



Régime Options équipe TELUS

Pour les membres de l'équipe de première ligne temps partiel
de TELUS Vente au détail Itée

Table des matières

Introduction	1
Aperçu des Options d'avantages sociaux de l'Équipe TELUS.....	2
Protections de base	2
Options d'avantages sociaux de l'Équipe TELUS.....	7
Votre régime d'avantages sociaux	8
Médicaments d'ordonnance	9
Soins paramédicaux, soins de la vue et services de consultation psychologique et d'orthophonie	13
Soins de la vue.....	15
Fournitures et services médicaux	15
Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays	19
Soins dentaires	25
Assurance accidents en voyage d'affaires.....	36
Prestation de décès.....	40
Soins Virtuels	40
Thérapie numérique BEACON pour les membres de l'équipe TELUS	40
Glossaire – Avantages sociaux (autres que le régime de retraite)	43
Annexe I : Aperçu des tarifs du régime d'avantages sociaux Flex Équipe TELUS pour 2021	45
Annexe II : Promoteurs des régimes d'avantages sociaux et demandes de règlement	47

Le présent document offre un aperçu des régimes d'avantages sociaux pour les membres de l'équipe de première ligne et directeurs de magasin adjoints temps plein de TELUS Vente au détail Itée. 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 différents éléments de ces régimes afin de choisir les options qui répondent le mieux à vos besoins et à ceux de votre famille. Vous constaterez que les Options d'avantages sociaux de l'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](#) est 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

Une fois que vous avez choisi vos régimes, vous pouvez vous inscrire facilement et rapidement en utilisant l'outil en ligne du régime d'avantages sociaux dans go/flexit360.

La période de validité du régime d'avantages sociaux est du 1^{er} mars 2022 au 28 février 2023.

Besoin d'aide?

- Communiquez avec infoRH en visitant mesRH pour :
 - poser une question par [clavardage](#) ou par [courriel](#)



Aperçu des Options d'avantages sociaux de l'Équipe TELUS

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

Si vous êtes un nouveau membre de l'équipe, vos protections de base 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
- Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays
- Psychologie/orthophonie

Dollars santé

Chaque année, vous obtenez un montant de dollars santé TELUS déterminé selon le nombre de personnes que vous devez couvrir en vertu de vos régimes. Vous pouvez utiliser vos dollars santé pour payer votre protection de soins médicaux et dentaires. Vous pouvez également les verser à votre Compte Soins de santé.

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 la 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***

Remarque :

** 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 (mais non des soins dentaires) d'une personne à charge dans cette situation, vous devez téléphoner à mesRH pour le traitement de ce prolongement. Durant la période d'inscription annuelle, il vous incombe de valider son statut d'étudiant ou de mettre fin à sa couverture si cette personne à charge ne poursuit plus ses études.*

Cette définition s'applique à tous les avantages sauf pour le compte Soins de santé et les régimes d'assurance maladie provinciaux, 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 d'une personne à charge.

Faites votre régime

Vous pouvez choisir parmi les avantages suivants :

- Compte Soins de santé
- 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
 - Médicaments d'ordonnance
 - Soins paramédicaux et de la vue

Avantages par défaut : première inscription

Si vous ne vous inscrivez pas, votre protection par défaut comprendra seulement les éléments suivants :

Avantage	Option	Couverture
Assurance accidents en voyage d'affaires	Protection de base	3x salaire de base
Médicaments d'ordonnance	Option 3	aucune franchise niveau 1 : 80 % niveau 2 : 70 %
Services et appareils médicaux/Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays	Option 2	remboursement à 70 %
Soins paramédicaux et soins de la vue	Option 3	150 \$ pour les soins de la vue 500 \$ pour les soins paramédicaux 5 000 \$ psychologie / orthophonie
Soins dentaires de base	Option 2	100 %, examens de rappel aux 12 mois ; Max 400 \$
Soins dentaires majeurs et soins d'orthodontie	Option 1	Aucune protection

Votre protection par défaut NE COMPREND PAS :

- Compte Soins de santé

Pour modifier vos régimes

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

- ajout d'un conjoint (mariage ou après six mois d'une union de fait)
- divorce ou séparation
- décès du conjoint ou d'un enfant
- naissance, adoption ou garde légale d'un enfant
- 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 constitue pas un événement marquant)

Si vous devez ajouter une personne à charge admissible à vos protections actuelles de soins médicaux complémentaires ou de soins dentaires durant l'année, p. ex. l'ajout d'une personne à charge ayant dépassé l'âge limite, mais qui retourne aux études à temps plein, vous pouvez communiquer avec infoRH. Pour une adhésion en dehors de la période d'inscription, la couverture est en vigueur à partir de la date de l'inscription.

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 afin de déterminer comment obtenir le remboursement maximal.

Il pourrait être avantageux pour vous et votre conjoint de vous inscrire l'un et l'autre, ainsi que vos enfants en tant que personnes à charge au titre des deux régimes, ou il pourrait être préférable que l'un de vous deux s'inscrive à un régime pour personne seule (sans personnes à charge). Additionnez les coûts des régimes, comparez les franchises demandées et évaluez les frais médicaux et dentaires que vous prévoyez engager pendant 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 aux Options d'avantages sociaux de l'Équipe TELUS, chaque personne reçoit ses 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 prestations), du sexe 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.

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, de soignant ou pour proches aidants

Votre assurance demeure en vigueur pendant votre congé de maternité, parental, de soignant 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 du coût 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 la Canada Vie 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.

Options d'avantages sociaux de l'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.

