Canada. Cette exclusion ne s'applique pas durant les 30 premiers jours de l'absence, ou si Desjardins sur la Vie a préautorisé l'absence avant votre départ.
- Toute période d'incarcération, de mise aux arrêts ou d'emprisonnement par les autorités légales.
- Toute invalidité découlant d'une guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.
- Toute période durant laquelle vous êtes à l'extérieur du Canada. Cette exclusion ne s'applique pas durant les 30 premiers jours de l'absence, ou si Desjardins sur la Vie a préautorisé l'absence avant votre départ.

Plan de traitement

Aucune prestation n'est versée si vous ne vous soumettez pas à un traitement habituel et raisonnable.

Détails

Preuve d'assurabilité

En déclarant que vous êtes en bonne santé, vous indiquez que vous ne constituez pas un risque important pour l'assureur. Pour ce faire, vous devez remplir un formulaire de preuve d'assurabilité, que vous pouvez vous procurer sur le site mesRH.

Vous n'avez pas à remplir une preuve d'assurabilité pour profiter de la protection de base ni pour la protection supplémentaire de l'option 1 et de l'option 2 lors de votre inscription initiale.

Si vous choisissez l'option 2 lors d'une inscription annuelle suivant votre inscription initiale, vous devrez remplir une preuve d'assurabilité.

En plus de ce formulaire, l'assureur peut demander un supplément d'information, notamment un prélèvement sanguin ou un examen médical.

Délai de carence

Les 182 premiers jours civils d'une invalidité sont considérés comme un délai de carence. Durant cette période, vous pouvez soumettre une demande de prestations d'assurance invalidité de courte durée.

Demandes de règlement

Vous devez présenter une demande de règlement au cours de la période de 182 jours civils qui suit le début de l'invalidité.

Réduction des prestations d'invalidité de longue durée

Vos prestations mensuelles d'invalidité de longue durée seront réduites de tout autre montant auquel vous pourriez avoir droit, par exemple :

- Les prestations du Régime de pensions du Canada (RPC) et du Régime de rentes du Québec (RRQ) (à l'exclusion des rajustements au coût de la vie du RPC/RRQ et des prestations destinées aux personnes à charge).
- Les prestations de la Sécurité sociale des États-Unis.
- L'indemnité pour accident du travail.
- Les prestations de revenu, d'invalidité ou de retraite découlant de tout emploi.
- Des prestations d'invalidité versées conformément à une police d'assurance automobile, là où la loi le prévoit.

Le montant de vos prestations d'invalidité de longue durée peut encore être réduit de façon que votre revenu, soit vos prestations d'invalidité de longue durée et tout revenu d'autres sources que celles mentionnées ci-dessus, soit égal à au plus 85 % des gains bruts que vous touchiez avant d'être invalide. Parmi ces sources de revenus, citons notamment :

- Toute prestation versée en vertu d'un régime collectif.
- Toute prestation versée aux termes d'un régime d'État (à l'exclusion de l'assurance-emploi).
- Toute prestation de retraite.
- Toute prestation versée en vertu d'une assurance responsabilité civile.
- Toute prestation d'invalidité versée en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, y compris les prestations destinées aux enfants à charge.
- Toute indemnité de départ ou prime de cessation d'emploi, y compris tout salaire versé comme indemnité de préavis.

Réadaptation

La réadaptation est une activité liée au travail ou un entraînement qui peut vous aider à retourner au travail ou à trouver un autre travail. Notre assureur, Desjardins, s'occupe de votre programme de réadaptation de manière personnalisée, en tenant compte de vos aptitudes, de vos besoins et des circonstances.

Ce programme de réadaptation a pour objectif de favoriser :

- Votre retour au même poste.
- Votre retour à TELUS, à un poste différent.
- Votre retour au travail à un autre poste faisant appel à la polyvalence de vos compétences.
- Un programme de réadaptation complet s'étale sur plus de 12 mois consécutifs. Il a pour objectif de favoriser votre retour au travail :
 - À un poste différent qui exige une formation approfondie ou prolongée.
 - À un emploi de travailleur autonome.

