

Mon régime collectif



canada **vie** ^{MC}

BRANDSAFWAY

Employés syndiqués du Québec

Nous sommes heureux de vous servir. Veuillez noter que nous adhérons à des principes d'inclusion de tous les genres dans nos communications et que nous utilisons le genre masculin comme générique dans le seul but de faciliter la lecture.

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

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

La Canada Vie en ligne

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

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

GroupNet pour les participants de régime

À titre de participant de régime de la Canada Vie, vous pouvez vous inscrire à GroupNet^{MC} pour les participants de régime au www.canadavie.com ou sur l'application GroupNet Mobile. Pour vous inscrire, cliquez sur Ouvrir une session. Ensuite, cliquez sur GroupNet pour les participants de régime et suivez les directives affichées. Assurez-vous d'avoir votre numéro de régime ainsi que votre numéro d'identification à portée de la main lors de l'inscription.

Avec GroupNet et GroupNet Mobile, vous pouvez :

- soumettre vos demandes de règlement rapidement;
- consulter votre protection et les soldes;
- trouver des praticiens de la santé près de vous, comme des chiropraticiens et des massothérapeutes;
- enregistrer vos cartes de garanties dans votre application ou programme de service de paiement;
- recevoir un avis lorsque vos réclamations sont traitées.

Numéro sans frais de la Canada Vie

Pour communiquer avec un représentant du service à la clientèle de la Canada Vie :

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

Plaintes de clients

Nous nous engageons à étudier votre dossier rapidement, équitablement et professionnellement. Voici de plus amples renseignements sur la façon de formuler une plainte.

- Sans frais :
 - téléphone : 1 866 292-7825
 - télécopieur : 1 855 317-9241
- Courriel : ombudsman@canadavie.com
- Par écrit :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Bureau de l'ombudsman, Bureau T262
255 avenue Dufferin
London (Ontario) N6A 4K1

Pour plus de renseignements sur les moyens de nous acheminer votre plainte, consultez l'adresse www.canadavie.com/plaintes.

Les renseignements fournis dans le présent livret constituent un résumé des dispositions de la police collective n° 330878 et du texte officiel du régime n° 56137. En cas de variantes entre le contenu des présentes et les dispositions de la police collective et du texte officiel du régime, seules ces dernières feront foi (dans la mesure où la loi le permet).

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

Le présent régime est administré par



Le présent livret a été préparé le : 24 février 2021

Accès aux documents

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

Actions en justice

Garanties assurées

Toute action en justice ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables en vertu du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée à l'intérieur du délai prescrit par l'*Insurance Act* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour une action en justice ou une procédure régie par la loi du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Ontario) ou dans toute autre loi applicable. Pour les actions en justice ou procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le Code civil du Québec.

Garanties non assurées

Aucune action ne peut être intentée en justice pour obtenir le règlement de prestations non assurées aux termes du présent régime avant l'expiration d'un délai de 60 jours à partir de la date de production de la déclaration de sinistre, ni plus de deux ans après le rejet d'une demande de règlement.

Procédure d'appel

Garanties assurées

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

Garanties non assurées

Vous avez le droit d'appeler du refus de l'employeur d'accorder la totalité ou une partie de la protection ou des prestations décrites dans le présent régime dans les deux ans. Vous devez alors faire appel par écrit en précisant les raisons pour lesquelles vous jugez le refus injustifié.

Suspension des prestations en raison d'un paiement en trop

Garanties assurées

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

Garanties non assurées

Vous êtes tenu de rembourser la totalité des prestations que vous avez reçues en trop, et ce, dans les six mois ou dans un délai plus long convenu par l'employeur. Si vous omettez de rembourser le trop-perçu dans le délai prévu, le versement des prestations sera interrompu jusqu'au remboursement de ce trop-perçu. Cette action ne limite aucunement le droit de votre employeur à recouvrer par d'autres moyens légaux les sommes versées en trop.

Délai pour le paiement des prestations au Québec

Lorsque la loi du Québec s'applique, les prestations sont payées conformément aux termes du présent régime, dans un délai de 60 jours suivant la réception de la preuve de sinistre requise.

Rôle de l'employeur

Pour ce qui est des garanties assurées, le rôle de l'employeur consiste à fournir de l'information aux salariés et non pas à leur donner des conseils.

Protection de vos renseignements personnels

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

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

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

Votre employeur a conclu une entente avec la Canada Vie aux termes de laquelle il a la responsabilité financière d'une partie ou de la totalité des prestations prévues par le régime, et la Canada Vie traite les demandes de règlement pour son compte. Il se peut que nous échangions des renseignements personnels avec vos fournisseurs de soins, le gestionnaire de votre régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de régimes offerts par l'État ou d'autres régimes de garanties, d'autres organisations ou avec les fournisseurs de services qui travaillent avec nous ou avec l'un ou l'autre des intervenants précédemment énumérés, lorsque cela est pertinent et nécessaire pour gérer le régime.