Afin d'être admissibles à la protection au titre du volet de soins médicaux complémentaire du régime, vous devez être assuré en vertu du régime de santé provincial approprié. 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 médecin pourrait vous informer que vous êtes admissible à recevoir une couverture pour certains médicaments délivrés sur ordonnance ou certaines fournitures médicales en vertu de votre régime d'assurance maladie provincial. Si vous résidez dans une province offrant de tels programmes, Canada Vie pourrait exiger une preuve d'adhésion à ces programmes provinciaux avant d'autoriser le remboursement de certains médicaments de prescription ou de certaines fournitures médicales.

Votre régime d'avantages sociaux

Votre régime rembourse de nombreux frais médicaux qui ne sont pas couverts par votre régime de soins de santé provinciaux. Il vous suffit de choisir le niveau de protection qui répond le mieux à vos besoins.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des avantages pour lesquels vous avez des options. Les dollars santé et les coûts de ce régime se trouvent à l'[Annexe I](#).

	Soins médicaux complémentaires			Soins dentaires		
	Médicaments d'ordonnance	Services paramédicaux / soins de la vue	Fournitures et appareils médicaux et Frais médicaux d'urgence à l'extérieur du pays ou de la province	Soins dentaires de base	Soins dentaires majeurs / Orthodontie	
Moins de protection	Option 1	Renonciation (avec preuve d'une autre protection)	Psychologie / Orthophonie seulement : 5 000 \$ – inclus dans toutes les options de cette catégorie	Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/ du pays seulement : 100 % (max. viager 5 millions \$)	Non disponibles	Non disponibles
	Option 2	Franchise : 1 000 \$ Niveau 1 : 80 % Niveau 2 : 70 %	Soins de la vue : examens de la vue seulement, aux 2 ans Services paramédicaux : 300 \$ combiné	Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/du pays : 100 % (max. viager 5 millions \$) Fournitures et appareils médicaux : 70 %	100 % Rappel : 12 mois Max. 400 \$	Majeurs : 50 % (max.: 1 000 \$)** Ortho : 50 % (max : 2 500 \$)**
	Option 3	Aucune franchise Niveau 1 : 80 % Niveau 2 : 70 %	Soins de la vue : 150 \$ et examens de la vue aux 2 ans Services paramédicaux : 500 \$ combiné	Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/du pays : 100 % (max. viager 5 millions \$) Fournitures et appareils médicaux : 80 %	20 % Rappel : 12 mois Aucun maximum	Majeurs : 70 % (max.: 2 000 \$)** Ortho : 50 % (max.: 2 500 \$)**
Plus de protection	Option 4	Aucune franchise Niveau 1 : 90 % Niveau 2 : 80 %	Soins de la vue : 250 \$ et examens de la vue aux 2 ans Services paramédicaux : 1 000 \$ combiné**		80 % Rappel : 9 mois Aucun maximum	
	Option 5		Soins de la vue : 350 \$ et examens de la vue aux 2 ans Services paramédicaux : 1 500 \$ combiné**		100 % Rappel : 9 mois Aucun maximum	

Remarques :

- Tous les maximums s'appliquent par personne.
- Tous les maximums sont payés en vertu du barème de la Canada Vie, 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 de soins de santé complémentaires.
- Soins orthodontie – maximum viager
- * 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
- 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 vous propose quatre options. Choisissez celle qui répond à vos besoins.

Options	Couverture	Couverture si vous utilisez la Pharmacie virtuelle TELUS Santé
Option 1	Renonciation – avec preuve d'une autre protection	N'est pas applicable
Option 2	Franchise de 1 000 \$ Niveau 1 : 80 % Niveau 2 : 70 %	Franchise de 1 000 \$ Niveau 1 : 90 % Niveau 2 : 80 %
Option 3	Niveau 1 : 80 % Niveau 2 : 70 %	Niveau 1 : 90 % Niveau 2 : 80 %
Option 4	Niveau 1 : 90 % Niveau 2 : 80 %	Niveau 1 : 100 % Niveau 2 : 90 %

- 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.
- En raison des lois provinciales, les membres de l'équipe du Québec ne sont pas autorisés à obtenir une hausse de leur couverture pour les médicaments délivrés sur ordonnance par l'intermédiaire de la Pharmacie virtuelle TELUS Santé.
- Pour bénéficier d'une couverture pour les fournitures de prise en charge du diabète ou les traitements de fertilité, vous devez vous inscrire au minimum à l'option 2, 3 ou 4 de la couverture pour les médicaments délivrés sur ordonnance.

Pharmacie virtuelle TELUS Santé

La Pharmacie virtuelle TELUS Santé a été ajoutée à notre régime d'assurance médicaments à titre de fournisseur privilégié. Il s'agit d'une pharmacie en ligne qui offre un service fiable et efficace d'exécution et de renouvellement d'ordonnances avec livraison gratuite. Elle donne accès à une gamme de services tels que l'envoi automatique de rappels de renouvellement ou la consultation d'un pharmacien. Ses frais d'exécution d'ordonnances et les prix majorés sont moins élevés comparativement au coût moyen du secteur.

Si vous achetez vos médicaments de prescription par l'intermédiaire de la Pharmacie virtuelle TELUS Santé, vous pouvez augmenter votre remboursement de 10 % (jusqu'à un maximum de 100 %). La Pharmacie virtuelle TELUS Santé fournit tous les types de médicaments*, à l'exception des médicaments contrôlés et des préparations magistrales. Visitez le site de la Pharmacie virtuelle TELUS Santé à <https://www.telus.com/fr/health/virtual-pharmacy/pricing-coverage> pour passer à l'action.