Le versement de prestations d'invalidité de longue durée est interrompu si vous refusez de participer à un programme de réadaptation approuvé par Desjardins.

Salaire

On entend par salaire la paie régulière que vous touchiez avant de devenir invalide.

Fin des paiements d'ILD

Vous touchez des prestations tant que vous répondez à la définition d'invalidité totale. Ces prestations prennent fin :

- À votre rétablissement.
- À votre 65^e anniversaire de naissance.
- À votre décès.

Échéances

Entrée en vigueur de la protection

L'assurance invalidité de longue durée de base entre en vigueur dès le premier jour de votre entrée en service. Si vous êtes un nouveau membre de l'équipe, votre choix de régime entre en vigueur le jour de votre embauche après votre inscription. Si vous choisissez l'option 1 ou l'option 2 au moment de l'inscription annuelle, la protection entre en vigueur le 1^{er} mars.

Si vous choisissez l'option 2 lors d'une inscription annuelle suivant votre inscription initiale, vous devrez remplir une preuve d'assurabilité. La protection commence à la première période de paie suivant l'approbation de l'assureur.

Fin de la protection

- Le jour de votre cessation d'emploi.
- Six mois avant votre 65^e anniversaire, la première date prévalant.

Questions fiscales

La prime payée par TELUS pour de la protection d'ILD de base n'est pas un avantage imposable. Si vous subissez une invalidité, vous paierez l'impôt au taux normal sur les prestations d'assurance ILD que vous touchez au titre de la protection de base (30 % de votre rémunération mensuelle normale) puisque TELUS paie la prime de cette assurance.

En vertu de l'option 1 ou de l'option 2 de la protection d'ILD, si vous subissez une invalidité, vous ne paierez pas l'impôt sur les prestations d'ILD (30 % de votre rémunération mensuelle régulière) que vous touchez puisque vous payez la prime de cette assurance au moyen de retenues salariales après impôt.

Les membres de l'équipe au Manitoba doivent payer la taxe de vente provinciale sur les primes d'assurance invalidité de longue durée.

Soins Virtuels

Thérapie numérique BEACON pour les membres de l'équipe TELUS

La thérapie numérique BEACON, une thérapie cognitive et comportementale virtuelle confidentielle, est incluse dans la couverture pour services psychologiques paramédicaux du compte Soins de santé.

BEACON évalue l'utilisateur et lui offre des soins pour traiter divers problèmes de bien-être mental, y compris des symptômes légers à modérés de dépression, d'anxiété et de trouble de stress post-traumatique (TSPT). Cette thérapie coûte 500 \$ et comprend la messagerie illimitée pendant 12 semaines avec un thérapeute ainsi que l'accès aux ressources de BEACON pendant 12 mois.

Pour accéder au programme:

- payer 50 \$ pour compléter l'évaluation avant de commencer le processus BEACON
- payer 150 \$ toutes les deux (2) semaines, pour 3 versements

Les demandes de règlement peuvent être soumises à Desardins pour remboursement.

Consultez le site web pour en savoir plus : [BEACON](#)

BusinessPlus de Babylon (pour les membres de l'équipe de la Colombie-Britannique et de l'Alberta seulement)

BusinessPlus de Babylon par TELUS Santé est une application mobile gratuite offerte à partir de l'App Store ou de la boutique Google Play. Il s'agit d'un service de santé personnalisé accessible par voie numérique.

Elle donne accès à un service de consultation vidéo avec un diététiste, un thérapeute en santé mentale ou un médecin agréé. Les ordonnances peuvent être envoyées dans un délai d'une heure à la pharmacie de votre choix, et vous pouvez accéder aux notes de consultation, aux enregistrements et à votre dossier clinique.

