



Nutreco Canada
Employés salariés du Québec

Numéros de groupe : 91726-003 et 91726-004

Date d'effet mise à jour : 27 août 2014

TABLE DES MATIÈRES

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF	1
AVANTAGES À LA CARTE	6
COORDONNÉES DES BUREAUX CROIX BLEUE	8
SOMMAIRE DES GARANTIES.....	9
ANNEXE A - GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE.....	22
GARANTIE VIE.....	23
GARANTIE SALAIRE DE COURTE DURÉE (Administrée par Nutreco)	25
GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	27
ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE (souscrites auprès de AIG Insurance Company of Canada et administrées par cette dernière)	31
GARANTIE HOSPITALISATION - AU CANADA SEULEMENT	33
GARANTIE MÉDICAMENTS – AU CANADA SEULEMENT	34
GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT.....	37
GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE - PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA.....	44
GARANTIE VOYAGE.....	45
GARANTIE SOINS DENTAIRES - AU CANADA SEULEMENT	51
COMPTE GESTION SANTÉ.....	56
SITE DES ADHÉRENTS.....	60
PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	62

La présente brochure donne un aperçu du régime d'assurance à l'attention des employés admissibles de Nutreco Canada et Poirier-Bérard, en vigueur à partir du 1^{er} novembre 2012. En cas de divergence entre les renseignements contenus dans cette brochure et le contrat, ce dernier à préséance. Nutreco Canada se réserve le droit de modifier en tout temps le contenu de la présente brochure ainsi que des contrats qui y sont reliés.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Nutreco Canada, ci-après appelé Nutreco, met à votre disposition un programme qui vous offre une sécurité médicale et financière. Ce programme vous est offert par l'entremise de Medavie inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada.

Les renseignements contenus dans cette brochure reprennent, sous une forme simplifiée, les dispositions du contrat intervenu entre Nutreco et Medavie inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Vous trouverez dans la présente section un sommaire des différentes garanties dont vous disposez ainsi que l'information dont vous avez besoin pour utiliser la protection qui vous est offerte de façon optimale afin d'assurer votre sécurité et celle de votre famille.

Cette brochure et votre carte d'identification contiennent des renseignements importants, veuillez les garder dans un endroit sûr.

Lorsque la loi l'exige, vous avez le droit de recevoir une copie détaillée de la partie du contrat d'assurance collective qui concerne votre protection, une copie de votre demande d'adhésion et de toute déclaration écrite ou tout rapport fournis à Medavie inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada qui attestent de votre état de santé. Vous pouvez aussi demander, dans un délai raisonnable, une copie du contrat contenant les garanties assurées. La première copie vous sera fournie sans frais. Des frais peuvent s'appliquer pour des copies subséquentes. Toutes les demandes de copies de documents doivent être adressées à Medavie inc.

Veuillez noter que dans cette brochure, le masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'en faciliter la lecture.

Admissibilité à l'assurance

Applicable aux employés à temps partiel :

Pour être admissible à l'assurance collective, vous devez être un employé permanent, qui réside au Canada, être couvert par le régime gouvernemental d'assurance maladie de votre province, être activement au travail à raison d'un minimum de 60 % d'une semaine de travail normale à l'emplacement désigné. La protection débute dès le premier jour de travail.

Pour adhérer à votre régime collectif, vous devez faire vos choix en ligne sur le site des avantages à la carte et ce dans les 31 jours suivant votre date d'admissibilité. Vous devez ensuite faire suivre les formulaires appropriés à votre administrateur de régime collectif.

Vos personnes à charge sont couvertes à compter de la date à laquelle vous devenez couvert, ou, ultérieurement, à compter de la date à laquelle elles deviennent vos personnes à charge.

Si vous n'êtes pas activement au travail le jour où vous deviendriez autrement admissible aux garanties, vous le deviendrez à la date de votre retour au travail.

Applicable aux employés à temps plein :

Pour être admissible à l'assurance collective, vous devez être un employé permanent, qui réside au Canada, être couvert par le régime gouvernemental d'assurance maladie de votre province, être activement au travail à raison d'un minimum de 30 heures par semaine de travail. La protection débute dès le premier jour de travail.

Pour adhérer à votre régime collectif, vous devez faire vos choix en ligne sur le site des avantages à la carte et ce dans les 31 jours suivant votre date d'admissibilité. Vous devez ensuite envoyer les formulaires appropriés à votre administrateur de régime collectif.

Vos personnes à charge sont couvertes à compter de la date à laquelle vous devenez couvert, ou, ultérieurement, à compter de la date à laquelle elles deviennent vos personnes à charge.

Si vous n'êtes pas activement au travail le jour où vous deviendriez autrement admissible aux garanties, vous le deviendrez à la date de votre retour au travail.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Définition de personnes à charge

Vos personnes à charge sont :

- a) Votre conjoint, qui est la personne avec laquelle vous êtes marié, ou la personne que vous présentez comme votre conjoint et avec laquelle vous cohabitez dans une situation assimilable à une union conjugale depuis au moins un an.
- b) Vos enfants célibataires à votre charge financière et
 - âgés de moins de 21 ans, ou
 - âgés de moins de 25 ans*, s'ils sont étudiants dûment inscrits à temps plein dans un établissement dispensant un enseignement de l'ordre secondaire, collégial ou universitaire, ou
 - sans égard à l'âge, s'ils habitent avec vous et ont une déficience physique ou mentale permanente, survenue avant l'âge de 21 ans (ou 25 ans* s'ils étaient étudiants).

*sous réserve des lois applicables

Année de police

L'année de police de votre groupe s'étend du 1^{er} novembre d'une année au 31 octobre de l'année suivante.

Exigences relatives aux déclarations de santé

Vous devez soumettre une déclaration de santé si votre demande d'adhésion ou celle de vos personnes à charge est présentée à Medavie inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada plus de 31 jours après la date d'admissibilité.

Droit de transformation

Si votre emploi prend fin, vous pouvez transformer votre régime en un régime individuel émis par Croix Bleue à condition que la demande soit faite dans les 31 jours suivant la date de la cessation d'emploi. Ce droit de transformation est aussi offert au conjoint et aux enfants à charge lorsque requis par une loi provinciale.

Faire une demande de règlement

Hospitalisation

Si vous ou l'une de vos personnes à charge est hospitalisée, il vous suffit de présenter votre carte d'identification à l'hôpital au moment de l'admission. La demande de règlement sera directement acheminée à Medavie inc. par l'hôpital.

Médicaments

Remboursement des médicaments (ceux qui ne sont pas fournis par une pharmacie) - remplissez le formulaire de demande de règlement, joignez-y les originaux de vos reçus et faites parvenir le tout à Medavie inc. (voir les coordonnées des bureaux).

La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à Medavie inc. au plus tard 24 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés ou à l'intérieur de la période établie par Medavie inc. lorsque le contrat prend fin.

Mode de paiement direct (médicaments fournis par une pharmacie) - vous n'avez qu'à présenter votre carte d'identification et le fournisseur s'occupe d'envoyer la facture directement à Medavie inc.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Faire une demande de règlement (suite)

Garantie Santé complémentaire

Remplissez le formulaire de demande de règlement, le cas échéant, joignez-y les originaux de vos reçus et faites parvenir le tout à Medavie inc. (voir les coordonnées des bureaux).

La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à Medavie inc. au plus tard 24 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés ou dans la période convenue par la Medavie inc. lorsque le contrat prend fin.

Garantie Voyage

Veillez appeler au numéro sans frais indiqué à l'endos de votre carte d'identification pour obtenir de l'aide en cas de maladie ou de blessure survenant au cours d'un voyage à l'extérieur de votre province de résidence.

Medavie inc. fera tous les efforts possibles afin de vous orienter vers le traitement médical approprié et vous aider à payer les frais engagés auprès des fournisseurs de services et à les coordonner avec votre régime provincial d'assurance maladie. Toutefois, dans certains cas particuliers, Medavie inc. vous demandera de vous procurer et d'envoyer directement les reçus originaux et détaillés pour toutes les dépenses engagées à l'extérieur de votre province de résidence, à votre régime provincial d'assurance-maladie aux fins de considération et de remboursement. Veillez vous assurer de conserver une copie de ces reçus car vous aurez ensuite besoin de les soumettre directement à Medavie inc. en incluant le relevé de la preuve de paiement du régime provincial d'assurance-maladie (voir les coordonnées des bureaux). Cette procédure doit être suivie pour l'achat de médicaments, pour des services médicaux qui ne sont pas approuvés au préalable par Medavie inc. (certaines exceptions peuvent s'appliquer) ainsi que pour des services médicaux reçus au Canada (qui seront couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie). Veillez indiquer votre numéro d'identification lorsque vous soumettez une demande de règlement à Medavie inc.

Les prestations relatives à des services rendus à l'extérieur du Canada sont versées par Medavie inc. en devises canadiennes, au taux de change en vigueur à la date où les services ont été rendus.

La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à Medavie inc. au plus tard six mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Garantie Soins dentaires

Le traitement de la demande de règlement peut s'effectuer électroniquement par l'intermédiaire du réseau CDAnet. Vous devez présenter votre carte d'identification à votre dentiste au moment de chaque visite. Deux modes de remboursement sont possibles selon le choix de votre dentiste :

- a) vous ne payez que l'excédent des frais qui ne sont pas couverts par la coassurance. Le montant de la coassurance est payé directement au dentiste par Medavie inc.; ou
- b) vous payez la somme totale exigée par votre dentiste et vous recevez dans les jours qui suivent la portion des frais remboursables par votre régime.

Si toutefois votre dentiste ne peut utiliser le système électronique de transaction, vous devrez remplir le formulaire de demande de règlement, y joindre les reçus originaux et soumettre le tout à Medavie inc. (voir les coordonnées des bureaux). Remplissez le formulaire de demande de règlement, le cas échéant, joignez-y les originaux de vos reçus et faites parvenir le tout à Medavie inc. (voir les coordonnées des bureaux). La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à Medavie inc. au plus tard 24 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés ou à l'intérieur de la période convenue par Medavie inc. lorsque le contrat prend fin.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Faire une demande de règlement (suite)

Garantie Soins dentaires (suite)

À noter : Aux fins des différentes garanties de votre régime collectif, vous et vos personnes à charge êtes considérés comme étant assurés en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance-maladie de votre province de résidence.

Garanties Hospitalisation, Médicaments, Santé complémentaire, Voyage et Soins dentaires

Les demandes de règlement seront administrées par la Croix Bleue située dans la province de résidence de l'adhérent.

Assurance vie collective

Une preuve de sinistre doit être soumise dès que raisonnablement possible après la perte et en aucun cas plus d'un an après la date de l'événement.

Garantie salaire de longue durée

Un avis écrit sous forme de formulaires fournissant la preuve de l'invalidité totale, dûment signés par les parties, doit être transmis à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent la fin du délai de carence.

Advenant la résiliation du présent contrat, une preuve d'invalidité doit parvenir à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada dans les six mois suivant le début de l'invalidité.

Limite de temps pour une action en justice

Toute action ou procédure en justice contre un assureur, (c.-à-d. Medavie inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada) pour le recouvrement de sommes assurées payables en vertu du contrat, ne peut être intentée, à moins d'avoir débuté à l'intérieur de la période prescrite par la Loi sur les assurances.

Coordination des prestations

Si vous ou l'une de vos personnes à charge êtes couvert par un autre régime de soins de santé, les prestations prévues en vertu du présent régime et de tout autre régime seront coordonnées de façon à ce que les revenus provenant de toutes sources n'excèdent pas le montant des frais réellement engagés. La coordination des prestations se fera conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP).

Les prestations payables à vous ou à une de vos personnes à charge suivent l'ordre de priorité ci-après :

- a) Les prestations payables en vertu d'un régime ne contenant pas de clause de coordination des prestations sont payables avant celles qui seraient autrement payables en vertu du contrat.
- b) Les prestations payables en vertu de tout régime contenant une clause de coordination des prestations sont versées en suivant l'ordre de priorité ci-après :
 - le régime auquel vous vous qualifiez en tant qu'employé
 - le régime auquel vous vous qualifiez en tant que personne à charge.

Si vous (ou l'une de vos personnes à charge) vous qualifiez à titre d'employé en vertu de plus d'un régime d'assurance, les prestations sont payables en suivant l'ordre de priorité ci-après :

- le régime auquel vous vous qualifiez en tant qu'employé actif à temps plein,
- le régime auquel vous vous qualifiez en tant qu'employé actif à temps-partiel,
- le régime auquel vous vous qualifiez en tant que retraité.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Coordination des prestations (suite)

En ce qui concerne la coordination des prestations des enfants à charge, la priorité sera accordée comme suit :

- le régime du parent qui célèbre son anniversaire le premier dans l'année civile,
- le régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les parents ont tous deux la même date d'anniversaire.

En tant qu'enfants à charge de parents séparés ou divorcés; la priorité sera accordée comme suit :

- le régime du parent ayant la garde de l'enfant,
- le régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant,
- le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant,
- le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

Lorsque les prestations prévues en vertu du présent contrat sont payables après celles de tout autre régime, les prestations payables sont égales au moins :

- a) du total des prestations qui auraient été payables en l'absence de la clause de coordination des prestations,
- b) du total des frais admissibles en vertu de votre propre régime, moins les prestations payables en vertu de tout autre régime d'assurance collective. Les prestations payables en vertu de tout autre régime incluent les prestations auxquelles vous ou une de vos personnes à charge étiez en droit de recevoir si vous aviez dûment soumis une demande de règlement.

« Régime » désigne toute protection qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures médicales en vertu de tout régime collectif, familial, des débiteurs et des épargnants, et de tout régime public prévoyant des prestations pour des soins similaires.

AVANTAGES À LA CARTE

Le site d'adhésion aux avantages à la carte vous permet de choisir les garanties qui répondent à vos besoins.

Détails sur l'adhésion

Vous adhérez automatiquement aux garanties suivantes :

- Garantie Vie de base
- Assurance en cas de décès et mutilation accidentels de base (souscrite et administrée par AIG Insurance Company of Canada)
- Garantie salaire de courte durée (administrée par Nutreco)
- Garantie salaire de longue durée standard

Vos options pour les garanties Santé et soins dentaires sont les suivantes :

- Régime de base
- Régime standard
- Régime enrichi

L'adhésion aux régimes soins de santé et soins dentaires est obligatoire; vous pouvez ne pas y adhérer seulement dans le cas où vous êtes couvert par le régime de votre conjoint et une preuve d'assurance doit être fournie.

Vous pouvez également adhérer aux garanties suivantes :

- Garantie salaire de longue durée enrichie facultative
- Garantie vie facultative
- Assurance en cas de décès et mutilation accidentels facultative (souscrite et administrée par AIG Insurance Company of Canada)

Référez-vous au Sommaire des garanties pour de plus amples renseignements sur les garanties facultatives offertes.

Systeme d'adhésion

Le site d'adhésion aux avantages à la carte est : convivial, accessible 24 heures par jour, 7 jours semaine et offre un environnement sécuritaire.

Votre administrateur de régime vous donnera l'information nécessaire pour ouvrir une session.

Première adhésion

Vous pouvez vous inscrire une fois que vous débutez votre emploi. Vous devez faire vos choix dans les 31 jours de la date de votre admissibilité.

Si vous n'avez pas choisi votre type de régime pendant la période d'adhésion de 31 jours, vous serez automatiquement inscrit de la façon suivante :

- Statut : célibataire
- Régime standard en soins de santé et soins dentaires
- Régime de base pour les Garanties Salaire de courte durée et Salaire de longue durée

AVANTAGES À LA CARTE

Réadhésion annuelle

Vous pourrez augmenter ou diminuer d'un niveau, par garantie, votre régime, lors de votre réadhésion annuelle.

