



Nutreco Canada

Employés à salaire horaire du Québec

Numéro de groupe : 91726-011

Date d'effet mise à jour : 27 août 2014

TABLE DES MATIÈRES

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF	1
VOS GARANTIES.....	6
COORDONNÉES DES BUREAUX CROIX BLEUE	7
SOMMAIRE DES GARANTIES.....	8
ANNEXE A – GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE.....	21
GARANTIE VIE.....	22
GARANTIE SALAIRE DE COURTE DURÉE	24
GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	26
ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE ET ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS FACULTATIVE (souscrites auprès de AIG Insurance Company of Canada et administrées par cette dernière)	30
GARANTIE HOSPITALISATION – AU CANADA SEULEMENT	33
GARANTIE MÉDICAMENTS – AU CANADA SEULEMENT	34
GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT.....	36
GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA	43
GARANTIE VOYAGE.....	44
GARANTIE SOINS DENTAIRES – AU CANADA SEULEMENT	49
SITE DES ADHÉRENTS.....	54
PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	56

La présente brochure donne un aperçu du régime d'assurance à l'attention des employés à salaire horaire 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

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 de façon régulière et avoir complété le délai d'admission. Le délai d'admission de votre régime collectif est de trois mois d'emploi continu.

Pour adhérer à votre régime collectif, vous devez remplir les formulaires de demande qui vous sont fournis et les faire parvenir à votre administrateur de régime collectif.

Vos personnes à charge sont couvertes à compter de la date à laquelle vous devenez couvert ou 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 à temps plein.

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 d'ordre secondaire, collégial ou universitaire, ou
 - sans égard à l'âge, s'ils habitent avec vous et ont une déficience permanente, survenue avant l'âge de 21 ans (ou 25 ans* s'ils étaient étudiants).

*Sous réserve des lois applicables

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Année de police

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

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 à 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 ou, lorsque requis par une loi provinciale, aux enfants à charge.

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 convenue 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.

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 à l'intérieur de la période convenue par Medavie inc. lorsque le contrat prend fin.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Garantie Voyage

Veillez appeler au numéro sans frais indiqué au verso 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. Veuillez-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). Veuillez 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 le pourcentage de remboursement. Le montant du pourcentage de remboursement 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 le soumettre 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.

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, Voyage, Médicaments, Santé complémentaire et Soins dentaires

Les demandes de règlement seront administrées par le bureau de Croix Bleue situé 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.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Garanties Salaire de courte durée et Salaire de longue durée

Un avis écrit de preuve de l'invalidité totale, dûment signé 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, comme suit :

- dans le cas de garanties Salaire de courte durée, dans les trois mois suivant le début de l'invalidité ou la période requise en vertu de la loi provinciale qui s'applique;
- dans le cas de garanties Salaire de longue durée, 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 les 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 régime.
- b) Les prestations payables en vertu de tout régime contenant une clause de coordination des prestations sont versées dans l'ordre de priorité ci-après :
 - le régime auquel vous vous adhérez en tant qu'employé;
 - le régime auquel vous vous adhérez en tant que personne à charge.

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

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

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.

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

Coordination des prestations (suite)

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

- a) du total des prestations qui auraient été payables en l'absence de la clause de coordination des prestations; ou
- b) du total des frais admissibles en vertu du présent régime moins les prestations payables en vertu de tout autre régime. Les prestations payables en vertu de tout autre régime incluent les prestations que 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.

VOS GARANTIES

Détails sur l'adhésion

Vous êtes admissible aux garanties suivantes :

- Garanties Vie de base et Vie facultative
- Garantie Salaire de courte durée
- Garantie Salaire de longue durée
- Assurance en cas de décès et mutilation accidentels de base et facultative (souscrites et administrées par AIG Insurance Company of Canada)
- Garanties de soins de santé et soins dentaires

L'adhésion aux régimes de 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. Une preuve de cette autre assurance doit être fournie.

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

Modification de votre couverture

Vous pouvez modifier votre statut lorsqu'il survient un changement tel qu'un événement de vie.