Tout au long de votre cheminement, l'équipe de conseillers de Babylon peut vous assister avec ce qui suit :

- Réservation d'un rendez-vous
- Traitement d'une ordonnance
- Suivi auprès d'une pharmacie
- Examen de diagnostic et suivi après l'orientation vers un spécialiste

Vous n'avez jamais utilisé Babylon par TELUS Santé? [Téléchargez l'application](#) à partir de l'App Store ou de Google Play, créez un compte, puis cliquez sur « J'ai un code ». Saisissez ensuite votre code d'abonnement : **TELUSBC** pour les résidents de la Colombie-Britannique et **TELUSAB** pour les résidents de l'Alberta

Si vous utilisez déjà Babylon par TELUS Santé, sélectionnez l'onglet « Me » > Membership > Membership type (« Moi » > S'inscrire > Type d'inscription), puis saisissez votre code

d'abonnement : **TELUSBC** pour les résidents de la Colombie-Britannique et **TELUSAB** pour les résidents de l'Alberta

Remarques :

- Les conjoints et les enfants de 16 ans et plus doivent créer leur propre compte. Si vous avez des enfants de moins de 16 ans, veuillez les ajouter à votre compte.
- Votre date de naissance et celle de vos personnes à charge, de même que votre prénom et votre nom de famille figurant dans votre compte Babylon par TELUS Santé, doivent être identiques à ce qui est inscrit dans votre dossier du régime d'avantages sociaux.
- Si un message d'erreur s'affiche après que vous avez saisi votre code de membre, rendez-vous à go/flexit360 pour valider l'orthographe de votre nom ou de celui de vos personnes à charge. Modifiez les renseignements de votre compte Babylon par TELUS Santé pour qu'ils correspondent à ce qui est indiqué dans Flexit360.

Visitez la page de la communauté Solutions de santé grand public pour en savoir plus à go/Babylon.

[Akira par TELUS Santé \(pour tous les membres de l'équipe en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Québec et dans les provinces de l'Atlantique\)](#)

Avec Akira par TELUS Santé, tous les membres de l'équipe (à temps plein ou temps partiel) en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Québec et dans les provinces de l'Atlantique et leur famille ont un accès direct à des renseignements de santé visant à les aider à améliorer leur bien-être.

Akira par TELUS Santé est une solution de soins de santé complète adaptée à vos besoins et offerte 24 heures par jour, 365 jours par année. En utilisant l'application mobile sécurisée, vous et les membres de votre famille pouvez communiquer avec des infirmiers praticiens par messagerie textuelle et clavardage vidéo pour leur poser des questions ou leur faire part de vos préoccupations en lien avec la santé. Vous pouvez aussi renouveler vos ordonnances et faire des demandes de prélèvements ou encore être référé pour une consultation avec un spécialiste.

Voici certaines des situations les plus courantes pour lesquelles l'application Akira par TELUS Santé peut être utilisée :

- rhume et grippe
- problèmes de sinus
- renouvellements de médicaments
- problèmes cutanés
- problèmes oculaires
- médicaments pour un voyage
- santé sexuelle
- planification familiale

Que vous souhaitiez remettre votre santé sur les rails ou découvrir des astuces pour améliorer votre confort, Akira par TELUS Santé vous procure un contrôle sur vos soins de santé. Vous pouvez ainsi montrer le meilleur de vous-même au quotidien, à la maison et au travail.

Pour accéder à Akira par TELUS Santé, vous n'avez qu'à télécharger l'application Akira à partir de votre appareil mobile (Play Store ou AppStore) et vous enregistrer avec votre adresse de courriel TELUS. Vous recevrez un courriel confirmant que vous êtes éligible ainsi qu'un lien qui vous permettra de démarrer une consultation avec une infirmière praticienne sans frais.

Glossaire – Avantages sociaux

Bénéficiaire

Toute personne désignée par le participant à un régime ou par les dispositions du régime qui est admissible à des indemnités du régime en question.