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

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

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

Avis concernant la responsabilité de l'employeur

Aux termes d'une entente conclue entre votre employeur et La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, la ou les garanties suivantes décrites dans le présent livret ne sont pas assurées : Soins médicaux (sauf les frais couverts par l'Assistance médicale globale) et Soins dentaires. Votre employeur en est le seul responsable.

Ainsi, cette ou ces garanties :

- représentent une obligation financière non garantie et elles sont payées à partir du bénéfice net, des bénéfices non répartis ou d'autres ressources financières de votre employeur; et
- ne sont pas établies par un assureur titulaire d'un permis ni par un assureur réglementé.

Cela dit, la Canada Vie se charge du traitement de toutes les demandes de règlement.

Si les lois de la Colombie-Britannique s'appliquent, le présent avis libère votre employeur des exigences prévues par la Financial Institutions Act (Colombie-Britannique).

Là où les lois du Québec s'appliquent, les garanties non assurées ne font pas l'objet de la surveillance et du contrôle de l'Autorité des marchés financiers.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Sommaire des garanties	1
Prise d'effet et expiration de la protection	6
Personnes à charge couvertes	8
Désignation de bénéficiaire	8
Garantie soins médicaux supplémentaires	9
Garantie soins dentaires	30
Compte de gestion des dépenses santé (CGDS) – SolutionsPlus Santé	40
Coordination des prestations	47
Services de diagnostic et de soutien lié au traitement (Réseau Best Doctors ^{MD})	48

Sommaire des garanties

Le présent sommaire doit s'interpréter de pair avec les garanties décrites dans le présent livret.

Garantie Soins médicaux supplémentaires

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais courants

Franchise aucune

Règlement proportionnel

Frais de médicaments sur ordonnance engagés au Canada	90 %
Tous les autres frais couverts	100 %

Médicaments sur ordonnance -
Contribution maximale
des résidents du Québec

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

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

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

Maximums - Frais ordinaires

Frais de séjour en cas d'hospitalisation	chambre à deux lits
Soins infirmiers à domicile	10 000 \$ pour une période maximale de 12 mois par état de santé
Médicaments sur ordonnance engagés au Canada	compris

Plafond des frais d'exécution d'ordonnance	Les frais couverts maximums en remboursement de la partie des frais de tout médicament sur ordonnance représentant les frais d'exécution d'ordonnance sont fixés à 8 \$. Cette limite ne s'applique pas si vous résidez au Québec.
Appareils auditifs	700 \$ par période de 5 ans
Chaussures orthopédiques ajustées sur mesure et orthèses du pied faites sur mesure	300 \$ par période de 12 mois
Bras myoélectriques	10 000 \$ par prothèse
Prothèses mammaires externes	une par période de 12 mois
Soutiens-gorge chirurgicaux	deux par période de 12 mois
Cigognes mécaniques ou hydrauliques	2 000 \$ par cigogne, une fois par période de 5 ans
Rampes d'accès extérieures	une pendant toute la durée de la protection, jusqu'à concurrence de 2 000 \$
Appareils de contrôle de la glycémie	un par période de 4 ans
Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs	4 000 \$ par année civile
Neurostimulateurs percutanés	700 \$ pendant toute la durée de la protection
Pompes d'extrémités pour lymphoedème	une pendant toute la durée de la protection, jusqu'à concurrence de 1 500 \$
Bas de contention sur mesure	250 \$ par année civile
Perruques pour patients atteints du cancer	200 \$ pendant toute la durée de la protection

Maximums - Soins paramédicaux

Soins donnés par un acupuncteur	500 \$ par année civile
Soins donnés par un chiropraticien	500 \$ par année civile
Soins donnés par un diététicien/diététiste	500 \$ par année civile
Soins donnés par un massothérapeute	500 \$ par année civile
Soins donnés par un naturopathe	500 \$ par année civile
Soins donnés par un ostéopathe	500 \$ par année civile
Soins donnés par un physiothérapeute	500 \$ par année civile
Soins donnés par un podiatre	500 \$ par année civile
Soins donnés par un psychologue ou un travailleur social	500 \$ par année civile pour tous les types de soins combinés
Soins donnés par un orthophoniste	500 \$ par année civile

Maximums - Soins oculaires

Examens de la vue	un par période de 24 mois
Lunettes, lentilles cornéennes ou chirurgie oculaire au laser	250 \$ par période de 24 mois pour tous les types de soins et de fournitures combinés

Montant maximum pendant toute la durée de la protection	illimité
---	----------

Garantie Soins dentaires

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais courants

Barème servant au règlement	barème des honoraires pour soins dentaires de la province où les soins sont donnés, en vigueur à la date des soins
Franchise	aucune
Règlement proportionnel	
Soins ordinaires	90 %
Soins extraordinaires	50 %
Soins orthodontiques	50 %
Blessure accidentelle aux dents	100 %
Maximums	
Blessure accidentelle aux dents	illimité
Soins orthodontiques	1 500 \$ pendant toute la durée de la protection
Tous les autres frais de soins dentaires	1 500 \$ par année civile pour tous les types de soins combinés

PRISE D'EFFET ET EXPIRATION DE LA PROTECTION

Vous êtes admissible au régime à la date de votre entrée en fonctions.