** Concernant les **médicaments spécialisés**, il est recommandé de communiquer avec l'équipe de la Pharmacie virtuelle TELUS Santé pour discuter de vos besoins et savoir si les médicaments dont vous avez besoin sont fournis.*

Restrictions et caractéristiques de l'assurance médicaments

TELUS gère le coût croissant des demandes de règlement pour médicaments d'ordonnance en s'associant à TELUS Santé et à la Canada Vie pour développer et mettre en œuvre des programmes qui aideront à gérer les coûts de l'assurance 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 selon différents niveaux** : L'approche à plusieurs niveaux pour le remboursement des frais de médicaments fait en sorte que vous obteniez le remboursement des médicaments dont vous avez besoin et que vous obteniez le médicament d'ordonnance ayant le 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, ce qui encourage l'utilisation de médicaments grandement recommandés par les professionnels de la médecine, efficaces sur le plan clinique, sécuritaires et offrant la meilleure valeur. Les médicaments sont examinés au moins dix fois par année par une équipe de professionnels de la santé, incluant des pharmaciens et des économistes de la santé regroupés au sein du Comité de gestion des formulaires de TELUS Santé et un groupe d'experts indépendants, le Comité externe d'évaluation des médicaments de TELUS Santé (CEEM). Les experts du CEEM s'appuient sur leur expertise en analyse clinique et pharmaco-économique pour fournir à TELUS Santé une évaluation objective.

Les médicaments sont classés selon deux niveaux :

Niveau 1 - Les médicaments génériques contiennent les mêmes ingrédients actifs que les autres équivalents de marque et coûtent moins cher. Les médicaments de

marque pour lesquels un équivalent générique existe sont compris dans le niveau 1 et remboursés en fonction du plus bas prix 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 fertilité, dysfonction érectile, perte de poids, abandon du tabac ou de la drogue. Pour certains médicaments de ce niveau, seule une demande de règlement papier est possible.

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 2 par un médicament de substitution compris dans le niveau 1, 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 Canada Vie.

- **Frais d'exécution d'ordonnance** : Le montant maximal des frais d'exécution d'ordonnance admissible est de 8 \$ (par ordonnance). Ce montant est assujéti au niveau de remboursement de l'option choisie. Lorsque les frais d'exécution d'ordonnance ne sont pas ventilés du 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 8 \$. Si vous utilisez la Pharmacie virtuelle TELUS Santé, les frais d'exécution d'ordonnance pour le membre de l'équipe TELUS sont de 6,50 \$ (hors Québec).
- **Versión générique** : Le régime de médicaments de TELUS prévoit le remplacement obligatoire par un médicament générique ou par un médicament de substitution à moindres coûts. 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. Afin d'obtenir une autorisation préalable, votre médecin doit remplir un formulaire et l'envoyer à la Canada Vie avant que votre médicament soit remboursé. 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 et faire une demande d'autorisation. Une fois la demande approuvée, vous pouvez soumettre le reçu de votre achat avec une demande de règlement à la Canada Vie pour être remboursé. Une fois l'autorisation accordée, vous pouvez utiliser votre carte d'assurance médicaments pour payer le médicament. Veuillez consulter le site web ou l'application mobile de la Canada Vie pour obtenir des renseignements à jour sur notamment les noms des médicaments touchés par ce programme.
- **Programme d'entretien** : Dans le cadre du programme d'entretien de la, lorsque cela est possible, vous pouvez obtenir des renouvellements à long terme (c.-à-d. des médicaments d'entretien) 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. 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** : Lorsque cela est approprié, les nouvelles ordonnances sont préparées en quantités d'essai. Le programme d'ordonnance d'essai de la Canada Vie 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 médecin préparera le reste de l'ordonnance après quelques jours. Vous n'aurez pas à déboursier 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.

Médicaments et frais couverts

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 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 la Canada Vie 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 la Canada Vie.

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

Soins paramédicaux, soins de la vue et services de consultation psychologique et d'orthophonie

Le régime vous propose cinq options. Choisissez celle qui répond à vos besoins. Le tableau ci-dessous indique la couverture relative aux soins de la vue, aux soins paramédicaux et aux services de consultation psychologique et d'orthophonie offerts pour chaque option.

Options	Soins de la vue	Services paramédicaux	Psychologie / Orthophonie
Option 1	S.O.	S.O.	5 000 \$ max
Option 2	examens de la vue seulement, aux 2 ans**	300 \$ combiné	5 000 \$ max
Option 3	Soins de la vue : 150 \$ et examens de la vue aux 2 ans**	500 \$ combiné	5 000 \$ max
Option 4*	250 \$ et examens de la vue aux 2 ans**	1 000 \$ combiné	5 000 \$ max
Option 5*	350 \$ et examens de la vue aux 2 ans**	1 500 \$ combiné	5 000 \$ max

*Si vous choisissez l'option 4 ou l'option 5, vous devrez la conserver durant deux années de prestations avant de pouvoir y apporter des changements.

**Les enfants à charge de moins de 18 ans ont droit à un examen de la vue et à une couverture pour soins de la vue chaque année de prestation.

Les demandes de règlement sont remboursées en totalité en vertu du barème de la Canada Vie, qui représente les frais usuels et coutumiers dans chaque province.

Avant de payer un produit ou un service couvert par le régime, vérifiez auprès de Canada Vie si le fournisseur est admissible. Les produits ou services offerts par un fournisseur de soins non admissible ne seront pas remboursés.

Le cas échéant, les demandes de règlement ne sont pas payées tant que le régime provincial n'a pas atteint son plafond de remboursement annuel.