Bénéficiaire subsidiaire

Vous pouvez nommer des bénéficiaires subsidiaires pour votre régime d'assurance. Il s'agit des bénéficiaires qui touchent le capital assuré dans l'éventualité où les bénéficiaires désignés décèdent avant ou en même temps que le participant au régime. Si tous les bénéficiaires subsidiaires et désignés sont décédés, le capital assuré est versé à la succession.

Conjoint

Voir Personnes à charge.

Dollars santé

Allocation qui vous est versée annuellement par l'employeur pour l'achat d'avantages sociaux. Vous utilisez les Dollars santé pour acheter une protection pour soins médicaux complémentaires ou de soins dentaires, pour les inclure dans votre compte Soins de santé ou comme revenu imposable additionnel.

Double protection

On entend par double protection toute situation où votre conjoint et vous-même bénéficiez du même programme d'avantages sociaux.

Enfant ou enfants

Voir Personnes à charge.

Frais usuels et coutumiers

Par frais usuels et coutumiers, on entend le maximum établi que Desjardins remboursera pour des produits et services donnés dans la province ou le territoire où les frais ont été engagés. Desjardins détermine les frais usuels et coutumiers appropriés en consultant les guides de tarifs publiés pour les associations de praticiens nationales, provinciales et territoriales, s'il y a lieu.

Franchise

Le montant des frais que vous devez assumer avant que le remboursement en vertu du régime puisse entrer en vigueur.

Indemnité pour accident du travail

Programme gouvernemental payé par l'employeur qui assume le coût des soins médicaux des employés affligés de maladies ou de blessures d'origine professionnelle et qui verse périodiquement des prestations à ces employés et aux personnes à charge de ceux qui sont décédés des suites d'une maladie ou d'un accident d'origine professionnelle.

Invalidité ou invalide

Tout état de santé qui vous empêche d'accomplir vos tâches professionnelles. Le régime d'invalidité de longue durée prévoit une définition précise de l'invalidité totale (voir ci-dessous).

Invalidité de courte durée

Toute maladie ou blessure d'origine non professionnelle qui vous empêche d'occuper votre emploi pendant moins de 182 jours.

Invalidité de longue durée

Toute maladie ou blessure qui vous empêche de travailler pendant une période prolongée, soit plus de 182 jours civils.

Invalidité totale ou totalement invalide

Vous êtes considéré comme totalement invalide si une maladie ou une blessure vous empêche d'accomplir vos tâches professionnelles pendant le délai de carence de 182 jours civils et les 12 mois suivants. Par la suite, votre invalidité doit vous empêcher d'occuper toute profession rémunérée pour laquelle vous êtes qualifié ou pourriez devenir qualifié en suivant des études, en suivant une formation ou en acquérant de l'expérience.

Personnes à charge

Les personnes à charge admissibles sont :

- Votre conjoint : la personne avec qui vous êtes marié ou la personne avec qui vous vivez une situation assimilable à une relation conjugale depuis au moins six mois (comprend les conjoints de même sexe).
- Vos enfants à charge célibataires âgés de moins de 21 ans.
- Un enfant célibataire de moins de 21 ans dont vous êtes le tuteur légal (ou de plus de 21 ans s'il souffre d'une invalidité).
 - La tutelle légale doit être obtenue en vertu des lois canadiennes. Le tuteur doit fournir un document de preuve émis par un tribunal canadien.
- Vos enfants à charge célibataires de plus de 21 ans, mais de moins de 25 ans, qui étudient à temps plein dans un collège, une université ou un autre établissement d'enseignement accrédité.
- Vos enfants à charge célibataires de tout âge qui souffrent d'une invalidité.
 - La couverture pour une personne à charge invalide de n'importe quel âge est uniquement offerte aux personnes déjà couvertes par les régimes de TELUS à titre d'enfant à charge admissible.