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

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

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

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

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

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

- La protection à l'égard de vos personnes à charge expire lorsque votre protection prend fin ou lorsque votre personne à charge n'y est plus admissible, selon la première éventualité.
- Votre protection peut faire l'objet d'une prolongation si elle prend fin du fait que vous n'êtes pas en activité de service en raison d'une maladie, d'une blessure, d'une mise à pied temporaire ou d'un congé autorisé. Communiquez avec votre employeur pour avoir des précisions.
- Dans certains cas, le versement des prestations peut se poursuivre après l'expiration de la protection. Communiquez avec votre employeur pour avoir des précisions.

Prestations de survie

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

PERSONNES À CHARGE COUVERTES

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

- Votre conjoint (légitime ou de fait).

« Conjoint de fait » s'entend de la personne dont la relation avec vous est de nature conjugale et qui habite avec vous depuis au moins six mois, ou depuis la naissance ou l'adoption d'un enfant dans le cadre de la relation, selon la première éventualité.
- Vos enfants célibataires âgés de moins de 21 ans, ou de moins de 25 ans s'ils sont étudiants à temps plein.

À noter : Les étudiants à temps plein sont couverts aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance jusqu'à l'âge de 26 ans.

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

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

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Vous pouvez effectuer, modifier ou révoquer une désignation de bénéficiaire, dans la mesure permise par la loi. Toute désignation de bénéficiaire que vous avez effectuée aux termes de l'ancienne police de votre employeur antérieurement à la date d'effet de la présente police s'applique à la présente police jusqu'à ce que vous changiez cette désignation. Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire de temps à autre afin de vous assurer qu'elle reflète vos intentions actuelles. Vous pouvez modifier cette désignation en remplissant une formule que vous pouvez obtenir de votre employeur.

GARANTIE SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES

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

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

Frais couverts

- Service d'ambulance jusqu'au centre le plus proche en mesure de fournir les soins requis.
- Séjour dans un hôpital ou une maison de soins infirmiers ou soins infirmiers à domicile, à condition que les soins reçus soient des soins de courte durée, des soins de convalescence ou des soins palliatifs.

On entend par « soins de courte durée » les soins actifs qui s'imposent en vue de diagnostiquer ou de contrôler une affection qui risquerait autrement de s'aggraver.

On entend par « soins de convalescence » tous les soins actifs ou les traitements de réadaptation qui permettent une amélioration sensible de l'état du malade et qui suivent une période d'hospitalisation de trois jours au cours de laquelle le malade a reçu des soins de courte durée.

On entend par « soins palliatifs » tout traitement visant à soulager la douleur lorsque la maladie en est à la phase terminale.

- Frais de séjour dans un hôpital qui dépassent le coût en salle commune et frais de séjour une maison de soins infirmiers, lorsque l'établissement est situé au Canada.

Dans le cas d'un séjour à l'hôpital, le régime couvre la différence entre les frais en chambre à deux lits et les frais en salle commune. Dans le cas d'un séjour à l'hôpital à l'extérieur de la province, le régime couvre la différence entre les frais de séjour en salle commune et l'indemnité prévue aux termes du régime gouvernemental en vigueur dans la province de résidence du malade.

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

Dans le cas d'un séjour en maison de soins infirmiers, le remboursement est limité à la partie des frais autorisée par l'État.

Restriction

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

- Le régime couvre les soins infirmiers donnés à domicile, au Canada, par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé.

Par « soins infirmiers », on entend des soins qui nécessitent les compétences et la formation d'un infirmier professionnel et qui sont fournis par un infirmier professionnel qui n'est pas membre de la famille du malade.

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

- Médicaments et fournitures de médicaments indiqués ci-dessous lorsqu'ils sont prescrits par une personne autorisée à les prescrire en vertu de la loi, délivrés par une personne autorisée à les délivrer en vertu de la loi, et qu'ils sont obtenus au Canada. Les prestations visant des frais de médicaments et de fournitures de médicaments engagés à l'extérieur du Canada ne sont payables qu'aux termes de la clause relative aux soins d'urgence reçus hors du pays.
 - Médicaments nécessitant une ordonnance écrite conformément à la Loi sur les aliments et drogues (Canada) ou à la législation en vigueur dans la province où ils sont délivrés, y compris les médicaments contraceptifs et les produits contenant un médicament contraceptif.
 - Préparations injectables, y compris les vitamines, l'insuline et les extraits allergisants. Les seringues pour auto-injection sont également couvertes.
 - Aiguilles jetables s'utilisant avec un dispositif d'injection d'insuline non jetable, lancettes, bandelettes pour tests et capteurs pour appareils flash de surveillance du glucose.