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 de consultation psychologique comprend tout traitement offert dans votre province de résidence par les praticiens agréés ou autorisés suivant.

- psychologues cliniciens
- psychothérapeutes
- travailleurs sociaux
- orthophoniste
- conseiller clinicien / conseillère clinicienne qui est autorisé(e) à exercer dans la province dans laquelle les services sont fournis où les services sont offerts ou qui est membre de l'une des associations suivantes :
 - o L'association Canadienne de Counseling et de Psychothérapie (ACCP);
 - o BC Association of Clinical Counsellors (BCACC);
 - o Canadian Professional Counsellors Association (CPCA); ou
 - o Association of Cooperative Counselling Therapists of Canada (ACCT)

Thérapie virtuelle – la thérapie numérique **BEACON** est un programme confidentiel de thérapie comportementale cognitive (TCC) virtuelle qui constitue une dépense admissible en vertu du volet psychologie des soins paramédicaux. Le programme thérapeutique complet, au coût de 500 \$, comprend jusqu'à 12 semaines d'échanges illimités par messagerie texte avec un thérapeute de BEACON et 12 mois d'accès aux ressources de BEACON.

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 la Canada Vie pour remboursement

- Consultez le site Web pour en apprendre davantage : www.mindbeacon.com/telus

Autres soins paramédicaux

La protection rembourse les coûts des traitements fournis dans votre province de résidence pour les praticiens autorisés suivants :

- acupuncture
- audiologistes
- chiropraticiens
- diététistes
- ergothérapeutes
- massothérapeutes autorisés
- naturopathes
- ostéopathes
- physiothérapeutes
- podiatres
- thérapeutes sportifs

Soins de la vue

La protection de soins de la vue comprend :

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

Fournitures et services médicaux

Le régime vous propose quatre options. Choisissez celle qui répond à vos besoins. Chaque option comprend une couverture pour des frais médicaux d'urgence reçus à l'extérieur de la province ou du pays.

Option	Fournitures et appareils médicaux	Frais médicaux d'urgence à l'extérieur du pays ou de la province
Option 1	S.O.	100 % (max. viager 5 millions \$)
Option 2	70 % couverture	100 % (max. viager 5 millions \$)
Option 3	80 % couverture	100 % (max. viager 5 millions \$)

- *Pour bénéficier d'une couverture pour les fournitures de prise en charge du diabète ou les traitements de fertilité, vous devez vous inscrire au minimum à l'option 2, 3 ou 4 de la couverture pour les services et appareils médicaux et les frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays.*

Les services, fournitures et tests médicaux sont remboursés jusqu'à concurrence du niveau de remboursement choisi et peuvent être assujettis à un maximum annuel, semestriel ou viager. La Canada Vie peut aussi fixer des limites aux frais usuels et coutumiers.

Pour bon nombre des éléments couverts suivants, une recommandation d'un médecin est exigée. S'il y a lieu, une recommandation d'une infirmière praticienne pourrait aussi être acceptée.

Veillez soumettre à la Canada Vie votre demande de préapprobation avant tout achat. Selon votre province, vous pourriez être admissible à un remboursement en vertu d'un programme gouvernemental, et la Canada Vie exigera une copie de votre demande d'inscription.

La couverture inclut :

- Les membres artificiels ou toute autre prothèse.
- Les glycomètres.
- récepteurs, émetteurs et capteurs de glucomètres en continu (CGM), pour les personnes atteintes de diabète de type 1, jusqu'à un maximum combiné de 4 000 \$ par demandeur par année. Une note du médecin confirmant le diagnostic doit être fournie
- 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 la Canada Vie 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 la Canada Vie 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
 - 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.
 - Diabète de type 1, jusqu'à un maximum de 6 500 \$ tous les quatre ans
 - Diabète de type 2, jusqu'à un maximum de 1 500 \$ par année de prestations
 - 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.

Appareils de correction auditive

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 du régime. Le premier jeu de piles est inclus dans le maximum. 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

La protection 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 habituels 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 la Canada Vie pour obtenir les formulaires appropriés.

Frais non remboursés

La protection 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 la Canada Vie 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.

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

Cette protection 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 d'un médecin et être engagés au cours des 180 premiers jours suivant la date de votre départ de votre province de 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.

Programme d'Assistance médicale globale

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

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

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

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

Restriction

Aucune prestation n'est toutefois versée aux termes du présent alinéa lorsque le prix équivalent du billet de retour au domicile est remboursé par le programme.

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

Restriction

Les frais de repas ne sont pas couverts.

Soins reçus hors du pays

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

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

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

Restrictions

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

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

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants.

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

- si vous êtes couvert par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province de résidence pour une partie des coûts; et
- si une autorisation préalable des prestations est approuvée par la Canada Vie avant que vous quittiez le Canada pour recevoir le traitement.

Restrictions

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants.

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

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

- Soins donnés par un médecin.
- Radiodiagnostic et analyses de laboratoire.
- Séjour à l'hôpital en salle commune, en chambre à deux lits ou à l'unité de soins intensifs, lorsque le séjour commence pendant que vous ou votre personne à charge êtes couvert.
- Fournitures médicales obtenues au cours d'une hospitalisation couverte.
- Soins paramédicaux reçus au cours d'une hospitalisation couverte.
- Soins et fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital.
- Fournitures médicales obtenues hors du milieu hospitalier qui seraient couvertes au Canada.
- Médicaments.
- Soins d'infirmier professionnel donnés hors du milieu hospitalier.
- Pour des soins d'urgence seulement, transport par un service d'ambulance autorisé au centre de traitement le plus proche en mesure de donner les soins voulus.