Les événements de 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

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

Pour plus de renseignements sur votre adhésion aux garanties, 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^e rue 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

Numéro sans frais 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	Montant fixe
Maximum	35 000 \$ Une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant supérieur à 35 000 \$
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 800 000 \$ La couverture est offerte au conjoint par tranche de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 200 000 \$ La couverture est offerte aux enfants à charge par tranche de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 50 000 \$
Maximum	Votre montant de garantie vie de base et votre montant de garantie vie facultative combinés ne peuvent excéder 835 000 \$ 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 1 035 000 \$ Une preuve d'assurabilité 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	66,67 % du salaire hebdomadaire
Mode d'arrondissement	Au dollar supérieur
Maximum	Le maximum actuel AE Une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant supérieur au maximum d'AE actuel
Délai de carence	
• Hospitalisation	0 jour ouvrable
• Accident	0 jour ouvrable
• Maladie	3 jours ouvrables
Durée maximale	26 semaines
Imposable	Oui (à la source)
Fin de la protection	Cessation d'emploi, retraite ou à l'âge de 65 ans, selon la première de ces éventualités

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DE L'ADHÉRENT

Montant assurable	60 % du salaire mensuel
Mode d'arrondissement	Au dollar supérieur
Délai de carence	26 semaines (182 jours)
Maximum	2 000 \$ par mois
	Une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant supérieur à 2 000 \$
Durée des prestations	Jusqu'à l'âge de 65 ans
Imposable	Non
Intégration (prestations du RPC ou du RRQ et d'autres programmes sociaux)	Indirecte
Notion de propre emploi	24 mois
Conditions préexistantes	3/6/12 mois (pour plus de renseignements, veuillez-vous référer à la page 30)
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

ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS*

Montant assurable	Montant fixe
Maximum	35 000 \$

ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS FACULTATIVE*

Montant assurable	La protection individuelle est établie comme suit : Par tranche de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 350 000 \$ La couverture familiale est la suivante : <ul style="list-style-type: none">- 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 pour 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 Médicaments : Aucune Garantie Santé complémentaire : Aucune Garantie voyage : Aucune 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, Santé complémentaire, Voyage et Soins dentaires.

SOMMAIRE DES GARANTIES

HOSPITALISATION Au Canada seulement

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	DÉTAILS DE LA GARANTIE
Pourcentage de remboursement	100 %
Hospitalisation	Soins actifs : Chambre à deux lits Soins de convalescence : Chambre et pension Réadaptation physique : Chambre à deux lits
Maximum	Soins actifs : Illimité Soins de convalescence : 20 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 180 jours par invalidité par année de police, maximum combiné avec la réadaptation physique Réadaptation physique : 20 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 180 jours par invalidité par année de police, maximum combiné avec les soins de convalescence
Maximum global	15 000 \$ par année de police, ce maximum est combiné avec le maximum global de la garantie Santé complémentaire

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE MÉDICAMENTS Au Canada seulement

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	DÉTAILS DE LA GARANTIE
Pourcentage de remboursement	<ul style="list-style-type: none">• 85 %• Pour les résidents du Québec seulement : 85 % du coût des médicaments admissibles jusqu'à ce que soit atteint le maximum de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), 100 % du coût par la suite.
Services admissibles	<ul style="list-style-type: none">• médicaments• fournitures pour diabétiques (les aiguilles, les seringues, les bâtonnets réactifs et les lancettes seulement)• produits anti-tabagiques (médicaments prescrits seulement) – jusqu'à concurrence de 1 000 \$ à vie• fluorure et fer à ingrédient actif unique• relaxants musculaires en vente libre• agents de débridement enzymatiques• vitamines injectables
Maximum	<ul style="list-style-type: none">• illimité• pour les résidents du Québec, 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, naturopathe, ostéopathe, podologue ou podiatre, orthophoniste, physiothérapeute, acupuncteur et massothérapeute.

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	MAXIMUM
Pourcentage de remboursement	100 %
Radiographies par praticien	Maximum de 50 \$ par professionnel, par année de police, pour tous les professionnels paramédicaux (à l'exception du naturopathe)
Maximum par professionnel	Maximum de 300 \$ par professionnel par année de police (incluant les radiographies)

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

**Sous réserve, dans le cas de la garantie Santé complémentaire, d'un maximum global de 15 000 \$ par année de police, combiné avec le maximum de la garantie Hospitalisation.