- Préparations ou composés extemporanés contenant, entre autres ingrédients, un médicament couvert.
- Certains médicaments ne nécessitant pas légalement une ordonnance peuvent être couverts. Si vous avez des questions, communiquez avec le gestionnaire de régime avant d'engager des frais.

Le régime couvre également les frais de vaccins et anatoxines donnés à des fins préventives pour conférer une immunisation.

À moins qu'une preuve médicale indiquant la raison pour laquelle un médicament ne doit pas être remplacé ne soit présentée au gestionnaire de régime, les frais couverts peuvent être réduits au coût du médicament de remplacement le moins cher.

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

- Location ou, au choix de l'employeur, achat de certaines fournitures et de certains appareils et prothèses prescrits par un médecin.
- Orthèses du pied sur mesure et chaussures orthopédiques ajustées sur mesure, y compris les modifications apportées à des chaussures orthopédiques, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin.
- Appareils auditifs, y compris les piles, les raccords et les embouts auriculaires obtenus à l'achat, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Fournitures nécessaires aux diabétiques prescrites par un médecin : stylos d'injection Novolin-Pen et autres dispositifs d'injection d'insuline à aiguille, dispositifs de prélèvement de sang, y compris les plaques mais non les lancettes. Les lancettes sont couvertes aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance.

- Appareils de contrôle de la glycémie, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Appareils flash de surveillance du glucose, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Procédures de laboratoire et d'imagerie utilisées dans la province de résidence du patient pour établir un diagnostic, lorsqu'elles ne sont pas couvertes par le régime provincial du patient. Il est entendu que les frais associés à une telle procédure ne sont pas couverts si le patient peut choisir de les payer, en totalité ou en partie, plutôt que d'en demander le remboursement aux termes de son régime provincial.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un acupuncteur autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un chiropraticien autorisé (y compris les radiodiagnosics) pour traiter des troubles musculaires ou osseux.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un diététicien (diététiste) autorisé pour traiter les troubles de la nutrition.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un massothérapeute autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un naturopathe autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un ostéopathe autorisé (y compris les radiodiagnosics).
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un physiothérapeute autorisé pour corriger les troubles de motricité.

- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podiatre autorisé (y compris les radiodiagnostic) pour traiter les affections du pied.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un psychologue agréé ou un travailleur social dûment qualifié.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un orthophoniste autorisé pour corriger les défauts d'élocution.

Soins oculaires

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

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 d'urgence hors du pays

Lorsque vous ou une personne à votre charge êtes en vacances, ou encore en voyage d'affaires ou d'études à l'extérieur du Canada, le régime prévoit le remboursement, le cas échéant, des frais médicaux engagés par suite d'une urgence médicale. 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 toute urgence résultant de blessures fortuites soudaines ou d'une phase aiguë d'une maladie.

- Le régime couvre les soins, services et fournitures suivants reliés à un traitement médical de base.
 - 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 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.
 - Transport par un service d'ambulance autorisé au centre de traitement le plus proche en mesure de donner les soins voulus.

Restriction

Si votre état vous permet de revenir au Canada, le remboursement se limite au moindre d'entre les frais qui seraient payables aux termes du présent régime si les soins continuaient d'être reçus à l'étranger et les frais qui seraient payables aux termes du présent régime pour des soins comparables au Canada, plus le coût du retour au pays.

Autres soins, services ou fournitures

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

Frais non couverts

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

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

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

- Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un régime privé d'avantages sociaux.
- Soins, services ou fournitures pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection.
- Partie des frais pour des soins, services ou fournitures qui est remboursable en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence, que vous soyez ou non couvert en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental.

- Partie des soins, services ou fournitures que vous avez le droit de recevoir ou qui vous donne droit à une prestation ou à un remboursement aux termes de la loi ou d'un régime régi, financé ou administré en tout ou en partie par l'État (« régime d'État »), sans égard à la protection offerte aux termes du présent régime.

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

- Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins, services ou fournitures reliés :
 - à un traitement donné uniquement à des fins d'esthétique
 - aux divertissements et aux activités sportives, mais non à l'exercice des activités quotidiennes ordinaires
 - au diagnostic ou au traitement de l'infertilité
 - à la contraception, à l'exception des médicaments contraceptifs et des produits contenant un médicament contraceptif.
- Soins, services ou fournitures reliés à des soins, services ou fournitures déjà couverts, sauf s'ils figurent expressément dans la liste des soins, services et fournitures couverts ou s'ils sont désignés par le gestionnaire de régime comme étant des soins, services et fournitures couverts.
- Fournitures médicales de rechange ou de remplacement.
- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur du Canada, sauf tel qu'il est prévu dans la clause relative aux soins d'urgence reçus hors du pays et à la partie intitulée Assistance médicale globale.

- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur de la province mais au Canada, sauf si vous êtes couvert par le régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence et si des prestations auraient été versées en vertu du présent régime pour des soins, services et fournitures comparables obtenus dans votre province de résidence.