Exclusions et restrictions

Le régime ne prévoit pas le remboursement des frais suivants :

- Les frais engagés plus de 180 jours après le départ de la province de résidence.
- Les frais engagés pour le traitement habituel d'une blessure ou d'une maladie dont vous étiez atteint ou dont souffrait l'une de vos personnes à charge admissibles avant le départ de la province de résidence.
- Les frais engagés pour une consultation non urgente.
- Les frais exclus (voir la rubrique Frais non remboursés).
- Les frais engagés pour le traitement d'un état de santé jugé instable au cours des trois mois précédant le départ.

La ligne d'assistance

Canada et États-Unis
Composez le numéro sans frais **1-855 222 4051**

Mexico: **0 1 800 522 0029**

Dominican Republic: **1 800 203 9530**

Cuba: **1 204 946 2946** (appelez directement et soumettez les frais à Canada Vie)

Tout autre pays

Appel à frais virés : **1-504-946-2577**

Détails

Carte-médicaments de la Canada Vie

Vous pouvez utiliser votre carte-médicaments de la Canada Vie 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 Canada Vie en ligne pour imprimer ou consulter votre carte-médicaments de la Canada Vie.

- Quand vous faites vos achats, présentez votre carte-médicaments de la Canada Vie, ainsi qu'une carte d'identité au pharmacien, à défaut de quoi vous devez payer vos médicaments et présenter une demande de règlement à l'assureur (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. 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 la Canada Vie ou remplir votre demande de règlement en ligne au site web de services aux participants de la Canada Vie.

La plupart des pharmaciens canadiens et des autres fournisseurs qui permettent les demandes de règlement en ligne acceptent la carte-médicaments de la Canada Vie

Échéances

Entrée en vigueur de la protection

La protection de base entre en vigueur le jour de votre entrée en service si vous êtes un nouveau membre de l'équipe. 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, la protection commence le 1^{er} mars.

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 une option de protection améliorée, que vous devez conserver pendant deux ans. 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).

Fin de la protection

Votre protection de soins médicaux complémentaires prend fin le jour même où vous quittez votre emploi.

Considérations

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

- Une autre couverture 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 un régime à couverture réduite, ce qui vous permettra d'accumuler des dollars santé dans votre compte Soins de santé.

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 ne sont pas considérés comme un avantage imposable, ni les remboursements de frais médicaux.

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 résidents du Manitoba, du Québec et de l'Ontario doivent également payer la taxe de vente provinciale.

Soins dentaires

La protection 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. Votre régime offre une protection facultative pour les soins dentaires de base de même que pour les soins dentaires majeurs et les soins d'orthodontie. Vous pouvez choisir de ne prendre aucune protection. Si vous désirez une protection, vous devez choisir les options de soins dentaires.

Le régime vous propose cinq options pour les **soins dentaires de base**. Choisissez celle qui répond à vos besoins.

Options	Soins dentaires de base	Maximum annuel
Option 1	Pas de couverture	Non disponibles
Option 2	100 % , rappel : 12 mois	\$400
Option 3	20 % , rappel : 12 mois	Aucun
Option 4	80 % , rappel : 9 mois	Aucun
Option 5	100 % , rappel : 9 mois	Aucun

Le régime vous propose trois options pour les **soins dentaires majeurs et les soins d'orthodontie**. Choisissez celle qui répond à vos besoins. Si vous choisissez l'option 2 ou l'option 3, vous devez conserver les options de votre sélection pendant deux ans avant de pouvoir y apporter des modifications.

Options	Soins dentaires majeurs	Orthodontie
Option 1	Pas de couverture	Non disponibles
Option 2	50 % , 1 000 \$ maximum annuel	50%, \$2,500 maximum viager
Option 3	70 % , 2 000 \$ maximum annuel	50%, \$2,500 maximum viager

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 de spécialiste sont payés au guide des frais de spécialiste

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.
- Scelllements 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).

Les soins de restauration majeurs incluent :

- Incrustations en profondeur et de surface.
- Couronnes et réparation de couronnes.
- Services de prothèse (confection et mise en place de ponts ou de prothèses amovibles standard).
- Les coûts d'intervention chirurgicale liés aux implants et les frais d'établissements ne sont pas couverts. Le coût de l'installation d'un implant sera remboursé jusqu'à concurrence du coût de l'installation d'une couronne ou d'une prothèse extrinsèque.
- 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.

Les services orthodontiques incluent :

- 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 de la protection 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.

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 de spécialiste sont payés au guide des frais de spécialiste

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 la Canada Vie 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.

Remboursement des services dentaires

Aucun service dentaire n'est remboursé avant la fin du traitement. Par exemple, l'installation d'une couronne exige deux rendez-vous. Le premier rendez-vous vise à préparer l'intervention et le second à installer la couronne définitive. La date d'installation de la couronne constitue la date de fin du traitement, et c'est à cette date que vous obtiendrez le remboursement du coût restant.

Si vous choisissez de payer d'avance vos soins d'orthodontie, vous ne recevrez pas de remboursement sous forme de montant forfaitaire en vertu du régime de soins dentaires. Votre clinique dentaire doit soumettre un exemplaire du plan de traitement dans lequel figureront le montant total du traitement, sa durée, le paiement initial exigé et la fréquence des versements pour le solde impayé. Vous devez soumettre les demandes de règlement de soins orthodontiques manuellement chaque mois pour la période entière durant laquelle vous, ou votre personne à charge, porterez l'appareil orthodontique.