Problème de santé préexistant – Invalidité de longue durée

Dans le cadre de l'invalidité de longue durée, un problème de santé préexistant est une invalidité résultant d'une blessure ou d'une maladie pour laquelle vous avez reçu des soins avant l'entrée en vigueur de votre assurance. On considère comme l'obtention des soins le fait de consulter un médecin, de prendre un médicament recommandé ou prescrit par un médecin ou de recevoir d'autres fournitures ou services médicaux.

Problème de santé préexistant – Maladie grave

Un problème de santé préexistant signifie la présence des symptômes dans les douze (12) mois précédant la date d'entrée en vigueur de la couverture individuelle de la personne assurée pour lesquels une personne raisonnablement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement; ou une maladie ou un état de santé pour lequel la personne assurée, durant les douze (12) mois précédant la date d'entrée en vigueur de sa couverture individuelle, a engagé des frais médicaux, reçu un traitement médical, pris des médicaments sous ordonnance ou sans ordonnance ou consulté un médecin.

Régime de pensions du Canada (RPC) et Régime de rentes du Québec (RRQ)

Régime de retraite administré par l'État et financé par les cotisations des employés et des employeurs. Le RPC/RRQ procure des prestations de retraite à ceux et celles qui y ont cotisé au cours de leur vie professionnelle. Il verse également des rentes d'invalidité et de conjoint survivant ainsi que des prestations d'orphelin et de décès.

Salaire de base annuel

On entend par salaire de base annuel votre salaire annuel normal avant toute retenue ou déduction. Dans le cadre de l'assurance vie et des prestations d'invalidité de courte durée, on entend par salaire votre salaire annuel normal avant toutes déductions.

Transformation

La transformation se rapporte à une disposition stipulée dans une police d'assurance vie collective, grâce à laquelle vous pouvez modifier cette police en une police individuelle dans les éventualités suivantes :

- Votre emploi prend fin.
- Vous n'êtes plus admissible à la police.
- Vous devenez invalide, mais vous n'êtes pas exonéré de vos primes.

Habituellement, il n'est pas nécessaire de fournir une déclaration d'état de santé pour transformer une police d'assurance.

Les renseignements présentés dans ce document constituent une description générale des régimes d'avantages sociaux offerts par votre employeur. Ce document est un résumé et ne contient donc pas tous les détails des différents régimes. En cas de malentendu ou de divergence, les prestations seront payées conformément aux dispositions des contrats, polices, documents de régimes et lois applicables. TELUS se réserve le droit de modifier ces régimes ou d'y mettre fin en tout temps.

Annexe I

Aperçu des tarifs du régime d'avantages sociaux Flex Équipe TELUS pour 2021

Régime de soins médicaux complémentaires et soins dentaires – Dollars santé et coûts annuels

Dollars santé	
Individuel	1 157 \$
Couple	1 691 \$
Famille	2 224 \$

Coûts annuels					
	Médicaments d'ordonnance	Soins paramédicaux et soins de la vue	Frais médicaux d'urgence à l'extérieur du pays et services et appareils médicaux	Soins dentaires de base	Soins dentaires majeurs et orthodontie
Option 1	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Option 2	Individuel : 130 \$ Couple : 196 \$ Famille : 261 \$	Individuel : 186 \$ Couple : 279 \$ Famille : 373 \$	Individuel : 67 \$ Couple : 100 \$ Famille : 133 \$	Individuel : 242 \$ Couple : 362 \$ Famille : 483 \$	Individuel : 90 \$ Couple : 135 \$ Famille : 180 \$
Option 3	Individuel : 277 \$ Couple : 416 \$ Famille : 555 \$	Individuel : 321 \$ Couple : 482 \$ Famille : 642 \$	Individuel : 73 \$ Couple : 109 \$ Famille : 146 \$	Individuel : 45 \$ Couple : 67 \$ Famille : 90 \$	Individuel : 170 \$ Couple : 255 \$ Famille : 339 \$
Option 4	Individuel : 599 \$ Couple : 899 \$ Famille : 1 199 \$	Individuel : 378 \$ Couple : 568 \$ Famille : 757 \$	Individuel : 105 \$ Couple : 157 \$ Famille : 210 \$	Individuel : 392 \$ Couple : 587 \$ Famille : 783 \$	
Option 5		Individuel : 525 \$ Couple : 787 \$ Famille : 1 050 \$		Individuel : 492 \$ Couple : 739 \$ Famille : 985 \$	