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

- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.
- Soins prolongés.
- Soins et fournitures oculaires demandés par l'employeur comme condition d'embauche.
- Frais pour des soins, un service ou une fourniture que le gestionnaire de régime a déterminés comme étant non proportionnels à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure. Pour déterminer si des soins, un service ou une fourniture sont proportionnels, le gestionnaire de régime peut tenir compte de différents facteurs, y compris, mais sans s'y limiter, les suivants :
 - lignes directrices de la pratique clinique;
 - évaluations de l'efficacité clinique des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales;
 - renseignements fournis par le fabricant ou le fournisseur des soins, du service ou de la fourniture; et
 - évaluations de l'efficience des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales.

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

- Médicaments ou fournitures qui figurent sur la liste des exclusions du gestionnaire de régime. Le gestionnaire de régime se réserve le droit de refuser tous les frais relatifs à un médicament ou à une fourniture, ou uniquement les frais associés au traitement, à certains stades ou à l'évolution de certaines maladies ou blessures. Le gestionnaire de régime peut ajouter un médicament ou une fourniture à la liste des exclusions ou l'en retirer en tout temps.

Il est entendu que le gestionnaire de régime peut ajouter un médicament ou une fourniture à la liste des exclusions pour toute raison, y compris, mais sans s'y limiter, les suivantes :

- le gestionnaire de régime a déterminé que de l'information supplémentaire de la part d'organismes consultatifs professionnels, d'agences gouvernementales ou du fabricant du médicament ou de la fourniture est requise pour évaluer le médicament ou la fourniture; ou
 - le gestionnaire de régime a déterminé que le médicament ou la fourniture n'est pas proportionnel à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure.
- Atomiseurs, appareils, prothèses, fournitures nécessaires par suite d'une colostomie, fournitures nécessaires à l'analyse, au diagnostic ou à l'administration des premiers soins.
 - Dispositifs d'injection d'insuline non jetables ou dispositifs à ressort utilisés dans le prélèvement du sang.
 - Dispositifs nécessaires à l'administration de médicaments devant être inhalés.
 - Vitamines s'administrant par voie orale, minéraux, suppléments diététiques, préparations homéopathiques, lactés pour bébés et solutions injectables servant à l'alimentation parentérale totale.

- Diaphragmes, condoms, gelées, mousses, éponges, suppositoires, implants et autres produits ou articles servant habituellement à des fins contraceptives.
- Produits anti-tabagiques.
- Médicaments nécessaires au traitement de l'infertilité.
- Médicaments n'ayant pas de code d'identification numérique, tel qu'il est stipulé dans la Loi sur les aliments et drogues (Canada).
- Tout achat de médicaments ne pouvant être normalement utilisé au cours d'une période de 34 jours, exception faite de certains médicaments nécessaires au maintien de la vie qui peuvent être achetés pour une période de 100 jours.
- Médicaments administrés à l'hôpital dans le cadre d'un traitement en salle d'urgence ou à titre de malade hospitalisé.
- Extraits allergisants non injectables.
- Médicaments qui sont considérés comme des produits cosmétiques, tels que les solutions topiques de minoxidil et les écrans solaires, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales.
- Médicaments utilisés dans le traitement de la dysérection.
- Médicaments ou fournitures de médicaments qui ne figurent pas sur la Liste des médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec en vigueur à la date d'achat ou qui sont reçus à l'extérieur de la province, s'ils sont prescrits à l'intention d'un enfant à charge qui est un étudiant de plus de 24 ans.

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

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

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

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

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

Programme d'autorisation préalable

Afin de déterminer si certains soins, fournitures ou services sont couverts, la Canada Vie conserve une liste limitée de soins, fournitures et services qui nécessitent une autorisation préalable.

Pour obtenir la liste de ces soins, fournitures et services, y compris une liste des médicaments pour lesquels une autorisation préalable est requise, allez au www.canadavie.com.

L'autorisation préalable permet de vérifier si des soins, des fournitures ou des services constituent un traitement raisonnable.

Si l'utilisation de soins, de fournitures ou de services moins chers représente un traitement raisonnable, la Canada Vie pourrait, avant d'accepter de couvrir les soins, les fournitures ou les services prescrits, exiger de vous ou de vos personnes à charge que vous fournissiez une preuve clinique justifiant le fait que les soins, les fournitures ou les services moins chers ne peuvent pas remplacer les soins, les fournitures ou les services prescrits.

Gestion des dossiers médicaux

La Canada Vie pourrait vous contacter afin de participer au programme de gestion des dossiers médicaux. La gestion des dossiers médicaux est un programme recommandé ou approuvé par la Canada Vie; elle peut notamment inclure ce qui suit :

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

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

Restrictions relatives à la gestion des dossiers médicaux

La Canada Vie peut, selon les modalités et conditions qu'elle juge appropriées, limiter le remboursement des soins, du service ou de la fourniture dans l'une des situations suivantes :

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

Frais relatifs à la gestion des dossiers médicaux

La Canada Vie peut, à sa discrétion, supporter les frais liés à la gestion des dossiers médicaux. Tous les frais dont le paiement est demandé aux termes de la présente disposition doivent avoir été autorisés au préalable par la Canada Vie.