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, de soignant ou pour proches aidants

Votre assurance demeure en vigueur pendant votre congé de maternité, parental, de soignant 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 du coût 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 du 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).

Considérations

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

- Si vous êtes assuré par le régime de votre conjoint, vous pouvez ne choisir aucune protection. Ayez à l'esprit que le montant maximum du remboursement est établi conformément au guide des frais dentaires ou de services spécialisés en vigueur dans la province. Cela signifie que si les dépenses que vous avez engagées, ou que votre personne à charge a engagées, dépassent le montant indiqué dans le guide des frais dentaires ou de services spécialisés, le montant de votre demande de règlement ne sera pas remboursé en entier.
- 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

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).

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 (pour lesquels vous ne demandez pas un remboursement sur votre déclaration de revenus)
- ne sont couverts par aucun régime de soins médicaux ou dentaires (public ou privé)

Vous devez utiliser la totalité du montant que vous avez alloué au compte Soins de santé avant la fin de l'année de période des prestations; 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).

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

Dépôt de fonds dans votre compte Soins de santé

À chaque période d'inscription annuelle, 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. Ces contributions sont facultatives. C'est comme si vous disposiez d'un compte-chèques à fins déterminées.

- Les dépôts au compte Soins de santé sont **irrévocables** – TELUS ne peut pas retirer ces montants après le début de l'année du régime d'avantages sociaux.
- Le dépôt maximal permis par année correspond au montant total des dollars santé. 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 suivante, vous devez avoir un compte Soins de santé au moment où les frais sont engagés

Considérations

Déterminez vos frais médicaux et dentaires annuels – ce sont 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 la totalité des frais et que vous payez la différence) et les frais qui dépassent les plafonds prévus par le régime (p. ex., 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 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 de frais admissibles est administrée par l'Agence du revenu du Canada. Si vous n'êtes pas certain de l'admissibilité d'une dépense, communiquez avec la Canada Vie 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 (p. ex., Options d'avantages sociaux 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 (p. ex., un oreiller Normalizer, un oreiller d'eau)
- cours de réanimation cardiorespiratoire (p. ex., 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'assurances collectives relatives aux soins de santé et aux soins dentaires payées au moyen de dollars santé plutôt que de dollars après impôt
- soins homéopathiques, sauf s'ils sont prodigués par un naturopathe
- coussin d'air lombaire, coussin de soutien lombaire cylindrique
- bracelet Medic Alert
- services de sages-femmes, sauf s'ils sont prodigués par une infirmière autorisée
- chaise OBUS
- traitement de 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 au moyen de fonds déposés dans votre compte Soins de santé pour l'année suivante, 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 : 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 service aux participants de la Canada Vie et votre remboursement sera déposé directement dans votre compte bancaire.
- Vous pouvez également remplir le formulaire de demande de règlement à partir du compte Soins de santé que vous pouvez imprimer sur le site de la Canada Vie. 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 la Canada Vie.
- Joignez vos reçus originaux ou le Relevé d'indemnités de la Canada Vie 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, assurez-vous de cocher la case autorisant la Canada Vie 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 la Canada Vie au plus tard le 31 mai, ou dans les 90 jours après la date de votre cessation d'emploi, 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 continuer de participer à un compte Soins de santé.

Échéances

Entrée en vigueur de la protection

Si vous vous inscrivez au compte Soins de santé au cours de la période d'inscription annuelle, tous les fonds déposés dans votre compte Soins de santé peuvent être utilisés à partir du 1^{er} mars suivant l'inscription annuelle. Si vous êtes un nouveau membre de l'équipe, tous les fonds qui vous sont attribués peuvent être utilisés à partir du premier jour de la période de paie suivant votre inscription.

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, mais vous pouvez demander le règlement de frais engagés pendant que vous étiez encore en fonction ou participiez au compte Soins de santé. Les dollars santé du compte Soins de santé disponibles pour remboursement consisteront en des dollars santé excédentaires. Vous devez envoyer votre réclamation dans les 90 jours suivant la date de la fin de votre emploi ou de votre participation au compte Soins de santé.

Congé pour des raisons personnelles

Afin de vous aider à atteindre l'équilibre entre votre travail et vos engagements personnels, TELUS Vente au détail offre journées de congé pour raisons personnelles par année civile. Ces congés rémunérés s'ajoutent aux journées de vacances qui vous sont allouées. Au début de chaque année civile, vous recevrez deux (2) journées de congé pour raisons personnelles. Vous recevez un salaire pour ces congés, avec les retenues habituelles et ils doivent être utilisés au cours l'année durant laquelle ils sont attribués. Tout congé pour raisons personnelles qui n'est pas utilisé est perdu à la fin de l'année ou à la fin de votre emploi.

Les journées de congé additionnelles peuvent être utilisées dès le 1^{er} janvier. Si vous venez d'être embauché, vous pouvez profiter de ces congés une fois que vous êtes inscrit au régime. Les dates de ces congés doivent être approuvées par votre supérieur immédiat.

Les membres de l'équipe qui ont pris un congé autorisé toute l'année et qui reviennent au travail après le 30 novembre n'ont pas droit aux journées de congé additionnelles avant l'année suivante.

Les membres de l'équipe qui quittent l'entreprise avant le 1^{er} juillet sont admissibles à la moitié du nombre annuel de journées de congé additionnelles. Si plus de la moitié de ces journées a été prise, la valeur de l'excédent sera prélevée de la dernière paie du membre de l'équipe.

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 paie.