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	MAXIMUM
Pourcentage de remboursement	100 %
Soins infirmiers*	Jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables
Service ambulancier	1 000 \$ / année de police
Chaussures orthopédiques	1 paire / année de police (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables)
Orthèses podiatriques	300 \$ / année de police
Vêtements de compression	2 paires / année de police (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables)
Prothèses (membres, prothèses oculaires)	Une prothèse à vie pour chaque membre (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables)
Aides à la mobilité – béquilles et cannes	Un achat à vie; une location par mois (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables)
Aides à la mobilité – plâtres et attelles	Achat : jusqu'à concurrence du coût usuel et raisonnable; location : une location par mois (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables)
Équipement médical	Jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables (voir annexe A)
Pompe pneumatique de compression	Un achat par 5 années de police; une location par mois (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables)
Appareils pour diabétiques	200 \$ / année de police
Appareils auditifs (y compris les réparations)	500 \$ / 4 années de police
TENS (achat ou location)	Max. combiné de 300 \$ / 5 années de police
Tests diagnostiques**	1 000 \$ / année de police
Soins dentaires en raison d'un accident*	Autorisation requise

* Une autorisation préalable doit être obtenue

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

*** Sous réserve, dans le cas de la garantie Santé complémentaire, d'un maximum global de 15 000 \$ par année de police, combiné avec le maximum de la garantie Hospitalisation.

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE* Au Canada seulement

FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	MAXIMUM
Pourcentage de remboursement	100 %
Prothèses capillaires	Maximum de 100 \$ à vie lorsqu'elles sont nécessaires à la suite d'un traitement de chimiothérapie, maximum de 250 \$ à vie lorsqu'elles sont nécessaires à la suite d'une alopecie (référez-vous à la page 40 pour les conditions d'admissibilité)
Prothèses mammaires	Une prothèse par sein par 2 années de police (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables)
Lit d'hôpital manuel ou électrique (incluant le matelas et les côtés de sûreté)	Un achat par 5 années de police (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables)
Fauteuil roulant (manuel ou électrique) ou triporteur ou quadriporteur	Un achat par 5 années de police; deux locations par mois (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables)

* Sous réserve, dans le cas de la garantie Santé complémentaire, d'un maximum global de 15 000 \$ par année de police, combiné avec le maximum de la garantie Hospitalisation.

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE* Au Canada seulement

SOINS DE LA VUE

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	MAXIMUM
Pourcentage de remboursement	100 %, à l'exception de l'entraînement visuel (à 50 %)
Examen de la vue	50 \$ par période de 12 mois consécutifs pour les participants âgés de 20 ans et moins, et 50 \$ par période de 24 mois consécutifs pour les participants âgés de 21 ans et plus
Verres de contact requis en raison d'une maladie	200 \$ par période de 24 mois consécutifs
Entraînement visuel	Jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables
Montures/lentilles/verres de contact/chirurgie oculaire au laser	150 \$ par période de 24 mois consécutifs
Verres/montures/verres de contact supplémentaires lorsque requis en raison d'une chirurgie de la cataracte (paire initiale seulement)	1 fois par œil par occurrence (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables)

*Sous réserve, dans le cas de la garantie Santé complémentaire, d'un maximum global de 15 000 \$ par année de police, combiné avec le maximum de la garantie Hospitalisation.

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE Hors Canada

PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA

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

GARANTIE VOYAGE

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

SOMMAIRE DES GARANTIES

GARANTIE SOINS DENTAIRES Au Canada seulement

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	MAXIMUM
Soins préventifs	Pourcentage de remboursement : 80 % Maximum : 2 000 \$* par année de police
Soins de base	Pourcentage de remboursement : 80 % Maximum : 2 000 \$* par année de police
Soins majeure	Pourcentage de remboursement : 50 % Maximum : 2 000 \$* par année de police
Année d'édition du guide des tarifs	Année courante, moins un an
Nombre d'examens de rappel, polissage et application topique de fluorure	2 par année de police
Instructions d'hygiène buccale	Une instruction par période de 12 mois consécutifs
Équilibrage de l'occlusion	3 unités** par année de police

* Les soins préventifs, les soins de base et les soins majeurs 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 seront pris en considération, jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables.