Restrictions relatives aux fournisseurs désignés

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

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

Programme d'aide aux patients

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

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

Comment faire une demande de règlement

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

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

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

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

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

Les demandes de règlement en ligne doivent être présentées à la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 6 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

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

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

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

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

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

GARANTIE SOINS DENTAIRES

Vous pouvez avoir à payer une franchise avant d'être remboursé de vos frais de soins dentaires. Tous les frais sont remboursés selon les règlements proportionnels indiqués au **Sommaire des garanties**.

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

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

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

Plan de traitement

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

Soins ordinaires

Les frais engagés dans les cas suivants sont couverts.

- Services diagnostiques, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Un examen buccal complet tous les 36 mois.
 - Deux examens buccaux partiels tous les 12 mois. Toutefois, un seul examen buccal partiel est couvert si un examen buccal complet est effectué dans la même période de 12 mois.
 - Deux examens parodontaux partiels tous les 12 mois.
 - Une série complète de radiographies tous les 36 mois.
 - Un maximum de 15 pellicules de radiographies intra-buccales tous les 36 mois et une radiographie panoramique tous les 36 mois. De telles radiographies ne sont pas couvertes lorsqu'elles sont effectuées pendant la même période de 12 mois qu'une série complète de radiographies.
- Soins préventifs, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Polissage des dents et application topique de fluorure, deux fois tous les 12 mois.
 - Détartrage des dents, jusqu'à concurrence d'un maximum de six unités de temps tous les 12 mois lorsque ces soins sont combinés avec le polissage parodontal des racines.

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.
 - Scellants de puits et fissures sur les prémolaires et les molaires permanentes, tous les 60 mois.
 - Mainteneurs d'espace et appareils servant à corriger les mauvaises habitudes.

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

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.

- Soins d'entretien de prothèses amovibles, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Rebasage superficiel de prothèses amovibles utilisées depuis au moins six mois, une fois tous les 36 mois.
 - Rebasage complet de prothèses amovibles utilisées depuis au moins deux ans, une fois tous les 36 mois.
 - Base élastique lors du rebasage superficiel ou complet de prothèses amovibles, après la période de trois mois suivant la mise en place, une fois tous les 36 mois.
- Chirurgie buccale.
- Soins complémentaires.

Soins extraordinaires

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

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

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

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

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

- Chirurgie reliée au port d'une prothèse amovible (remodelage et retouches aux contours des tissus buccaux).

- Entretien d'appareils après l'expiration d'une période de trois mois suivant la mise en place :
 - réfection de prothèses, une fois tous les 36 mois;
 - ajustement de prothèses, une fois tous les 12 mois;
 - réparation de prothèses amovibles et ajouts nécessaires, conditionnement des tissus et repositionnement des dents d'une prothèse amovible;
 - réparation d'un pont couvert;
 - enlèvement et recimentation d'un pont.

Soins orthodontiques

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

Protection en cas de blessure accidentelle aux dents

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

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

Frais non couverts

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

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

- Prothèses hybrides (ou télescopiques) ou mise en place d'un premier pont lorsqu'un traitement adéquat aurait été possible à l'aide de prothèses amovibles ordinaires (partielles ou complètes).

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

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

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

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

- Frais couverts au titre de la garantie de prolongation de la protection d'un autre régime collectif.
- Traitement de blessures accidentelles aux dents effectué plus de 12 mois après l'accident, réparation ou remplacement de prothèses amovibles, soins orthodontiques.
- Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un régime collectif privé.

- Soins, services ou fournitures auxquels vous avez droit gratuitement en vertu d'une loi quelconque ou pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection en vertu d'un régime collectif.
- Soins, services et fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins donnés uniquement à des fins d'esthétique.
- Correction de malformations congénitales ou liées à la croissance chez une personne âgée de 19 ans ou plus.
- Diagnostic ou traitement des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, correction de la dimension verticale ou soins nécessaires au soulagement de la douleur myofaciale.
- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection, ou de la participation volontaire à une émeute.

Comment faire une demande de règlement

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

Les demandes de règlement en ligne doivent être présentées à la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 6 mois après la date des soins.

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

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

COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ (CGDS) – SolutionsPlus Santé

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

Comment vais-je connaître le solde de mon compte CGDS?

Pour vérifier le solde actuel de votre compte, communiquez avec un représentant du service à la clientèle de la Canada Vie au numéro sans frais 1 877 883-7072. Les heures de service sont de 7 h à 18 h (HNC) pour le service en anglais et de 7 h à 17 h (HNC) pour le service en français.

Si vous êtes inscrit à GroupNet pour les participants de régime, vous pouvez aussi vérifier votre solde de compte en accédant au site web GroupNet pour les participants de régime.