Si vous avez choisi le régime enrichi pour les soins dentaires, vous devez conserver ce choix pour un minimum de 2 années de police.

Si vous n'avez pas choisi votre régime dans la période d'adhésion annuelle de 31 jours, vous serez automatiquement inscrit selon votre statut et choix de régime de l'année précédente.

Une fois votre choix de régime fait, aucune modification ne peut être apportée au cours de l'année de police, sauf en cas de changement en raison d'un événement de vie (tel que décrit dans la section suivante).

Modification de votre couverture

Vous pouvez modifier vos choix de garantie entre deux réadhésions annuelles lorsqu'il survient un changement tel qu'un événement de vie.

Les événements de la vie sont :

- 1) Vous ajoutez votre première personne à charge admissible à votre régime ou vous n'avez plus de personne à charge admissible en raison d'une des situations suivantes :
 - a) mariage ou union de fait
 - b) naissance ou adoption d'un enfant
 - c) divorce ou séparation légale
 - d) la personne à charge ne répond plus aux critères d'admissibilité d'une personne à charge
 - e) décès d'une personne à charge admissible
- 2) Vous perdez accès à la protection du régime de votre conjoint
- 3) Vous êtes admissible à la Garantie salaire de longue durée en vertu de cette police (vous pouvez choisir un régime plus rentable pour vous en changeant pour le régime standard pour les garanties soins de santé et soins dentaires.)

Un changement de régime résultant d'un événement de vie doit être effectué dans les 31 jours dudit événement. Des preuves d'assurabilité seront exigées si vous n'avez pas fait votre demande de modification de régime dans ce délai.

Utilisation de vos crédits Flex (pour les garanties de soins de santé et soins dentaires)

Nutreco vous a fourni des crédits Flex qui peuvent être utilisés pour payer les primes pour des garanties soins de santé et soins dentaires.

Les primes des garanties soins de santé et dentaires sont déterminées par le niveau de couverture choisi. L'utilisation de vos crédits Flex est automatiquement calculée pendant que vous effectuez vos choix de régime sur le site d'adhésion aux avantages à la carte.

Si le coût de vos choix de régime dépasse le montant de vos crédits Flex disponibles, vous pouvez payer la différence au moyen de déductions automatiques sur votre paie tout au long de l'année de police.

Si le coût de vos choix de régime est inférieur au montant de vos crédits Flex disponibles, ou si vous ne souscrivez pas aux garanties soins de santé ou soins dentaires, vous pouvez transférer la balance de vos crédits à votre compte gestion santé ou au REER collectif.

Pour plus de renseignements concernant le site d'adhésion aux avantages à la carte, veuillez communiquer avec votre administrateur de régime.

COORDONNÉES DES BUREAUX CROIX BLEUE

Pour répondre à vos questions au sujet de votre protection collective ou pour soumettre une demande de règlement, Croix Bleue possède des bureaux aux endroits suivants.

CANADA ATLANTIQUE	644, rue Main C.P. 220 Moncton (N.B.) E1C 8L3
QUÉBEC	550, rue Sherbrooke Ouest, bureau B9 Montréal (Qc) H3A 6T6
ONTARIO	185, The West Mall, bureau 1200 C.P. 2000 Etobicoke (Ont.) M9C 5P1
Demande de renseignements	numéro sans frais : 1-800-355-9133
MANITOBA	599, rue Empress C.P. 1046 Station Main Winnipeg (Man.) R3C 2X7
SASKATCHEWAN	516, av. Second N C.P. 4030 Saskatoon (Sask.) S7K 3T2
ALBERTA	10009, 108 th Street NW Edmonton (Alb.) T5J 3C5
COLOMBIE-BRITANNIQUE	Croix Bleue du Pacifique 4250, Canada Way C.P. 7000 Burnaby (C.-B.) V6B 4E1
Demande de renseignements	1-888-873-9200
Pendant un voyage :	1-800-563-4444 (du Canada ou des États-Unis) 1-506-854-2222 (à frais virés d'ailleurs dans le monde)

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

Montant assurable	2 fois le salaire annuel
Mode d'arrondissement	Au 1 000 \$ supérieur
Maximum	750 000 \$ Une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant supérieur à 750 000 \$
Exonération des primes	Oui
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

GARANTIE VIE FACULTATIVE

Montant assurable	La couverture est offerte à l'adhérent par tranche de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ La couverture est offerte au conjoint par tranche de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 200 000 \$ La couverture est offerte à aux enfants à charge par tranche de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 100 000 \$
Maximum	Votre montant de garantie vie de base et votre montant de garantie vie facultative combinés ne peuvent excéder 1 750 000 \$ Le montant de la garantie vie de base de l'adhérent et du conjoint et le montant de la vie facultative de l'adhérent et du conjoint ne peuvent excéder 1 950 000 \$ Une preuve de santé est requise pour tous les montants d'assurance
Exonération des primes	Oui
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SALAIRE DE COURTE DURÉE DE L'ADHÉRENT*

Montant assurable 100 % du salaire hebdomadaire

Durée maximale 26 semaines

* La garantie salaire de courte durée est administrée par Nutreco. Veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour obtenir plus de renseignements sur cette garantie.

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

RÉGIME STANDARD

Montant assurable	60 % du salaire mensuel
Mode d'arrondissement	Au dollar supérieur
Délai de carence	26 semaines (182 jours)
Maximum	12 500 \$ par mois
	Une preuve de santé est requise pour tout montant supérieur à 8 300 \$
Durée des prestations	Jusqu'à l'âge de 65 ans
Imposable	Non
Intégration (RRQ, RPC et autres lois sociales)	Intégration directe
Notion de propre emploi	24 mois
Conditions préexistante	3/6/12 mois (pour plus de renseignements, référez-vous à la page 28)
Exonération des primes	Oui
Fin de la protection	La garantie prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou à votre 65 ^e anniversaire, selon la première éventualité.
	Le paiement des primes et la protection prennent fin 26 semaines avant votre 65 ^e anniversaire.

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

RÉGIME ENRICHIS FACULTATIF

Montant assurable	60 % du salaire mensuel
Couverture	Au dollar supérieur
Délai de carence	26 semaines (182 jours)
Maximum	12 500 \$ par mois
	Une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant supérieur à 8 300 \$
Durée des prestations	Jusqu'à l'âge de 65 ans
Imposable	Non
Intégration (RRQ, RPC et autres lois sociales)	Intégration directe
Notion de propre emploi	24 mois
Indexation au coût de la vie	Majoration maximale de 3 % selon l'indice moyen des prix à la consommation (IPC) pour le Canada, débutant après 3 ans de prestations versées
Conditions préexistante	3/6/12 mois (pour plus de renseignements, référez-vous à la page 28)
Exonération des primes	Oui
Fin de la protection	La garantie prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou à votre 65 ^e anniversaire, selon la première éventualité. Le paiement des primes et la protection prennent fin 26 semaines avant votre 65 ^e anniversaire.

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT*

Montant assurable 2 fois le salaire annuel

Maximum 1 000 000 \$

GARANTIE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT FACULTATIVE*

Montant assurable **La protection individuelle est établie comme suit :**

Par tranche de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 350 000 \$

La protection familiale est établie comme suit :

- Le conjoint est assuré à 60 % de votre montant assurable et chaque enfant à charge est assuré à 15 % de votre montant assurable.
 - En l'absence d'enfants à charge, le conjoint est assuré à 60 % de votre montant assurable.
 - En l'absence de conjoint, chaque enfant à charge est assuré à 20 % de votre montant assurable.
-

*** Ces garanties sont souscrites auprès d'un autre assureur et administrées par ce dernier. Veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour obtenir plus de renseignements sur ces garanties.**

SOMMAIRE DES GARANTIES

GÉNÉRALITÉS

Applicables à toutes les options santé et dentaire * des régimes

Année de police	Elle s'échelonne du 1 ^{er} novembre au 31 octobre
Franchise (par année de police)	Hospitalisation : Aucune Garantie médicaments : Régime de base : 10 \$ par assuré, par ordonnance Régime standard : 5 \$ par assuré, par ordonnance Régime enrichi : Aucune Garantie santé complémentaire : Aucune Garantie voyage : Aucune Garantie soins dentaires : Aucune
Type de paiement	Hospitalisation : Paiement direct à l'hôpital Garantie médicaments : Paiement direct à la pharmacie (carte médicaments) ou remboursement pour les médicaments qui ne sont pas dispensés par une pharmacie. Garantie santé complémentaire : Remboursement Garantie voyage : Paiement direct au fournisseur ou remboursement Garantie soins dentaires : Remboursement ou paiement direct (par l'entremise de CDAnet)
Prestations aux survivants	12 mois
Fin de la protection	Cessation d'emploi ou retraite, selon la première de ces éventualités

* Les garanties de soins de santé et de soins dentaires comprennent les garanties suivantes : hospitalisation, médicaments, soins de santé complémentaire, voyage et soins dentaires.

SOMMAIRE DES GARANTIES

HOSPITALISATION Au Canada seulement

DESCRIPTION DES GARANTIES	RÉGIME DE BASE	RÉGIME STANDARD	RÉGIME ENRICHİ
Pourcentage de remboursement	Aucune protection	100 %	100 %
Soins actifs	Aucune protection	Type de chambre : chambre à deux lits Maximum : 125 \$ par jour	Type de chambre : chambre à deux lits Maximum : 175 \$ par jour
Soins de convalescence	Aucune protection	Type de chambre : Chambre et pension Maximum : 20 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 180 jours par invalidité	Type de chambre : Chambre et pension Maximum : 20 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 180 jours par invalidité
Hôpital pour malades chroniques	Aucune protection	Type de chambre : Chambre et pension Maximum : 20 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 180 jours par invalidité	Type de chambre : Chambre et pension Maximum : 20 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 180 jours par invalidité
Réadaptation physique	Aucune protection	Type de chambre : Chambre à deux lits Maximum : 20 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 180 jours par invalidité, maximum combiné avec le centre de désintoxication (toxicomanie et alcoolisme)	Type de chambre : Chambre à deux lits Maximum : 20 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 180 jours par invalidité, maximum combiné avec le centre de désintoxication (toxicomanie et alcoolisme)
Centre de désintoxication (toxicomanie et alcoolisme)	Aucune protection	Type de chambre : Chambre et pension Maximum : 20 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 180 jours par invalidité, maximum combiné avec la réadaptation physique	Type de chambre : Chambre et pension Maximum : 20 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 180 jours par invalidité, maximum combiné avec la réadaptation physique
Maximum global	Aucune protection	Illimité	Illimité

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE MÉDICAMENTS Au Canada seulement

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	RÉGIME DE BASE	RÉGIME STANDARD	RÉGIME ENRICHİ
Pourcentage de remboursement	80 %	90 %	100 %
Services admissibles	<ul style="list-style-type: none"> • médicaments • fournitures pour diabétiques (seulement les aiguilles, les seringues, les bâtonnets réactifs et les lancettes) • produits anti-tabagiques (médicaments prescrits seulement) - jusqu'à concurrence de 500 \$ à vie • vitamines injectables • extraits d'allergène • médicaments contre la stérilité – jusqu'à concurrence de 500 \$ à vie • médicaments pour le traitement de l'obésité – jusqu'à concurrence de 500 \$ par année de police • médicaments pour traiter les troubles de la fonction érectile (produits oraux seulement) - jusqu'à concurrence de 500 \$ par année de police • vaccins 		
Maximum	<ul style="list-style-type: none"> • Illimité • pour les adhérents du Québec, ce maximum est conforme aux exigences de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) 		

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE Au Canada seulement

SERVICES PARAMÉDICAUX*:

Psychologue ou travailleur social, chiropraticien (incluant une radiographie par année de police), naturopathe, ostéopathe (incluant une radiographie par année de police), podologue ou podiatre (incluant une radiographie par année de police), orthophoniste, physiothérapeute, acupuncteur et massothérapeute.

RÉGIME DE BASE	RÉGIME STANDARD	RÉGIME ENRICHİ
Pourcentage de remboursement : 80 %	Pourcentage de remboursement : 90 %	Pourcentage de remboursement : 100 %
<ul style="list-style-type: none"> max. de 300 \$ par professionnel, par année de police, à l'exception du physiothérapeute dont le max est de 400 \$ par année de police max. global illimité, par année de police 	<ul style="list-style-type: none"> max. de 400 \$ par professionnel, par année de police, à l'exception du physiothérapeute dont le max est de 600 \$ par année de police max. global illimité, par année de police 	<ul style="list-style-type: none"> max. de 500 \$ par professionnel, par année de police, à l'exception du physiothérapeute dont le max est de 800 \$ par année de police max. global illimité, par année de police

***Sous réserve, pour tous les professionnels, du maximum usuel et raisonnable par visite.**

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE Au Canada seulement FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	RÉGIME DE BASE	RÉGIME STANDARD	RÉGIME ENRICHİ
Pourcentage de remboursement	80 %	90 %	100 %
Soins infirmiers*	Aucune protection	max. 20 000 \$ / année de police	max. 30 000 \$ / année de police
Chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques	max. combiné de 300 \$ / année de police	max. combiné de 400 \$ / année de police	max. combiné de 500 \$ / année de police
Appareils auditifs	max. 500 \$ / 5 années de police	Max. 600 \$ / 5 années de police	max. 700 \$ / 5 années de police

***Une autorisation préalable doit être obtenue.**

Usuel et raisonnable : désignent les honoraires habituels facturés par des membres d'une même profession exerçant celle-ci dans la localité ou la région géographique où les frais sont engagés pour des services semblables, comme le détermine Medavie inc. ou selon le guide d'honoraires établi par Medavie inc.

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE Au Canada seulement

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	RÉGIME DE BASE	RÉGIME STANDARD	RÉGIME ENRICHİ
Pourcentage de remboursement	80 %	90 %	100 %
MAXIMUM			
Service ambulancier	1 000 \$ / année de police		
Vêtements de compression	4 paires / année de police (max. usuel et raisonnable)		
Prothèses (membres, prothèses oculaires)	Une prothèse à vie pour chaque membre (max. usuel et raisonnable)		
Prothèses mammaires	200 \$ / prothèse mammaire par année de police (incluant les réparations et ajustements)		
Aides à la mobilité – béquilles et cannes	Un achat à vie; une location par mois (max. usuel et raisonnable)		
Aides à la mobilité – plâtres et attelles	Achat : jusqu'à concurrence du coût usuel et raisonnable; location : une location par mois		
Équipement médical	Max. usuel et raisonnable (voir Annexe A)		
Pompe pneumatique de compression	Un achat par 5 années de police; une location par mois (max. usuel et raisonnable)		
Appareils pour diabétiques	700 \$ à vie, maximum d'une pompe à insuline par 5 années de police		
TENS (achat ou location)	Max. combiné de 300 \$ par 5 années de police		
Tests diagnostiques**	1 000 \$ / année de police		
Radiothérapie / Coagulothérapie	Max. usuel et raisonnable		
Plasma sanguin / Transfusion de sang	Max. usuel et raisonnable		
Sérums en magistrale	Max. usuel et raisonnable		
Injections sclérosantes	Max. usuel et raisonnable		
Soins dentaires en raison d'un accident*	Autorisation requise		
Stérilet	75 \$ / 2 années de police		
Prothèses capillaires	\$300 / année de police (référez-vous à la page 39 pour les conditions d'admissibilité)		
Lit d'hôpital manuel ou électrique (incluant le matelas et les côtés de sûreté)	Un achat par 5 années de police (max. usuel et raisonnable)		
Fauteuil roulant (manuel ou électrique) ou triporteur ou quadriporteur	Un achat par 5 années de police, max. de deux locations par mois		

* Une autorisation préalable doit être obtenue.