Les réparations et les ajustements sont couverts sous réserve d'un maximum de 300 \$ par année de police.

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 les insertions pour un fauteuil roulant, y compris un triporteur ou un 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 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, jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables.
- Les aides orthophoniques : 500 \$ à vie.
- Les tubes d'espacement pour inhalateur : jusqu'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 et vos personnes à charge 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 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 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 décède avant 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 au site des adhérents ou en le demandant à votre administrateur de régime.

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 moindre 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.

GARANTIE VIE

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 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 et celle de vos personnes à charge 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;
- d) la date à laquelle vous atteignez 65 ans.

Exclusions

Si vous ou une de vos personnes à charge 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 à ou 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, ou lorsqu'exigé par les lois provinciales, votre enfant à charge, 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 ou d'enfant 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

Si vous vous absentez de votre travail en raison d'un accident ou d'une maladie, vous avez droit aux prestations pour chaque jour d'invalidité jusqu'à concurrence du nombre de semaines indiquées dans le Sommaire des garanties. Les prestations sont versées à partir de la date d'expiration du délai de carence, soit le nombre de jours consécutifs au début de l'invalidité et pour lesquels aucune prime n'est payable en vertu de la police. Le délai de carence est spécifié au Sommaire des garanties.

Le délai de carence est calculé en jours ouvrables et les prestations versées pour chaque jour d'invalidité totale représentent 1/5 de la prestation hebdomadaire.

Invalidité totale

Aux fins de la garantie Salaire de courte durée, l'invalidité totale signifie que vous êtes incapable d'exercer les fonctions régulières de votre profession. Une invalidité commençant plus de 30 jours après un accident est considérée comme découlant d'une maladie.

Rechute

Les périodes successives d'invalidité découlant de la même cause ou de causes connexes sont considérées comme une période d'invalidité à moins qu'elles ne soient séparées par au moins deux semaines consécutives de travail à temps plein. Les périodes d'invalidité successives en raison de causes entièrement différentes et non reliées sont considérées comme une seule période d'invalidité à moins qu'il y ait eu rétablissement complet à la suite de la première invalidité lors du début de la deuxième invalidité, et qu'il y ait eu retour au travail actif à temps plein à plein salaire pour au moins une journée complète.

Réduction des prestations

Les prestations hebdomadaires sont réduites d'un montant équivalant aux prestations payables par :

- a) tout régime d'assurance automobile provincial dont les prestations payables en vertu de l'assurance-emploi ne sont pas prises en compte;
- b) le Régime de pensions du Canada ou le Régime des rentes du Québec.

Les prestations hebdomadaires sont réduites même si vous négligez ou refusez de vous prévaloir de telles prestations en vertu des lois et régimes énoncés ci-dessus.

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

- a) une période au cours de laquelle vous êtes admissible à des prestations d'une commission de la santé et de la sécurité du travail;
- b) une période au cours de laquelle vous êtes en congé payé;
- c) une période au cours de laquelle vous êtes rémunéré ou admissible à être rémunéré par Nutreco;
- d) une période au cours de laquelle vous recevez des prestations pour congé de maternité en vertu de toute loi provinciale ou fédérale;
- e) un congé parental ou de maternité que vous prenez conformément à toute loi provinciale ou fédérale, ou conformément à toute entente entre vous et Nutreco.

Aucun montant ne sera versé pour une quelconque invalidité totale découlant directement ou indirectement d'une des causes suivantes :

- a) blessure volontaire, peu importe votre état d'esprit au moment de l'incident;
- b) blessure subie au cours d'une participation active à un soulèvement populaire, à une émeute ou à une insurrection sauf dans l'accomplissement de vos fonctions, ou blessure subie au cours d'une guerre;
- c) blessure subie lors de la commission ou d'une tentative de commission d'un acte criminel.

GARANTIE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Aucune prestation de garantie Salaire de courte durée n'est payable si l'invalidité commence pendant un congé sans solde autorisé, une mise à pied temporaire, une suspension disciplinaire sans solde ou un emprisonnement.