Admissibilité

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

Expiration de la protection

Votre protection au titre du CGDS prend fin à la date d'expiration de la garantie de soins médicaux de base aux termes de votre régime ou à la date à laquelle votre employeur met fin à la protection.

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

Frais couverts

Le CGDS couvre les frais :

- qui sont admissibles au crédit d'impôt pour les frais médicaux prévu par la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada), et des modifications qui y sont apportées à l'occasion, ou
- que la Canada Vie juge être des frais médicaux admissibles aux termes d'un régime privé d'assurance-maladie, tel que défini par la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et des modifications qui y sont apportées à l'occasion.

Veillez visiter le site internet de l'Agence du revenu du Canada pour toute information relative aux frais médicaux qui sont admissibles au crédit d'impôt en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada). Pour de plus amples renseignements sur les frais couverts, communiquez avec un représentant du service à la clientèle de la Canada Vie au numéro sans frais 1 877 883-7072.

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

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

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

Restrictions

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

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

Comment faire une demande de règlement

Vous avez le choix de présenter une demande de règlement en utilisant la carte SolutionsPlus Santé ou en utilisant une demande de règlement SolutionsPlus Santé sur papier. Les demandes de règlement, visant des frais engagés au Canada relativement aux médicaments sur ordonnance, aux soins paramédicaux, aux soins oculaires et aux soins dentaires, peuvent aussi être présentées en ligne.

La carte SolutionsPlus Santé est disponible afin que vous l'utilisiez pour payer des frais couverts, et ce conformément aux modalités et conditions établies dans la convention du titulaire de la carte.

Vous pouvez présenter une demande de règlement au titre du CGDS en premier ou vous pouvez choisir de soumettre les demandes de règlement d'abord au régime de l'État ou au régime privé aux termes duquel vous et vos personnes à charge admissibles êtes aussi couverts. Lorsqu'un ou plusieurs autres régimes d'assurance vous auront remboursé, vous pouvez présenter une demande de règlement pour tout solde des frais admissibles au titre du CGDS – en ligne ou en utilisant une demande de règlement SolutionsPlus Santé sur papier.

Si vous utilisez la carte SolutionsPlus Santé :

- pour des frais de médicaments, vous devez d'abord utiliser votre carte de paiement direct des médicaments afin de faire une demande de règlement aux termes de votre protection de base. Ensuite, vous pouvez utiliser votre carte SolutionsPlus Santé afin de faire une demande de règlement pour tout solde des frais admissibles au titre du CGDS;
- pour des frais de soins dentaires pour lesquels votre dentiste soumet votre demande de règlement électroniquement, votre demande de règlement sera d'abord évaluée aux termes de votre protection de base. Ensuite, vous pouvez utiliser votre carte SolutionsPlus Santé afin de faire une demande de règlement pour tout solde des frais admissibles au titre du CGDS;
- pour tous les autres frais, votre demande de règlement sera d'abord évaluée au titre du CGDS, et ce, même si une partie des frais sont couverts aux termes de la protection de base parrainée par votre employeur.

Si vous décidez d'utiliser votre carte SolutionsPlus Santé pour payer des frais, qu'ils soient ou non couverts aux termes d'autres régimes d'assurance, le montant total est déduit des crédits de votre carte SolutionsPlus Santé. Cependant, si les frais en cause pouvaient être couverts en totalité ou en partie aux termes de la protection de base parrainée par votre employeur, il vous est possible par la suite de soumettre une demande de règlement concernant ces frais au titre de la protection de base en question.

Le montant qui aurait été payé aux termes de la protection de base pourrait être porté au crédit de votre carte SolutionsPlus Santé et plutôt réglé au titre de la protection de base :

- si aucun autre régime ne couvre ces frais sauf la protection de base; ou
- si un autre régime couvre les frais en cause, mais que les prestations seraient payables au titre de la protection de base en premier.

Utilisation de la carte SolutionsPlus Santé :

- Vous devez activer la carte afin de l'utiliser en suivant les directives d'activation écrites sur la carte.
- Pour utiliser votre carte pour payer des ordonnances, vous devez activer votre carte au moins une journée ouvrable complète avant de commander ou d'acheter les articles visés à la pharmacie.
- La carte est destinée à une utilisation au Canada et elle peut servir uniquement chez les détaillants qui acceptent Visa^{MD} et qui font partis du réseau de fournisseurs reconnus par SolutionsPlus Santé.
- Votre carte ne peut être utilisée dans les guichets automatiques bancaires (GAB) ou les commerces de détail.
- Votre carte ne fonctionnera pas si le montant d'une dépense est supérieur au solde actuel de votre compte. Demandez à votre fournisseur si vous pouvez diviser le coût au moment du paiement. Payez d'abord une tranche du montant au moyen du solde de votre carte, puis la tranche restante en utilisant un autre mode de paiement.
- Vous devez conserver vos reçus aux fins d'enregistrement de la transaction pendant les 12 mois qui suivent la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Canada Vie et vous devez les présenter à la Canada Vie, lorsque celle-ci le demande.