** Les services d'imagerie diagnostique ne sont couverts qu'au Québec

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE Au Canada seulement

SOINS DE LA VUE

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	RÉGIME DE BASE	RÉGIME STANDARD	RÉGIME ENRICHİ
Pourcentage de remboursement	Aucune protection, à l'exception d'un examen de la vue	100 %	100 %
Maximum	Examen de la vue : un examen de la vue (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables) par période de 24 mois consécutifs	Examen de la vue : un examen de la vue, (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables) par période de 24 mois consécutifs Verres de contact requis en raison d'une maladie : 150 \$ à vie Entraînement visuel : 150 \$ à vie Verres / montures / verres de contact / Chirurgie oculaire au laser : 200 \$ / 24 mois consécutifs Verres/montures supplémentaires (lorsque requis en raison d'une chirurgie ou d'un traitement d'un kératocône) : 100 \$ à vie	Examen de la vue : un examen de la vue, (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables) par période de 24 mois consécutifs Verres de contact requis en raison d'une maladie : 150 \$ à vie Entraînement visuel : 150 \$ à vie Verres / montures / verres de contact / Chirurgie oculaire au laser : 300 \$ / 24 mois consécutifs Verres/montures supplémentaires (lorsque requis en raison d'une chirurgie ou d'un traitement d'un kératocône) : 100 \$ à vie

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE Hors Canada

RECOMMANDATION DU MÉDECIN

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	RÉGIME DE BASE	RÉGIME STANDARD	RÉGIME ENRICHİ
Pourcentage de remboursement	100 %		
Patients dirigés hors Canada	Maximum de 500 000 \$ à vie, une autorisation préalable doit être obtenue		

GARANTIE VOYAGE

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	RÉGIME DE BASE	RÉGIME STANDARD	RÉGIME ENRICHİ
Pourcentage de remboursement	100 %		
Garantie Médico-hospitalière	Max 2 000 000 \$ / par participant par événement, couverture limitée aux premiers 60 jours du voyage		
Assistance voyage	Fournie par CanAssistance inc.		

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SOINS DENTAIRES Au Canada seulement

GARANTIE	RÉGIME DE BASE	RÉGIME STANDARD	RÉGIME ENRICHİ
Soins préventifs	Pourcentage de remboursement : 80 % Maximum : 1 000 \$* par année de police	Pourcentage de remboursement : 90 % Maximum : 2 000 \$* par année de police	Pourcentage de remboursement : 100 % Maximum : 3 000 \$* par année de police
Soins de base	Pourcentage de remboursement : 80 % Maximum : 1 000 \$* par année de police	Pourcentage de remboursement : 90 % Maximum : 2 000 \$* par année de police	Pourcentage de remboursement : 100 % Maximum : 3 000 \$* par année de police
Soins majeurs	Aucune protection	Pourcentage de remboursement : 50 % Maximum : 2 000 \$* par année de police	Pourcentage de remboursement : 60 % Maximum : 3 000 \$* par année de police
Soins d'orthodontie	Aucune protection	Pourcentage de remboursement : 50 % Maximum : 1 500 \$ à vie	Pourcentage de remboursement : 60 % Maximum : 2 500 \$ à vie
Année d'édition du guide des tarifs	Année courante	Année courante	Année courante
Nombre d'exams de rappel, polissage et application topique de fluorure	1 par période de 6 mois consécutifs pour les enfants à charge de 15 ans et moins; 1 par période de 9 mois consécutifs pour tous les autres participants	1 par période de 6 mois consécutifs pour les enfants à charge de 15 ans et moins; 1 par période de 9 mois consécutifs pour tous les autres participants	1 par période de 6 mois consécutifs pour les enfants à charge de 15 ans et moins; 1 par période de 9 mois consécutifs pour tous les autres participants
Instructions d'hygiène buccale	Deux instructions à vie d'hygiène buccale	Deux instructions à vie d'hygiène buccale	Deux instructions à vie d'hygiène buccale
Équilibrage de l'occlusion	4 unités** par période de 12 mois consécutifs	4 unités** par période de 12 mois consécutifs	4 unités** par période de 12 mois consécutifs

*Les soins préventifs, les soins de base et les soins majeurs (si applicable), sont assujettis à un maximum combiné

** Une unité de temps équivaut à 15 minutes de service



Profitez de nombreux rabais sur des soins médicaux et des soins de la vue ainsi que sur de nombreux autres produits et services. Visitez www.avantagebleu.ca.

SOMMAIRE DES GARANTIES

ANNEXE A - GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

Applicable au Canada

Prothèses : une à vie. Si la prothèse est requise en raison d'un changement physiologique ou pathologique du moignon, les documents médicaux pertinents au changement seront pris en considération, jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables.

Les réparations et/ou ajustements sont couverts sous réserve d'un maximum de 300 \$ par année de police, à l'exception des prothèses mammaires dont le maximum est de 200 \$ par année de police, combiné avec les frais d'achat initial.

Équipement médical : une autorisation préalable doit être obtenue et l'achat est à la discrétion de Medavie inc.

Autres fournitures et services médicaux prescrits :

- L'oxygène et la location d'appareils en vue de son administration nécessitent une autorisation au préalable; l'achat est à la discrétion de Medavie inc.
- Les coussins et insertions pour un fauteuil roulant, y compris un triporteur ou quadriporteur : un par période de 5 années de police.
- Les orthèses crâniennes pour plagiocéphalie (limite de deux à vie).
- Un lève-personne (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables).
- Les fournitures pour personnes stomisées et pour l'incontinence, jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables.
- Un larynx artificiel : un (1) à vie, jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables.
- Les frais de réparation d'un larynx artificiel : 300 \$ par année de police.
- Les vêtements compressifs pour brûlures majeures : 500 \$ par année de police.
- Les soutiens-gorge chirurgicaux : deux par année de police.
- Les aides orthophoniques : 500 \$ à vie.
- Les tubes d'espacement pour inhalateur : à concurrence des frais usuels et raisonnables.
- Le matériel pour le dépistage des allergies : 50 \$ par année de police.
- Les manchons pour lymphoedème : deux par année de police.

GARANTIE VIE

La garantie Vie vous offre une couverture qui vous permet d'obtenir les montants de protection dont vous avez besoin.

Garantie Vie de base

Votre montant assurable de base est indiqué au Sommaire des garanties.

La protection prend fin à la cessation d'emploi, à la retraite ou à 70 ans, selon la première échéance.

Garantie vie facultative de l'adhérent et du conjoint

Vous ou votre conjoint pouvez souscrire à l'assurance vie facultative de l'adhérent et du conjoint par tranches de 10 000 \$, tel qu'indiqué au Sommaire des garanties.

La garantie vie facultative prend fin à la cessation d'emploi, à la retraite ou à 70 ans, selon la première échéance.

Garantie vie facultative des personnes à charge

Vous pouvez souscrire à l'assurance vie facultative des personnes à charge par tranches de 5 000 \$, tel qu'indiqué au Sommaire des garanties.

La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre propre protection prend fin ou au moment où elles cessent d'être admissibles à titre de personnes à charge, selon la première échéance.

Désignation du bénéficiaire

Vous devez désigner un bénéficiaire pour vos garanties vie.

Si vous désignez votre « succession », assurez-vous d'avoir un testament, autrement l'impôt sur les successions s'appliquera. Si vous nommez un enfant de moins de 18 ans, les prestations ne peuvent être versées à cet enfant. Vous devez indiquer sur le formulaire de désignation du bénéficiaire que le bénéficiaire est « en fiducie », si une prestation devient payable, le paiement se fera alors au fiduciaire désigné. Assurez-vous de fournir le nom complet et votre lien avec le fiduciaire.

Si vous êtes un résident du Québec : La désignation de votre conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, ce qui veut dire que vous ne pouvez changer de bénéficiaire sans le consentement de votre conjoint, à moins que vous n'indiquiez sur le formulaire que cette désignation est révocable.

Lorsque deux bénéficiaires ou plus ont été désignés (autre qu'un bénéficiaire subrogé), et que la répartition de la prestation de décès n'a pas été précisée, la prestation sera alors payable à parts égales aux bénéficiaires.

Si le bénéficiaire prédécède l'adhérent et que ce dernier n'a pas indiqué la part de la prestation de la garantie vie du bénéficiaire décédé, la part du bénéficiaire décédé est payable :

- au bénéficiaire survivant,
- aux bénéficiaires survivants en parts égales, s'il y a plus d'un bénéficiaire survivant; ou
- au représentant successoral de l'adhérent, s'il n'y a pas de bénéficiaire survivant.

Vous pouvez changer votre bénéficiaire en tout temps (sauf si vous avez désigné un bénéficiaire irrévocable) en remplissant le formulaire de changement de bénéficiaire disponible sur l'outil d'adhésion en ligne ou en le demandant à votre administrateur de régime.

GARANTIE VIE

Prestation pour maladie en phase terminale

Si l'on diagnostique chez vous une maladie en phase terminale susceptible d'entraîner votre décès en moins de 12 mois, une prestation anticipée équivalant au moins de 50 000 \$ ou de 50 % du montant de votre garantie Vie de base peut être prélevée sur votre capital-décès et vous être versée. Vous pouvez utiliser cette somme comme vous l'entendez.

Versement des indemnités

En cas de décès, la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada versera le montant de votre garantie Vie de base et de votre garantie Vie facultative, s'il y a lieu, à votre bénéficiaire désigné. C'est vous qui êtes le bénéficiaire de la garantie vie facultative de vos personnes à charge.

Exonération des primes

Si vous devenez totalement invalide avant votre 65^e anniversaire de naissance, vous êtes exonéré du paiement des primes pour votre protection vie à compter de la première des deux dates suivantes, à condition que des preuves médicales de l'invalidité soient présentées à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada a) le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date à laquelle vous devenez admissible au premier versement de salaire de longue durée, le cas échéant, ou b) la date d'expiration du délai de six mois consécutifs d'invalidité totale.

Le montant de couverture pour lequel vous êtes exonéré du paiement de la prime est le montant en vigueur à la date de début de l'invalidité.

L'exonération des primes prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle vous reprenez un travail lucratif ou un emploi rémunérateur,
- b) la date à laquelle vous n'êtes plus invalide,
- c) la date à laquelle vous refusez de vous soumettre à un examen médical demandé par la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada ou,
- d) la date à laquelle vous atteignez 65 ans.

Exclusions

Si vous ou votre conjoint décédez des suites d'un suicide, ou d'une tentative de suicide au cours des 24 mois qui suivent l'entrée en vigueur de la garantie Vie facultative ou de toute augmentation du montant de garantie Vie facultative, le montant de la garantie ou toute augmentation de ce montant est nulle et sans effet et la responsabilité de la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada est limitée au remboursement des primes versées.

Droit de transformation

Si votre emploi prend fin avant que vous n'ayez atteint l'âge de 65 ans, vous pouvez demander, dans les 31 jours suivant la fin de votre emploi, de transformer votre couverture collective en couverture individuelle, jusqu'à concurrence de 200 000 \$, ou plus là où la législation le requiert, et ce sans avoir à présenter de preuve de santé. La prime de la couverture individuelle sera calculée selon l'échelle en vigueur à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada à la date à laquelle la couverture entre en vigueur, selon le montant de protection, votre âge et la catégorie de risques à laquelle vous appartenez à ce moment.

Votre conjoint peut également demander la transformation de sa protection collective en couverture individuelle, dans les 31 jours de la fin de votre couverture ou dans les 31 jours suivant la date à laquelle votre conjoint cesse d'y être admissible à titre de conjoint à charge.

Ce droit de transformation s'applique également à la résiliation des garanties qui prend effet à des âges précis.

GARANTIE SALAIRE DE COURTE DURÉE (Administrée par Nutreco)

La garantie salaire de courte durée est administrée par Nutreco. Veuillez communiquer avec votre administrateur de régime pour plus de renseignements sur cette garantie.

Le régime salaire de courte durée continue de couvrir 100 % de votre *revenu assurable*, jusqu'à concurrence de 26 semaines, si vous êtes dans l'incapacité d'accomplir les tâches régulières de votre propre emploi. Les prestations salaire de courte durée sont versées par l'entreprise et sont imposables.

Vous devez communiquer avec votre gestionnaire au cours de votre première journée d'absence au travail, et ce, le plus tôt possible. Si vous y manquez et que vous n'avez pas d'explication satisfaisante, l'entreprise ne vous paiera pas les prestations salaire de courte durée.

Afin de continuer à vous qualifier aux prestations salaire de courte durée si votre invalidité perdure, vous devrez suivre le traitement approprié par un médecin et devez soumettre une preuve médicale pour approbation de l'arbitre en demandes de règlement en cas d'invalidité de Nutreco. Pendant votre absence du travail, vous devez communiquer régulièrement avec Nutreco. Tous les frais associés aux preuves médicales qui doivent être fournies sont aux frais de l'employé.

Autres sources de revenu

Les prestations salaire de courte durée sont réduites de tout revenu reçu de la même invalidité ou d'une invalidité subséquente, telles que le Régime de pensions du Canada et du Régime de rente du Québec ou de la Loi sur les accidents du travail ou d'une autre loi semblable, mais elles ne sont pas réduites des prestations d'assurance salaire provenant d'un régime privé.

Programme de réadaptation

Vous pourriez être tenu de participer à un programme de réadaptation afin de vous aider dans votre rétablissement et permettre un retour au travail rapide. Pendant que vous prenez part à un programme de réadaptation approuvé, vous demeurez admissible au versement des prestations en vertu de la garantie salaire de courte durée. Cependant, au cours de toute semaine, votre revenu total provenant de toutes sources ne peut dépasser 100 % de votre revenu de base avant le début de votre invalidité. Un programme de réadaptation peut comprendre du travail modifié.

Récidive d'invalidité

Des périodes successives d'invalidité, attribuables à la même cause ou à des causes connexes, sont considérées comme une même période d'invalidité, à moins qu'elles ne soient séparées par au moins deux semaines consécutives de travail à temps plein. Des périodes successives d'invalidité dues à des causes complètement indépendantes sont considérées comme une même période d'invalidité, à moins que vous ne soyez totalement rétabli de la première invalidité au moment où débute la deuxième et que vous n'ayez repris votre travail ou le travail que vous effectuiez avant le début de votre première invalidité, activement, à temps plein et à plein salaire, pendant au moins un jour entier.

GARANTIE SALAIRE DE COURTE DURÉE (Administrée par Nutreco)

Exclusions et limitations

Les prestations de la garantie Salaire de courte durée ne sont pas versées si l'invalidité est causée par :

- Des blessures que vous vous infligez volontairement
- L'usage abusif de drogue ou d'alcool, sauf si vous participez à un programme de traitement approuvé ou si vous êtes atteint d'une maladie qui causerait une invalidité même si l'abus de drogue ou d'alcool cessait
- L'hostilité des forces armées de tout pays, une insurrection ou la participation à une émeute ou à un affrontement public
- Une maladie contractée ou blessure subie lors de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un tel acte.

De plus, les prestations de la garantie Salaire de courte durée ne sont pas versées pour toute période au cours de laquelle vous :

- N'êtes pas sous les soins d'un médecin
- Recevez une indemnité en vertu d'une commission de la santé et de la sécurité au travail ou de tout régime similaire
- Êtes en congé autorisé, incluant le congé de maternité, lorsque la loi le permet
- Êtes incarcéré dans un établissement correctionnel ou dans un établissement similaire
- Ne participez pas à un programme de réadaptation approuvé tel que demandé
- Travaillez dans un but lucratif, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé
- Êtes en mise à pied temporaire et recevez des prestations régulières en vertu d'une commission d'assurance-emploi
- Touchez une rente de retraite provenant du même employeur, ou toute période au cours de laquelle vous êtes en droit de recevoir un salaire de ce même employeur.