**Régime de soins médicaux complémentaires et soins dentaires –
Dollars santé et coûts annuels Exemple de régimes et coûts**

Dollars santé accordés par TELUS chaque année					
Famille	Famille : 2 224 \$				
Coûts annuels pour le membre de l'équipe					
	Médicaments d'ordonnance	Soins paramédicaux et soins de la vue	Hors du pays et Services/ Fournitures	Soins dentaires de base	Soins dentaires majeurs et soins d'orthodontie
Option 1					
Option 2					Majeurs : 50 % (max. annuel : 2 000 \$) Orthodontie : 50 % (max. viager 2 500 \$) Famille : 180 \$ Verrouillé 2 ans
Option 3	Aucune franchise Niveau 1 : 90 % Niveau 2 : 80 % Niveau 3 : 35 % Famille : 555 \$	Soins de la vue : 200 \$ et examens de la vue aux 2 ans Services paramédicaux : 500 \$ combinés Famille : 642 \$	Hors du pays/de la province : 100 % (maximum viager de 5 M\$) Services et appareils médicaux : 80 % Famille : 146 \$		
Option 4				100 % Rappel 12 mois (adulte) Rappel 6 mois (enfant) Aucun max. annuel Famille : 783 \$	
Option 5					

Dollars santé fournis par TELUS : 2 224 \$ pour l'année

Coûts pour le membre de l'équipe : 555 \$ + 642 \$ + 146 \$ + 783 \$ + 180 \$ = 2 306 \$ pour l'année

Remarque : La taxe de vente provinciale s'applique aux coûts pour les membres de l'équipe résidant au Manitoba, en Ontario et au Québec.

Calcul : 2 224 \$ - 2 306 \$ = (82 \$) déboursé

Résultat : Montant déboursé par le membre de l'équipe : 82 \$ pour l'année ou 3,42 \$ deux fois par mois

Assurance vie facultative du membre de l'équipe et du conjoint

Votre coût

Coût mensuel par tranche de 10 000 \$				
Votre âge	Homme		Femme	
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeuse	Fumeuse
Moins de 30 ans	0,25	0,42	0,15	0,24
De 30 à 34 ans	0,25	0,45	0,20	0,30
De 35 à 39 ans	0,27	0,54	0,24	0,40
De 40 à 44 ans	0,46	0,91	0,36	0,59
De 45 à 49 ans	0,84	1,63	0,59	0,94
De 50 à 54 ans	1,50	2,59	0,96	1,47
De 55 à 59 ans	2,47	4,25	1,59	2,34
De 60 à 64 ans	3,57	6,10	2,27	3,27
De 65 à 69 ans	5,42	8,77	2,92	4,14
De 70 à 72 ans	10,83	17,54	5,84	8,29

Assurance vie facultative des enfants

Votre coût

Le coût mensuel est de 0,86 \$ par tranche de 10 000 \$.

Assurance accidents facultative du membre de l'équipe, du conjoint et des enfants

Votre coût

Le coût mensuel est de 0,09 \$ par tranche de 10 000 \$.