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

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'une invalidité permanente des suites 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 et les enfants à charge du membre de l'équipe TELUS ont droit à une protection maximale de 50 000 \$ et 10 000 \$ respectivement lorsqu'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 dépenses afférentes. Ceci s'applique uniquement à l'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident.
- Les invités de TELUS voyageant pour affaires ou à bord d'un avion 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 protection 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 de l'employé 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.
- Accident au cours des vacances, même si ces vacances coïncident avec un voyage admissible aux termes de la présente assurance accidents en voyage d'affaires.
- Accident alors que vous êtes en service actif à temps plein dans les forces armées.
- Guerre déclarée ou non (cette exclusion ne s'applique pas aux voyages d'affaires dans des endroits à risque élevé).
- Accident qui se produit 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.
- Suicide ou blessures infligées à soi-même.

Restrictions

- La « perte de jouissance » 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 par suite d'un accident subi dans un avion appartenant à TELUS ou loué ou affrété par TELUS, est de 15 millions de dollars.

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 couverture 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.

Prestation de décès

La prestation de décès est un montant forfaitaire de 10 000 \$ versé par TELUS Vente au détail ltée à votre bénéficiaire désigné si vous décédez pour quelque raison que ce soit. Si vous n'avez pas de bénéficiaire désigné, le montant forfaitaire sera versé à votre succession.

Bénéficiaire

Il est préférable de désigner une personne comme bénéficiaire plutôt que votre succession, car le versement sera plus rapide et direct. Si le paiement de l'assurance va à votre patrimoine, il sera utilisé pour régler vos dettes avant d'être remis aux bénéficiaires de votre succession.

Vous pouvez désigner votre bénéficiaire au moyen de l'outil d'inscription au régime d'avantages sociaux au moment de la période d'adhésion annuelle ou au moyen du formulaire de désignation du bénéficiaire de la prestation de décès que vous trouverez dans go/flexit360. L'équipe Avantages sociaux de TELUS doit avoir une copie signée du formulaire de désignation du bénéficiaire dans ses dossiers pour que ceux-ci soient valides.

Questions de fiscalité

Votre bénéficiaire ne devrait pas devoir payer d'impôts sur le montant forfaitaire de la prestation de décès versée par l'employeur.

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 la Canada Vie pour remboursement.

Consultez le site web pour en savoir plus : BEACON

Soins Virtuels 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 Soins Virtuels TELUS Santé (anciennement Medisys sur demande), 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.

Soins Virtuels TELUS Santé (anciennement Medisys sur demande) 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 Soins Virtuels TELUS Santé (anciennement Medisys sur demande) 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, Soins Virtuels 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 Soins Virtuels TELUS Santé (anciennement Medisys sur demande), vous n'avez qu'à télécharger l'application Akira à partir de votre appareil mobile (Play Store ou AppStore) et vous enregistrez 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.

Cliquez ici pour en savoir davantage et consulter la foire aux questions.

Pour obtenir votre lien unique d'activation afin de télécharger Soins Virtuels TELUS Santé, envoyez un courriel à eligible@medisys.ca.

Vos commentaires sont précieux, nous voulons vous entendre. Si vous avez des questions, souhaitez discuter de votre expérience avec Soins Virtuels TELUS Santé ou avez des idées qui nous permettraient d'améliorer ce service, communiquez avec infoRH.

Mes Soins TELUS Santé (pour les membres de l'équipe de la Colombie-Britannique et de l'Alberta seulement)

Mes Soins 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 Mes Soins 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 Mes Soins 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 Mes Soins 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 Mes Soins 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/MyCare

Glossaire – Avantages sociaux (autres que le régime de retraite)

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.

Conjoint

Voir Personnes à charge.

Dollars santé

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

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 raisonnables et d'ordre courant

Par frais usuels et coutumiers, on entend le maximum établi que la Canada Vie remboursera pour des produits et services donnés dans la province ou le territoire où les frais ont été engagés. La Canada Vie 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.

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

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

Régime de retraite administré par l'État et provisionné 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.

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

Soins médicaux complémentaires et soins dentaires – Dollars santé et coûts annuels

Dollars santé accordés par TELUS chaque année						
Célibataire	945 \$					
Couple	1 491 \$					
Famille	2 105 \$					
Coûts annuels pour le membre de l'équipe						
	Médicaments d'ordonnance	Services paramédicaux et soins de la vue	Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays / Fournitures et appareils médicaux		Soins dentaires de base	Soins dentaires majeurs et orthodontie
Option 1	0	Célibataire : 2 \$ Couple : 4 \$ Famille : 6 \$	0		0	0
Option 2	Célibataire : 47 \$ Couple : 94 \$ Famille : 141 \$	Célibataire : 105 \$ Couple : 210 \$ Famille : 315 \$	Célibataire : 24 \$ Couple : 47 \$ Famille : 71 \$		Célibataire : 244 \$ Couple : 488 \$ Famille : 732 \$	Célibataire : 32 \$ Couple : 64 \$ Famille : 97 \$ Verrouillé 2 ans
Option 3	Célibataire : 182 \$ Couple : 364 \$ Famille : 545 \$	Célibataire : 189 \$ Couple : 378 \$ Famille : 566 \$	Célibataire : 45 \$ Couple : 89 \$ Famille : 134 \$		Célibataire : 64 \$ Couple : 128 \$ Famille : 192 \$	Célibataire : 66 \$ Couple : 131 \$ Famille : 197 \$ Verrouillé 2 ans
Option 4	Célibataire : 399 \$ Couple : 799 \$ Famille : 1 198 \$	Célibataire : 395 \$ Couple : 790 \$ Famille : 1 185 \$ Verrouillé 2 ans			Célibataire : 395 \$ Couple : 791 \$ Famille : 1 186 \$	
Option 5		Célibataire : 524 \$ Couple : 1 049 \$ Famille : 1 573 \$ Verrouillé 2 ans			Célibataire : 519 \$ Couple : 1 039 \$ Famille : 1 558 \$	

Les tarifs annuels indiqués dans le manuel sont arrondis au dollar près.
Les tarifs annuels indiqués dans l'outil Flexit360 seront arrondis au cent près.