Si l'invalidité survient au cours d'une période d'absence pendant laquelle cette garantie est demeurée en vigueur et que les primes ont été payées au cours d'une telle absence, le délai de carence commence le premier jour de l'invalidité, mais les prestations ne seront pas versées avant la date d'expiration du délai de carence, ou avant la date prévue du retour au travail, telle qu'indiquée par écrit à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada avant le début de l'absence.

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) Si, pendant que vous participez à un tel programme de réadaptation, vous êtes de nouveau totalement invalide, vos prestations seront ramenées au montant que vous receviez avant le début du programme de réadaptation;
- c) Tant que vous participez à ce programme, les prestations hebdomadaires 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.

Perte du droit aux prestations

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

- vous refusez de vous soumettre à un examen médical demandé par la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada;
- vous refusez de fournir à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada des preuves satisfaisantes de la persistance de l'invalidité;
- vous occupez un emploi rémunérateur;
- vous refusez de participer à un programme de réadaptation jugé approprié par la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada.

Fin de la protection

La garantie Salaire de courte durée prend fin à la cessation d'emploi, à la retraite ou lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, selon la première échéance. Si vous êtes invalide lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, les prestations continueront de vous être versées pendant un maximum de 15 semaines. Par exemple, si vous recevez des prestations depuis 10 semaines au moment où vous atteignez 65 ans, les prestations se poursuivront pendant cinq semaines, puis prendront fin.

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.

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.

Récidive d'invalidité

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.

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, pendant que vous participez à un tel programme de réadaptation, vous êtes de nouveau en état d'invalidité totale, 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.

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

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) et de la *Loi sur les accidents du travail*.
2. Le montant déterminé au point 1 ci-dessus est réduit de nouveau, si nécessaire, de manière à ce que la somme des prestations mensuelles, y compris les « revenus provenant de toute autre source » et les réductions directes mentionnées au point 1 ci-dessus, ne dépasse pas 85 % des revenus de l'employé avant l'invalidité. Les « revenus provenant de toute autre source » comprennent :
 - les prestations d'invalidité offertes en vertu d'un autre programme gouvernemental qui sont payables à l'employé invalide;
 - les prestations de retraite fournies par un régime de l'employeur ou un programme gouvernemental;
 - 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;
 - 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).

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. et 2. précédemment, y compris 100 % des gains reçus en vertu du programme de réadaptation, ne dépasse pas 100 % du revenu avant l'invalidité.

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

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, d'une maladie ou d'un 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;
- 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;
 - 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.

GARANTIE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

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

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

L'assurance en cas de décès et mutilation accidentels de base et l'assurance en cas de décès et mutilation accidentels facultative ne sont pas souscrites auprès de Medavie inc. ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour obtenir plus de renseignements sur ces garanties.

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 ET ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS FACULTATIVE (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 : prestations en espèces si vous êtes hospitalisé à la suite d'un accident;
- rapatriement de votre dépouille si vous décédez dans un accident;
- réadaptation (formation en milieu de travail) pour vous, pendant un maximum de deux 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 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 à la suite d'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 de votre 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 avez automatiquement droit à l'assurance pour voyages d'affaires payés par l'entreprise, laquelle vous verse un montant de 100 000 \$ dans le cas de décès accidentel ou d'autres pertes admissibles se produisant au cours d'un voyage d'affaires pour l'entreprise.

Points à considérer

Notez bien que les prestations d'assurance D et MA facultative ne sont payables qu'en cas de décès ou de blessure accidentels. Avant de prendre votre décision de souscrire ou non une assurance D et MA, posez-vous les questions suivantes :

- Quelle serait l'incidence d'un accident grave sur votre sécurité financière et sur celle de votre famille ?
- Avez-vous des dettes importantes ou des dépenses à long terme qui seraient difficiles à payer si vous ou un membre de votre famille étiez gravement blessé ?
- Est-ce que vous ou vos personnes à charge admissibles pratiquez des activités de loisirs et de sports potentiellement dangereuses pouvant entraîner la mort ou une blessure grave ?
- Quel montant de capital d'assurance, combiné avec vos autres assurances, vous faut-il pour assurer la sécurité financière de vos personnes à charge ?
- Avez-vous d'autres sources d'assurance-accidents ? Si oui, les primes sont-elles concurrentielles ?