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Si votre invalidité totale se poursuit au-delà du délai de carence indiqué au Sommaire des garanties, vous pouvez devenir admissible à des prestations en vertu de la garantie Salaire de longue durée. Le premier versement est payable à la fin du mois durant lequel le délai de carence prend fin et le dernier jour de chaque mois par la suite. Pour chaque jour d'invalidité totale, la prestation est égale à 1/30 de la prestation mensuelle.

Définition d'invalidité totale

Aux fins de la garantie Salaire de longue durée, l'invalidité totale désigne :

- a) l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'un accident ou d'une maladie, qui vous empêche, pendant le délai de carence et la période de 24 mois qui suit immédiatement la fin du délai de carence, d'accomplir les tâches régulières de votre propre emploi et;
- b) par la suite, l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'un accident ou d'une maladie, qui vous empêche d'accomplir les tâches régulières de toute occupation,
 - qui vous permettrait de gagner au moins 60 % de votre salaire avant le début de l'invalidité totale; et,
 - que vous êtes raisonnablement apte à exercer (ou pourriez le devenir) de par votre formation, votre éducation et votre expérience.

On entend par tâches régulières celles qui sont reliées aux activités professionnelles considérées essentielles à votre rendement au travail et qui prennent proportionnellement la majeure partie du temps à être exécutées.

La disponibilité de l'occupation, de l'emploi ou du travail ne sera pas prise en considération lors de l'analyse de l'invalidité.

La perte d'un permis, d'une licence ou d'une certification professionnelle ne constitue pas, en soi, une invalidité.

Rechute

Toutes les périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de six mois de travail actif continu sont considérées comme une seule et même période d'invalidité, à moins que la nouvelle invalidité ne soit due à un accident ou à une maladie entièrement différente et ne commence qu'après votre retour au travail.

Lorsque les périodes successives d'invalidité sont considérées comme une même invalidité, le versement des prestations n'est pas assujéti à un nouveau délai de carence; les prestations versées sont égales aux précédentes et sont payées pour une période ne pouvant dépasser la durée non courue de la période maximale de versement prévue à l'origine.

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Programme de réadaptation

Si, pendant que vous recevez des prestations mensuelles en cas d'invalidité totale, vous participez à un programme de réadaptation approuvé par la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada :

- a) l'invalidité totale ne sera pas réputée avoir pris fin pour la seule raison que vous participez à ce programme,
- b) les prestations mensuelles payables ci-après. sont réduites de 50 % de la rémunération mensuelle reçue en vertu de ce programme de réadaptation,
- c) si, à cause de votre invalidité, vous êtes incapable de compléter votre programme de réadaptation, vos prestations seront ramenées au montant que vous receviez avant le début du programme de réadaptation,
- d) tant que vous participez à ce programme, les prestations mensuelles seront réduites dans la mesure nécessaire afin que votre revenu total provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu que vous gagniez avant votre invalidité.

Condition préexistante

Condition préexistante désigne une maladie ou une blessure pour laquelle vous avez, pendant les trois mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de votre protection en vertu de la présente garantie, consulté un médecin, reçu des traitements, soins ou services médicaux (y compris des mesures diagnostiques) ou avez reçu une prescription pour des médicaments.

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité causée par ou résultant d'une condition préexistante, sauf si :

- vous n'avez pas consulté un médecin ou reçu des traitements, soins ou services médicaux (y compris des mesures diagnostiques), ou ne vous êtes pas fait prescrire des médicaments au cours d'une période de 6 mois consécutifs, pendant la période de 15 mois débutant 3 mois avant la date d'entrée en vigueur de votre garantie Salaire de longue durée et se terminant 12 mois après cette date, ou
- l'invalidité débute après 12 mois consécutifs d'emploi à partir de la date d'entrée en vigueur de la garantie Salaire de longue durée à votre égard.

Intégration des prestations

Le montant des prestations mensuelles d'assurance salaire de longue durée auquel l'adhérent a droit en vertu de son invalidité est coordonné avec les autres revenus qu'il reçoit ou qu'il est en droit de recevoir en raison de son invalidité. La coordination des prestations est appliquée de la façon suivante :

1. Le montant des prestations mensuelles payable est d'abord réduit directement de tous les montants versés en raison de son invalidité, en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec (montants primaires seulement), de la Loi sur les accidents du travail et des «revenus provenant de toute autre source». Les «revenus provenant de toute autre source» comprennent les suivants :
 - les prestations d'invalidité offertes en vertu de n'importe quel autre programme gouvernemental, à l'exclusion des prestations secondaires en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec,
 - les prestations de retraite fournies par un régime de l'employeur ou un programme gouvernemental,

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Intégration des prestations (suite)

- le revenu ou les prestations payables en vertu de tout régime collectif offert par l'employeur ou par l'intermédiaire de celui-ci,
- le revenu ou les prestations payables en vertu d'un régime parrainé par une association, un syndicat ou un organisme sans but lucratif dont l'adhérent est membre,
- les prestations de remplacement du revenu payables en vertu d'un régime d'assurance-automobile, lorsqu'une telle réduction n'est pas interdite par la loi, et
- la rémunération payable par un employeur ou reçue en tant que travailleur autonome, à l'exclusion de 50 % du revenu reçu en vertu d'un programme de réadaptation approuvé. (Dans le cas des régimes non imposables, le revenu avant l'invalidité désigne le revenu brut moins l'impôt sur le revenu. Pour les régimes imposables, le revenu avant l'invalidité désigne le revenu brut).

2. Le montant déterminé dans le point 1. ci-dessus est réduit de nouveau, si nécessaire, de manière à ce que la somme des revenus mensuels, y compris la somme des prestations mensuelles mentionnée au paragraphe 1. ci-dessus, ne dépasse pas 85 % du revenu avant l'invalidité.

Au cours d'un programme de réadaptation approuvé, le montant des prestations mensuelles tel que défini précédemment, sera réduit de nouveau, si nécessaire, de manière à ce que le montant total de prestations mensuelles, en incluant les revenus provenant de toutes les autres sources de revenus mentionnées précédemment au point 1. précédemment, y compris 100 % des gains reçus en vertu du programme de réadaptation, ne dépasse pas 100 % du revenu avant l'invalidité.

Gel du Régime de pensions du Canada et du Régime de rente du Québec

Une fois que la réduction initiale du RPC/RRQ a été établie pour une demande de règlement d'assurance salaire de longue durée, elle ne sera pas modifiée en raison des ajustements au coût de la vie effectués sur les montants du RPC/RRQ.

Limitations et exclusions

Aucune prestation ne sera versée en vertu de cette garantie, si l'invalidité résulte d'une blessure (maladie ou accident) subie alors que vous commettez ou tentez de commettre des activités criminelles, que des accusations soient portées ou non ou qu'une condamnation soit obtenue.

Aucune prestation n'est payable au cours des périodes suivantes :

- a) toute période d'invalidité au cours de laquelle vous ne recevez pas de soins appropriés de la part d'un médecin, soit un spécialiste autorisé ou un professionnel de la santé œuvrant dans le domaine médical pertinent à votre état de santé,
- b) toute période de temps au cours de laquelle vous ne recevez pas de traitements ou ne participez pas à un programme de réadaptation qui, selon l'avis de la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada est jugé approprié,
- c) toute période au cours de laquelle vous êtes incarcéré,
- d) lorsque l'invalidité est causée par ou résultant d'une blessure que vous vous êtes infligée intentionnellement ou d'une maladie que vous avez contractée volontairement, que vous ayez été ou non sain d'esprit,
- e) toute invalidité causée par ou résultant d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), des actes hostiles de la part des forces armées de tout pays ou de votre participation à une émeute ou à un soulèvement populaire,

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Limitations et Exclusions (suite)

- f) pour toute invalidité au cours des périodes suivantes, la plus longue de ces périodes étant prise en considération :
- le congé de maternité que vous prenez conformément à une loi provinciale ou fédérale, ou conformément à une entente mutuelle entre vous et Nutreco; ou
 - une période durant laquelle les prestations d'assurance-emploi de maternité sont versées ou seraient versées si vous étiez admissible.

Perte du droit aux prestations

Même en cas d'invalidité totale, le droit de recevoir des prestations peut être révoqué si :

- a) vous refusez de vous soumettre à un examen médical demandé par la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada;
- b) vous refusez de participer à un programme médical ou de réadaptation que la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et votre médecin traitant jugent raisonnable et approprié ;
- c) vous refusez de fournir à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada des preuves satisfaisantes de la persistance de l'invalidité ;
- d) vous occupez un emploi rémunérateur, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation ;
- e) vous déménagez ou vivez temporairement hors du Canada, sauf lorsque la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada a été avisée par écrit et a donné son accord préalable ;
- f) votre invalidité ne répond plus à la définition d'invalidité prévue dans la présente garantie.

Par ailleurs, les prestations prennent fin à votre retraite, lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans ou lorsque la durée maximale des prestations indiquée au Sommaire des garanties est atteinte.

Indexation au coût de la vie (applicable au Régime enrichi seulement)

Si, au 1^{er} janvier d'une année, vous recevez une rente d'invalidité depuis plus de trois ans depuis l'expiration du délai de carence, votre rente sera indexée selon l'indice des prix à la consommation (IPC) publié par Statistiques Canada, sous réserve toutefois de l'indexation maximale indiquée au Sommaire des garanties.

Exonération des primes

Si vous êtes totalement invalide, toute prime à verser en vertu de la présente garantie sera exonérée à partir du premier mois civil complet suivant le délai de carence. L'exonération des primes sera en vigueur jusqu'à ce que vous retourniez activement au travail de façon permanente.

Fin de la protection

Fin de la protection La protection prend fin à la cessation d'emploi, à la retraite ou lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans.

ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE (souscrites auprès de **AIG Insurance Company of Canada et administrées par cette dernière)**

L'assurance en cas de décès et mutilation accidentels de base n'est pas souscrite auprès de Medavie inc. ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour plus de renseignements sur cette garantie.

Le montant pour lequel chaque personne admissible est assurée est connu sous le nom de capital d'assurance. Le capital d'assurance total est payable en cas de décès accidentel. Un pourcentage du capital d'assurance est payable en cas d'autres pertes admissibles, conformément au barème des prestations suivant.

Perte	Pourcentage du capital d'assurance
Perte de la vie	100 %
Perte des deux mains ou des deux pieds	100 %
Perte de la vue complète des deux yeux	100 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %
Perte d'une main ou d'un pied et perte totale de la vue d'un œil	100 %
Perte de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
Perte de l'usage des deux bras	100 %
Perte de l'usage des deux mains	100 %
Perte d'une main ou d'un pied	75 %
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	75 %
Perte de la parole ou de l'ouïe	75 %
Perte totale de la vue d'un œil	75 %
Perte du pouce et de l'index de la même main	33 1/3 %
Perte de quatre doigts de la même main	33 1/3 %
Perte de l'ouïe d'une oreille	66 2/3 %
Perte de tous les orteils d'un pied	25 %
Perte d'un bras ou d'une jambe	80 %
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	80 %
Quadriplégie (paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs)	200 %
Paraplégie (paralysie totale des deux membres inférieurs)	200 %
Hémiplégie (paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs d'un seul côté du corps)	200 %

Remarque : Si vous ou une personne à charge assurée subissez des pertes multiples dans un même accident, le maximum payable est égal à 100 % du capital d'assurance (sauf en cas de paraplégie, quadriplégie ou hémiplégie, pour lesquelles le montant payable ne sera pas supérieur à 200 % du capital d'assurance).

ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE (souscrites auprès de AIG Insurance Company of Canada et administrées par cette dernière)

Autres prestations d'assurance D et MA

Dans le cadre de votre assurance D et MA de base, vous pourriez également être admissible à des prestations dans les cas suivants :

- hospitalisation : prestation en espèces si vous êtes hospitalisé suite à un accident
- rapatriement de votre dépouille si vous décédez dans un accident
- réadaptation (formation en milieu de travail) pour vous, pendant un maximum de trois ans à compter de la date de l'accident
- formation professionnelle pour votre conjoint, si vous décédez dans un accident
- études de vos enfants à charge qui sont inscrits à des études postsecondaires si vous décédez dans un accident
- transport d'un membre de la famille auprès de vous, si vous êtes hospitalisé suite à un accident
- frais de garderie pour vos enfants à charge de moins de 13 ans, si vous décédez dans un accident
- prestation additionnelle pour le port de la ceinture de sécurité, si vous avez subi des blessures dans un accident d'automobile
- adaptation de votre domicile ou véhicule en fonction d'handicaps résultant d'un accident
- privilège de transformer votre assurance collective en une assurance individuelle dans les 30 jours suivant son expiration

Des maximums spécifiques peuvent s'appliquer à ces prestations.

Vous bénéficiez automatiquement d'une assurance-accident pendant un voyage d'affaires payée par la Compagnie, qui prévoit le versement d'une prestation égale à trois fois votre salaire de base annuel dans l'éventualité de votre décès ou d'autres pertes admissibles suite à un accident au cours d'un voyage effectué dans le cadre de vos fonctions pour le compte de la Compagnie.

Restrictions et exclusions

Les prestations d'assurance D et MA ne sont pas payables pour les pertes résultant des situations suivantes :

- suicide ou tentative de suicide, tandis que la personne était saine d'esprit, autodestructrice ou déséquilibrée
- blessure cause du fait que la personne était à bord de tout véhicule ou appareil de navigation aérienne, à titre de passager ou autrement, sauf dans le cas d'avions commerciaux ou militaires nolisés
- guerre déclarée ou non déclarée, ou tout acte s'y rapportant
- service actif à temps plein dans les forces armées de tout pays
- subir un traitement médical ou chirurgical pour une maladie, une affection ou une infirmité physique ou mentale.

D'autres restrictions et exclusions peuvent s'appliquer. Veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour de plus amples renseignements.

GARANTIE HOSPITALISATION - AU CANADA SEULEMENT

Cette garantie couvre les frais admissibles engagés pour vous ou pour vos personnes à charge, sous réserve du pourcentage de remboursement indiqués au Sommaire des garanties. Les frais doivent être engagés au Canada (sauf pour Patients dirigés hors Canada).

Frais admissibles

Les frais usuels et raisonnables couvrant des soins nécessaires du point de vue médical et préalablement recommandés par un médecin sont remboursés selon le pourcentage et le maximum indiqués au Sommaire des garanties. Un remboursement de frais ne sera considéré que si les services sont rendus par un fournisseur approuvé par Medavie inc.

HOSPITALISATION

Chambre d'hôpital

Les frais d'hospitalisation lorsque vous êtes hospitalisé pour des soins actifs ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de la garantie et tant que vous êtes couvert pour ces services, sous réserve des maximums indiqués au Sommaire des garanties. Le type de chambre est spécifié au Sommaire des garanties.

Convalescence

Les frais pour des soins de convalescence, si vous êtes admis moins de 14 jours après avoir obtenu votre congé de l'hôpital où vous receviez des soins actifs, sous réserve du nombre de jours et des maximums indiqués au Sommaire des garanties.

Établissement hospitalier pour malades chroniques

Les frais pour les soins aux malades chroniques, si vous êtes admis sur recommandation et approbation écrite du médecin, sous réserve du nombre de jours et des maximums indiqués au Sommaire des garanties.

Réadaptation physique

Les frais pour les soins de réadaptation ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de la garantie, sous réserve du nombre de jours et des maximums indiqués au Sommaire des garanties.