- À son entière discrétion, la Canada Vie peut annuler ou suspendre en tout temps l'utilisation de la carte SolutionsPlus Santé, et ce, sans préavis.
- Si votre carte est perdue ou a été volée, veuillez en aviser immédiatement le gestionnaire du régime en appelant un représentant du service à la clientèle de la Canada Vie au numéro sans frais 1 877 883-7072.
- Si votre carte est refusée, veuillez utiliser une demande de règlement sur papier ou en ligne.

Utilisation de la demande de règlement SolutionsPlus Santé sur papier :

Si vous optez pour la demande de règlement sur papier, veuillez utiliser la formule M445D(HSPT)(f) dans le cas des demandes de règlement pour soins dentaires et dans le cas de toute autre demande de règlement, la formule M635D(HSPT)(f).

Présentation des demandes de règlement en ligne :

Si vous choisissez d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne, lequel vous avise par courriel du versement de vos prestations. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

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

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

- 31 jours après la fin de l'année de protection au cours de laquelle les frais ont été engagés;
- la date de résiliation du contrat CGDS, si l'expiration est attribuable au défaut de l'employeur de verser les paiements requis; ou
- 31 jours après la date de résiliation du contrat CGDS, si l'expiration est attribuable à toute autre raison.

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

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

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

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

Vous, une personne à votre charge, un parent ou un beau-parent (ci-après « la personne ») pouvez généralement accéder à ce service. Le Réseau Best Doctors propose une démarche unique et méthodique afin de répondre aux questions et aux préoccupations relatives à une maladie ou à une affection physique ou psychologique grave. Cette démarche peut inclure la confirmation du diagnostic et la proposition du plan de traitement le plus efficace par un professionnel inscrit dans la base de données mondiale du Réseau Best Doctors, laquelle compte plus de 50 000 spécialistes renommés et reconnus dans leur domaine.

Fonctionnement du service

- Pour accéder aux services de diagnostic et de soutien lié au traitement, il suffit de composer le numéro sans frais 1 877 419-BEST (2378).
- L'appelant est alors mis en communication avec un conseiller qui s'occupe de son dossier et lui apporte son soutien tout au long du processus. Le conseiller recueille tous les renseignements pertinents relativement aux antécédents médicaux de la personne et répond à toutes les questions de l'appelant. Aucune information fournie n'est divulguée à votre employeur ou au gestionnaire de votre régime de soins médicaux.
- En fonction des renseignements fournis, le conseiller détermine le niveau optimal de service à offrir.
- Le conseiller peut fournir des renseignements, des ressources et des conseils personnalisés visant à répondre aux besoins de la personne en matière de santé, et trouver les ressources et les mesures de soutien offertes dans la collectivité.

- Lorsqu'il le juge approprié, le conseiller peut organiser un examen approfondi des dossiers médicaux de la personne afin d'aider à confirmer le diagnostic et à élaborer un plan de traitement. Cet examen peut inclure la collecte, l'analyse et la synthèse des dossiers médicaux, la reprise des tests de spécimens pathologiques et l'analyse des résultats. Un rapport écrit détaillant les conclusions et les recommandations des spécialistes sera acheminé à l'appelant. En général, le processus prend de six à huit semaines. Les échéanciers peuvent varier selon la complexité du cas et le nombre de dossiers médicaux à évaluer.
- Si la personne choisit de recevoir un traitement d'un autre médecin, le conseiller peut l'aider à trouver un spécialiste en mesure de répondre à ses besoins particuliers en matière de soins médicaux.
- Si la personne décide de se faire traiter à l'extérieur du pays, le conseiller peut lui obtenir les recommandations médicales dont elle a besoin et effectuer les réservations pour l'hébergement. Il peut aussi l'aider à avoir accès à des services hospitaliers et médicaux à des prix réduits, s'occuper de la transmission des renseignements médicaux et suivre de près le processus de traitement.
- Le conseiller peut trouver un spécialiste du Réseau Best Doctors en mesure de répondre à des questions de base sur les problèmes de santé et les possibilités de traitement. L'appelant recevra les réponses dans un rapport écrit qui lui sera envoyé par courriel.

Restrictions

- L'accès à ce service peut être limité aux personnes ayant reçu de leur médecin un diagnostic de maladie ou d'affection physique ou psychologique grave avec preuves objectives à l'appui, ou aux personnes suspectées d'être atteintes d'une maladie ou affection physique ou psychologique grave.
- Les frais engagés pour le déplacement et le traitement ne sont pas couverts aux termes du service offert par le Réseau Best Doctors.

Ces services ne sont pas assurés. La Canada Vie n'est donc pas responsable de la prestation des services, de leurs résultats ou de tout traitement reçu ou demandé y étant lié.



Canada Vie et le symbole social, ainsi que GroupNet sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.