Assurance maladies graves facultative de l'employé et du conjoint

Votre coût

Coût mensuel par tranche de 10 000 \$				
Votre âge	Homme		Femme	
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeuse	Fumeuse
Moins de 30 ans	1,01	1,19	0,95	1,12
De 30 à 34 ans	1,40	1,93	1,66	2,22
De 35 à 39 ans	1,71	2,46	2,05	3,15
De 40 à 44 ans	2,49	4,17	2,76	5,01
De 45 à 49 ans	4,08	8,06	3,86	7,87
De 50 à 54 ans	6,54	14,79	5,15	10,97
De 55 à 59 ans	10,21	24,74	6,85	14,21
De 60 à 64 ans	16,68	39,49	9,63	18,19
De 65 à 69 ans	31,82	68,97	16,51	28,63
De 70 à 72 ans	60,72	123,12	30,47	50,43

Assurance maladies graves facultative des enfants

Votre coût

Le coût mensuel est de 1,95 \$ par tranche de 5 000 \$.

Assurance invalidité de longue durée complémentaire

Votre coût

Option 1

30 % non indexé – 0,413 % du total de votre rémunération régulière et du montant de vos commissions de vente régulières de l'année précédente, s'il y a lieu.

Option 2

30 % indexé – 0,522 % du total de votre rémunération régulière et du montant de vos commissions de vente régulières de l'année précédente, s'il y a lieu.

Annexe II

Promoteurs des régimes d'avantages sociaux et demandes de règlement

Promoteurs des régimes d'avantages sociaux

TELUS fournit des renseignements personnels restreints sur les membres de l'équipe, en fonction des exigences de chaque assureur. Cette information est nécessaire pour permettre à l'assureur d'administrer le régime des membres de l'équipe et de rembourser leurs demandes de règlement. Chaque entreprise doit se conformer à la politique de protection de la vie privée de TELUS à l'égard de l'utilisation, du stockage et de la destruction des renseignements personnels.

Desjardins est le promoteur pour les protections de soins de santé complémentaires et de soins dentaires, le compte Soins de santé, le compte Mieux-être, l'assurance vie et l'assurance invalidité de longue durée. SSQ est le promoteur pour l'assurance maladies graves et l'assurance accidents.

Les numéros des polices de Desjardins sont :

- Régimes de soins médicaux complémentaires et de soins dentaires, et compte Soins de santé - 647269
- Compte Mieux-être – 647270
- Assurance vie facultative et Assurance invalidité de longue durée complémentaire - 647269

Les numéros des polices de SSQ sont :

- Assurance maladies graves : 1SP40
- Assurance accidents de base : 1M810
- Assurance accident facultative : 1M800

Demandes de règlement

Médicaments d'ordonnance

Vous pouvez utiliser votre carte-médicaments de Desjardins pour la plupart de vos achats de médicaments d'ordonnance. Certains médicaments d'ordonnance nécessitent la soumission d'une demande de règlement papier.

Autres demandes de règlement liées aux soins médicaux complémentaires

Vous pouvez soumettre la plupart des demandes de règlement pour les frais de soins médicaux complémentaires par voie électronique en allant sur le site web des services aux participants du régime de Desjardins. Le remboursement peut être déposé directement dans votre compte bancaire. Vous pouvez imprimer les formulaires papier sur le site web de Desjardins. L'adresse postale figure au bas du formulaire.

Vous devez présenter vos demandes de règlement dans les 9 mois suivant la fin de l'année de période de prestations ou dans les 90 jours après la date de votre cessation d'emploi, selon la première éventualité.

Si vous désirez obtenir le remboursement de la partie des frais qui ne vous est pas remboursée par le régime de soins médicaux complémentaires à partir de votre compte Soins de santé, vous n'avez qu'à remplir le formulaire d'autorisation du compte Soins de santé. Veuillez prendre soin de cocher la case indiquant que vous autorisez Desjardins à traiter directement votre demande de règlement à partir du compte Soins de santé.

Pour présenter une demande de règlement ou en faire le suivi, y compris pour le compte Mieux-être, téléchargez l'application mobile Desjardins

Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays

Si vous voyagez à l'extérieur de votre province de résidence ou du Canada, communiquez avec Desjardins au 1-800-465-6390. Si vous voyagez à l'extérieur de l'Amérique du Nord, veuillez nous appeler à frais virés au 514-875-9170.