Centre de désintoxication (Toxicomanie et alcoolisme)

Les frais de chambre et de pension ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de la garantie, sous réserve du nombre de jours et des maximums indiqués au Sommaire des garanties.

Prestations aux survivants

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 12 mois après la date de votre décès,
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles,
- c) la date d'entrée en vigueur d'une couverture semblable auprès d'un autre assureur, ou
- d) la date de fin du contrat.

GARANTIE MÉDICAMENTS – AU CANADA SEULEMENT

Cette garantie couvre les frais de médicaments admissibles tels que définis par Medavie inc. et sous réserve de la franchise, de la quote-part ou du maximum indiqués au Sommaire des garanties.

Medavie inc. peut faire, périodiquement, des ajouts, des suppressions ou des modifications à la liste des médicaments admissibles ou à toute liste mentionnée ci-après. Une autorisation préalable peut être requise pour certains médicaments afin d'assurer leur admissibilité au paiement, tel qu'indiqué par Medavie inc.

Les médicaments doivent être dispensés par un fournisseur approuvé par Medavie inc.

Lorsqu'un médicament interchangeable admissible a été prescrit, Medavie inc. respecte les règles provinciales de substitution obligatoire des médicaments.

Medavie inc. remboursera seulement le médicament interchangeable le moins cher lorsqu'il est prescrit par un médecin et fourni par un fournisseur approuvé, à moins qu'un médecin indique qu'il n'y a pas de substitution possible.

Les frais admissibles sont réputés être engagés le jour où les soins sont rendus ou les produits fournis.

Certains médicaments sur ordonnance figurant sur la liste des médicaments admissibles sont admissibles sur une base individuelle, par participant, selon des besoins médicaux spécifiques et lorsque approuvés par la Compagnie selon la procédure de demande d'autorisation spéciale.

Franchise

La franchise est la partie des frais admissibles que vous devez payer avant que Medavie inc. ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat, s'il y a lieu.

Frais admissibles

Le régime couvre les frais suivants, selon le pourcentage de remboursement indiqué au Sommaire des garanties :

Les frais pour les médicaments qui requièrent une ordonnance en vertu de la loi, qui sont approuvés par Medavie inc. et prescrits par un médecin ou un dentiste sont admissibles. Seront aussi pris en considération, certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé lorsque la législation provinciale applicable permet à ce professionnel de prescrire ces médicaments.

Frais non remboursés par le régime

Les frais liés aux produits et aux médicaments suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- les produits qui ne sont pas approuvés par Medavie inc.,
- les produits pour l'entretien des lentilles cornéennes,
- les protéines ou les suppléments diététiques, les acides aminés, les acides gras essentiels,
- les préparations alimentaires pour nourrissons,
- les produits de toilette, y compris les savons et les émoullients,
- les substances adoucissantes et protectrices pour la peau,
- les minéraux, les vitamines,
- les produits homéopathiques ou naturopathiques,
- les médicaments ou les formes de médicaments n'ayant pas d'indication thérapeutique,
- les plantes médicinales,
- les remèdes traditionnels,
- les probiotiques,
- les traitements pour l'amaigrissement.

Frais non remboursés par le régime (suite)

- les médicaments administrés à l'hôpital,
- les extraits d'allergènes auxquels on n'a pas assigné un numéro d'identification du médicament (DIN),
- les vitamines B16 et B12 injectables pour le traitement de l'obésité.

Dispositions applicables aux résidents du Québec

Lorsque vous et votre conjoint atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans, vous avez une décision à prendre relativement à votre couverture médicament.

Décision d'adhérer au régime de la RAMQ à 65 ans

Lorsque vous et votre conjoint atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans vous pouvez choisir de vous assurer en vertu du régime général d'assurance médicaments créé en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (régime de la RAMQ), plutôt que de maintenir la couverture complète des médicaments du régime d'assurance collective. Ce choix est alors irrévocable.

Si, à soixante-cinq (65) ans, vous décidez d'adhérer au régime de la RAMQ, vous-même et vos personnes à charge, quel que soit leur âge, ne serez plus admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance collective (sauf la couverture complémentaire décrite aux points a) et b) ci-dessous.

De même, si votre conjoint décide, à soixante-cinq (65) ans, d'adhérer au régime de la RAMQ, il ne sera plus admissible à des prestations en vertu du régime d'assurance collective (sauf la couverture complémentaire décrite aux points a) et b) ci-dessous).

Toutefois, vous et vos personnes à charge qui avez adhéré au régime de la RAMQ demeurez couverts pour les frais décrits ci-dessous en vertu du régime d'assurance collective (retenues sur le salaire, le cas échéant) :

- a) la franchise et la coassurance déboursées par l'assuré en vertu du régime de la RAMQ; et;
- b) sujet à la franchise et au pourcentage de remboursement mentionnés au Sommaire des garanties pour les médicaments : le remboursement de tous les médicaments qui n'apparaissent pas sur la liste du régime public, mais qui sont couverts dans la liste de l'assureur.

Décision de se désister de la RAMQ à 65 ans

Lorsqu'un résident du Québec atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans, la RAMQ l'inscrit automatiquement comme bénéficiaire de son régime d'assurance médicaments. Lorsque vous ou votre conjoint atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans, vous devez donc annuler votre inscription au régime de la RAMQ pour continuer une pleine couverture des médicaments en vertu du régime d'assurance collective.

Fin de la protection

La garantie Médicaments prend fin à votre retraite, à votre cessation d'emploi ou à l'âge indiqué au Sommaire des garanties, selon la première échéance. La protection des personnes à charge admissibles prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

GARANTIE MÉDICAMENTS – AU CANADA SEULEMENT

Prestations aux survivants

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 12 mois après la date de votre décès,
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles,
- c) la date d'entrée en vigueur d'une couverture semblable auprès d'un autre assureur, ou
- d) la date de fin du contrat.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

Cette garantie couvre les frais admissibles engagés pour vous ou pour vos personnes à charge, sous réserve du pourcentage de remboursement indiqué au Sommaire des garanties. Les frais doivent être engagés au Canada (sauf pour Patients dirigés hors Canada).

Frais admissibles

Les frais usuels et raisonnables couvrant des soins nécessaires du point de vue médical et préalablement recommandés par un médecin sont remboursés selon les pourcentages et les maximums indiqués au Sommaire des garanties. Un remboursement de frais ne sera considéré que si les services sont rendus par un fournisseur approuvé par la Medavie inc.

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX

Soins infirmiers

Les services d'un infirmier licencié ou d'un infirmier-auxiliaire autorisé, qui n'est pas un membre de la famille du participant, qu'il réside ou non avec lui, lorsque les services sont rendus au domicile du participant et ne sont pas principalement des soins de garde, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties.

Tous les services de soins infirmiers doivent être approuvés préalablement par Medavie inc. pour être pris en considération en vue d'un remboursement possible. Le paiement des frais admissibles est établi par Medavie inc. en fonction du barème de prix de la province de résidence du participant pour les soins infirmiers privés.

Les frais indiqués ci-dessous ne sont pas couverts :

- a) soins de garde, aide familiale, magasinage, transport et soins de relève,
- b) services aux personnes vivant dans un établissement financé par le gouvernement ou autre établissement offrant des soins semblables à ses occupants,
- c) services offerts par l'entremise de programmes de soins infirmiers ou de soins personnels financés par le gouvernement ou encore de programmes de santé communautaire offerts sans frais à la population.

Service ambulancier

Les frais de transport par une ambulance titulaire d'un permis, incluant le transport aérien, tous les frais doivent être au Canada, lorsque nécessaire sur le plan médical, en direction et en provenance de l'hôpital qualifié le plus proche pouvant assurer les soins médicaux nécessaires, sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

Chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques faites sur mesure

Les frais de chaussures orthopédiques quand les chaussures sont modifiées avec des dispositifs spéciaux pour accommoder, soulager, ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied. Une ordonnance d'un chirurgien orthopédique, d'un physiatre, d'un rhumatologue, d'un podiatre ou du médecin traitant est requise ainsi qu'une copie de l'évaluation biomécanique ou de l'analyse de la démarche du professionnel de la santé. De plus, les frais relatifs aux modifications, aux ajustements et aux fournitures sont admissibles lorsqu'ils sont prescrits par un des professionnels de la santé mentionnés ci-dessus et si le but est d'accommoder, de soulager, ou de corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied.

Les frais pour les orthèses podiatriques faites sur mesure pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, excluant leur remplacement (à l'exception d'un changement pathologique), sur autorisation écrite d'un chirurgien orthopédique, d'un physiatre, d'un rhumatologue, d'un podiatre ou du médecin traitant.

Le maximum combiné pour ces items est spécifié au Sommaire des garanties.

Vêtements de compression

Les frais d'achat de vêtements de compression, y compris des vêtements de soutien élastique et des vêtements de compression gradués (faits sur mesure), sur recommandation écrite du médecin traitant et sous réserve du remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

Prothèses

Les frais d'achat pour les prothèses médicales suivantes :

- membres artificiels (référez-vous au Sommaire des garanties),
- prothèses mammaires (référez-vous au Sommaire des garanties),
- nez artificiel (limite d'un à vie),
- prothèses oculaires (limite d'une prothèse gauche et d'une prothèse droite à vie),
- béquilles, cannes, plâtres et attelles (référez-vous au Sommaire des garanties),
- bandages herniaires (limite d'un par période de cinq (5) années de police consécutives),
- appareils de soutien (l'achat est limité à un achat à vie, la location est limitée à une location par mois),
- couvre-moignons (limite de 5 paires par année de police).

Le coût de remplacement de ces articles ne sera admissible qu'en raison d'un changement pathologique ou physiologique.

Prothèses capillaires, lorsque la perte des cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou à son traitement (c'est-à-dire chimiothérapie), jusqu'à concurrence d'un maximum spécifié au Sommaire des garanties. Les prothèses capillaires, le traitement de remplacement et les autres traitements pour la perte physiologique des cheveux ne sont pas admissibles (c'est-à-dire la calvitie de type masculin).

Les réparations et les ajustements des prothèses sont couverts sous réserve du remboursement maximal spécifié ci-dessus ou dans le Sommaire des garanties.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

Appareils auditifs

Le coût des appareils auditifs (excluant les piles et les examens), lorsqu'ils sont prescrits par un otorhinolaryngologiste, un otologiste, ou sur recommandation d'un audiologiste agréé. Les enfants à charge de moins de 21 ans nécessitant un appareil pour chaque oreille sont admissibles à deux (2) appareils auditifs (un par oreille). Le remboursement maximal est spécifié au Sommaire des garanties.

Stérilet

Les frais d'achat d'un stérilet, sous réserve du remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

TENS

Les frais d'achat ou de location d'un neurostimulateur transcutané, sous réserve du remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

Appareils de contrôle pour diabétiques

Les frais d'achat des articles suivants servant au contrôle du diabète : glucomètre, injecteur d'insuline à pression, système de dosage de l'insuline, ou tout autre appareil semblable approuvé par Medavie inc. Le remboursement global pour ces appareils est spécifié au Sommaire des garanties.

Équipement médical

Les frais de location d'équipement pour l'administration d'oxygène, lorsque prescrits par un médecin licencié. Si, en raison d'une maladie ou d'une invalidité qui se prolonge, les articles doivent servir pour une longue période de temps, Medavie inc. peut, à sa discrétion, approuver l'achat de ces articles.

Les frais de location d'un fauteuil roulant (manuel ou électrique), d'un triporteur ou d'un quadriporteur, d'un lit d'hôpital (manuel ou électrique), lorsque prescrit par un médecin. Le remboursement maximum pour cet équipement est spécifié au Sommaire des garanties. Si, en raison d'une maladie ou d'une invalidité qui se prolonge, les articles doivent servir pour une longue période de temps, Medavie inc. peut, à sa discrétion, approuver l'achat de ces articles. Le remboursement maximum pour cet équipement est spécifié au Sommaire des garanties.

Les frais d'achat d'une orthèse crânienne pour plagiocéphalie, d'une pompe pneumatique de compression ou d'un lève-personne. Le remboursement maximum pour ces articles est spécifié au Sommaire des garanties et à l'Annexe A.

La location d'une pompe pneumatique de compression ou d'un lève-personne est limitée à une (1) par mois.

Une fois que l'achat initial de l'équipement est approuvé, la location ou l'achat autorisé d'une autre pièce d'équipement similaire sera limité à une fois par période de cinq années de police consécutives.

Le coût de la réparation d'un fauteuil roulant manuel ou électrique, d'un triporteur ou d'un quadriporteur, est couvert à concurrence du montant usuel et raisonnable.

Vous ou votre personne à charge devez obtenir préalablement l'approbation de Medavie inc. avant tout achat ou location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être rejetée.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

Services paramédicaux

Les services dispensés par un professionnel autorisé, à l'exception de ceux reçus dans un hôpital. Le maximum payable par professionnel admissible est spécifié au Sommaire des garanties. De plus, le maximum payable pour les frais de radiographies est également spécifié au Sommaire des garanties.

Tests diagnostiques

Les frais de services diagnostiques et de laboratoire, y compris les rayons X, lorsqu'ils sont dispensés par un laboratoire approuvé par Medavie inc. et qui, selon cette dernière, est apte à offrir de tels services. Ces services incluent :

- Les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies, d'électrocardiogrammes, de tomographies par ordinateur (CT Scans), d'échographies et d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Le remboursement maximal combiné pour ces services est spécifié au Sommaire des garanties. Les services d'imagerie diagnostique ne sont couverts qu'au Québec.

Radiothérapie / Coagulothérapie

Les frais de radiothérapie ou de coagulothérapie lorsque requis pour le traitement d'un cancer, moins le montant alloué par le régime provincial d'assurance-maladie, lorsque prescrit par le médecin traitant. Le remboursement maximum est spécifié au Sommaire des garanties.

Plasma sanguin / Transfusions de sang

Le coût du sang ou de produits sanguins lorsqu'ils ne sont pas fournis par la Société canadienne du sang ou toute autre agence, sous réserve des coûts usuels et raisonnables, moins le montant alloué par le régime provincial d'assurance-maladie, lorsque ces produits sont prescrits par le médecin traitant. Le remboursement maximum est spécifié au Sommaire des garanties.

Autres fournitures et services médicaux

- a) Les frais d'achat de coussins et d'insertions pour fauteuil roulant ou triporteur ou quadriporteur, jusqu'à concurrence du montant usuel et raisonnable.
- b) Les frais pour un larynx artificiel, limité à un achat à vie.
- c) Les frais pour la réparation d'un larynx artificiel, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.
- d) Les frais d'achat de vêtements de compression pour brûlures majeures, sous réserve du remboursement maximum spécifié dans l'Annexe A.
- e) Les frais d'achat de soutiens-gorge chirurgicaux, maximum de deux (2) par année de police.
- f) Les frais d'achat de tubes d'espacement pour inhalateur, à concurrence du montant usuel et raisonnable.
- g) Les frais d'achat de matériel pour les tests d'allergies, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.
- h) Les frais de manchons pour lymphoedème, limite de deux (2) par année de police.
- i) Les sérums en magistrale, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.
- j) Les injections sclérosantes, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

Fournitures pour stomisés

Les frais de fournitures essentielles pour personnes stomisées, à concurrence du montant usuel et raisonnable.

Aides orthophoniques

Le coût d'aides orthophoniques, approuvées par un orthophoniste agréé et recommandées par le médecin traitant. Ces aides orthophoniques sont destinées à une personne incapable de communiquer verbalement, sous réserve du remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

Soins dentaires à la suite d'un accident

Les frais de soins dentaires requis lorsque des dents naturelles saines ont été endommagées par suite d'un coup direct accidentel à la bouche, ou qu'une mâchoire fracturée ou disloquée doit être remise en place.