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

Limites 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 résultant 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;
- traitement médical ou chirurgical subi 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 obtenir 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 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 Medavie inc.

HOSPITALISATION

Chambre d'hôpital

Les frais d'hospitalisation lorsque vous êtes admis comme malade hospitalisé pour des soins actifs ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de la garantie et pour la période à laquelle 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 les 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.

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.

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, du pourcentage de remboursement 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, comme 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.

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 et 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;
- les médicaments contre la stérilité;
- les médicaments pour traiter les troubles de la fonction érectile;
- les médicaments administrés à l'hôpital;
- les médicaments et les vitamines B16 et B12 injectables pour le traitement de l'obésité.

GARANTIE MÉDICAMENTS – AU CANADA SEULEMENT

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 à 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 à 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 :

- a) la franchise et le pourcentage de remboursement déboursés par l'assuré en vertu du régime de la RAMQ;
- 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.

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 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 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 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 sont admissibles, incluant le transport aérien. Tous les frais doivent être engagés au Canada, lorsque nécessaire sur le plan médical, pour le transport en direction et en provenance de l'hôpital qualifié le plus proche pouvant assurer les soins médicaux nécessaires. Les 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 sont également inclus. Cette garantie est assujettie au remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

Chaussures orthopédiques

Les frais de chaussures orthopédiques sont admissibles 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. Le remboursement maximum global est spécifié au Sommaire des garanties.

Orthèses podiatriques faites sur mesure

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 remboursement maximum pour cet équipement est spécifié au Sommaire des garanties.

Vêtement de compression

Les frais d'achat de vêtements de compression, y compris des vêtements de soutien élastiques 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 (limité à un (1) à vie);
- prothèses oculaires (limite d'une (1) prothèse gauche et d'une (1) prothèse droite à vie);
- béquilles, cannes, plâtres et attelles (référez-vous au Sommaire des garanties);
- bandages herniaires (limite d'un (1) par période de cinq (5) années de police consécutives);
- appareils de soutien (l'achat est limité à un (1) achat à vie).

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.

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 maximum pour cet équipement est spécifié au Sommaire des garanties.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

TENS

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

Appareils pour diabétiques

Frais applicables à l'équipement utilisé pour traiter et contrôler le diabète : glucomètre, injecteur d'insuline pressurisé, système de mesure du glucose sanguin et de dosage de l'insuline ou équipement semblable approuvé par Croix Bleue Medavie. Le remboursement maximum 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 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 sont couverts au Québec seulement.

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, jusqu'à concurrence du montant usuel et raisonnable.
- 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.

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 par 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 habituels et courants du dentiste jusqu'à concurrence du montant indiqué dans le « guide d'honoraires » en vigueur pour les omnipraticiens là où les services sont 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 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.

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

SOINS DE LA VUE

Examen de la vue

Les honoraires demandés par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé pour un examen de la vue. Sous réserve du remboursement 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 autorisé, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

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/montures/verres de contact additionnel (paire initiale seulement)

Les frais engagés pour des verres, montures et verres de contact 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 frais pour des services facultatifs donnés à un participant à l'extérieur de sa province de résidence si le régime gouvernemental 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;

GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT

Frais non remboursés par le régime (suite)

- i) les services pour une blessure ou une maladie découlant d'une émeute, d'une insurrection ou d'une guerre, que celle-ci ait été ou non déclarée. Ceci inclut toute blessure ou maladie causée directement ou indirectement par les forces armées de tout 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;
- 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 Medavie inc.;
- q) les produits ou services de soins de santé de nature expérimentale ou aux 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 dispensateur sous la direction d'un hôpital, d'un organisme ou d'un dispensateur financé, en totalité ou en partie, par un palier gouvernemental. Ces services ne sont pas admissibles à remboursement en vertu de la présente police, sauf indication contraire précise dans la présente police;
- u) les chambres d'inhalation,
- v) les dispositifs contraceptifs intra-utérins (DIU).

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 est indiqué au Sommaire des garanties.

Dépenses 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;
- 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.

Personnel infirmier accompagnant le patient en 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 aux 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 couverts par 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.