Soins médicaux complémentaires et soins dentaires – Dollars santé et coûts annuels : Exemple d'options et de coûts

Dollars santé accordés par TELUS chaque année						
Famille	2 005 \$					
Coûts annuels pour le membre de l'équipe						
	Médicaments d'ordonnance	Services paramédicaux et soins de la vue	Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays / Fournitures et appareils médicaux		Soins dentaires de base	Soins dentaires majeurs et orthodontie
Option 1						
Option 2						Majeurs : 50 % (max : 1 000 \$) Ortho : 50 % (max : 2 500 \$) Famille : 92 \$ Verrouillé 2 ans
Option 3	Aucune franchise Niveau 1 : 80 % Niveau 2 : 70 % Famille : 519 \$	Soins de la vue : 150 \$ et examens de la vue aux 2 ans Services paramédicaux : 500 \$ combiné Famille : 539 \$	Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province/du pays : 100 % (max. viager 5 millions \$) Fournitures et appareils médicaux : 80 % Famille : 127 \$			
Option 4					80 % Rappel : 9 mois (adult) 6 mois (enfant) Aucun maximum Famille : 1 130 \$	

Dollars santé = 2 105 \$ pour l'année

Coûts pour le membre de l'équipe = 545 \$ + 566 \$ + 137 + 1 186 \$ + 972 \$ = 2 528 \$ pour l'année

Montant déboursé par le membre de l'équipe = 423 \$ pour l'année ou 17,23 \$ deux fois par mois

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. TELUS fournit uniquement les renseignements nécessaires. 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.

Les numéros des polices de la Canada Vie sont :

Avantage	Le contrat
Soins médicaux complémentaires	50764
Compte Soins de santé	50764
Soins dentaires	50765
Frais médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays	177761

Demandes de règlement

Médicaments d'ordonnance

Vous devez utiliser votre carte-médicaments de la Canada Vie pour tous vos achats de médicaments d'ordonnance. La plupart des pharmaciens accepteront cette carte au moment de l'achat.

Autres demandes de règlement de 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 la Canada Vie. Le remboursement sera déposé

directement dans votre compte bancaire. Vous pouvez imprimer les formulaires papier sur le site web de la Canada Vie. L'adresse postale figure au bas du formulaire.

Vous devez présenter vos demandes de règlement au cours des 9 mois qui suivent 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 directement 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 la Canada Vie à traiter directement votre demande de règlement à partir du compte Soins de santé.

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

Adresse postale :

Canada Life, Out-of-Country Claims Department
PO Box 6000
Winnipeg, MB R3C 3A5

Soins dentaires

Les demandes de règlement pour des soins dentaires peuvent être soumises en ligne si votre dentiste est membre du réseau de l'Association dentaire canadienne (CDAnet). Il est important de fournir à votre dentiste votre numéro de police de la Canada Vie et le code d'assureur

- Si vous préférez soumettre une demande papier, votre dentiste peut vous fournir le formulaire au moment de votre rendez-vous, ou vous pouvez imprimer ce formulaire sur le site de la Canada Vie. Le dentiste remplit sa section, vous remplissez les autres sections et vous envoyez le formulaire par la poste à l'adresse qui y est indiquée. Vous pouvez aussi remplir votre demande de règlement pour soins dentaires en ligne, et votre remboursement sera déposé directement dans votre compte bancaire. Vous devez soumettre le formulaire de demande à la Canada Vie dans les 9 mois suivant la date du service.
- Vous devez présenter vos demandes de règlement au cours des 9 mois qui suivent la date à laquelle vous avez engagé les frais ou dans les 90 jours après la date de votre cessation d'emploi, suivant la première éventualité.

Compte Soins de santé

Soumettez toutes les demandes d'indemnisation au titre du compte Soins de santé à la Canada Vie. 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 Canada Vie, ou soumettre les demandes par voie électronique.

Personnes-ressources et assistance

Pour vous inscrire au régime Options Équipe TELUS

- Cliquez sur le lien dans le courriel que vous a envoyé l'équipe des avantages sociaux

Si vous avez des questions concernant le régime Options Équipe TELUS, le processus d'inscription ou votre situation personnelle :

- Communiquez avec infoRH pour :
 - poser une question en ligne;
 - clavarder directement avec un membre de l'équipe infoRH;

Si vous avez des questions concernant les demandes de règlement au titre de l'assurance des soins médicaux ou dentaires ou du compte Soins de santé :

- Appelez la Canada Vie au 1-888-964-1275.
- Ayez votre numéro de police à portée de la main afin d'obtenir un service plus efficace :
 - Compte de dépenses de santé et de santé : 50764
 - Dentaire : 50765

L'information qui figure dans le présent document est une description générale de vos régimes d'avantages sociaux payés par l'employeur. Le présent document est un sommaire et à ce titre, il ne peut pas contenir les détails complets des régimes. En cas de malentendu ou de divergence, les prestations seront payées conformément aux contrats, aux polices, aux documents du régime et aux lois applicables. TELUS se réserve le droit de modifier ou d'abandonner ces régimes en tout temps.