Ces soins doivent être donnés ou signalés et approuvés par Medavie inc. dans les 180 jours suivant l'accident et complétés dans les 12 mois de la date de l'accident. Les frais admissibles sont les honoraires usuels et courants du dentiste jusqu'à concurrence de ceux prévus au Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes de la province où les soins ont été rendus.

Tous les traitements dentaires reportés doivent être complétés et approuvés pour paiement par Medavie inc., au plus tard le dernier jour du mois dans lequel le participant atteint 21 ans, sauf indication contraire, lorsque requis par la loi, auquel cas la disposition législative applicable dans la province de résidence du participant s'applique.

Lorsque de tels traitements dentaires doivent être reportés en raison de l'âge du patient ou pour toute autre raison que Medavie inc. juge valable, les traitements peuvent être approuvés pour paiement ultérieur. Pour répondre aux exigences de paiement, le participant doit être couvert par Medavie inc. pour les soins dentaires par suite d'un accident au moment où l'accident se produit et il doit toujours être couvert par Medavie inc. au moment où les services sont rendus. La seule exception à cette exigence est lorsque le participant n'est pas couvert pour les soins dentaires au moment où le service est rendu; le cas échéant, la demande de règlement peut être approuvée. L'adhérent est tenu de remettre à Medavie inc., dans les 180 jours qui suivent l'accident, les détails complets des services requis du dentiste, ainsi que la raison pour laquelle ils ont été reportés.

SOINS DE LA VUE

Examen de la vue

Les frais engagés pour un examen de la vue auprès d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste autorisés, sous réserve du maximum spécifié au Sommaire des garanties.

Verres de contact requis en raison d'une maladie

Les frais demandés pour des verres de contact prescrits par un ophtalmologiste autorisé en raison d'une kératite ulcéreuse, d'une cicatrisation sévère de la cornée; d'un kératocône (cornée conique) ou d'aphakie, à condition que la vue puisse être améliorée au moins au niveau 20/40 avec des verres de contact mais non avec des lunettes. Le remboursement maximum global est spécifié au Sommaire des garanties.

Entraînement visuel

Les frais d'entraînement visuel et d'exercices de réadaptation visuelle lorsque dispensés par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisés, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

SOINS DE LA VUE (suite)

Verres / montures / verres de contact / Chirurgie oculaire au laser

Le coût de lunettes correctives (verres et montures), de verres de contact correctifs, de chirurgie oculaire au laser ainsi que le coût de lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte, lorsque prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à concurrence du maximum mentionné au Sommaire des garanties.

Verres et montures supplémentaires

Les frais encourus pour des verres et montures supplémentaires, lorsqu'ils sont requis en raison d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement du kératocône, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

Frais non remboursés par le régime

Les frais relatifs aux éléments suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- a) les examens médicaux ou bilans de santé demandés par une tierce partie,
- b) les frais pour des cures de repos, des soins de convalescence, des soins de garde, services de réadaptation données dans un établissement hospitalier pour malades chroniques ou une unité de soins d'un hôpital général pour malades chroniques, ou pour les frais engagés par un participant pour un traitement qui, de l'avis de Medavie inc., aurait dû être dispensé dans une unité de soins ou un établissement hospitalier pour malades chroniques,
- c) les services facultatifs donnés à un participant à l'extérieur de sa province de résidence si le régime d'assurance-maladie de la province de résidence du participant n'accepte pas de payer les frais habituellement couverts pour ces services, dans la province de résidence du participant,
- d) les services ou produits auxquels le participant a droit en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou de toute autre mesure législative,
- e) les services pour lesquels il n'y aurait eu aucuns frais si le participant n'avait pas été couvert en vertu du présent contrat,
- f) les services à des fins esthétiques ou traitements de problèmes qui ne nuisent pas à la santé,
- g) les produits ou services habituellement offerts sans frais ou à un coût minime au participant en vertu d'une loi ou d'un règlement gouvernemental à la date d'entrée en vigueur du contrat, que ces produits ou services continuent ou non d'être admissibles en vertu d'un programme gouvernemental,
- h) les frais de livraison ou de déplacement, ou les deux, à destination ou en provenance d'un hôpital ou du bureau d'un professionnel de la santé,
- i) les services offerts en raison de blessures subies ou de maladies contractées par suite d'une émeute, d'une insurrection ou d'une guerre, qu'elle soit déclarée ou non, y compris tout état causé directement ou indirectement par les forces armées d'un pays,
- j) les médicaments faisant l'objet de restrictions en vertu d'une loi fédérale ou provinciale qui sont prescrits ou donnés malgré ces règlements,
- k) les frais d'admission ou les surcharges qu'impose un hôpital pour un non résident,
- l) les services requis par suite d'une tentative de perpétration d'un acte criminel,
- m) les soins rendus par un professionnel de la santé non autorisé,
- n) les frais pour rendez-vous manqués ou pour faire remplir des formulaires,

Frais non remboursés par le régime (suite)

- o) les services normalement acquittés directement ou indirectement par Nutreco,
- p) les services et produits de soins de santé qui ne proviennent pas d'un fournisseur approuvé par la compagnie,
- q) les produits ou services de soins de santé de nature expérimentale ou pour fins de recherche,
- r) les produits ou services de soins de santé qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ni d'une efficacité éprouvée,
- s) les frais pour l'évaluation du plan de traitement, y compris les évaluations en physiothérapie mais sans s'y limiter. Les évaluations du plan de traitement seront exclues des services admissibles, sauf indication contraire précisée dans la présente police,
- t) les produits et services de soins de santé administrés par un hôpital, un organisme ou un fournisseur sous la direction d'un hôpital, d'un organisme ou d'un fournisseur financé, en totalité ou en partie, par un palier gouvernemental. Ces services ne sont pas admissibles à remboursement en vertu de la présente, sauf indication contraire.

Limitation

Pour l'application de la présente garantie, tous les participants sont considérés comme étant couverts en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance-maladie de la province de résidence du participant au Canada.

Fin de la protection

La garantie Santé complémentaire prend fin à votre retraite, à votre cessation d'emploi ou à l'âge indiqué au Sommaire des garanties, selon la première échéance. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

Prestations aux survivants

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 12 mois après la date de votre décès,
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles,
- c) la date d'entrée en vigueur d'une couverture semblable auprès d'un autre assureur, ou
- d) la date de fin du contrat.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE - PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA

Lorsque le médecin traitant d'un participant réfère ce dernier à un médecin hors Canada pour des soins médicaux non disponibles au Canada, le régime rembourse les frais usuels, et raisonnables énumérés ci-dessous, qui excèdent le montant payé par le régime provincial d'assurance-maladie. Le remboursement maximal viager par participant est indiqué au Sommaire des garanties.

Frais admissibles

Services hospitaliers

Les frais hospitaliers reliés à des services médicalement requis, tels qu'ils sont indiqués ci-dessous, moins le montant alloué par le régime provincial d'assurance-maladie :

- chambre d'hôpital,
- soins intensifs,
- soins infirmiers,
- salles d'opération et salles de réveil,
- services diagnostiques, incluant les frais de laboratoires et les radiographies,
- oxygène et sang,
- médicaments sur ordonnance, incluant les solutions intraveineuses, et
- physiothérapie.

Médecins et chirurgiens

Les honoraires habituels pour les services rendus par les médecins et chirurgiens, moins le montant alloué par le régime provincial d'assurance-maladie.

Ambulance

Frais de services ambulanciers requis afin de transporter un patient sur civière en direction ou en provenance de l'établissement médical le plus proche pouvant administrer les soins essentiels.

Accompagnateur dans l'ambulance

Frais de déplacement d'un infirmier licencié ou d'un préposé médical accompagnant le participant dans l'ambulance (n'ayant aucun lien de parenté avec ce dernier), lorsque médicalement nécessaire et sur approbation préalable de Medavie inc.

Exclusions et restrictions spécifiques

1. La référence hors Canada doit être justifiée sur le plan médical et ne doit pas porter sur des services disponibles au Canada, tels que déterminés par Medavie inc.
2. L'autorisation préalable de Medavie inc. doit être obtenue.
3. Le paiement sera versé en fonction des honoraires usuels et raisonnables qui s'appliquent dans la région où les services sont rendus.
4. Tous les services doivent être rendus dans le cadre d'un traitement actif rendu par un médecin.
5. Aucune prestation n'est payable pour le traitement d'une maladie ayant débuté dans les 12 mois de la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard du participant et pour laquelle ce dernier a reçu un traitement médical ou pour laquelle des médicaments lui ont été prescrits dans les 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de cette garantie.
6. Les services fournis à l'extérieur du Canada ne doivent pas être à titre expérimental ou pour fins de recherche.
7. La présente garantie exclut, entre autres, les soins non disponibles en raison de listes d'attente ou de traitements refusés par un médecin au Canada.
8. Pour être admissibles, les frais décrits ci-dessus doivent être en partie remboursables par le régime d'assurance-maladie de la province de résidence du participant.

GARANTIE VOYAGE

Cette garantie couvre les frais imprévus qui surviennent lorsque vous ou vos personnes à charge êtes en voyage à l'extérieur de votre province de résidence.

GARANTIE MÉDICO-HOSPITALIÈRE

Lignes Canassistance

En cas d'urgence médicale lorsque vous êtes à l'extérieur de votre province de résidence, vous ou votre mandataire devez appeler Canassistance dès que possible à l'un des numéros apparaissant ci-dessous :

du Canada ou des États-Unis : 1-800-563-4444

d'ailleurs dans le monde : 1-506-854-2222 (à frais virés)

Pour faciliter la communication, vous devez vous identifier, donner le numéro de téléphone de l'endroit d'où vous appelez ainsi que vos numéros de groupe et de certificat.

Si vous ne pouvez pas appeler à frais virés, Medavie inc. vous remboursera le coût de l'appel.

Frais et services admissibles à la garantie Médico-hospitalière

Le régime rembourse les frais usuels et raisonnables engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie, sous réserve d'un remboursement maximum de 2 000 000 \$ par événement, par participant.

Les traitements admissibles sont ceux déclarés nécessaires à la stabilisation de la condition médicale et les prestations accordées sont complémentaires aux prestations prévues par les régimes gouvernementaux.

Hospitalisation

Frais engagés dans un hôpital général public en excédent de ceux couverts par un régime gouvernemental d'assurance-maladie pour a) une chambre d'hôpital (une seule chambre), et b) les services médicalement nécessaires donnés au patient hospitalisé ou traité au service de clinique externe.

Médecins et chirurgiens

Honoraires usuels de médecins et de chirurgiens pour services dispensés, en excédent de ceux couverts par le régime gouvernemental d'assurance-maladie.

Appareils médicaux

Le coût des plâtres, béquilles, cannes, écharpes, attelles, bandages herniaires et appareils de soutien ainsi que la location temporaire d'un fauteuil roulant lorsque c'est nécessaire en raison d'un accident ou d'une maladie qui se produit à l'extérieur de la province de résidence du participant. Une ordonnance du médecin est aussi requise.

Infirmier

Les honoraires usuels et raisonnables pour soins infirmiers privés dispensés sur ordonnance d'un médecin par un infirmier autorisé ou un infirmier-auxiliaire autorisé n'ayant pas de lien de parenté avec le patient et qui n'est pas un employé de l'hôpital.

GARANTIE VOYAGE

Ambulance

Frais usuels de transport par ambulance, par un service d'ambulance titulaire d'une licence, à destination ou en provenance de l'établissement hospitalier qualifié le plus proche, y compris le transport par avion et secours d'urgence.

Retour à domicile

Frais supplémentaires de billets, en classe économique, pour le retour du patient à domicile par la voie la plus directe (avion, autobus, train) lorsque le patient est obligé de retourner chez lui en raison de son état de santé et qu'il doit être accompagné d'un auxiliaire médical qualifié (sans lien de parenté avec le patient), avec autorisation écrite du médecin traitant à l'appui. Si le voyage de retour se fait sur vol régulier, le régime couvre :

- a) deux (2) billets à destination de la ville de résidence du patient au Canada, par la voie la plus directe, un retour simple pour la personne couverte et un aller-retour pour l'auxiliaire médical qui accompagne le patient,
- b) le nombre de sièges nécessaires pour installer le patient en civière pour le retour, et un aller-retour pour l'auxiliaire médical qui accompagne le patient.

Services diagnostiques

Frais d'analyses de laboratoire et de radiographies aux fins de diagnostic, sur ordonnance du médecin traitant, en excédent de ceux couverts par un régime gouvernemental d'assurance-maladie.

Services paramédicaux

Honoraires d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un podologue ou podiatre et d'un physiothérapeute, sans lien de parenté avec le patient, en excédent de ceux couverts par un régime gouvernemental d'assurance maladie. Radiographies non comprises.

Médicaments

Les frais des médicaments assurés en quantité suffisante pour le temps du déplacement prévu. Le remboursement des médicaments admissibles est effectué uniquement sur présentation d'une preuve d'achat et de paiement tel qu'attesté sur un document provenant d'un fournisseur approuvé par Medavie inc. et dont le commerce est situé à l'extérieur de la province de résidence du participant. La facture doit renfermer les renseignements suivants : le nom du médicament, la date de l'achat, la quantité, le dosage et le coût total.

Soins dentaires à la suite d'un accident

Coût jusqu'à concurrence de 1 000 \$ en monnaie canadienne, de soins dentaires requis en raison de dommages aux dents naturelles par suite d'un coup direct et accidentel à la bouche ou lorsque la mâchoire est fracturée ou disloquée et doit être remise en place. Les soins doivent être donnés, ou encore être rapportés à Medavie inc. et approuvés aux fins de paiement par cette dernière, dans les 180 jours suivant l'accident, avec rapport de l'accident à l'appui.

Lorsque de tels traitements dentaires doivent être reportés en raison de l'âge du patient ou pour toute autre raison que Medavie inc. juge valable, les traitements peuvent être approuvés pour paiement ultérieur. Pour répondre aux exigences de paiement, le participant doit être couvert par Medavie inc. pour les soins dentaires par suite d'un accident au moment où l'accident se produit et il doit toujours être couvert par Medavie inc. au moment où les services sont rendus. La seule exception à cette exigence est lorsque le participant n'est pas couvert pour les soins dentaires au moment où le service est rendu; le cas échéant, la demande de règlement peut être approuvée. Le participant est tenu de soumettre à Medavie inc., dans les 180 jours suivant l'accident, un rapport complet des soins dentaires requis et la raison pour laquelle ils ont été reportés.

GARANTIE VOYAGE

Retour du véhicule

Le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel du participant ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper, sous réserve d'un remboursement maximal de 500 \$ canadiens.

Retour de la dépouille

Le coût de la préparation (incluant la crémation) et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) au point de départ au Canada, par la voie la plus directe, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ canadiens.

Repas et hébergement

Frais supplémentaires pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsqu'un adhérent ou une personne à charge doit reporter son retour en raison de maladie contractée ou de blessure subie par un compagnon de voyage ou par le participant lui-même, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 200 \$ canadiens (soit 150 \$ par jour, maximum de 8 jours) par voyage. Des reçus d'établissements commerciaux à l'appui et une déclaration du médecin traitant sont requis.

Transport pour visiter le participant

Coût d'un billet aller-retour en classe économique par la voie la plus directe (avion, autobus, train) pour rendre visite au participant qui a été hospitalisé ou, s'il est décédé et que le médecin traitant recommande la présence d'un membre de la famille immédiate ou d'un ami très proche du participant.