Soins dentaires

Les demandes de règlement pour des soins dentaires peuvent être soumises en ligne par votre dentiste. Il est important de fournir à votre dentiste votre numéro de police de Desjardins.

- Vous devez présenter vos demandes de règlement dans les 9 mois suivant la fin de l'année de période de prestations ou dans les 90 jours après la date de votre cessation d'emploi, selon la première éventualité.

Compte Soins de santé

Soumettez toutes les demandes d'indemnisation au titre du compte Soins de santé à Desjardins. La date d'échéance est le 31 mai pour vous faire rembourser les frais de l'année de période de prestations précédente à même le solde de l'année précédente. Vous pouvez imprimer les formulaires sur le site de la Desjardins, ou soumettre les demandes par voie électronique.

Compte Mieux-être

Les frais au titre du compte Mieux-être doivent être engagés durant l'année de période de prestations et la demande de règlement doit être faite à Desjardins au plus tard le 31 mai suivant la fin de l'année de période de prestations. Les fonds restant dans le compte après le 31 mai seront perdus.

Assurance vie

Écrivez aussi tôt que possible à benefits@telus.com ou à service.delapaie@telus.com pour présenter une demande de règlement. Le Service des avantages sociaux vous enverra une demande de règlement à remplir.

Assurance maladies graves

Communiquez avec SSQ aussi tôt que possible à cwclaims.spgroup@ssq.ca et un représentant du service à la clientèle vous enverra une demande de règlement à remplir. Vous devez donner une attestation écrite de la maladie grave pour laquelle vous présentez une demande de règlement dans les trente (30) jours qui suivent la date du diagnostic.

Assurance accidents

Écrivez aussi tôt que possible à benefits@telus.com ou à service.delapaie@telus.com pour présenter une demande de règlement. Le Service des avantages sociaux vous enverra une demande de règlement à remplir. Vous devez donner un avis écrit de l'accident dans les 30 jours suivant l'accident.

Invalidité de courte durée

Si vous devenez invalide, vous pourriez toucher des prestations, en fonction des dispositions relatives à votre assurance invalidité de courte durée. Advenant une absence prolongée, vous devrez soumettre une preuve d'invalidité de votre médecin.

Invalidité de longue durée

Pour toucher des prestations d'assurance invalidité de longue durée, vous devrez soumettre à Desjardins une preuve d'invalidité en utilisant les formulaires qui vous seront remis durant votre absence pour invalidité de courte durée.

Personnes-ressources et assistance

Pour vous inscrire au régime Flex Équipe TELUS

- Cliquez sur le lien dans le courriel que vous a envoyé le Service des avantages sociaux ou visitez le [go/flexit360](https://go.flexit360).

Si vous avez des questions au sujet du régime Flex Équipe TELUS, le processus d'inscription ou votre situation personnelle

- Communiquez avec infoRH pour :
 - Posez une question par [clavardage](#) ou par [courriel](#).
 - Parlez directement avec un membre de l'équipe infoRH au 1-866-899-8999.

Si vous avez des questions au sujet des demandes de règlement au titre de l'assurance des soins médicaux ou dentaires, du compte Soins de santé ou du compte Mieux-être

- Appelez Desjardins au 1-800-263-1810.
- Ayez votre numéro de police à portée de la main afin d'obtenir un service plus efficace :
 - Régimes de soins médicaux complémentaires et de soins dentaires, et compte Soins de santé - 647269
 - Compte Mieux-être – 647270

Les renseignements présentés dans ce document constituent une description générale des régimes d'avantages sociaux offerts par votre employeur. Ce document est un résumé et ne contient donc pas tous les détails des différents régimes. En cas de malentendu ou de divergence, les prestations seront payées conformément aux dispositions des contrats, polices, documents de régimes et lois applicables. TELUS se réserve le droit de modifier ces régimes ou d'y mettre fin en tout temps.