Soins infirmiers

Soins infirmiers privés, y compris infirmier autorisé, infirmier auxiliaire autorisé, infirmier auxiliaire, sur prescription d'un médecin à des frais habituels, courants et raisonnables. Les infirmiers assurant le service ne doivent pas être des parents du patient ou être des employés de l'hôpital.

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.

GARANTIE VOYAGE

Retour à domicile

Les frais supplémentaires de billets pour le retour du patient, en classe économique et 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 par un auxiliaire médical qualifié (sans lien de parenté avec le patient). Une autorisation écrite du médecin traitant est exigée. Si le voyage de retour se fait sur vol régulier, le régime couvre :

- a) deux billets, en classe économique, à destination de la ville de résidence du patient au Canada par la voie la plus directe, soit 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 de diagnostic

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

Le coût de médicaments assurés en quantité suffisante pour la période de voyage. 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 par suite d'un accident

Frais de soins dentaires jusqu'à concurrence de 1 000 \$ CAD à la suite d'une blessure accidentelle (coup direct et accidentel à la bouche), les dents naturelles ont été endommagées ou une mâchoire disloquée ou fracturée nécessite d'être traitée. Les soins doivent être donnés ou signalés et approuvés par Croix Bleue Medavie aux fins de paiement dans les 180 jours suivant l'accident, avec attestation pertinente 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.

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.

GARANTIE VOYAGE

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 l'adhérent 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 sur 24 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 énumérés ci-dessous sont offerts :

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 pour communiquer avec la famille ou l'entreprise;
- 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.
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 (ou dans les 90 jours précédant la date de réservation dans le cas de la Garantie Annulation et interruption de voyage), 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.

GARANTIE VOYAGE

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

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.

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.

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 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;
- un denturologiste.

Le remboursement des dépenses est assujéti aux pourcentages de remboursement et aux 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 (édition courante moins une année).

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 par 2 années de police)
- 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 de films radiographiques (une par période de 36 mois consécutifs)
- pellicule panoramique (une par 2 années de police)
- intra-orales – périapicales
- intra-orales – occlusales
- intra-orales – interproximales (deux séries par année de police)
- extra-orales
- sialographie
- substances radio-opaques

GARANTIE SOINS DENTAIRES – AU CANADA SEULEMENT

Soins préventifs (suite)

- c) Tests et examens de laboratoire
 - culture microbiologique
 - biopsie tissus buccaux mous
 - biopsie tissus buccaux durs
 - examen cytologique

- d) Traitement préventif
 - 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 de fissures
 - détartrage (10 unités* par année de police, combinées au surfaçage radiculaire)

- e) Appareils de maintien (pour les participants âgés de 14 ans et moins seulement)

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 (pour les participants âgés de 12 ans et moins seulement)

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

- c) Parodontie
 - chirurgie paradontaire
 - jumelage provisoire
 - soins des infections aiguës
 - désensibilisants
 - autres services parodontaux complémentaires
 - surfaçage radiculaire (10 unités* par année de police, combinées au 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)

* Une unité de temps équivaut à 15 minutes de service

GARANTIE SOINS DENTAIRES – AU CANADA SEULEMENT

Soins de base (suite)

- 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) Facettes de la teinte de la dent (lorsque requis à des fins non esthétiques)
- g) 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

Soins de restauration majeure

- a) Restaurations majeures
 - incrustation/couronnes (une fois par dent par 5 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 5 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 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.

GARANTIE SOINS DENTAIRES – AU CANADA SEULEMENT

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 parvenir la demande 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 un nouveau plan de traitement 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;
- 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 d'une 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 d'une 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;
- j) les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut de couverture ou ceux qui ne sont pas à la charge de du participant;
- k) les soins ou services reliés aux facettes, lorsque requises à des fins esthétiques;
- 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) implants et traitements liés aux implants.

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, des 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 protection similaire auprès d'un autre assureur,
- d) la date de fin du contrat.

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;
- 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;
- le titulaire de certificat de n'importe quel contrat en vertu duquel vous êtes un adhérent.

Nous ne fournissons ni 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 et 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 divulguions vos renseignements personnels dans le cas où ils ne sont pas nécessaires à l'administration de votre régime, veuillez consulter notre site Web ou écrivez-nous 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.croixbleue.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