Assistance en cas d'urgence et pour le paiement

Un service d'aide 24 heures par jour est offert, au moyen d'une ligne téléphonique directe, aux participants qui ont besoin d'aide au cours d'un voyage. Si une urgence médicale survient, le participant peut appeler le Service d'assistance dont le numéro figure sur la carte qui lui a été remise. Le service prendra les dispositions nécessaires pour confirmer l'adhésion du participant au régime de protection auprès du médecin ou de l'établissement hospitalier. Le paiement des frais médicaux sera fait ou coordonné au nom du participant. De plus, les services ci-dessous seront offerts au participant :

Assistance médicale

Le participant peut demander une liste d'hôpitaux ou d'établissements hospitaliers, des dispositions seront prises pour les services suivants :

- avis d'un médecin agréé,
- suivi médical de l'état du patient et communication avec l'adhérent et la famille,
- retour du patient à domicile ou transfert du patient lorsque sa condition médicale le permet,
- transport d'un membre de la famille au chevet du patient ou pour identifier la personne décédée.

Aide relative aux besoins non médicaux

Le patient peut demander :

- une communication en cas d'urgence dans une langue principale,
- de l'aide en cas d'urgence pour communiquer avec la famille ou l'entreprise; et,
- le renvoi à un conseiller juridique.

GARANTIE VOYAGE

Exclusions et réductions relatives à la garantie Médico-hospitalière

Aucun participant n'a droit à des prestations dans les cas suivants :

1. Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente garantie aux personnes voyageant à l'extérieur de leur province de résidence principalement ou accessoirement pour consultation médicale ou traitement, et ce, même si le voyage est recommandé par un médecin.
2. Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente garantie pour un traitement facultatif non urgent ou une intervention chirurgicale facultative non urgente; à savoir un traitement ou une intervention chirurgicale a) qui n'est pas requis pour le soulagement immédiat d'une douleur aiguë et de souffrance; ou b) qui peut raisonnablement être reporté après le retour du participant au Canada; ou c) que le participant a choisi de recevoir ou de subir à l'extérieur du Canada par suite du traitement d'urgence ou du diagnostic d'un problème de santé qui (avec information médicale à l'appui) n'aurait pas empêché le participant de retourner au Canada pour y recevoir le traitement ou l'intervention chirurgicale.
3. Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente, si le participant reçoit des prestations pour la même raison d'une tierce partie.
4. Aucune prestation ne sera versée pour des frais engagés à la suite de l'usage abusif de médicaments, d'un suicide ou d'une tentative de suicide, d'actes criminels ou de blessures causées lors de la conduite d'un véhicule moteur, alors que le taux d'alcool du participant est supérieur à la limite permise dans la juridiction où a lieu l'accident.
5. Medavie inc., en consultation avec le médecin traitant, se réserve le droit de rapatrier le patient au Canada. Si un participant considéré apte au transfert, d'après l'information médicale à l'appui, choisit de ne pas retourner au Canada après que son état de santé, requérant des soins de suivi, ait été diagnostiqué et traité d'urgence, les frais occasionnés par les soins médicaux de suivi donnés, par le traitement ou par l'intervention chirurgicale pratiquée à l'extérieur de Canada ne sont pas admissibles à paiement en vertu du présent régime de protection. Medavie inc. n'assume aucune responsabilité en cas de détérioration de la condition médicale de l'assuré pendant son transfert au Canada ou après le transfert.

GARANTIE VOYAGE

Exclusions et réductions relatives à la garantie Médico-hospitalière (suite)

6. Les prestations ne sont payables que pour des frais engagés par suite d'une maladie subite ou d'un accident survenant pendant un voyage à l'extérieur de la province de résidence du participant. Les conditions préexistantes seront couvertes en vertu de la garantie pourvu que l'état du participant demeure stable avant de réserver la date de départ et qu'aucun soin médical ne soit prévu pendant la période du voyage.

Un problème de santé préexistant est considéré comme stable si, au cours des 90 jours précédant la date de départ, vous n'avez pas:

- a) été traité ou évalué pour de nouveaux symptômes qui sont reliés à cette condition;
- b) éprouvé de symptômes qui ont augmenté en fréquence ou en sévérité, ou des résultats d'examens indiquant la détérioration de la condition;
- c) reçu de prescription pour un nouveau traitement ou un changement de traitement relativement à cette condition (généralement, une réduction de la médication en raison de l'amélioration de la condition ou un changement régulier dans la médication dans le cadre d'un plan de traitement établi ne sont pas considérés comme étant un changement de traitement;
- d) été admis dans un hôpital en raison de cette condition; ou
- e) été en attente de nouveaux traitements ou de tests concernant cette condition (autres que des tests de routine).

Les critères ci-dessus sont considérés globalement par rapport à la condition médicale dans son ensemble.

7. La présente exclut les pertes, dommages, coûts ou frais de quelque que nature que ce soit, découlant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes ou associés à celles-ci, peu importe toute autre cause ou tout autre incident contribuant au même moment ou dans toute autre séquence à la perte en question :
- a) un événement dans le pays ou la région constituant la destination qui amène le gouvernement du Canada à émettre un avis aux voyageurs recommandant à ses citoyens d'éviter les voyages dans ce pays ou cette région si l'avis aux voyageurs s'applique pour une période de temps qui inclut le voyage prévu et est émis après la date à laquelle un dépôt non remboursable pour le voyage a été fait ou un billet a été acheté;
 - b) une insurrection, une guerre (déclarée ou non), une hostilité des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un affrontement public.
8. Medavie inc. ne couvrira pas les frais qui excèdent deux millions de dollars canadiens par assuré, par incident à l'extérieur de sa province de résidence. Toutes les demandes de règlement et tous les formulaires gouvernementaux requis doivent être soumis dans les quatre (4) mois suivant la date de service.

GARANTIE VOYAGE

Restrictions pour la durée des voyages

Les frais usuels et raisonnables décrits dans la garantie Médico-hospitalière sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie soudaine et inattendue, survenant dans les premiers 60 jours d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence du participant et à la condition que ce dernier soit couvert par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence au moment où la situation urgente arrive.

Fin de la protection

La garantie Voyage prend fin à votre retraite, à la cessation de votre emploi ou à votre décès selon la première échéance. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance. La protection prend également fin pour tout participant le jour où il cesse d'être couvert par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence.

Prestation aux survivants

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 12 mois après la date de votre décès,
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles,
- c) la date d'entrée en vigueur d'une couverture semblable auprès d'un autre assureur, ou
- d) la date de fin du contrat.

GARANTIE SOINS DENTAIRES - AU CANADA SEULEMENT

Cette garantie couvre les frais admissibles engagés par vous et vos personnes à charge pour des services dentaires recommandés par un dentiste et dispensés par :

- un dentiste
- un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste, ou
- un denturologiste.

sous réserve des pourcentages de remboursement et des maximums indiqués au Sommaire des garanties.

Calcul des frais admissibles

Le montant admissible pour un service couvert est celui indiqué dans le Guide des tarifs suggérés des actes bucco-dentaires approuvé par votre province de résidence (éditions de l'année courante).

Frais admissibles

Les frais suivants sont remboursés, selon le pourcentage et jusqu'au maximum indiqués au Sommaire des garanties.

Soins préventifs

a) Examen et diagnostic

- examen buccal complet (un (1) par période de 24 mois consécutifs)
- examen de rappel (tel que mentionné au Sommaire des garanties)
- examen buccal d'urgence et examen d'un aspect particulier (maximum combiné d'un examen par fournisseur, par année de police)

b) Radiographies

- série complète ou pellicule panoramique (maximum combiné d'une par période de 36 mois consécutifs)
- intra-oraux - périapicales
- intra-oraux - occlusales
- intra-oraux - interproximales (une (1) fois par période de 9 mois consécutifs)
- extra-oraux
- sialographie
- substances radiopaques

c) Tests et examens de laboratoires

- culture microbiologique
- biopsie tissus buccaux durs
- biopsie tissus buccaux mous
- examen cytologique

GARANTIE SOINS DENTAIRES - AU CANADA SEULEMENT

Soins préventifs (suite)

d) Services préventifs

- polissage de la partie coronaire des dents (tel que mentionné au Sommaire des garanties)
- application topique de fluorure (tel que mentionné au Sommaire des garanties)
- instructions d'hygiène buccale (tel que mentionné au Sommaire des garanties)
- scellants de puits et fissures
- détartrage (12 unités* par année de police, combinées au surfaçage radiculaire)

e) Appareils de maintien

Soins de base

a) Restaurations

- restauration en amalgame, acrylique, silicate ou en composite sans restriction quant à l'emplacement des dents restaurées
- tenons de rétention
- couverture complète des restaurations préfabriquées

b) Endodontie

- coiffage de la pulpe
- pulpotomie
- pulpectomie d'urgence
- traitement de canal
- chirurgie endodontique
- blanchiment (sur dent devitalisée)
- apexification

c) Parodontie

- chirurgie parodontaire
- jumelage provisoire
- soin des infections aiguës
- désensibilisants
- autres services parodontaux complémentaires
- surfaçage radiculaire (12 unités* par année de police, combinées avec le détartrage)
- curetage gingival
- équilibrage de l'occlusion (tel que mentionné au Sommaire des garanties)
- appareils parodontaux (un appareil pour le maxillaire supérieur et un appareil pour le maxillaire inférieur, par période de deux années de police)
- ajustements d'appareils (trois (3) unités* par année de police)

d) Chirurgie buccale

- ablation de dents ayant fait éruption
- exposition et déplacement chirurgical d'une dent
- ablation de tumeurs ou de kystes

e) Services généraux complémentaires

- anesthésie (en corrélation avec de la chirurgie)

f) Appareil dentaire favorisant le passage de l'air (un par cinq années de contrat)

- entretien, réparation et suivi (4 unités* de chaque service par année de contrat)

* Une unité de temps équivaut à 15 minutes de service

GARANTIE SOINS DENTAIRES - AU CANADA SEULEMENT

Soins de restauration majeure

Les frais qui suivent sont admissibles si les soins de restauration majeure sont inclus au Sommaire des garanties :

- a) Restaurations majeures
 - incrustation/couronnes (une fois par dent par cinq années de police)
 - réparations d'incrustations/couronnes (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables)

- b) Services de prothèse dentaire
 - prothèses amovibles partielles ou complètes (une prothèse pour la mâchoire supérieure et une prothèse pour la mâchoire inférieure par période de cinq années de police)
 - ponts* (un par cinq années de police)
 - réparation d'un pont (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables)
 - restaurations sur implants (c.-à-d. couronnes, pont et prothèses) (une fois par dent par période de 10 années de police)

- c) Ajustement de prothèses amovibles
 - ajustements mineurs
 - rebasage et regarnissage (un pour la mâchoire supérieure et un pour la mâchoire inférieure par période de deux années de police)

La présente garantie ne couvre pas le remplacement de la prothèse à moins que celle-ci ait été en place plus de 5 ans et qu'elle ne soit plus utilisable, ni le remplacement de prothèse perdue, égarée ou volée.

* La demande initiale pour un pont doit être nécessaire en raison de l'extraction d'au moins deux dents naturelles pendant que la couverture est en vigueur à l'égard du participant. Le coût de cette demande initiale pour un pont est limité au coût d'une prothèse partielle.

Soins orthodontiques

Les frais qui suivent sont admissibles si les soins orthodontiques sont inclus au Sommaire des garanties :

- examen d'orthodontie et ouverture de dossier
- appareils amovibles ou cimentés pour repositionner les dents ou la rétention
- appareils fixes (appareils orthodontiques)

Les frais raisonnables engagés pour des soins orthodontiques doivent être donnés par un orthodontiste dans le but de corriger les irrégularités dentaires.

GARANTIE SOINS DENTAIRES - AU CANADA SEULEMENT

Modalités de remboursement des frais afférents aux soins orthodontiques

Le remboursement des frais afférents aux soins orthodontiques a lieu selon l'une des modalités suivantes :

- a) Si une somme forfaitaire a été fixée pour toute la série de soins et que vous payez cette somme à l'orthodontiste en versements convenus, échelonnés selon la durée prévue des soins, Medavie inc. vous rembourse chaque fois que vous lui présentez une facture ou un reçu en rapport avec le versement convenu.
- b) Si une somme forfaitaire a été fixée pour toute la série de soins et que vous payez cette somme à l'orthodontiste en une somme unique, Medavie inc. vous rembourse jusqu'à 1/3 du coût total initial et les versements égaux par la suite durant la période entière du traitement.

Si au lieu d'une somme forfaitaire chaque service est facturé au fur et à mesure, Medavie inc. vous rembourse au fur et à mesure que les frais sont engagés.

Traitement proposé de plus de 500 \$

Si le coût du traitement prévu dépasse 500 \$, demandez à votre dentiste de remplir la section «pré-évaluation» du formulaire de demande de règlement, et faites-le parvenir à Medavie inc. avant le début du traitement. Vous connaîtrez ainsi à l'avance le montant exact du remboursement. Si vous changez de dentiste en cours de traitement, vous devez soumettre une nouvelle évaluation à Medavie inc.

Frais qui ne sont pas remboursés par le régime

Les frais suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- a) tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire, sauf si spécifié au sommaire des garanties ;
- b) les services rendus par un hygiéniste dentaire mais qui ne sont pas administrés sous la supervision d'un dentiste, sauf si, dans une province donnée, une telle supervision n'est plus légalement requise ;
- c) les services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport ;
- d) tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental ou privé ou qui habituellement l'auraient été si une demande avait été soumise ;
- e) tous frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail ou de toute société de l'assurance automobile, ou de toute loi ou régime semblables, le cas échéant ;
- f) les frais qui découlent d'une tentative de suicide ou blessure volontaire, que le participant ait été sain d'esprit ou non ;
- g) les frais qui découlent de blessure subie lors de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement des fonctions du participant, ou blessure subie durant une guerre ;
- h) les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique (les réparations en composite ne sont pas touchées par la présente exclusion) ;
- i) les soins qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;

Frais qui ne sont pas remboursés par le régime (suite)

- j) les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut de couverture ou ceux qui ne sont pas à la charge du participant ;
- k) les soins ou services reliés aux facettes;
- l) le jumelage pour des raisons de parodontie, lorsqu'on utilise à cette fin des couronnes ou des incrustations, avec ou sans recouvrement de cuspides
- m) les protecteurs buccaux;
- n) implants et traitements reliés aux implants;
- o) les services de base relatifs à une prothèse autres que les items nommés ci-dessus, y compris la mise en condition tissulaire.

Restriction

Aucun remboursement n'est effectué relativement à toute partie des frais qui excèdent les frais suggérés dans le guide des tarifs approprié pour le traitement le moins coûteux qui donne un résultat adéquat du point de vue professionnel.

Le remboursement des frais de laboratoire se limite aux frais de laboratoire usuels et raisonnables de la localité où les services sont rendus.

Traitements de rechange

En présence de plusieurs formes de traitements de rechange, les frais admissibles se limitent au coût des produits, services ou du traitement le moins coûteux qui répond aux besoins de base du participant. Ceci s'applique, entre autres, aux incrustations, aux couronnes, aux restaurations en amalgame, acrylique, silicate ou composite ainsi qu'aux ponts.

Fin de la protection

La garantie Soins dentaires prend fin à votre retraite, à la cessation de votre emploi, ou à l'âge indiqué au Sommaire des garanties, selon la première échéance. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin (sauf en cas de décès) ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

Prestations aux survivants

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 12 mois après la date de votre décès,
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles,
- c) la date d'entrée en vigueur d'une couverture semblable auprès d'un autre assureur, ou
- d) la date de fin du contrat.

COMPTE GESTION SANTÉ

Le compte gestion santé (CGS) vous donne accès à un montant variable de crédits Flex. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les crédits Flex, référez-vous à la section Options Flex de la présente brochure ou communiquez avec votre administrateur de régime collectif. Ces crédits sont destinés au paiement des frais médicaux et dentaires qui ne sont pas remboursables par votre régime santé et dentaire ou par votre régime provincial. Le montant du compte gestion santé peut aussi être utilisé comme complément à des protections existantes comme les frais excédant les maximums prévus par le régime, les franchises, les pourcentages de remboursement non payées par le régime ou toute autre portion d'une demande de règlement qui n'est pas automatiquement payée. Le montant de votre compte gestion santé n'est pas imposé en tant que revenu, à l'exception du Québec où le compte gestion santé est assujéti à l'impôt provincial.

Votre compte gestion santé

L'année de police de votre compte gestion santé s'échelonne du 1^{er} novembre au 31 octobre. Vos crédits du compte gestion santé peuvent être utilisés pour rembourser des frais encourus au cours de l'année ou ils peuvent être reportés à votre compte pour l'année suivante. Si la balance des crédits Flex non utilisés est reportée à l'année suivante, les dépenses encourues au cours de la nouvelle année doivent être payées avec les crédits reportés afin de diminuer les chances que ces crédits soient perdus à la fin de la deuxième année. Si les crédits au compte gestion santé n'ont pas été utilisés à la fin de la deuxième année, un délai de grâce de 90 jours sera accordé. Durant ce délai, tout crédit Flex reporté de l'année précédente doit être utilisé. Si ces crédits ne sont pas utilisés, ils seront perdus. L'Agence du revenu du Canada ne permet pas de versement de crédits non utilisés comme alternative au report de la balance des crédits à l'année suivante.

Coordination des prestations

Si vous êtes admissible à une couverture sous un régime collectif, le montant payable en vertu du compte gestion santé sera coordonné avec tous les régimes collectifs et ne pourra dépasser 100 % des frais admissibles. Lorsque les deux conjoints d'une famille détiennent une couverture en raison du régime de leur employeur, le premier payeur de chacune des demandes de règlement des conjoints correspondra à celui du régime de leur employeur respectif. Tout montant qui n'est pas payé par le premier payeur peut alors être soumis à des fins de considération au régime d'assurance de l'autre conjoint (le deuxième payeur). Les dépenses restantes peuvent alors être soumises pour remboursement à votre compte gestion santé.

Les demandes de règlement pour les enfants à charge doivent d'abord être soumises au régime d'assurance du conjoint dont le mois de naissance est le plus tôt dans l'année, par la suite au régime de l'autre conjoint et en tout dernier au compte gestion santé.

Le paiement des prestations sera coordonné avec tout autre régime ou contrat, conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP).

Demandes de règlement

Les remboursements en vertu du compte gestion santé sont versés à l'employé. L'employé doit payer le fournisseur de services, se procurer un reçu de paiement intégral et compléter un formulaire de demande de règlement pour le compte gestion santé ou lorsque la demande concerne des médicaments ou des soins dentaires payés par paiement direct, soumettre le reçu ou la preuve de facturation à Medavie inc. en indiquant de « payer le solde à partir de mon CGS » et en signant chaque reçu ou preuve de facturation. Vous pouvez vous procurer un formulaire de demande de règlement chez Nutreco ou Medavie inc.

Le remboursement est expliqué sur le relevé pour l'employé (suite au paiement de la demande de règlement) qui indique le montant payé en vertu du régime de soins de santé ou dentaires, le montant payé en vertu du CGS et le solde créditeur.

Frais admissibles

Le compte gestion santé est une façon de donner aux employés plus de flexibilité quant à leur régime d'assurance collective et aussi une façon de rémunérer un employé avec un revenu exempté d'impôt. La liste des frais admissibles au compte gestion santé est basée sur les lignes directrices de la Loi de l'impôt sur le revenu de l'Agence du revenu du Canada et diffère des frais admissibles couverts par le régime d'assurance collective. Toute dépense relative à la santé qui répond aux exigences relatives au crédit d'impôt sur votre déclaration d'impôt est admissible au remboursement. La liste suivante est une description sommaire des frais admissibles au Crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt canadien sur le revenu. Pour de plus amples renseignements sur les frais remboursables, veuillez communiquer avec votre administrateur de régime.

COMPTE GESTION SANTÉ

Medavie inc. n'a pas la responsabilité de vous informer de tout changement apporté aux frais admissibles de l'Agence du revenu du Canada mentionnés ci-dessous.

Les frais admissibles sont de la liste du guide de l'Agence du revenu du Canada :

Praticiens	<ul style="list-style-type: none"> • podiatre / podologue • chiropraticien • praticien de la science chrétienne • dentiste • diététiste • médecin • naturopathe 	<ul style="list-style-type: none"> • infirmière autorisée • optométriste, oculiste ou ophtalmologiste • ostéopathe • physiothérapeute • psychologue • massothérapeute autorisé • orthophoniste ou audiologiste
Soins et établissements	<ul style="list-style-type: none"> • thérapie de réadaptation, incluant la chirurgie oculaire au laser • préposé aux soins à temps plein ou soins à temps plein dans une maison de repos pour une personne atteinte d'une maladie mentale sévère et de longue durée 	<ul style="list-style-type: none"> • hôpital public ou privé (au Canada ou à l'extérieur du Canada)
Fournitures, appareils et équipement	<ul style="list-style-type: none"> • œil artificiel • béquilles • chirurgie oculaire au laser • fauteuil roulant • lit berceur pour les personnes atteintes de poliomyélite • tente à oxygène ou tout autre équipement nécessaire à l'administration d'oxygène • appareil de soutien pour un membre • bandage herniaire • prothèses auditives • aiguilles et seringues pour des injections • chaussures ou bottes orthopédiques • médicaments, autres formes de médicaments ou substances, prescrits par un médecin ou un dentiste et dispensés par un pharmacien 	<ul style="list-style-type: none"> • membres artificiels • lunettes ou verres de contact • stimulateur cardiaque • corset dorsal • couches, culottes jetables, cathéters, • prothèses mammaire externe requise suite à une mastectomie • un tampon d'iléostomie ou de colostomie • larynx artificiel • appareil de rein artificiel • poumon d'acier / respirateur portatif • perruque fabriquée sur mesure lorsqu'une personne a subi une perte de cheveux anormale causée par une maladie, un traitement médical ou un accident
Soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • soins préventifs, de diagnostic, soins de restauration, d'orthodontie et soins thérapeutiques 	<ul style="list-style-type: none"> • fabrication ou réparation de prothèses dentaires, incluant les impressions, enregistrement occlusal et les insertions pour la prothèse dentaire

Frais non admissibles

- dispositifs pour le contrôle des naissances non prescrits ;
- perruques – excepté lorsqu’une personne a subi une perte de cheveux anormale causée par une maladie, un traitement médical ou un accident ;
- vêtements de maternité ;
- adhésion à un club d’athlétisme, centre de conditionnement physique ;
- pâte dentifrice ;
- balances pour peser la nourriture ;
- funérailles, crémation ou inhumation, terrain au cimetière, monument, mausolée;
- chirurgies et traitements illégaux ou médicaments achetés illégalement ;
- paiements à une municipalité lorsque celle-ci a engagé un médecin pour donner des soins médicaux à ses résidents.

Fin de la protection

La protection pour vous-même et vos personnes à votre charge prendra fin à la première des éventualités suivantes :

- la date de votre cessation d’emploi ;
- la date à laquelle vous cessez d’être admissible aux garanties ;
- la date à laquelle vous cessez d’être admissible en raison de votre retraite, de votre décès; d’un congé autorisé ou d’un changement de catégorie d’employés, etc.

De plus, si vous quittez votre emploi actuel ou que votre groupe met fin à la protection avec Medavie inc., vous aurez une période de 90 jours pour réclamer le solde de votre compte gestion santé avant que vos crédits ne soient perdus. Seuls les frais admissibles engagés avant la date de fin de la protection seront admissibles à un remboursement.

SITE DES ADHÉRENTS

DIRECTIVES AUX ADHÉRENTS

Croix Bleue Medavie cherche continuellement à mettre au point sa technologie du Web pour mieux répondre aux besoins de ses clients. Une telle innovation, le site des adhérents, vous aidera à mieux comprendre, gérer et coordonner votre régime d'assurance.

Le site des adhérents est convivial et offre un environnement sécuritaire. Dorénavant, d'un simple clic, vous pouvez obtenir des renseignements généraux au sujet de votre régime, visualiser vos demandes de règlement et l'historique des remboursements, ou imprimer des formulaires de demande de règlement. Le site des adhérents est accessible 24 heures par jour, sept jours par semaine, à partir de la maison ou du travail; vous n'avez besoin que d'une connexion Internet. Le site des adhérents vous simplifie réellement la vie.

SITE DES ADHÉRENTS

Le site des adhérents vous offre différentes options.

Demandes au sujet de la couverture : Des renseignements détaillés sur le régime de Croix Bleue Medavie de l'adhérent

Formulaires : Les versions imprimables des formulaires de demande de règlement de Croix Bleue Medavie

Information sur les adhérents

Les adhérents peuvent :

- visualiser ou mettre à jour leur adresse (lorsque l'accès est disponible)
- demander de nouvelles cartes d'identification
- ajouter ou mettre à jour l'information bancaire pour le dépôt direct des remboursements des demandes de règlement (s'il y a lieu)

Relevés des adhérents

Les adhérents peuvent :

- visualiser l'historique de leurs demandes de règlement et celui de leurs personnes à charge
- visualiser des relevés de paiement envoyés à l'adhérent ou au fournisseur de service
- visualiser le compte gestion santé (s'il y a lieu)

PREMIÈRE VISITE DU SITE DES ADHÉRENTS

1. Ouvrez une session sur le site Internet de Croix Bleue Medavie au www.medavie.croixbleue.ca
2. Sélectionnez « Adhérents »
3. Choisissez « Allez au site sécurisé » et sélectionnez « Première fois – Inscrivez-vous maintenant »
4. Remplissez le formulaire d'inscription en ligne
5. Un mot de passe temporaire sera envoyé à l'adresse courriel entrée pendant l'inscription
6. Retournez au site des adhérents et entrez votre code d'utilisateur ainsi que votre mot de passe temporaire
7. On vous demandera de changer le mot de passe. Cliquez sur « Envoyer » pour sauvegarder le nouveau mot de passe
8. Cliquez sur « Fini » une fois les changements sauvegardés

******Veillez vous assurer de prendre en note votre code d'utilisateur et votre mot de passe pour consultation future.******

SITE DES ADHÉRENTS

REMARQUE

Pour des raisons de sécurité, l'accès au site des adhérents est limité aux adhérents du régime seulement.

Nous sommes impatients de vous aider à profiter de notre technologie en ligne. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le site des adhérents ou pour toute question au sujet de votre régime d'assurance de Croix Bleue Medavie, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle en composant le numéro sans frais indiqué au verso de votre carte d'identification ou en envoyant un courriel à *inquiry@medavie.bluecross.ca*.

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans la perspective d'offrir à sa clientèle une protection-santé, une protection vie et une protection-voyage de qualité, Medavie inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, recueillent et conservent des renseignements personnels au sujet de ses clients et de leurs personnes à charge. Le présent document a pour but de vous tenir au courant des pratiques en matière de protection des renseignements personnels de Medavie inc. et de la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada.

La protection des renseignements personnels n'est pas un nouveau concept pour Medavie inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Assurer la confidentialité de l'information reçue de la part de notre clientèle a toujours été au cœur de nos opérations, et notre personnel connaît bien la politique et les procédures que nous avons mises en place pour nous assurer que la protection de ces renseignements soit prise au sérieux en toutes circonstances.

Que sont les renseignements personnels?

Les renseignements personnels renferment des détails au sujet d'une personne identifiable. Ils peuvent comprendre le nom, l'âge, les numéros d'identification, le revenu, les données en matière d'emploi, l'état matrimonial, le statut des personnes à charge, les dossiers médicaux, ainsi que les renseignements financiers.

Quelle utilisation faisons-nous de vos renseignements personnels?

Vos renseignements personnels permettent à Medavie inc. et à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada de traiter votre demande de protection en vertu des régimes de soins de santé, d'assurance vie et de protection-voyage. Voici à quoi servent vos renseignements personnels :

- à fournir les services précisés dans votre contrat ou du contrat collectif duquel vous êtes adhérent admissible,
- à comprendre vos besoins afin de pouvoir vous conseiller des produits et services adéquats; et
- à administrer nos affaires.

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?

Selon votre type de couverture, la divulgation de renseignements personnels particuliers aux personnes et entités suivantes peut s'avérer nécessaire pour être en mesure de vous offrir les services stipulés au contrat auquel vous adhérez :

- d'autres Croix Bleue du Canada, afin d'administrer votre régime de protection si vous vivez à l'extérieur des provinces de l'Atlantique, du Québec ou de l'Ontario,
- des fournisseurs de soins de santé spécialisés, s'il y a lieu, pour évaluer une demande d'admissibilité à un produit ou service,
- des organismes gouvernementaux et de réglementation, en situation d'urgence ou lorsque la loi l'exige; et d'autres tiers, de façon confidentielle, lorsqu'il y a nécessité d'administrer des garanties précisées à votre contrat individuel ou à votre contrat collectif; et
- le titulaire de certificat de n'importe quel contrat en vertu duquel vous êtes un participant.

Nous ne fournissons ni ne vendons de renseignements personnels à votre sujet à d'autres sociétés aux fins de marketing et de sollicitation. Vos renseignements personnels ou ceux de vos personnes à charge ne sont jamais divulgués à un tiers sans votre permission, sauf si Medavie inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada jugent qu'il est nécessaire de le faire pour vous offrir les services auxquels elles se sont engagées conformément au contrat d'assurance.

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Pour vous assurer de recevoir le meilleur service possible de la part de Medavie inc. et de la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, il est important que les renseignements personnels que nous utilisons soient exacts et à jour. Vous pouvez nous aider en nous tenant au courant de vos changements d'adresse ou d'état civil ainsi que de l'ajout ou du retrait de personnes à charge. Si vous trouvez des erreurs dans les renseignements que nous détenons sur vous, veuillez en informer le personnel de notre Service à la clientèle afin que nous puissions les corriger.

En devenant client de Medavie inc. ou en remplissant une demande de règlement, vous consentez que nous utilisions vos renseignements personnels et que nous les divulguions de la manière susmentionnée. Si vous préférez que nous n'utilisions ni ne divulguions vos renseignements personnels dans les cas où ils ne sont pas nécessaires à l'administration de votre régime, veuillez consulter notre site Web ou nous écrire à l'adresse indiquée ci-dessous.

Veuillez noter que le fait de ne pas permettre à Medavie inc. et à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada d'utiliser des renseignements à votre sujet pourrait signifier que nous ne serions pas en mesure de vous accorder des produits ou services qui pourraient vous être utiles.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Medavie inc., et de la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, veuillez communiquer avec nous, soit en nous appelant ou en nous écrivant, d'après les coordonnées suivantes :

www.medavie.croixbleue.ca

1-800-667-4511 (pour l'Atlantique), 1-800-355-9133 (pour l'Ontario) ou 1-888-588-1212 (pour le Québec)

Agent de protection de la vie privée
Croix Bleue Medavie
Groupe de gestion des risques
644, rue Main
C.P. 220
Moncton (N.-B.) E1C 8L3

ou

privacyofficer@medavie.bluecross.ca

Si la résolution du problème ne vous satisfait pas entièrement, vous pouvez déposer une plainte par écrit à l'adresse suivante :

Commissariat à la protection
de la vie privée du Canada
112, rue Kent
Ottawa (Ontario) K1A 1H3